III CONGRESSO
& V ENCONTRO DE EGRESSOS
FISIOTERAPIA
EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA FISIOTERAPIA
FIP
FISIOTERAPIA
4
FISIOTERAPIA
FIP

CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

DIRETOR GERAL E PRESIDENTE
João Leuson Palmeira Gomes Alves

COORDENAÇÃO ACADÊMICA
Alana Candeia Melo
Elzenir Pereira de O. Almeida
Luzia Mendonça Torres

SECRETÁRIA GERAL
Sylvania Palmeira Gomes Alves

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Flávio Franklin Ferreira de Almeida

COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA
Viviane Valéria de Caldas Guedes Garcia

Apresentação

O Curso de Bacharelado em Fisioterapia das FIP realizou nos dias 17, 18 e 19 de outubro de 2018, o III Congresso de Fisioterapia das FIP e o V Encontro de Egressos, abordando o tema: “Evidências Científicas em Fisioterapia”. O evento foi direcionado para os acadêmicos e profissionais da Fisioterapia.

O congresso que contou com aproximadamente 300 participantes e envio de **154** temas livres na modalidade banner nas áreas de temáticas**:** Cardiovascular / pulmonary, Saúde funcional do idoso, Diagnóstico cinético-funcional, Terapia manual, Eletrotermofototerapia, Orteses, próteses e equipamento, Músculo-esquelético, Neuromuscular, Saúde funcional do trabalhador, Controle da dor, Saúde funcional do homem, Prática política, legislativa e educacional, Saúde funcional da mulher, Saúde pública, Dermatofuncional e Outros.

O III Congresso de Fisioterapia das FIP agradece o grande número de trabalhos submetidos ao evento. Todos foram avaliados por pareceristas e pela Comissão Científica, porém vem reforçar que os resumos aqui publicados são de responsabilidades dos seus autores.

A Comissão Organizadora

COMISSÃO GERAL

Presidente: Viviane Valéria de Caldas Guedes Garcia
Aline Guimarães Carvalho
Polianne Medeiros Brito
Rosângela Maria Fernandes De Oliveira

COMISSÃO CIENTÍFICA

Aucelia Cristina Soares de Belchior
Manuela Carla de Souza Daltro
Mayara Leal Almeida Costa
Rayne Borges Torres

USO DO AGULHAMENTO A SECO NA DOR MIOFASCIAL

Jéssica Medeiros Emiliano Machado[1]; Maria Da Guia de Medeiros Pereira[2], Verônica Medeiros da Silva[3], Victor Guimarães Medeiros[2]

[1,2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: jeehkl65@gmail.com
[3] Necienne de Paula Carneiro Porto- Mestre em Fisioterapia pela UFRN Professora do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O músculo esquelético é definido um conjunto de células musculares (fibras musculares). A quantidade de fibras musculares depende do tamanho do músculo e pode variar de poucas centenas até diversos milhares de fibras. O músculo como um todo é recoberto e protegido pela fáscia, que é continua ao tecido conjuntivo que reveste cada fibra muscular, tendão, osso, nervo e vaso. O músculo se divide em fascículos musculares com cada fascículo possuindo cerca de 100 fibras musculares. (KOSTOPOULOS, 2007). Moore (2007) afirma que a fáscia muscular é uma camada formada por tecido conjuntivo modelado que envolve completamente o corpo sob a tela subcutânea.

A síndrome da dor miofascial (SDM) é definida como uma condição dolorosa regional caracterizada por dor muscular gerada pela presença de nódulos hipersensíveis e hiperirritáveis no músculo esquelético. Estes nódulos são chamados de pontos-gatilho miofasciais (PGM).

Os pontos-gatilho são áreas pequenas e sensíveis no músculo que espontaneamente ou por compressão desencadeiam dor para uma região distante, denominada dor referida. Os PG são localizados em uma área dolorosa e tensa em uma faixa muscular e podem estar ativos ou latentes. PG ativos são dolorosos com ou sem movimento, enquanto os PG latentes só são dolorosos a palpação.

A SDM configura-se como uma das causas mais comuns de dor musculoesquelética, acometendo músculo, tecido conectivo e fáscias, principalmente na região cervical, cintura escapular e região lombar. Há ocorrência de dor em queimação, às vezes em pontadas, sensação de peso, redução da força muscular, limitação da amplitude de movimento e, em alguns casos, fadiga muscular, desencadeando dor referida em áreas distantes ou adjacentes.

O diagnóstico para esta síndrome será positivo quando ao se realizar a palpação forem encontrados os pontos-gatilho miofasciais, ou seja, ocorrência de tensão na zona

musculoesquelética, nódulos doloridos hipersensíveis na zona da tensão muscular, contração visível no local ou quando é palpado durante a compressão.

O agulhamento a seco (AS) é uma técnica ocidental baseada em princípios neurofisiológicos, que foi desenvolvida originalmente com o objetivo de desativar pontos-gatilho miofasciais (PGM) e vem sendo amplamente difundida na última década.

A técnica é executada a partir da penetração de uma agulha sólida, realizada sem a introdução de qualquer droga, e tem seu princípio no rompimento mecânico dos PGM que estão localizados nos músculos esqueléticos, gerando a dor no local das fibras musculares afetadas. Após a penetração da agulha, ela é estimulada com o objetivo de desfazer o nódulo, resultando em um reflexo espinhal involuntário que é a resposta de contração local das fibras musculares afetadas.

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária para identificar os benefícios do agulhamento a seco no tratamento da dor miofascial.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a seleção e análise de vários artigos científicos relativos ao tema. Foram utilizados 5 artigos para esta análise. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo, além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos.

RESULTADOS

Segundo Cochrane (2011), esta técnica envolve a inserção de uma agulha em um ponto gatilho sem injetar qualquer medicação constituindo um eficiente tratamento para reduzir a dor e a disfunção somática associadas com ponto gatilho em um músculo.

Amirdehi et al. (2013) menciona que na técnica são utilizadas agulhas de acupuntura estéreis de 0,30 mm de diâmetro e 50 mm de comprimento (Seirin J, Japão), as quais são inseridas na pele durante a palpação do ponto gatilho e lentamente será avançado até que atinja o ponto gatilho e uma resposta de contração seja desencadeada.

A inserção da agulha estimula as fibras A delta e A beta existentes nos músculos e na pele, que por sua vez acionam as células intermediárias no corno dorsal da medula espinal, através dos terminais colaterais. As células intermediárias liberam a encefalina que bloqueia a transmissão da dor, efeito chamado “analgesia segmentar”, o qual demora alguns minutos para se iniciar, mas pode durar vários dias.

As fibras A delta e C (vasoativas) que são liberadas após a inserção da agulha atuam na vasodilatação e no aumento do fluxo sanguíneo local que resulta em redução da concentração das substâncias algogênicas, e diminuição da ativação dos nociceptores culminando na resolução da sensibilização periférica.

Estudos mais recentes indicam que o AS aumenta o número de opioides via sistema endocanabióide. Esses canabinóides podem inibir a liberação de várias citocinas pró-inflamatórias reduzindo desta forma a dor e a inflamação.

Para Hyuk (2007) et al, o uso do agulhamento a seco nos pontos gatilhos resultou em dimunuição de dor, com a duração de 4 semanas, sendo o tratamento mais indicado para a síndrome da dor miofascial em pacientes idosos.

Segundo APTA (2013) a técnica do AS é utilizada para o tratamento de disfunções musculoesqueléticas, fasciais e tecidos conectivos circundantes com o objetivo de reduzir a entrada nociceptiva persistente, diminuindo ou restaurando deficiências e funções de estruturas corporais ligadas ao PGM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução da dor, melhora da circulação local, efeito antiinflamatório de ação sistêmica, melhoria da função do músculo são os principais benefícios obtidos com a aplicação do AS. Por isso, entende-se que esta técnica deve fazer parte do plano de tratamento da dor miofascial, já que a mesma é muito freqüente na prática clínica e nem sempre tratada de maneira adequada.

REFERENCIAS

A White, M Cummings, J Fishie; Introdução à Acupuntura Médica Ocidental; São Paulo; Roca; 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000300255&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt; Acesso em: 16 set. 2018

AMIRDEHI, Maryam Abbaszadeh, et al; The neurophysiological effects of dry needling in

patients with upper trapezius myofascial trigger points: study protocol of a controlled clinical Trial; Journals BMJ Open; 2013. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/34/279_-_A_aYYo_do_tratamento_do_agulhamento_a_seco_no_controle_da_sindrome_dolorosa_miofascial.pdf; Acesso em: 16 set. 2018

B Cagnie; Physiologic effects of dry needling; Curr Pain Headache; 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000300255&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt; Acesso em: 16 set. 2018

C Unverzagt, K Berglund, JJ Thomas; Dry needling for myofascial trigger point pain: a clinical commentary; J Sports Phys Ther; 2015; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/14.pdf; Acesso em: 16 set. 2018

CAGNIE, Barbara et al; Physiologic effects of dry needling; Curr Pain Headache Rep., v.17; 2013; Disponível em: http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/viewFile/328/1231; Acesso em: 16 set. 2018

CHOU, Li-Wei et al; Probable mechanisms of needling therapies for myofascial pain control; 2012; Disponível em: http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/viewFile/328/1231; Acesso em: 16 set. de 2018

DOMMERHOLT, Jan; HUIJBREGTS, Petter; Myofascial Trigger Points Pathophysiology and Evidence Informed Diagnosis and Management; Canadá; Jones and Bartlett Publishers, 2011. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/34/279_-_A_aYYo_do_tratamento_do_agulhamento_a_seco_no_controle_da_sindrome_dolorosa_miofascial.pdf; Acesso em: 16 set. 2018

GA, Hyuk et al; Dry Needling of Trigger Points with and Without Paraspinal Needling in Myofascial Pain Syndromes in Elderly Patients; The Journal of Alternative and Complementary Medicine; vol.13; 2007.

J Dommertholt et al; Myofascial trigger points: an evidence-informed review; J Man Manip Ther; 2006; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000300255&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt; Acesso em: 16 set. 2018

JP Shah et al; Myofascial trigger points then and now: a historical and scientific perspective; PMR; 2015 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000300255&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt; Acesso em: 16 set. 2018

KOSTOPOULOS, Dimitrios; Pontos-Gatilho Miofasciais: Teoria/ Diagnostico / Tratamento; 1° Edição; Rio de Janeiro; Ed. Guanabara Koogan S.A; 2007; Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/34/279_-_A_aYYo_do_tratamento_do_agulhamento_a_seco_no_controle_da_sindrome_dolorosa_miofascial.pdf ; Acesso em: 16 set. 2018

LT Yeng, MJ Teixeira; HHS Kaziyama; Síndrome dolorosa miofascial; Rev Med; São Paulo; ed. esp. pt.1; 2001; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/14.pdf; Acesso em:

16 set. 2018

MJ Teixeira et al; Cervicalgias; Dor: contexto interdisciplinar; Curitiba; Maio 2003 Disponível em file:///C:/Users/WI%20INFORMATICA/Downloads/v14n1a07.pdf ; Acesso em: 16 set. 2018

MJ Teixeira et al; Cervicalgias; Rev Med; 2001; Disponível em: file:///C:/Users/WI%20INFORMATICA/Downloads/v14n1a07.pdf ; Acesso em: 16 set. 2018
MOORE, Keith L; DALLEY, Arthur F; Anatomia Orientada para Clinica; 5° Edição; Rio de Janeiro; Ed. Guanabara Koogan S.A; 2007; Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/34/279_-_A_aYYo_do_tratamento_do_agulhamento_a_seco_no_controle_da_sindrome_dolorosa_miofascial.pdf; Acesso em: 16 set. 2018

R Butts et al; Peripheral and spinal mechanisms of pain and dry needling mediated analgesia: a clinical resource guide for health care professionals; J Phys Med Rehabil; 2016; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/14.pdf; Acesso em: 16 set. 2018
R Butts et al; Peripheral and spinal mechanisms of pain and dry needling mediated analgesia: a clinical resource guide for health care professionals; J Phys Med Rehabil; 2016 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000300255&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt; Acesso em: 16 set. 2018

RD Gerwin, J Dommerholt , JP Shah; An expansion of Simons integrated hypothesis of trigger point formation; Curr Pain Headache; 2004 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000300255&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt; Acesso em: 16 set. 2018
TY Lin, Kaziyama HHS, Teixeira MJ; Síndrome dolorosa miofascial; Rev Med; São Paulo; ed. esp. pt.1; 2001; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/14.pdf; Acesso em: 16 set. 2018

TY Lin, Kaziyama HHS, Teixeira MJ; Síndrome dolorosa miofascial; Dor: contexto interdisciplinar; Curitiba; Maio 2003. Disponível em: file:///C:/Users/WI%20INFORMATICA/Downloads/v14n1a07.pdf ; Acesso em: 16 set. 2018
YENG, L.T.; M.J, Teixeira.; KAZIYAMA, H.H.S. Síndrome Dolorosa Miofascial; Rev. Med; São Paulo; ed. esp. pt.1; 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/14.pdf; Acesso em: 16 set. 2018

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

Mateus Clementino Holanda da Silva[1]; Thaciele de Medeiros Leal[2]; Stephany dos Santos de Araújo[2]; Karolaine Fernandes dos Santos Melo; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3]

[1, 2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: clementinomchs@outlook.com
[3] Professora mestre do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome caracterizada por dor crônica generalizada, fadiga e distúrbios do sono com predomínio em mulheres entre 20 e 55 anos que afeta entre 0,6 e 4,4% da população mundial e 2,5% da população brasileira. (MORETTI, et al; 2016). Os pacientes, além do quadro doloroso costumam queixar-se de rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema, distúrbios cognitivos, alterações uroginecológicas e diminuição da libido. Pouco ainda é conhecido sobre a etiologia e patogênese da fibromialgia, que é reconhecida como uma entidade clínica complexa e heterogênea, dependente não somente de mecanismos biológicos como também de influências do contexto psicossocial (LISBOA, et al; 2015). A fisioterapia atua diretamente no domínio físico dos pacientes com fibromialgia, quebrando o ciclo vicioso de sintomas característicos dos pacientes crônicos (LORENA, et al; 2015).

REFERENCIAL TEÓRICO

A Fibromialgia não apresenta origem inflamatória, a dor não causa degeneração e nem é progressiva, podendo ocorrer de forma isolada ou associada a outras doenças reumáticas, acometendo mulheres em uma faixa etária produtiva, porém, pode acometer crianças, adolescentes e idosos. Pesquisas sugerem uma origem multifatorial na qual ansiedade prolongada e estresse emocional, traumas, doenças ocupacionais, interrupção repentina de medicamentos, hipertireoidismo e infecções podem ser fatores de risco para o início da doença (BATISTA, et al; 2012). Recomenda-se o tratamento com abordagem multidisciplinar, com intervenções no âmbito físico, farmacológico, cognitivo-comportamental e educacional. Na área das intervenções físicas, a fisioterapia se destaca pela quantidade de modalidades terapêuticas como cinesioterapia, hidroterapia,

eletrotermofototerapia, relaxamento, massoterapia, acupuntura e outros, que podem ser utilizadas no controle da Fibromialgia, atuando no sentido de diminuir os sintomas, melhorando o controle da dor e manutenção ou melhora das habilidades funcionais dos pacientes (FERREIRA, et al; 2011).

OBJETIVO

Revisar a literatura sobre a utilização da fisioterapia no tratamento da fibromialgia.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão da literatura, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine, onde, após aplicação dos descritores: “Fisioterapia”, “Fibromialgia” e “Tratamento” foram encontrados 28 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em língua portuguesa, publicados nos últimos sete anos e com temas relacionados à atuação da fisioterapia em casos de fibromialgia. Foram excluídos artigos publicados na língua inglesa e não condizentes com o assunto abordado. Restaram finalmente 5 artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

A FM é uma desordem complexa que abrange muitas áreas. O exercício aeróbico atua na percepção dolorosa por meio da liberação de endorfinas, e no aumento da resistência à fadiga, pelo incremento do metabolismo musculoesquelético, tornando-se uma ferramenta satisfatória para o tratamento da doença. Além disso, os exercícios de alongamento também têm apresentado efeitos benéficos, como melhora do sono e da rigidez matinal. Entretanto, nesses pacientes, muitas são as dificuldades de adaptação aos exercícios. A atividade física contribui na diminuição da dor, e está relacionada com a quebra do ciclo vicioso: dor – imobilidade – dor, que proporciona ao paciente encorajamento para retornar as atividades diárias. Os recursos da eletrotermofototerapia oferecem muitas vantagens, pois são intervenções não invasivas e rápidas de administrar, resultando em poucos efeitos adversos e contraindicações, quando comparadas com as intervenções farmacológicas para a redução dos sintomas da FM (MORETTI et al., 2016; BATISTA et al., 2012; FERREIRA et al., 2011).

A utilização dos exercícios de alongamento, no que lhe concerne, permite a recuperação do comprimento muscular funcional, possibilitando alívio de tensões, realinhamento da postura e melhora na amplitude, além de liberdade e consciência de movimento. Podemos afirmar que a cinesioterapia proporciona melhorias na qualidade de vida, mas em pacientes com fibromialgia, quando comparada com pacientes normais, exerce efeito limitante na melhoria no domínio qualidade de vida (LORENA, et al; 2015; LISBOA, et al; 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que a fisioterapia e seus programas promovem os maiores ganhos na diminuição do impacto dos sintomas da fibromialgia na vida dos pacientes, daí a importância do trabalho multidisciplinar e educativo no qual o fisioterapeuta, participa informando e instruindo corretamente os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Fibromialgia; Fisioterapia; Tratamento.

REFERÊNCIAS:

MORETTI, Eduarda Correia et al . Efeitos da pompage associada ao exercício aeróbico sobre dor, fadiga e qualidade do sono em mulheres com fibromialgia: um estudo piloto. **Fisioter. Pesqui**., São Paulo , v. 23, n. 3, p. 227-233, set. 2016 . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000300227&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/12972123032016.

LORENA, Suélem Barros de et al . Efeitos dos exercícios de alongamento muscular no tratamento da fibromialgia: uma revisão sistemática**. Rev. Bras. Reumatol**., São Paulo , v. 55, n. 2, p. 167-173, abr. 2015 . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000200167&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.08.015.

LISBOA, Lilian Lira et al . Efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos em mulheres com fibromialgia**. Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 55, n. 3, p. 209-215, jun. 2015 . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000300209&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.08.019.

BATISTA, Juliana Secchi; BORGES, Aline Morás; WIBELINGER, Lia Mara. Tratamento fisioterapêutico na síndrome da dor miofascial e fibromialgia**. Rev. dor**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 170-174, jun. 2012 . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000200014.

FERREIRA, Lucas Lima; MARINO, Laís H. Carvalho; CAVENAGHI, Simone. Recursos eletrotermofototerapêuticos no tratamento da fibromialgia. **Rev. dor**, São Paulo , v. 12, n. 3, p. 256-260, set. 2011 . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000300012.

HIDROTERAPIA NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

Manuela Vitória da Silva Anjos[1]; Jair Pereira da Silva Junior [1] ;Paulo Gabriel da Silva Lacerda [1]; Welington Barbosa Guilherme Xavier; Laysa Gabrielle Silva Medeiros [2].

Estudantes do curso de Bacharelando em Fisioterapia;
E-mail: anjos.manuh16@gmail.com;
Professora especialista, do curso de Bacharelando em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia é uma síndrome reumática crônica, de característica não inflamatória, não autoimune, de etiologia desconhecida, caracterizada por dores musculares difusas e bilaterais no corpo, podendo surgir após traumas, infecções ou estresse emocional. Frequentemente está associada a outros sintomas como: rigidez matinal, distúrbios do sono, distúrbios psicológicos, ansiedade e depressão. A Fibromialgia acomete uma parcela considerável da população em geral, em específico do sexo feminino. A população afetada apresenta limitações nas atividades diárias e sofre com síndromes depressivas, o que compromete a qualidade de vida da mesma. (GUEDES,2009).

Os recursos terapêuticos compreendem medidas farmacológicas e não farmacológicas, que visam melhorar a qualidade de vida, reconstituir o equilíbrio emocional, amenizar a dor, beneficiar o condicionamento físico e fadiga. O tratamento fisioterapêutico na fibromialgia é de suma importância, pois atua no sistema cardiorrespiratório, força muscular e no quadro global do paciente, amenizando os sintomas de dor, melhorando as habilidades funcionais do pacientes, com consequente otimização na qualidade de vida (SILVA, 2008).

A Hidroterapia atua como recurso terapêutico que contribui na reabilitação ou prevenções das alterações funcionais, através da utilização dos efeitos físicos, fisiológicos e cinesiológicos advindos da imersão do corpo em piscina aquecida. O aquecimento da água e suas propriedades físicas contribuem na reabilitação e prevenção das alterações funcionais, fazendo com que seja mantida a amplitude de movimento das articulações, reduzindo as tensões musculares e promovendo relaxamento (SANTOS, 2014).

REFERENCIAL TÉORICO

A causa da fibromialgia é desconhecida, mas as teorias indaga supostas causas como: anormalidades musculares, alterações no sistema imunológico, no sistema neuroendócrino, distúrbios no padrão do sono e fatores psicológicos.Os sintomas

compreendem : dores músculo - esqueléticas difusas, distúrbios do sono, fadiga, rigidez matinal de curta duração, sensação de edema, parestesia. E Podem estar relacionados a outras síndromes como depressão, ansiedade e síndrome do colo irritável. O aparecimento dos pontos dolorosos é o achado primordial do exame
físico.(ALFAIATE,2011).

A Hidroterapia é indicada para várias patologias, dentre elas a Fibromialgia, pois possibilita grande alívio dos sintomas. Os exercícios realizados na água são lentos e dão suporte às estruturas corporais, concedendo uma maior mobilidade e, consequentemente, alongamentos mais eficientes. Outro benefício é a imersão do paciente em água aquecida, que deve estar com temperatura de 30ºC a 34ºC, favorecendo o relaxamento muscular e diminuindo a dor e a rigidez.

Além disso , o calor e a pressão hidrostática da água visa reduzir o estímulo nociceptivo, por meio da estimulação dos mecanorreceptores e dos receptores térmicos. Para além disso, o calor também aumenta o fluxo sanguíneo, o que reverte a isquemia nos tecidos e possibilita a remoção dos mediadores químicos da inflamação, facilitando o relaxamento muscular. Por sua vez, a pressão hidrostática, ao facilitar o retorno venoso pode aliviar a dor pela redução do edema periférico e pela inibição do sistema nervoso simpático. Também auxiliando o movimento na água pode ativar as vias supra-espinhais, o que ajuda na redução da intensidade da dor . O relaxamento não só é oportunizado pela vasodilatação, como também pela facilidade de realização dos movimentos e sensação de alívio do peso corporal na água. O relaxamento pode ser ainda intensificado através de comandos verbais apropriados. (BATISTA,2011).

OBJETIVOS

Revisar a literatura sobre os benefícios da Hidroterapia no tratamento de pacientes com Fibromialgia.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos científicos selecionados nos bancos de dados Lilacs, Scielo, MedLine, Pubmed e BIREME, publicados no período de 2011 a 2018 e utilizando como descritores: “Fibromialgia”, “Hidroterapia”, “Dor”, “Fisioterapia”. Foram

identificados 15 artigos nas bases de dados, dos quais, 05 artigos compuseram o estudo. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos em língua portuguesa e com temas relacionados os benefícios da hidroterapia na fibromialgia. Foram excluídos artigos não condizentes com o assunto abordado.

RESULTADOS

Os indivíduos diagnosticados com fibromialgia, apresentam quadro álgico extenso, bem como , limitação funcional, e aos distúrbios psicossociais. Mesmo com a tecnologia avançada, a fibromialgia é uma doença que necessita de atenção especial pois tem difícil diagnóstico e não tem causa determinada. A fisioterapia de modo geral e em específico a hidroterapia tem provado um importante papel na busca da qualidade de vida dos pacientes e tendo como intuito, reduzir a dor e melhorar o condicionamento físico, interrompendo a perpetuação do ciclo vicioso: dor, inatividade e limitação funcional. (BARROS,2009).

A Hidroterapia é um recurso que beneficia pacientes com Fibromialgia, melhorando inúmeros aspectos físicos e mentais, consequentemente melhorando a qualidade de vida. Porém não existem pesquisas que comprovem a eficácia plena da hidroterapia diante dos aspectos emocionais, no entanto a melhora desses aspectos ocorre na maioria dos casos , já que o aspecto emocional e físico são diretamente proporcionais a melhora da capacidade funcional, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. (GOLDENFUM,2012).

Na presente revisão observou-se que na hidroterapia e suas diferentes modalidades, o paciente consegue ter mais resultados positivos na diminuição dos sintomas acometidos pela síndrome.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que a fisioterapia é um método que tem enorme importância no tratamento de pacientes que são diagnosticados com fibromialgia, devemos estudar os conhecimentos em técnicas que procuram o alívio da sintomatologia imposta pela doença, proporcionando melhora das injúrias características do quadro clínico e, consequentemente da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE

Fibromialgia; Hidroterapia; Dor; Fisioterapia

REFERÊNCIAS

JUNIOR, Milton Helfenstein; GOLDENFUM, Marco Aurélio; SIENA, César Augusto Fávaro. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 3, p. 358-65, 2012

BARROS, Cintia Guedes Bellini; GONÇALVES, Ronald Nascimento; ANDRADE, Nataly Vasconcellos S. Resultados da hidroterapia em quatro pacientes com diagnóstico de fibromialgia avaliados pelo questionário" Fibromyalgia Impact Questionnaire"(FIQ). 2008.

BATISTA, T. et al. Os efeitos da hidroterapia na fibromialgia-Revisão de Literatura. **Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, v. 3, 2011.

DA SILVA, Tatiana Fernandes Gomes et al. Comparação dos efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea e da hidroterapia na dor, flexibilidade e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 118-124, 2008.

PEREIRA, Hiêza Roberta Camila Gomes - **EFEITOS DA HIDROTERAPIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA** . Goiânia , 2016 . p, 04 a 09

EFICÁCIA DA ACUPUNTURA NA MELHORA DA DOR EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Maria Jaeli da Silveira Lacerda[1]; Grasiely Paulino da Silva[1]; Lícia Gabriely de Oliveira Figueirêdo[1]; Matã Marcílio Leite de Araújo[1]; Felipe Longo de Araújo[2]

[1]Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. Email:jaelly_lacerda@hotmail.com
[2]Professor Mestre do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRUDUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome reumática caracterizada pela presença de dor crônica em diversas partes do corpo durante longos períodos, com sensibilidade nas articulações, músculos, tendões e outros tecidos moles. Além disso, a FM pode causar fadiga, distúrbios do sono, cefaleia constante, depressão e ansiedade. Tal patologia afeta predominantemente mulheres e sua etiologia é desconhecida. O uso de terapias são de suma importância para o tratamento da Fibromialgia, sendo a Acupuntura um método bastante eficaz para o alívio da dor (HESEGAWA; TATIANA;2018).

REFERENCIAL TEÓRICO

Constata-se que a fibromialgia (FM) é a doença reumática mais frequente. A FM acomete aproximadamente nove mulheres para cada homem. Seus primeiros sintomas se manifestam geralmente entre os 30 e os 50 anos de idade, entretanto é uma enfermidade acomete também crianças, adolescentes e idosos (CARVALHO;MARCO, RODRIGUES;RENAN, PROVENZA;JOSÉ; 2008).

A FM é de etiologia ainda desconhecida, porém possui diversos fatores que podem contribuir para sua manifestação como a genética, infecções por vírus, doenças auto-imunes, distúrbios do sono, sedentarismo, ansiedade, depressão e trauma físico ou emocional. O diagnóstico da Fibromialgia é clínico, baseado em dor provocada pela palpação de pontos dolorosos específicos, chamados tender points, sendo o resultado positivo quando a palpação é dolorosa. Outro fator contribuinte para o resultado, é quando o paciente apresenta dor generalizada durante, no mínimo 3 meses. Os pontos dolorosos se encontram principalmente na coluna cervical, coluna torácica, cotovelos, coluna lombar, nádegas e joelhos (HESEGAWA;TATIANA;2018).

De acordo com Frazão (2018), a Fibromialgia não tem cura, entretanto existem diversos tratamentos clínicos e terapêuticos que amenizam seus sintomas. Dentre eles, o método da acupuntura é bastante utilizado para o alívio das dores. A acupuntura se caracteriza como uma terapia milenar chinesa, na qual, aplicam-se agulhas em pontos específicos do corpo. A inserção das agulhas estimulam terminações nervosas dos tecidos, proporcionando efeito analgésico.

OBJETIVO

O presente trabalho possui como finalidade enfatizar a eficiência da Acupuntura na redução da dor em portadores de Fibromialgia.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada no período de setembro de 2018. Na qual, realizou-se buscas por artigos nas plataformas Scielo, Pubmed, Medline, Lilacs e Google Acadêmico, utilizando os termos: acupuntura; fibromialgia; fisioterapia. Foram selecionados artigos em língua portuguesa escritos nos últimos dez anos. A partir dos critérios de pesquisa, identificou-se nove artigos, sendo seis utilizados para compor a amostra.

RESULTADOS

A dor é o principal sintoma da Fibromialgia (FM), como terapêutica, a terapia com acupuntura, mostrou-se bastante eficaz. Um estudo feito com mulheres de idades de 45 e 22 anos, diagnosticadas com FM, foram submetidas ao tratamento com acupuntura. Ao fim da pesquisa, constatou-se que as mesmas, manifestaram alívio no limiar dar dor nos tender points, principalmente no trapézio, na cervical baixa e na segunda articulação costocondral (TAKIGUCHI;RAYMOND,2008).

De acordo com Alcântara et al. (2018), tal método possui um grande efeito analgésico, sendo assim, pôde-se analisar que mulheres entre 45 a 60 anos, sujeitadas a terapia com tal recurso, aplicada nos locais dos tender points, obtiveram avanço da diminuição no quesito dor.

Em outra exploração, aplicou-se terapêutica de acupuntura em indivíduos portadores da FM. Os sítios escolhidos para a intervenção foram os pontos do intestino grosso, estômago, baço, pericárdio e coração, de acordo com o que é indicado pela Medicina Tradicional Chinesa. Após o apuramento, observou-se que houve uma diminuição da dor na escala visual analógica de dor (EVA) (SARAY;REBECA;2014).

Além disso, uma consulta, constatou-se que 70 pacientes que receberam intervenção com a acupuntura, adquiriram 70% de progresso nos vários parâmetros avaliados, entre eles a melhoria considerável da dor (BRAZ;DE PAULA;DINIZ;ALMEIDA;2011).

Segundo Marialda dias et al. (2012), uma pesquisa feita com 13 adolescentes apresentando idade de 10 a 18 anos, portadores de fibromialgia que eram acompanhados durante 8 anos. Com o passar do tempo, tais pacientes apontaram medianas no número de pontos dolorosos e da EVA de dor consideravelmente maiores antes do tratamento comparados ao final do tratamento com sessões de acupuntura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é a principal característica da fibromialgia. De fato, para que se promova uma melhor qualidade de vida de seus portadores, é necessário combatê-la. Para isto, a acupuntura se mostrou bastante eficaz como forma de intervenção, promovendo, através da analgesia, uma diminuição acentuada da dor.

PALAVRAS-CHAVE: Fibromialgia, Dor, Acupuntura.

REFERÊNCIAS

BARROS,M.F.A.; SILVA, L.M.M.; NASCIMENTO,J.A.; OLIVEIRA,E.A.; CARDIA,M.C.G.; LUCENA,N.C.G.; COSTA,S.M.L.; CARVALHO,A.G.C. A percepção da qualidade de vida de pacientes fibromiálgicas submetidas à intervenção fisioterapêutica. **Revista Brasileira de Ciências da saúde** - Vol.16, N°2,2012. Acessado no dia:17/09/2018 às 21h:34min Disponível em: http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16414/9518.

BRAZ,A.S.; DE PAULA,A.P.; DINIZ,M.F.F.M.; ALMEIDA,R.N. Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.** 2011;51(3):269-82. Acessado no dia:19/09/2018 às 21h:45min. Disponível em: http: //www.scielo.br/pdf/rbr/v51n3/v51n3a08.pdf.

CARVALHO, Marco Antonio P.; **Reumatologia: diagnóstico e tratamento**/ Marco Antonio P. Carvalho, Cristina Costa Duarte Lanna, Manoel Barros Bértolo. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

DIAS,M.H.P.; AMARAL,E.; PAI,H.J.; TSAI,D.T.; LOBTO,A.P.N.; LEONE,C.; SILVA,C.A. Acupuntura em adolescentes com fibromialgia juvenil. **Rev. Paul. Pediatr**. 2012;30(1):6-12. Acessado no dia:19/09/2018 às 23h:10min. Disponível em: http: //www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/02.pdf.

FRAZÃO, Arthur. O que é a acupuntura e para que serve. Disponível em: https://www.tuasaude.com/acupuntura/. Acessado no dia: 17/09/2018 às 14h:10min.
HESEWAGA,Tatiana. Fibromialgia: o que é, causas, sintomas e tratamento. Disponível em: https: //www.minhavida.com.br/saude/temas/fibromialgia. Acessado no dia: 17/09/2018 às 13h:34min.

STIVAL,R.S.M.; CAVALHEIRO,P.R.; STASIAK,C.E.S.; GALDINO,D.T.; HOEKSTRA,B.E.; SCHAFRANKI,M.D.; Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor. **rev. bras. reumatol.**2014,54(6):431-436. Acessado no dia:19/09/2018 às 20h:38mim. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbr/v54n6/0482-5004-rbr-54-06-0431.pdf.

TAKIGUCHI,R.S.; FUKUHARA,V.S.; SAUER,J.F.; ASSUNÇÃO,A.; MASQUES,A.P. Efeito da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.15, n.3, p.280-4, jul./set. 200. Acessado no dia: 17/09/2018 às 21h:24min. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/fp/v15n3/11.pdf.

BENEFÍCIOS DO WATER PILATES NO TRATAMENTO DE LOMBALGIA

Jhennyfer Ariadne B. Veras[1]; Cybelle de Lacerda Linhares[2]; Elizeane Keyla de Araújo[2]; Sabrynna R. Moura[2]; Simony N. Dantas[2]; Aline Guimarães Carvalho[3]

[1, 2] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: fisioterapia1noite@gmail.com
[3] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade a água é bastante usada como um recurso fisioterapêutico. Os gregos, por exemplo, foram os primeiros a acreditar que os banhos geravam benefícios entre o corpo e a mente. Os romanos utilizavam procedimentos hidroterápicos para a higiene e prevenção de doenças, e foram os primeiros a acreditar que isso servia para a cura de doenças reumáticas, lesões e até mesmo paralisias (CAILLIET, 2001). Mas como isso poderia ajudar pessoas com alguns tipos de doenças crônicas, como por exemplo, a lombalgia? A lombalgia, nada mais é do que uma dor lombar, causada por uma lesão muscular ou ligamentar. O tratamento dentro da água para esses tipos de dores, podem ser realizados por profissionais da fisioterapia. A importância de alguns movimentos serem realizados na água é explicado pela leveza do corpo, dinamismo e relaxamento da lombar. Com isso pode-se afirmar que o Water Pilates tratrá resultados satisfatórios, já que é trabalhado postura e fluidez no movimento e flutuosidade na água (SONCHARD, 2007).

REFERENCIAL TEÓRICO

A prática do Water Pilates busca trabalhar equilíbrio, flexibilidade, força, postura, concentração e respiração. A conduta realizada durante os atendimentos é composta por exercícios de aquecimento, equilíbrio, fortalecimento, flexibilidade e relaxamento, trabalhado com a com ou sem acessórios para flutuação. Na água, existe uma força chamada empuxo, que é contrária à gravidade e dá a sensação de leveza ao corpo. Isso reduz o impacto sobre as articulações durante os exercícios e diminui o risco de lesões. Apesar de o corpo poder se movimentar de forma mais segura, é preciso ter mais força para enfrentar a flutuabilidade e não desequilibrar (BUSKO, 2018). No Water Pilates a temperatura da água fica em torno de 30 graus. Com isso, as articulações ficam mais flexíveis e os músculos mais relaxados, permitindo movimentos com maior amplitude. Outra vantagem é que, a pressão exercida pela água promove uma melhora significativa na circulação sanguínea, deixando o coração e

pulmão mais irrigados e facilitando a saída de oxigênio para a corrente sanguínea (ALDENUCCI, 2010). Ao longo da vida mais de 80% das pessoas irão apresentar algum episódio de dor lombar. Em 90% dos casos esta dor vai se resolver entre 4 e 12 semanas. Apenas 10% se tornam portadores de dor lombar crônica. Lombalgia crônica é a dor que persiste por mais de 3 meses de intensidade leve ou moderada, pode ser definida como queimação, pontada, podendo ser de origem, muscular, óssea, neurológica, podendo apresentar períodos de agudização, crises e remissão. A dor gera estresse, que gera mais dor, que gera mais estresse, levando a um ciclo vicioso, este ciclo as vezes é difícil de ser quebrado. O sofrimento emocional e a ansiedade, levam a perda de sono, irritabilidade, incapacidade de se concentrar no trabalho, podendo fazer com que o paciente aceite a se submeter a procedimentos mais invasivos. O método do Water Pilates auxilia no tratamento da lombalgia crônica tirando a tensão muscular e promovendo relaxamento, mantendo postura e equilíbrio (BIANCH, 2016).

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão literária para identificar os benefícios que o Water Pilates proporciona em pacientes com lombalgias.

MÉTODOS

O Estudo trata-se de uma revisão de literatura sobre o método Water pilates no tratamento de pacientes com lombalgia. Os dados foram obtidos nas bases de dados PUBMED, MEDLINE E LILACS, selecionando estudos realizados no Brasil, utilizando-se das palavras chaves: Water Pilates; paciente; lombalgia, foram incluídas as produções científicas em língua portuguesa publicados a partir de 2010, bem com referências retiradas de livros que abordam o tema em questão.

RESULTADOS

De acordo com o quadro abaixo, os artigos mostram os benefícios do método pilates:

TITULO	AUTORES	ANO	RESULTADO	CONCLUSÃO
Fisioterapia aquática: utilização do método bad ragaz e do water pilates em espondilite anquilosante: Um estudo de caso	ALDENUCCI, B.G	2010	O paciente apresentou melhoras significativas na ADM dos movimentos de flexão de quadril, extensão de quadril, abdução de quadril, flexão de tronco, flexão cervical e extensão cervical. Em relação à dor, no início dos atendimentos era de grau 5 em uma escala de 0 a 10 e no ultimo atendimento esta foi reduzida para grau 2.	O Método Bad Ragaz e o Water Pilates mostraram resultados satisfatórios em pouco tempo. Ainda há questões a serem estudas sobre o tratamento com a fisioterapia aquática. Um estudo com mais pacientes, comparando métodos e formas de tratamento podem demonstrar qual é mais eficaz no alívio da dor e no ganho de ADM, sendo assim cada vez mais os tratamentos surtirão mais efeito.
Efeitos do método pilates na água: Uma revisão de literatura	PRADE, S.; VENDRUSCULO, A.P	2017	Os estudos selecionados para este artigo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram quatro. Todos tratam especificamente do método PA.	O estudo mostrou as vantagens do método Pilates Aquático, na flexibilidade, na dor, no condicionamento entre outros, porém nota-se a necessidade de novos estudos.
Estudo comparativo entre os métodos Pilates no solo e Water pilates na qualidade de vida e dor de pacientes com lombalgia	BIANCH, A.B et al.	2016	Foi observado aumento estatisticamente significativo nos domínios capacidade funcional, dor e saúde mental do questionário de qualidade de vida. Na comparação nos dois grupos não foi observada diferença estatisticamente significante em nenhuma das variáveis.	Ambos os métodos Pilates solo e Water Pilates são eficazes para melhora da qualidade de vida e redução da dor de pacientes com lombalgia.
Aqua Pilates versus Land Pilates: Physical Fitness Outcomes	DIAMANTOULA, P; NIKOLAOS, A; HELE, S.	2016	Revealed differences in body composition, flexibility and endurance of the abdominal muscles, while no differences occurred in total cholesterol, balance,	Both types of Pilates equally improved aerobic capacity, strength, muscle endurance and balance, with a similar benefit on blood cholesterol, while Land Piates had a better impact on percent body fat and flexibility. It

	handgrip strength and maximal oxygen uptake.	is possible that the lack of gravitational forces of Aqua Pilates, may depress energy expenditure and the forces necessary to improve flexibility.

CONSIDERAÇÕES

Na população mundial adulta, de 70% a 80% têm ou terão lombalgia, considerada a segunda causa de afastamento do trabalho e de aposentadoria no período de maior produtividade. A lombalgia é uma condição dolorosa da coluna vertebral e classificada como uma causa frequente de incapacidade funcional. A dor lombar é uma das disfunções musculoesqueléticas mais comuns da atualidade, e geralmente está associada a fatores individuais, como fraqueza dos músculos abdominais e espinhais, postura inadequada, excesso de peso, falta de condicionamento físico, sedentarismo, além de fatores ocupacionais. Portanto nós fisioterapeutas capacitados possuímos recursos de tratamentos, os quais irão melhorar a qualidade de vida, diminuindo dores e ajudando na postura corporal. Um desses tratamentos é o Water Pilates que traz bem estar ao paciente e muitos outros como: Controle respiratório, equilíbrio entre corpo e mente, correção postural, aumento da força muscular, alinhamento da coluna, melhoras na coordenação motora.

PALAVRAS-CHAVE: Water Pilates; paciente; lombalgia.

REFERÊNCIAS

ALDENUCCI, B.G. Fisioterapia aquática: utilização do método bad ragaz e do water pilates em espondilite anquilosante: Um estudo de caso. **Cinergis,** Santa Cruz do Sul, v. 11, n. 1, p. 11-15, jan./jun. 2010. Disponível em: online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/1120. Acesso em: 10 set. 2018.

BIANCH, A.B et al. Estudo comparativo entre os métodos Pilates no solo e Water pilates na qualidade de vida e dor de pacientes com lombalgia. **Cinergis,** Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 4, p. 282-286, out./dez. 2017. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8065. Acesso em: 10 set. 2018.

BUSKO, D. Pilates na água: Conheça o poolates, uma adaptação que levou os exercícios do método tradicional do pilates para a piscina. Disponível em: <http://www.dicasdemulher.com.br/pilates-na-agua/>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CAILLIET, R. A síndrome da dor lombar. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

DIAMANTOULA, P; NIKOLAOS, A; HELE, S. Aqua Pilates versus Land Pilates: Physical Fitness Outcomes. **Journal of Physical Education and Sport,** v. 16, n. 2, p. 573-578, jun. 2016. Disponível em: https://efsupit.ro/images/stories/nr1.2016/art%2090,%20pp%20573%20-%20578.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

OKUA, C. E; PINHEIRO, G.R.C, ARAÚJO, P.M.P. Instrumentos de avaliação funcional da mão em pacientes com artrite. **Reumatóide. Fisioter. Mov**., Curitiba, v. 22, n. 2, p. 221-228, abr./jun. 2009. Disponível em: <*https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19415* >. Acesso em: 16 jul. 2018.

PRADE, S.; VENDRUSCULO, A.P. Efeitos do método pilates na água: Uma revisão de literatura. **Revista Uningá,** Rio Grande do Sul, v. 52, n. 1, p. 114-117, abr./jun. 2017. Disponível em: http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1397. Acesso em: 10 set. 2018.

SOUCHARD, F. In: MIGLIORIN, C. Prevalência de lombalgia em cuidadores de idosos. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

FATORES DE RISCO QUANTO A PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Welington Barbosa Guilherme Xavier[1]; Jair Pereira da Silva Junior[2]; Paulo Gabriel da Silva Lacerda[2]; Manuela Vitoria da Silva Anjos[2]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3].

[1] [2]Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; E-mail: welingtonbarbosa18@hotmail.com
[3]Professora Mestre, do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LP) são áreas de necrose tissularisquêmica, causadas pela compreensão em um determinado período de tempo, entre uma proeminência óssea e uma superfície externa (leito do paciente) (MELLEIRO et al., 2015; KORELO et al., 2013).

Essas são lesões caracterizadas por áreas localizadas de morte celular, causada pela compressão do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície, por um período de tempo. Estima-se que 70% dos indivíduos com lesão medular apresentem LP e que 7% a 8 % destes morram por complicações destas lesões (ASSIS et al., 2013)

REFERENCIAL TEÓRICO

O surgimento de uma ferida complexa eleva as taxas de mortalidade, aumenta os custos globais do tratamento (insumos e recursos humanos) e acarreta maior tempo de hospitalização, a internação destes pacientes por demasiados períodos de tempos, acarreta incapacitação e predisposição a fatores de risco, pondo em perigo a qualidade de vida do indivíduo (LIMA, COLTRO, e FARINA JUNIOR., 2017).

Os locais mais prevalentes são as regiões sacral, calcânea e trocantérica, uma vez que os pacientes passam grande parte do tempo acamados (ASSIS et al., 2013).

A vulnerabilidade do paciente à lesão por pressão (LP), sobretudo quando existe a dificuldade de mobilização no leito, coloca em risco sua segurança durante a hospitalização. Considerada como evento adverso, visto que se trata de lesão que pode ser evitada, a incidência de LP nas instituições de saúde é indicador de qualidade da assistência e reflete

diretamente a qualidade dos cuidados da equipe multiprofissional (ZIMMERMANN et al., 2018).

Estima-se, a maior parcela dos pacientes com lesão por pressão (LP), é constituída por pessoas com idade superior a 60 anos, reforçando o conceito de que a faixa etária atua como principal fator de risco para o desenvolvimento de LP, exigindo atenção a estes indivíduos (MELLEIRO et al., 2015).

Os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são extremamente vulneráveis a essa condição, pois estão expostos a inúmeros fatores de risco, como: uso de sedação, longo período de internação, instabilidade hemodinâmica, estado geral comprometido, condição nutricional desfavorável, limitação da mobilidade imposta pelo leito e pelo número excessivo de dispositivose tecnologias que dificultam a utilização de manobras de prevenção para LP (KORELO, et al. 2013; ZEMERMMENN et al., 2018).

De acordo com estudos do *The National Pressure Ulcer Advisory Panel*. Nos EUA, a incidência de LP em pacientes hospitalizados varia de 2% a 40%, sendo que numa análise de 42.817 internados, observou-se prevalência de 21,5% na UTI (ZIMERMMANN et al., 2018).

OBJETIVO

Revisar a literatura, a respeito das melhores abordagens a serem usadas na prevenção e reabilitação de lesões por pressão (LP) em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada de outubro a setembro de 2018, utilizando artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine, onde, após a aplicação dos descritores “Lesão por pressão”, “Fisioterapia” e “UTI”, foram encontrados 106 artigos. Utilizando-se como critérios de seleção o uso de artigos dos últimos cinco anos e com temas relacionados ulceras por pressão, restaram finalmente cinco artigos, os quais compuseram a amostra desta revisão.

RESULTADOS

A diminuição da incidência de Lesão por Pressão está diretamente relacionada à identificação do risco e uso de intervenções de enfermagem para prevenir o aparecimento da lesão. A Escala de Braden é a mais freqüentemente utilizada para predição de risco de LP no

Brasil, porém, alguns autores citam a utilização do método, aliado a uma escala especifica (ZIMMERMAN et al., 2018).

Há necessidade urgente de orientação precoce das pessoas com lesão medular para cuidados preventivos das LP, que leve a uma conscientização da gravidade do problema e os envolva de maneira ativa no cuidado (ASSIS et al. 2013).

O tratamento de feridas crônicas não é apenas desafio clínico, mas devido ao uso extensivo de recursos se tornou tema amplamente discutido em fóruns econômicos da área de saúde (KORELO et al., 2013).

No referido estudo, foi possível estipular a prevalência de LP e observar que os pacientes foram os mais vulneráveis, devido, provavelmente, à agressividade da doença e aos tratamentos complexos a que são submetidos (MELLEIRO et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos nesta revisão que, a prevenção é o método mais viável para a abordagem das LP em UTI, porém, segundo os estudos analisados, devem ser tomadas algumas precauções para que a prevenção primária seja efetuada com sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: Lesões por pressão, UTI, Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

KORELO, RacieleIvandra Guarda et al.Gerador de alta frequência como recurso para tratamento de úlceras por pressão: estudo piloto. *Fisioter. mov.* [online]. 2013, vol.26, n.4, pp.715-724. ISSN 0103-5150. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000400002.

ASSIS, Gisela Maria e MOSER, Auristela Duarte de Lima. Laserterapia em úlceras por pressão: limitações para avaliação de resposta em pessoas com lesão medular. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.3, pp.850-856. ISSN 0104-0707. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300035.

LIMA, RENAN VICTOR KÜMPEL SCHMIDT; COLTRO, PEDRO SOLER; FARINA JUNIOR, JAYME ADRIANO. Negative pressuretherapy for thetreatmentofcomplexwounds. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 44, n. 1, p. 81-93, fev. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000100081&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017001001.

MELLEIRO, Marta Maria et al . Indicadores de prevalência de úlcera por pressão e incidência de queda de paciente em hospitais de ensino do município de São Paulo.**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. spe2, p. 55-59, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800055&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800008.

ZIMMERMANN, Guilherme dos Santos et al . PRESSURE INJURY RISK PREDICTION IN CRITICAL CARE PATIENTS: AN INTEGRATIVE REVIEW. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 3, e3250017, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300500&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 set. 2018. Epub 27-Ago-2018. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003250017.

IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Karolaine Fernandes dos Santos Melo[1]; Thaciele de Medeiros Leal[2]; Fernanda Kelly Azevedo Oliveira[2]; Pâmala Maria Gomes Cordeiro[2] Célio Diniz Machado Neto[3]

[1],[2]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: karolainebov@gmail.com
[3] Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Coronariana (DAC) é uma das principais causas mundiais de morte, sendo a primeira na população de 60 anos ou mais. A incidência está aumentando em países em desenvolvimento, em parte pelo aumento da longevidade, urbanização e mudanças de hábitos diários. (SARMENTO, 166p. 2000).

Cirurgia cardíaca pode ser definida como processo de restauração e restituição das capacidades vitais, compatíveis com a capacidade funcional do coração daqueles pacientes que já apresentaram previamente doenças cardíacas. É o processo pelo qual o paciente busca retorno ao bem-estar do ponto de vista físico, mental e social. Nos últimos anos, observou-se aumento significativo do número de pacientes com doenças cardíacas que necessitam de cuidados intensivos, clínicos ou cirúrgicos. (DUREUIL, B. 2007; CONTINEAU, J.P.; DEMONTS, J.M 2007)

O fisioterapeuta tem sido solicitado na equipe multidisciplinar em saúde de alguns serviços, atuando no períodos pré e pós operatório, com objetivo principal de prevenção e recuperação da função pulmonar que esta comprometida devido a cirurgia, auxiliando também na reabilitação social do paciente (ALMEIDA, 2007; ABUD, VIEIRA, MENDES, 2008).

REFERENCIAL TEORICO

As cirurgias cardíacas têm relação com fatores ligados à condição clínica e funcional do paciente e ao tipo de procedimento cirúrgico. Atualmente, os fatores clínicos de maior importância são hipertensão arterial, história de tabagismo, dislipidemia, idade, diabetes mellitus, insuficiência renal, doenças pulmonares prévias, distúrbios neurológicos e hipertireoidismo. Existe consenso de que a mortalidade de indivíduos idosos está mais relacionada com as alterações funcionais do próprio envelhecimento e condições clínicas do que com sua idade cronológica. (FELCAR 2008; LANHÓZ 2000).

No pré-operatório, a fisioterapia utiliza técnicas desobstrutivas e reexpansivas. As técnicas utilizadas pela fisioterapia no pós-operatório incluem vibração na parede torácica, percussão compressão, hiperinflação manual, manobra de reexpansão, posicionamento,

drenagem postural, estimulação da tosse, aspiração, exercícios respiratórios, mobilização e AFE (aceleração do fluxo expiratório) (IGNASZEWSKI. A.; LEAR, S.A 2007)

OBJETIVO

Revisar a literatura acerca dos benefícios da fisioterapia no pré e pós cirúrgico em pacientes de cirurgia cardíaca.

METODOLOGIA

Procedeu-se uma busca sistemática da literatura por meio da consulta aos indexadores de pesquisa nas bases de dados eletrônicos, SciELO, e Bireme, e uma busca em livros-textos, que descrevessem os benefícios da fisioterapia no pré, e/ou pós-operatório em pacientes portadores de cardiopatias submetidas a intervenção cirúrgica, foram encontrados 15 artigos. Foram considerados relevantes e adicionados a esta revisão os registros entre os anos de 2000 a 2008. Foram incluídos artigos em inglês e português utilizando os descritores: “Fisioterapia”, “Complicações Pós-operatórias”, “Cirurgia Cardíaca”.

RESULTADOS

A fisioterapia no período pré e pós-operatório está indicada em cirurgia cardíaca com o objetivo de reduzir o risco de complicações pulmonares (retenção de secreções pulmonares, atelectasias e pneumonias) , bem como tratá-las, pois contribui para a ventilação adequada e o sucesso da extubação . (FELCAR, 2008; LANHÓZ, 2007).

Pacientes que receberam fisioterapia no pré e pós-operatório obtiveram diferença estatisticamente significativa quanto à presença de complicações pulmonares (pneumonia e atelectasia), sendo mais frequentes no grupo submetido à fisioterapia somente no pós-operatório (REGENGA,2000 M. M. IGNASZEWSKI. A.; LEAR, S.A 2007)

O grupo que recebeu fisioterapia antes e depois do procedimento cirúrgico apresentou menor risco de desenvolvê-las e estes achados demonstram a importância da atuação preventiva da fisioterapia no pré-operatório (REGENGA, 2000M. M. IGNASZEWSKI. A.; LEAR, S.A 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que o tratamento fisioterapêutico em cirurgia cardíaca, sob a ótica do paciente, contribui para o sucesso do processo de reabilitação pré e pós-cirúrgico.

A fisioterapia inserida na equipe multidisciplinar contribui significativamente para o melhor prognóstico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, pois atua na prevenção e tratamento de complicações pulmonares por meio de técnicas específicas.

PALAVRAS CHAVES: Cirurgia cardíaca, Fisioterapia, Pré e pós-operatório.

REFERÊNCIAS

Andrejaitiene J, Sirvinskas E, Bolys R. The influence of cardiopulmonary bypass on respiratory dysfunction in early postoperative period. Medicina (Kaunas). 2008; 40(Suppl 1):7-12.

Botelho APV, Lima MRS. Revascularização do miocárdio. In: Pulz C, Guizilini S, Peres PAT, eds. Fisioterapia em Cardiologia: aspectos práticos. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p.221-32.

IGNASZEWSKI. A.; LEAR, S.A.. Cardiac rehabilitation programs. **Can. J. Cardiol** 1999; 15: 110g-3g.

João PRD, Faria Junior F. Cuidados imediatos no pós operatório de cirurgia cardíaca. J Pediatr. (Rio J.) 2003;79(Supl.2, 2008)

Pulz C, Guizilini S, Peres PAT. Fisioterapia em Cardiologia: aspectos práticos. São Paulo:Atheneu;2007.

REGENGA, M. M.. **Fisioterapia em Cardiologia – da U.T.I à Reabilitação**. São Paulo: Roca, 2008.

EFEITOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): REVISÃO SISTEMÁTICA

Ágatha Lizandra Leite de Oliveira[1], Cássyo Ferreira Rufino de Lacerda[1], Maria Isabelle Carlos da Silva[1], Luelma Karolaynne Azevedo e Araújo[1], Pablo Silva Ribeiro de Albuquerque[2].

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;
[2]Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pela persistência de limitação ao fluxo aéreo que é geralmente associada a uma resposta inflamatória crônica avançada nas vias aéreas e no pulmão à partículas ou gases nocivos, parcialmente reversível, que acarreta efeitos extrapulmonares significantes, o que culmina na redução da capacidade funcional, socialização e bem-estar desses pacientes, intervindo negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde no entanto, alguns determinantes como as alterações da função pulmonar são utilizados para avaliar o grau da enfermidade e o prognóstico (SILVA, G.P.F *apud* RABE, K.F et al, 2007) (AGUSTI, A., el al, 2010).

De acordo com Machado (2015) a limitação crônica ao fluxo aéreo em pacientes com DPOC resulta da combinação inflamação das pequenas vias aéreas (bronquite crônica) com a destruição do parênquima pulmonar (enfisema) que apresentam perda do suporte elástico nos pequenos brônquios e o seu decorrente colapso expiratório precoce.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008) no Brasil, estimam-se prevalências de 7,5 milhões (5 a 10%) de portadores de DPOC.

A fisioterapia respiratória nas doenças obstrutivas tem como objetivo tratar o paciente proporcionando a melhora da sua funcionalidade pulmonar através da limpeza brônquica, estimulando a eliminação das secreções, relaxando a musculatura brônquica, otimizando a ventilação pulmonar e melhorando o condicionamento cardiopulmonar do paciente (SILVA, K. M.; BROMERSCHENCKEL, A. I. M., 2013).

A Reabilitação Respiratória é vista como uma das terapêuticas mais efetivas para pessoas com DPOC, a evidência científica mais atual nas guidelines internacionais tem

exposto os benefícios claros como: redução dos sintomas de dispnéia e fadiga, melhoria da tolerância ao exercício, melhoria da funcionalidade, melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, melhoria da função emocional, aumento da autoeficácia e conhecimento, redução do número de exacerbações e/ou da sua gravidade, redução das hospitalizações, diminuição dos custos diretos com os cuidados de saúde, entre outras (SANTOS, A. C., 2017).

OBJETIVO

Apresentar os efeitos do tratamento fisioterapêutico em pacientes com DPOC.

MÉTODOS

Pesquisa a partir dos bancos de dados: Scielo, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Lilacs, Revista Pesquisa em Fisioterapia, artigos publicados no período de 2008 a 2018.

Palavras chaves utilizadas: fisioterapia respiratória, doença pulmonar obstrutiva crônica, fisioterapia na DPOC, reabilitação respiratória.

METODOLOGIA

Foram encontrados 13 artigos que obedeciam aos critérios de inclusão desta pesquisa e foram descartados 8 artigos os quais não atendiam ao critério de efeitos que a fisioterapia causa em pacientes com DPOC.

RESULTADOS

Na busca eletrônica pelos bancos de dados foram selecionados 13 artigos que atendiam aos critérios de inclusão de artigos no idioma de português, sobre fisioterapia e o paciente com DPOC, foram utilizados 5 artigos para compor este trabalho.

Titulo Do Artigo	Autores	Periódicos	Ano
Importância Da Reabilitação Respiratória Na Dpoc.	MACHADO, A. R. L.	Universidade do Porto	2015
Doenças Respiratórias Crônicas	OMS	Organização Mundial de Saúde	2008
Monitorização Dos Resultados Clínicos Dos Programas De Reabilitação Respiratória Do Air Care Centre® Da Linde Saúde	SANTOS, A. C.	Observatório Nacional das Doenças Respiratórias	2017
Validação Do Teste De Avaliação Da DPOC Em Português Para Uso No Brasil	SILVA, G.P.F *apud* RABE, K.F et al.	Jornal Brasileiro de Pneumologia	2013
Fisioterapia Respiratória Nas Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas	SILVA, K. M.; BROMERSCHENCKEL, A. I. M.	Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto	2013

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante o trabalho exposto, pode-se concluir que a Reabilitação Respiratória é de suma importância para paciente com DPOC,como objetivo trata-lo proporcionando a melhora da sua funcionalidade pulmonar reduzindo a dispneia e a fadiga, resultando na melhor

funcionalidade e reduzindo as hospitalizações, uma vez que estes ao fazer a fisioterapia respiratória conseguem ter uma vida melhor.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia Respiratória; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Fisioterapia Na Dpoc; Reabilitação Respiratória.

REFERÊNCIAS

MACHADO, A., R., L. **IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA DPOC. Universidade do Porto.** Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81703/2/37479.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2018.

OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=581:doencas-respiratorias-cronicas&Itemid=463>.

SANTOS, A. C. **Monitorização Dos Resultados Clínicos Dos Programas De Reabilitação Respiratória Do Air Care Centre® Da Linde**. Saúde Relatório Completo ONDR 2017. Dezembro; 2017. p 79-86. Disponível em: < https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf>. Acesso em: 04 set 2018.

SILVA, G. P. F. da et al . **Validação do teste de avaliação da DPOC em português para uso no Brasil.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo , v. 39, n. 4, p. 402-408, ago. 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1806-37132013000400402>. Acesso em: 06 set 2018.

SILVA, K. M.; BROMERSCHENCKEL, A. I. M. **Fisioterapia respiratória nas doenças pulmonares obstrutivas crônicas**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 12, p.94-100, número 2, abril-junho/2013. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=398>. Acesso em: 04 jul 2018.

DUPLO COMPROMETIMENTO: INFECÇÃO DE TUBERCULOSE EM PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Arnaldo Emmanoell Lacerda Lopes[1]; Sebastião Matheus Lourenço Lima[2]; Helyson Carlos Lucena Araujo[2]; Maria Elizangela Batista Morais[2]; Aucelia Cristina Soares de Belchior[3].

[1,2]Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; E-mail: arnaldo.lacerda88@gmail.com; [3] Professora Doutora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes em todo o mundo anualmente. Mas, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) estima que um terço da população mundial esteja infectado com o bacilo *Mycobacterium tuberculosis* sem sintomas demonstráveis. No Brasil, a incidência de TB foi cerca de 41,0 casos por 100.000 habitantes em 2015, e a taxa de mortalidade foi de 2,4 mortes por 100.000 habitantes (SILVA et al., 2014; QUEIROZ et al., 2018).

Estudos recentes afirmam que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem sido considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da tuberculose (TB) (LEMOS et al., 2016). Portanto, a associação entre a TB e o vírus da imunodeficiência humana continua sendo uma questão importante para a saúde pública em todo o mundo, considerando o fato de que indivíduos com infecção por AIDS são 26 vezes mais propensos a desenvolver tuberculose do que os não portadores do vírus (WHO, 2017 e TIBERI et al,. 2017).

REFERENCIAL TEÓRICO

A Tuberculose (TB) ainda é uma doença com grande influência nos sistemas de saúde, mas houve um decréscimo nos indicadores de mortalidade desta nos últimos vinte anos. Com o avanço, a OMS estruturou uma meta de redução da patologia em 95,0% e a sua incidência em 90,0% até 2035, sendo estabelecida em 2014 como “Estratégia do fim da TB”. Mas, a estrutura ainda escassa dos sistemas de saúde para atender toda a população, é um empecilho para alcançar esses resultados (QUEIROZ et al., 2018).

Estudos corroboram que para um controle global da TB, a infecção pelo HIV configura uma adversidade relevante. Em todo o mundo, a tuberculose é a segunda causa de óbitos por doenças infecciosas e o motivo primordial entre as pessoas que vivem com HIV.

Em torno de 13,0% dos casos de TB sucedem em portadores do vírus (VILLA et al., 2013; ADANE et al., 2013).

A partir do princípio da epidemia no Brasil até junho de 2016, foram informados 842.710 ocorrências de HIV/AIDS. A co-infecção HIV/TB resulta em proporções mais elevadas do que a contaminação pelo HIV apenas, devido à resposta imunológica deficiente das pessoas que vivem com este vírus. Com isso, há um maior risco de reativar a infecção latente por tuberculose (LEMOS et al., 2016).

Estão sendo realizados vários estudos para descobrir tratamentos alternativos ao diagnóstico destas patologias. Como, por exemplo, exames bacteriológicos e testes bioquímicos e moleculares para corroboração diagnóstica da tuberculose, já que esta necessita de uma amostra coletiva do material para identificar a etiologia. E, em relação a AIDS, desde 1990 a Terapia Antirretroviral vem transformando consideravelmente o rumo do contágio pelo vírus, devido ao acréscimo da expectativa de vida dos portadores (SUDHINARASET et al., 2013; SICSÚ et al., 2016; PINTO et al., 2013; ZANETTI et al., 2018)

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária acerca da associação entre pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) com a tuberculose.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão literária, realizada entre agosto e setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine, onde, após aplicação dos descritores: “Tuberculose”, “Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)” e “Bactérias” foram encontrados 270 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em língua portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2013 e 2018, com temas relacionados à associação entre a tuberculose e indivíduos portadores do HIV. Restaram finalmente nove artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

Observa-se que, anualmente, dois milhões de óbitos se devem a Tuberculose (TB). Esta patologia é, ainda, uma das principais causas de morte por doenças infecciosas em pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (QUEIROZ et al., 2018; VILLA et al; 2013) . Verifica-se, pois, que a associação TB/HIV tornou-se uma preocupação para a saúde pública em nível mundial (WHO, 2017; TIBERI et al,. 2017).

Estudos corroboram que para um domínio integral da TB, o HIV esculpe um contratempo significativo, já que nesta patologia, a imunidade de seus portadores encontra-se debilitada. Na totalidade da população, o fundamento essencial no âmbito das pessoas que vivem com HIV e, por conseguinte a causadora basilar de mortes por enfermidades infecciosas é a TB. Na metade da década de 1990, foi implantada a Terapia Antirretroviral, transformando admiravelmente o trajeto da contaminação pelo HIV, atado ao aumento da expectativa e da qualidade de vida na população. Arquitetou-se, posteriormente, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, com a ideia de estabelecer metodologias de previsão, gerenciamento e trato da patrulha à saúde dos eventos desta, de modo igualitário e eficiente. Logo, os cuidados preventivos são essenciais para evitar a co-infecção (SANTOS et al., 2014; MACIEL E SALES, 2016; ADANE et al., 2013; LEMOS et al., 2016; ZANETTI et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, pode-se concluir que a co-infecção HIV/TB resulta de respostas deficitárias na imunidade de pacientes acometidos com o vírus e tais características configuram quadros de decréscimos na meta estabelecida pela OMS de reduzir, até 2035, a incidência da TB em 90%. Mas, apesar destas dificuldades, exames bacteriológicos e bioquímicos para detecção da Tuberculose são realizados no intuito de obter-se um diagnóstico mais preciso. E, em relação a AIDS, a Terapia Antirretroviral (coquetel) evita maiores agravos da doença e, consequentemente, melhora a imunidade, evitando maiores riscos de incidências da HIV/TB.

PALAVRAS-CHAVE: Bactérias; Tuberculose; Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

REFERÊNCIAS

SILVA, Andreia A. et al . Immunophenotype of lung granulomas in HIV and non-HIV associated tuberculosis. **MedicalExpress (São Paulo, online)**, São Paulo , v. 1, n. 4, p. 174-179, ago. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 28 ago. 2018. http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2014.04.03.

QUEIROZ, Ana Angélica Rêgo de et al . Spatial pattern and temporal trend of mortality due to tuberculosis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 26, e2992, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 31 ago. 2018. Epub 07-Maio-2018. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2049.2992.

MEDEIROS, Eliabe Rodrigues de et al . Clinical information systems for the management of tuberculosis in primary health care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2964, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 31 ago. 2018. Epub 11-Dez-2017. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2238.2964.

SICSU, Amélia Nunes et al . Educational intervention for collecting sputum for tuberculosis: a quasi-experimental study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2703, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 31 ago. 2018. Epub 07-Jun-2016. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0363.2703.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al . Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. spe, p. 190-198, fev. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 31 ago. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700024.

LEMOS, Larissa de Araújo et al . Adherence to antiretrovirals in people coinfected with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2691, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 31 ago. 2018. Epub 17-Maio-2016. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0537.2691.

ZANETTI, Hugo Ribeiro et al . Cardiovascular Complications of HIV. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 31 ago. 2018. Epub 30-Jul-2018. http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20180049.

MANN, Danielle et al . Cutaneous tuberculosis and HIV infection at a referral centre in Rio de Janeiro, Brazil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro , v. 113, n. 9, e180184, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 31 ago. 2018. Epub 26-Jul-2018. http://dx.doi.org/10.1590/0074-02760180184.

DIAS, Regyane Ferreira Guimarães et al . Epidemiological and clinical profile of HIV-infected patients from Southwestern Goias State, Brazil. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo , v. 60, e34, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. acessos em 31 ago. 2018. Epub 19-Jul-2018. http://dx.doi.org/10.1590/s1678-9946201860034.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. *. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < http://decs.bvsalud.org >. Acesso em 31 de ago. 2018.

EFEITO DOS EXERCÍCIOS DE MEMBROS SUPERIORES NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Pedro Paulo Basílio Alves[1], Gabrielle Dantas de Medeiros Fernandes[1], Renata Justino Santana[1], Tacia Geni Rodrigues Dantas Fernandes[1], Francyara Souza Silva[1], Rayne Borges Torres Sette[2]

[1] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP. E-mail: pedropaulob96@gmail.com
[2] Mestra e Professora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO:

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é definida pela presença de obstrução ou limitação crônica do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Muitas manifestações estão relacionadas a esta patologia, tais como: dispneia aos esforços, intolerância ao exercício físico, disfunção muscular, alterações nutricionais e perda de massa muscular e aumento do número de hospitalizações devido às complicações. A intervenção fisioterapêutica em pacientes com DPOC visa reduzir a dispneia, melhorar a higiene brônquica, a tolerância à atividade física, o autocuidado e, consequentemente, nível de independência funcional e qualidade de vida. (LANGER et al., 2009; SATANA et al., 2010; TREVISAN, PORTO, PINHEIRO, 2010; RODRIGUES et al., 2012).

REFERENCIAL TÉORICO

Na DPOC**,** a redução da força muscular é proporcional à diminuição da massa muscular e, pelo fato dos membros superiores (MMSS) serem utilizados extensivamente nas atividades do cotidiano, essa perda acontece com predominância nos membros inferiores. No entanto, indivíduos com DPOC grave, exercício simples que requer o uso dos MMSS são pouco toleradas, pelo motivo de serem associadas a modificações ventilatórias e metabólicas significantes (MALTAIS et al., 2014).

A simples de elevação dos MMSS modifica o recrutamento muscular ventilatório e postural, procedendo em assincronia toracoabdominal, aumento da sensação de dispneia em tempo mais curto e término do exercício em cargas mais baixas (IKE et al., 2010).

Indivíduos com DPOC apresentam uma piora na qualidade de vida, além da diminuição da tolerância ao exercício e perda de força dos músculos respiratórios, condições que podem ser otimizadas por reabilitação pulmonar. A reabilitação pulmonar promove ao paciente a capacidade para o exercício, diminuindo a dispneia no indivíduo e o número de hospitalizações (MALTA et al., 2014).

OBJETIVO:

Avaliar os efeitos dos exercícios de membros superiores na capacidade funcional e qualidade de indivíduos com DPOC.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa realizada por meio de revisão sistemática da literatura, que envolve a análise de artigos científicos relativos de acordo com o enfoque temático. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis na internet: PubMed. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras-chaves: “COPD” and “Upper limb”. Os critérios utilizados para refinar a pesquisa foram: ensaios clínicos, em seres humanos, escritos nas línguas inglês ou português e publicados nos últimos oito anos. Ao todo surgiram cerca de 30 artigos, ao ler os títulos restaram 10 artigos, porém quando lidos os resumos, seis foram excluídos por fugirem do tema da pesquisa, restando quatro artigos incluídos nessa revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Tabela I: Resultados obtidos nas análises dos artigos.

Autores/ano	n. de sujeitos	Metodologia	Comentários dos resultados
Silva et al., 2018.	51	Intervenção três vezes por semana durante oito semanas em dois grupos, sendo que no grupo experimento foi acrescentado três séries de exercício	No grupo experimento houve melhoria da capacidade funcional, força dos músculos dos MMSS, força muscular inspiratória

		de resistência do membro superior.	e qualidade de vida.
Calik-Kutukcu et al., 2015.	42	O grupo experimento realizou treinamento de força de MMSS por oito semanas (23 sessões) e exercícios respiratórios e o grupo controle só exercícios respiratórios.	O grupo experimento resultou em melhorias significativas de força muscular e resistência de MMSS, desempenho das AVD's e satisfação nas performace dessas atividades e menor percepção de fadiga e dispnéia durante AVD's.
McKeough; Bye; Alison, 2012.	38	Quatro grupos realizaram um programa de treinamento que incluia: 1) treinamento de força de MMSS, 2) treinamento de resistência de MMSS, 3) treinamento combinado e o 4) controle, sem treino de MMSS por oito semanas e uma frequência de três vezes por semana.	No teste de resistência de braço, o grupo de resistência de MMSS teve um tempo maior. Entretanto, o grupo combinado teve um redução maior na dispnéia e na taxa de esforço percebido, após teste de exercício funcional do braço.
Janaudis-Ferreira et al., 2011.	36	Dois grupos realizaram um treinamento de seis semanas, com frequência de três vezes por semana, sendo um controle e outro intervenção. O de intervenção realizou exercícios de resistência de MMSS.	O grupo de intervenção obteve melhora na função, capacidade de exercício e força muscular de braço. Entretanto, não houve melhora na dispneia durante a AVD's, qualidade de vida relacionada à saúde ou

		sintomas após os exercícios.

MMSS: membros superiores; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; AVD's: atividades da vida diária.

Pela análise dos estudos acima, observa-se que o treinamento de MMSS resulta na melhora da capacidade funcional de pacientes com DPOC, observados pela melhora na qualidade de vida (SILVA et al., 2018), melhora de força dos MMSS e resistência nos exercícios de MMSS (MMSS SILVA et al., 2018; CALIK-KUTUKCU et al., 2015; MCKEOUGH; BYE; ALISON, 2012; JANAUDIS-FERREIRA et al., 2011). Em relação à redução da percepção de esforço ou dispneias em atividades de vida diárias, dois estudos encontraram resultados positivos (CALIK-KUTUKCU et al., 2015; McKeough; Bye; Alison, 2012) e um deles não (Janaudis-Ferreira et al., 2011), entretanto, nesse último o tempo de treinamento foi duas semanas menor.

Ainda foi possível observar que, o treinamento combinado de MMSS, resistência e força, obtém melhores resultados quando comparados com os de apenas resistência ou de força (MCKEOUGH; BYE; ALISON, 2012). Entretanto, é importante reforçar que esses resultados positivos em relação as atividades de vida diária e qualidade de vida são evidenciados em treinamentos com pelo menos oito semanas e frequência de três vezes por semana.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, a inclusão de programa de treinamento com exercícios para membros superiores melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida dos indivíduos portadores de DPOC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIK-KUTUKCU, E., et al. Arm strength training improves activities of daily living and occupational performance in patients with COPD. **The clinical respiratory journal**, v. 11, n. 6, p. 820-832, 2017.

IKE, D., et al. Efeitos do exercício resistido de membros superiores na força muscular periférica e na capacidade funcional do paciente com DPOC. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 3, 429-427, 2010.

JANAUDIS-FERREIRA, T., et al. Resistance arm training in patients with COPD: a randomized controlled trial. **Chest**, v. 139, n. 1, p. 151-158, 2011.
LANGER, D., et al. Guia para prática clínica: fisioterapia em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 3, 2009.

MALTA, D. C. et al. The implementation of the priorities of the National Health Promotion Policy, an assessment, 2006-2014. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 11, p. 4301- 4312, 2014.

MALTAIS, F. et al. An ofcial American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 189, n.9, p. e15-62, 2014.

MCKEOUGH, Z. J; BYE, P. T. P; ALISON, J. A. Arm exercise training in chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. **Chronic respiratory disease**, v. 9, n. 3, p. 153-162, 2012.

RODRIGUES, C. P. et al. Efeito de um programa de exercícios direcionados à mobilidade torácica na DPOC. **Fisioterapia Movimento**, 2012.

SILVA, C. M. S. et al. Effects of upper limb resistance exercise on aerobic capacity, muscle strength, and quality of life in COPD patients: a randomized controlled trial. **Clinical rehabilitation**, p. 1-9, 2018. https://doi.org/10.1177/0269215518787338

TREVISAN, M. E., PORTO, A. S.; PINHEIRO, T. M. Influência do treinamento da musculatura respiratória e de membros inferiores no desempenho funcional de indivíduos com DPOC. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 209-213, 2010.

RESPOSTA DA PRESSÃO ARTERIAL NO EXERCÍCIO: CONTROLE DO AMBIENTE INTERNO – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Emilly Maria Araújo Olinto[1], Danilo de Lucena Rodrigues[1], Isabelle Savana Freires de Sousa[1], Kamylla Alves Florentino Matias da Silva[1], Palloma Germaynne Soares da Silva[1], Sêmio Wendel Martins Melo[2]

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP
e-mail: emillymaria2009@hotmail.com
[2] Profissional de Educação Física, Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

O Sistema Nervoso Autônomo (SNA) é responsável pelo controle das funções viscerais ou involuntárias em contraposição ao sistema somático que inerva a musculatura esquelética e regula intensamente o sistema cardiovascular, principalmente a pressão arterial e a frequência cardíaca. Essa regulação se dá através de dois componentes distintos: o parassimpático (representado principalmente pelo nervo vago) e o simpático, que atuam na manutenção da estabilidade do ambiente interno do organismo sendo, portanto, fundamentais para a manutenção da homeostasia (LOMBARDI, 2000).

A Pressão Arterial (PA) é a pressão exercida pelo sangue nas paredes vasculares durante o fluxo sanguíneo, composta pela Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD). A PAS representa a pressão mais elevada, gerada pela sístole (contração) ventricular, ao passo que a PAD constitui o valor mais baixo, gerada pela diástole ventricular, momento em que o sangue está retornando para o ventrículo. Durante o exercício, a PAS se eleva em virtude do aumento do débito cardíaco, facilitando maior fluxo sanguíneo para a musculatura e maior oferta de oxigênio (TORTORA; GRABOWSKI, 2008; WILMORE; COSTIL; KENNEY, 2010).

REFERENCIAL TEÓRICO

Levando em consideração o exercício físico, Araújo (2001) e Lisboa (2007), apontam que ao realizar exercícios resistidos, seja este dinâmico ou estático, ocorre uma elevação da pressão arterial, no qual se deve tomar o cuidado para que a mesma não ultrapasse os níveis máximos.

Sendo assim, outro fator importante a ser considerado é o tipo de respiração utilizada no momento da execução do exercício resistido. Pois, a mesma influencia diretamente na alteração da pressão arterial do indivíduo, principalmente a respiração do tipo bloqueada, que ao ser utilizado ocorre um fechamento da glote, resultando um aumento na pressão interna do peito, fato este que não acontece na respiração passiva, pois o indivíduo expira o ar na fase concêntrica do movimento, evitando o aumento da pressão interna no peito (HAWERROTH, KULKAMP e WENTZ, 2010).

OBJETIVOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica com o objetivo de descrever a resposta da pressão arterial no exercício.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa com características de revisão bibliográfica sobre a resposta da PA no exercício. As bases de dados utilizadas na pesquisa foram: Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. Os descritores pesquisados foram: Pressão Arterial, Resposta e Exercício. Foram encontrados trinta artigos no total, em português e em inglês, e desses, foram selecionados onze artigos de acordo com os fatores de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gasto energético diário pode ser dividido em três componentes: Taxa Metabólica de Repouso (TMR), efeito térmico do alimento e gasto energético associado com a atividade física (LEVINE et al., 2001). A atividade física promove aumento do gasto energético total tanto de forma aguda quanto de forma crônica. A primeira condição refere-se ao próprio gasto energético durante a realização do exercício e durante a fase de recuperação; já a segunda refere-se às alterações da taxa metabólica de repouso – TMR (HILL et al., 1995).

No que diz respeito ao efeito agudo, está bem estabelecido que, após o término do exercício, o consumo de O2 não retorna aos valores de repouso imediatamente. Essa demanda energética durante o período de recuperação após o exercício é conhecida como consumo excessivo de oxigênio após o exercício (GAESSER et al., 1984).

Em relação à resposta da pressão arterial aos níveis de condicionamento, os efeitos do exercício representam a diferenciação entre sujeitos iniciantes, intermediários e avançados, pois os iniciantes e intermediários possui uma musculatura mais fraca, em relação ao grupo considerado avançado no qual apresentam uma musculatura mais forte, decorrente ao tempo de treinamento. Sendo assim a demanda de oxigênio para os grupamentos musculares mais fracos é maior do que para os músculos mais fortes (ARAÚJO et al., 2001).

Por fim, Sharkey (1979), afirma que indivíduos que possuem um menor condicionamento físico apresentam uma maior elevação da pressão arterial, levando-o ao stress muscular mais rapidamente em relação aos indivíduos considerados treinados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da analise dos artigos selecionados, concluímos que durante o exercício físico, através do sistema nervoso simpático, há um aumento da frequência cardíaca e, em especial, da pressão arterial. De maneira que, os exercícios com uma sobrecarga maior tendem a produzir um aumento equivalente, ou até significativamente maior, da pressão arterial em relação aos exercícios contínuos, mas um aumento da frequência cardíaca menor.

Palavras-chave: Pressão Arterial; Resposta; Exercício.

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, CLÁUDIO G. SOARES DE. **Fisiologia do exercício físico e hipertensão arterial: uma breve introdução.** Revista Hipertensão, Rio de janeiro, N. 03. V. 4, 2001.

FARINATTI, Paulo de T. V; SIMÃO, Roberto; POLITO, Marcos D.; SENNA, Gilmar W. **Efeito hipotensivo do exercício de força realizado em intensidades diferentes e mesmo volume de trabalho**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte**.** Vol. 9, Nº 2. Rio de Janeiro, 2008.

GAESSER, G.A.; BROOKS, G.A. **Metabolic bases of excess post-exercise oxygen consumption: a review.** Med Sci Sports Exerc. 1984;16(1):29-43.

HAWERROTH, D.; KULKAMP, W.; WENTZ, M.D. **Exercícios resistidos e qualidade de vida: impacto na capacidade funcional e benefícios terapêuticos**. Revista digital. Nº 143. Buenos Aires, 2010.

HILL, J.Á.; MELBY, C.; JOHNSON, S.L.; PETERS, I.C. **Physical activity and energy requirements**. Am J Clin Nutr. 1995;62(s):1059-66.

LEVINE, J; MELANSON, EL; WESLERTEP, KR; HILL, JO. **Measurement of the components of nonexercise activity thermogenesis**. Am J Physiol. 2001;281:670-5.

LISBOA, GENIVALDO; ABREU, DHIEGO G.; CORDEIRO, LILLIANY S.; KNIFIS, FRANZ: Verificação das alterações provocadas pelo exercício contra resistência no indivíduo hipertenso. **Revista de Educação Física**. Nº 137. Rio de Janeiro, 2007.

LOMBARDI, F., **Chaos theory, heart rate variability, and arrhythmic mortality**. Circulation, 2000. 101(1): p. 8-10.

SHARKEY, B.J. **Physiology of Fitness.** Champaign, Human Kinetics Publishers, 1979.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

WILMORE, J. H.; COSTIL, D.; KENNEY, W. L. **Fisiologia do esporte e do exercício**. 4. ed. Barueri: Manole, 2010.

FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Physiotherapy in the treatment of patients with stroke (stroke)

Luelly Vieira de Brito Sá [1], Junior Cesar de Lucena Barros[2], Marcia Kaiane Vieira de Sousa[2] Elayne Batista Pereira[2], Felipe Longo Correia de Araújo[3].

[1,2] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail:lunaraprof@gmail.com
[3] Professor Mestre do Curso de Bacharelado de Fisioterapia

Introdução

Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser definido como o surgimento de um déficit neurológico súbito causado por um problema nos vasos sanguíneos do sistema nervoso central,como uma síndrome que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral, global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não a de origem vascular**.** Além de que é aprincipal causa de mortalidade no Brasil e a todo o momento esteve bastante referente a pessoas de maior idade. De fato, o envelhecimento é o fator de risco não modificável mais importante para o AVC.Ao respeito de em pessoas jovens, aquelas com menos de 45 anos, usualmente não é decorrente das mesmas causas que o AVC tradicional em idosos.

Referencial Teórico

Define-se acidente vascular cerebral (AVC) como um déficit neurológico agudo com duração de mais de 24 horas, causado por uma etiologia vascular cerebral de acordo com,Roberto de Magalhães Carneiro de Oliveira. Pode ser dividido em AVC isquêmico (causado por estenose ou oclusão vascular) e AVC hemorrágico (causado por ruptura vascular, resultando em hemorragia intraparenquimal e/ou subaracnoide). Trombose de seio venoso central é uma forma rara de AVC que ocorre devido a uma trombose de seios venosos durais. Esta monografia trata do AVC isquêmico.

O ataque isquêmico transitório (AIT) é definido como um episódio transitório de disfunção neurológica causada por isquemia focal no cérebro, na medula espinhal ou na retina, sem infarto agudo de acordo com, Emanuel de Jesus Alves da Silva . Os pacientes com AITs apresentam alto risco para AVC isquêmico precoce, e seu risco pode ser estratificado por escala clínica, imagem de vaso e ressonância nuclear magnética de difusão de acordo com

Renata Alves Vaz. Essa nova definição substitui a antiga, de comprometimento neurológico focal com duração inferior a 24 horas.

Objetivos

Este estudo tem como objetivo enfatizar a importância da fisioterapia como tratamento na recuperação de pacientes com AVC.

Métodos

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de agosto de 2018, iniciado com busca por artigos na plataforma google acadêmico, Scielo e Bireme, utilizando como descritor o termo AVC, tratamento, fisioterapia. Foram selecionados oito artigos escritos em língua portuguesa, publicados nos últimos dez anos, de modo que foram filtrados três artigos para compor a amostra. Foram escolhidos os três autores pois os mesmos abordam, sobre esta temática enfatizando o tratamento de pacientes com AVC.Os artigos foram lidos e seus resultados avaliados e descritos conforme a literatura pertinente.

Palavras-Chave: avc; isquêmico; hemorrágico**.**

Resultados e Discussão

Titulo	Autor	Ano	Resultado
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	Robertde Magalhães Carneiro de Oliveira, Luiz Augusto Franco de Andrade	2001	Esse protocolo adotado por Oliveira e Andrade (2001) representam aproximadamente 10% dos AVCs e tendem a ocorrer mais cedo que os infartos. São mais freqüentes que a hemorragia subaracnóidea e mais agressivos que o infarto cerebral. Alguns dados apontam mortalidade entre 30% e 50% no primeiro mês, metade das mortes ocorrendo nos primeiros 2 dias. Após 1 mês, 10% apresentam vida independente e, após 6 meses, 20%.
REABILITAÇÃO APÓS AVC	Emanuelde Jesus Alvesda Silva	2010	Esse protocolo adotado por Silva,consiste em esclarecer sobre o tema em que consiste a reabilitação após o AVC,em que consequências

			pode resultar,na equipe de reabilitação, tempo e duração após o tratamento.
ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO AVC AGUDO	Renata Alves Vaz	2016	De acordo com Alves este protocolo, foram utilizados 13 pacientes com AVC agudo onde foi feito um ensaio clínico aleatório, estudo cego único, multicêntrico com pacientes internados em uma unidade de saúde, à melhora da funcionalidade motora e da qualidade de vida.

Referências

OLIVEIRA, R. de M. C. de;ANDRADE, L. A. F. de. Acidente vascular cerebral. **Rev. Bras. Hipertens**,v. 8, n. 3, p. 280-290, 2001.

VAZ,R.de.A. Atuação da fisioterapia no tratamento do AVC agudo.**Revisão Sistemática**,p.1-12,2006.

SILVA,de E de J.A. Reabilitação após o AVC**.TCC,**p.1-37,2010.

BENEFÍCIOS DA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Brunna Mayanny Moura de Freitasl[1]; Maria Raquel Brasileiro de Farias[1]; Williany Gomes[1], Necienne de Paula Carneiro Porto[2]

1 Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. Email: bruunnamayanny@hotmail.com
2 Professora Mestra do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: necienne@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O coração localiza-se no meio de os dois pulmões logo acima do diafragma, é um órgão muscular que tem o tamanho aproximado do punho fechado. (DÂNGELO, J. G.; FATTINI, 1988).

O coração possui emprego contrátil e necessita de suprimento de maneira ininterrupta, algum problema na sua funcionalidade levará á alguma lesão do miocárdio. (TIMERMAN, Ari; BERTOLAMI, Marcelo Chiara; MONTEIRO FERREIRA, João Fernando2012. p25).

Um atendimento precoce e eficaz auxilia na redução das taxas de mortalidade por meio da ressuscitação cardiopulmonar. (PEREIRA, 2008).

PCR é a interrupção súbita da atividade mecânica ventricular, útil e suficiente, e da respiração. O diagnóstico deve ser feito com rapidez e compreende a avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso, (ANTONIO PALMA, 2004).

Trata-se de uma reanimação cardiorrespiratória usada em pacientes em urgência, onde são usados o conceito da corrente de sobrevivência formada por elos.(Arq. Bras. Cardiol. 2013).

É essencial uma equipe multidisciplinar formada por profissionais da saúde. (TIMERMAN, Ari; BERTOLAMI, Marcelo Chiara ; MONTEIRO FERREIRA, João Fernando 2012. P 322).

OBJETIVO

Analisar os efeitos da RCP em pacientes com parada cardiorrespiratória através de uma revisão bibliográfica. Apontar motivos pelo qual o indivíduo é acometido por a mesma e investigar os fatores que contribuem, mostrando como esse quadro pode ser invertido na maioria das vezes.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através do estudo de 15 artigos científicos, onde visou deixar clara a importância de técnicas ao serem elaborados, modo correto de realizá-las, e seqüência ao serem feitas. Com intuito de mostrar ao público a importância de reconhecer uma parada cardiorrespiratória bem como intervir com o uso da RCP que a vítima tenha uma maior probabilidade de sobrevivência. Também foi obtida a utilização de livros para complementação dos conteúdos e deixar o trabalho com uma visão e entendimento mais amplo

RESULTADOS

Segundo Guimarães et al (2009. p. 242) "Os procedimentos da RCP exemplos da perfeita aliança entre arte e ciência." O início da RCP se dá por meio da inconsciência da vítima, com intuito de fornecer oxigênio para o cérebro e o coração, (ZAGO el al, 1999). As técnicas da RCP devem ser executadas por profissionais de saúde ou por pessoas leigas que foram treinadas. (BRASIL, 2012; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

É importante que os procedimentos sejam feitos de maneira correta. Primeiramente deve-se checar o pulso, realizar 30 compressões torácicas, ventilação e desfibrilação. Esses ciclos se repetem até que a equipe de emergência chegue ao local. (CHAMBERLAIN, 2013).

O socorrista deve estar em posição de joelhos flexionados ao chão, braços estendidos a 180º com uma mão sobre a outra acima de 2 cm do processo xifóide, realizando as compressões torácicas.(GONZALES M.M 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito desde trabalho foi buscar bibliografias sobre o atendimento a PCR, bem como possibilidades de avanços para o enfrentamento do mesmo. Diante do exposto podemos concluir que colaboradores treinados, materiais e recurso humano faz diferença entre a vida e a morte. Enfim, espera-se que futuramente que este estudo possa contribuir para a melhoria do conhecimento dos indivíduos, possibilitando uma maior capacidade para prestar uma assistência livre de erros e complicações ao paciente.

PALAVRAS CHAVE: Reanimação, Cardiopulmonar, Parada cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. A.; BARBOSA, C. N. S.; FARIA, H. T. G. Parada Cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. CogitareEnfermagem, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 296-301, 201

American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2005;112(24 Suppl).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento a Atenção especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção à Urgências e Emergências no Sistema.

CANOVA, J. C. M. Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: vivências da equipe de enfermagem de um hospital escola. Ribeirão Preto, 2012. 136p.

GONZALEZ, MARIA MARGARITA et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 101, n. 2, p. 1-221, 2013.
http://www.enaf.com.br/novosite/revista_cientifica/revista_congresso_cientifico_2011_01.

MARKUS, A. M. As ações da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente em Parada Cardiopulmonar em emergências. Dissertação (Mestrado profissional multidisciplinar em saúde. Programa de mestrado profissional multidisciplinar em saúde da Universidade Federal de Santa Catarina). 96 p Florianópolis. 2013.

GONZALEZ, MARIA MARGARITA et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 101, n. 2, p. 1-221,
PEREIRA, J. C. R. G. A. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. Rev. Bras. Ter. Intensiva, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 190-196, 2008.

SAVC Manual para provedores. Trad. Antônio Palma Brasil. Rio de Janeiro: American Heart Association; Fundação InterAmericana do Coração; 2004

SILVA, C.R. O enfermeiro na parada cardiorrespiratória em unidade de emergência intra-hospitalar: revisão de literatura. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. 2010.

TIMERMAN, A; BERTOLAMI, M. C; MONTEIRO FERREIRA, J. F. (Org.). Manual de cardiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 322 25 17 p.

VIEIRA SRR, TIMERMAN A, editores. Consenso Nacional de Ressuscita- ção Cardiorrespiratória. ArqBrasCardiol. 1996;66(6):375-402.
ZANINI, J. et al. Parada e reanimação cardiorrespiratória. Conhecimento da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. abr-jun 2006, v.18 n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a07v18n2.pdf> Acesso em: 25 nov 20

HIPERPLASIA MEDULAR NA GESTAÇÃO

Ana Luíza Lima De Araújo Guedes[1]; Aucelia Cristina Soares de Belchior[2]

1 Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: analuiza_guedes@outlook.com
2 Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: crisbelchior@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hiperplasia se caracteriza por um aumento do número de células de um órgão ou tecido, e não no volume individual de cada uma delas. A multiplicação excessiva do número de células pode levar a um aumento de volume do órgão (ABCMED et al, 2014). Durante a gravidez há uma imposição de adaptações ao organismo materno, ajustes fisiológicos são necessários para que ocorra o adequado desenvolvimento do produto conceptual ocorrendo um aumento na massa eritrocitária em menores proporções, 20% a 30% (300 mL) principalmente em resposta à atividade aumentada da eritropoetina e hormônio lactogênio placentário, que estimulam a eritropoiese medular (hiperplasia medular eritróide). Muitas pesquisas técnicas ou tratamento têm sido desenvolvidas no intuito de se obter uma forma de estabilizar esta doença já que os tratamentos convencionais não afetam seu processo de progressão, levando o paciente ao avanço da doença. Explorar aqui o que tem sido feito na doença hiperplasia medular e dar um fechamento com objetivo da revisão.

REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Moddoti et al., 2014, durante a gestação há alterações metabólicas e nutricionais que estão relacionadas com o ferro, principalmente a nível de aparelho digestivo onde o intuito de tal alteração é propiciar um acréscimo de absorção, logo, fornecendo uma melhor nutrição ao feto. Essa adaptação do sistema digestório é uma das várias presentes na gestação, bem como o aumento da massa eritróide em aproximadamente 33%, em torno da 20ª semana de gravidez, caracterizando uma hiperplasia eritróide de forma moderada na medula óssea e com um ligeiro aumento nos reticulócitos do sangue que segue para as periferias e também no plasma materno, além disso há um aumento considerável, de duas a três vezes, na concentração de eritropoetina.

OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura baseada na Doença Hiperplasia Medular durante a gestação, possibilitando assim, um maior estudo acerca do metabolismo do ferro e das adaptações presentes na gestação.

MÉTODOS

Foi feita uma revisão da literatura com pesquisa em banco de dados do Google Acadêmico e Scielo sobre Doença Hiperplasia Medular e Gestação. Para essa revisão foram incluídos artigos em português e inglês publicados entre os anos de 2010 e 2018. Palavras-chave**:** Doença Hiperplasia Medular, Hiperplasia medular na Gestação.

RESULTADOS

A pesquisa obteve como resultados 3 artigos científicos e uma página presente num site brasileiro de medicina. As palavras usadas para pesquisa foram: Hiperplasia Medular, Metabolismo do Ferro Durante a Gestação e Hiperplasia Medular na Gestação.

DISCUSSÃO

De acordo Souza et al, 2002, durante a gestação há uma elevação do volume sanguíneo em cerca de 40% a 50%, isso ocorre devido ao aumento tanto de volume plasmático como da massa total de leucócitos e eritrócitos na corrente sanguínea, contudo, a elevação de volume plasmático e da massa eritrocitária não são proporcionais e são controlados por diferentes mecanismos. Logo, indicadores hematológicos tais como contagem de eritrócitos, nível de hemoglobina e de hematócrito caem drasticamente a partir do segundo trimestre da gestação, com isso, deve haver um cuidado maior ao interpretar tais indicadores sem conhecer tais mudanças como essa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que durante a gestação a mulher inúmeras alterações que levam à certas adaptações, tais como mudanças no sistema hematopoiético, o que leva a medula da

gestante a produzir uma massa eritróide maior do que seria caso ela não estivesse com o feto, esse aumento na massa eritróide fornece ao feto uma melhor manutenção no útero da mãe, portanto, há uma gestação saudável onde alterações e adaptações são vistas, porém, ocorrem de forma fisiológica para que mãe e feto passem pelas semanas de gestação de forma saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Hiperplasia Medular, Hiperplasia medular em gestante.

REFERÊNCIAS

Hiperplasia: definição, diferença entre hiperplasia e hipertrofia, causas, manifestações e evolução.http://www.abc.med.br/p/543127/hiperplasia+definicao+diferenca+entre+hiperplasia+e+hipertrofia+causas+manifestacoes+e+evolucao.htm. Acesso em: 07 de junho de 2018.

MODOTTI, M. TERESA, C. F. et al. Anemia ferropriva na gestação: controvérsias na suplementação do ferro. **Medicina** (Ribeirao Preto. Online), Ribeirão Preto, v. 48, n. 4, p. 401-407, dec. 2015. ISSN 2176-7262. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/108158>. Acesso em: 07 de junho de 2018. doi:http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i4p401-407.

SOUZA, A.I, BATISTA FILHO, M., FERREIRA, L.O.C. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**. 2002;24(1):29-36. DOI:10.1590/S1516-84842002000100006 Acesso em: 07 de junho de 2018.

EFEITOS DA TERAPIA DO ESPELHO NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR AVE

Marília Aires Alves de Lima; Maria Isabelle Carlos da Silva; Regina Oliveira Bezerra; Willian Alves da Costa[1]; Samara Campos de Assis [2]

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: mariliaairesalves@gmail.com
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Segundo Mazzola (2006) o Acidente Vascular Encefálico (AVE) refere-se a um déficit neurológico focal súbito, devido a uma lesão vascular. O mesmo inclui lesões causadas por distúrbios da coagulação e hemodinâmicos, mesmo que não haja modificações detectáveis nas veias ou artérias.

De entre os diversos distúrbios neurológicos que surgem em decorrência do AVE, a hemiparesia de predomínio braquial é uma consequência comum e indesejável. Esta deficiência acomete cerca de 85% dos doentes acometidos por esta patologia, sendo que 55 a 75% reportam déficits no membro superior (MS) que afetam a sua atividade laboral e diária. (BRANCO, S 2016)

A técnica da Terapia Espelho (TE) foi integrada pela primeira vez por Ramachandran e Rogers em 1992, com o objetivo de tratar pacientes amputados que tinham dor fantasma. Hoje em dia a TE vem sendo estudada em pacientes pós-AVE com o propósito de reduzir os déficits sensoriais e motores acelerando o processo de recuperação funcional. A técnica sugere que uma rede neural que é responsável pelo controle da mão em uma determinada tarefa possa ser utilizada no controle dos movimentos da outra mão. Isso confunde o cérebro, fazendo com que ele imite os movimentos do braço saudável através do reflexo no braço lesionado.

OBJETIVO

Analisar os possíveis efeitos da terapia do espelho na reabilitação de pacientes acometidos por AVE.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a recolha e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo e a Biblioteca Virtual Médica dos EUA (PubMed), além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foi utilizada a palavra-chave Fisioterapia; Terapia do espelho; AVE; reabilitação. Os artigos selecionados basearam-se nos seguintes critérios: artigos publicados em revistas durante o período de 2013 a 2018, artigos publicados em português, e que explanassem sobre o referido tema. Os critérios de exclusão foram artigos publicados fora do período estabelecido, não ser publicado no idioma português, e artigos que não estavam de acordo com o tema.

RESULTADOS

Segundo os estudos de Tieppo, C et-al (2016) A Terapia do Espelho contribui no processo de reabilitação do membro superior de pacientes pós-AVC. Os trabalhos analisados comprovaram que a TE trás benefícios no processo de reabilitação do membro superior parético de pacientes pós-avc. Os estudos de Branco, S. (2016) concluíram que a TE tem um efeito superior na evolução da funcionalidade do MS parético após o acometimento. Não se verificaram resultados favoráveis na evolução da incapacidade global. Melo, L. et-al (2015) afirma que o uso da Terapia Espelho produziu alterações benéficas, principalmente quanto ao grau de espasticidade e função motora do membro superior parético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do estudo realizado, constatamos que a terapia do espelho possui efeitos significativos na reabilitação dos pacientes acometidos por AVE, mostrando melhoras significativas em relação à função motora, diminuição da espasticidade e retorno as atividades diárias. Contudo, ainda é necessária a realização de estudos com amostras mais amplas, para resultados mais consistentes e amplos.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Terapia do espelho; AVE; Reabilitação.

REFERÊNCIAS

Tieppo, C. C., Menegat, D. S., Kohl, S. B., Dalla, T., & Grandi, L. (2016). INFLUÊNCIA DA TERAPIA DO ESPELHO NA REABILITAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR PARÉTICO DE PACIENTES PÓS-AVC: UMA REVISÃO DA LITERATURA. In *Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha* (Vol. 4, No. 4, pp. 234-243).

BRANCO, Soraia Costa. **Terapia de espelho no prognóstico funcional do membro superior plégico pós-AVC**. 2016. Dissertação de Mestrado.

de Melo, L. P., Bezerra, V. T., da Silva Costa, V., de Souza, F. H. M., & da Silveira, J. C. C. (2015). Efeitos da terapia espelho na reabilitação do membro superior pós-acidente vascular cerebral. *Saúde (Santa Maria)*, *41*(1), 157-164

Said, P. Z. M., & dos Santos Soares, T. R. (2016). AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA TERAPIA DO ESPELHO NAS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS EM PACIENTES HEMIPARÉTICOS PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO. *Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar*, *20*(2), 56-71.

PRINCIPAIS TÉCNICAS FISIOTERAPÊUTICAS PARA O TRATAMENTO DE ASMA BRÔNQUICA

Maria Isabelle Carlos da Silva [1]; Luelma Karolaynne Azevedo e Araújo [1]; Ágatha Lizandra Leite Oliveira [1]; Marília Aires Alves de Lima [1]; Pablo Ribeiro de Albuquerque [2].

[1] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: isabellecarllos@gmail.com;
[2] Professor Especialista do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A asma brônquica é definida por uma hipersensibilidade contrátil das vias aéreas causada pela inalação de substâncias inespecíficas que levam o indivíduo há uma crise asmática. Em consequência disso, há uma produção excessiva de muco, contração exorbitante dos bronquíolos terminais levando ao estreitamento da via e diminuição do fluxo respiratório dificultando a troca gasosa e prejudicando a expiração. A inflamação da mucosa brônquica provoca limitação ao fluxo aéreo devido ao aumento de fluxo sanguíneo brônquico, com a vasodilatação, congestão e hipermeabilidade microvascular com edema e tampões de muco e contração da musculatura lisa peribrônquica. Há diminuição do calibre e determinado aumento da resistência das vias aéreas e consequentes hiperinsuflação e alterações na relação ventilação – perfusão - V/P (HADDAD, C. E. O.; MEJIA, D. P. M**.** 2013 *apud* AZEREDO, 1996).

Estudos recentes relatam que a asma acomete 334 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, a asma foi diagnosticada em mais de 20% das crianças e jovens entre 7 e 14 anos. A idade para desenvolvimento da asma pode ser determinada por fatores genéticos em 34% dos casos e por ambientais em 66% deles (COELHO, M. A. Q. et al. 2016).

De acordo com Silva, Belchior e Souza (2014) a asma na fase aguda apresenta tratamento clínico baseado nos medicamentos (broncodilatadores, antiinflamatórios e imunoterapêuticos), entretanto, a mesma necessita de um tratamento em longo prazo e a fisioterapia apresenta-se em estudo para tornar-se parte no acompanhamento desta patologia com objetivo de manutenção ou melhora da forma física geral durante os períodos de crises e também na prevenção das mesmas.

A fisioterapia respiratória atua na prevenção e tratamento da asma, por meio de técnicas manuais, cinéticas e posturais que objetivam amenizar das crises asmáticas, desobstruir os brônquios através de técnicas de higiene brônquica, aumentar o fluxo expiratório, fortalecer a musculatura torácica, prevenir ou reduzir a má distribuição da

ventilação pulmonar, aumentando a limpeza mucociliar das vias aéreas. (SILVA, M. G, 2014).

As técnicas de mobilização das secreções incluem drenagem postural que utiliza a orientação das vias brônquicas para mover as secreções por meio da posição do paciente promovendo o deslizamento até às vias aéreas centrais a favor da gravidade; a percussão que corresponde à aplicação descontínua da energia cinética sobre a grade costal, de forma manual ou mecânica, com o objetivo de deslocar as secreções fixas na parede brônquica para áreas mais centrais; e a manobra vibrocompressão que consiste na utilização de vibrações, associadas à compressão e descompressão, sobre a parede torácica, com o uso das mãos, na fase expiratória do ciclo com a finalidade de promover uma modificação das propriedades físicas do muco com diminuição da viscosidade em razão do tixotropismo (SANTOS, C. A. M.; CANTISTA, A. P. P., 2018).

A reexpansão pulmonar pode ser realizada através das técnicas freno labial que é constituída em uma inspiração nasal seguida por uma expiração oral suave, realizando-se um retardo expiratório através dos dentes cerrados e lábios franzidos, sua finalidade é permitir a manutenção da integridade do ponto de igual pressão evitando o colabamento precoce (HADDAD, C. E. O.; MEJIA, D. P. M**.** 2013).

O fortalecimento da musculatura diafragmática foi uma das principais técnicas para o tratamento da asma, pois seu movimento corresponde a mais de 2/3 de ar que penetra nos pulmões durante um ciclo respiratório (GALLI, M.C.; MONTEMEZZO, D., 2006 *apud* PÓVOA, L. S.; TANGANELI, R., 2012).

OBJETIVO

Descrever as principais técnicas fisioterapêuticas que podem ser utilizadas no tratamento de asma brônquica.

METODOLOGIA

O presente estudo é caracterizado como revisão literária, sobre as principais técnicas fisioterapêuticas para o tratamento de asma brônquica. A pesquisa foi realizada a partir dos bancos de dados: Scielo, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Lilacs e Revista Pesquisa em Fisioterapia de forma a executar um levantamento dos estudos obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: artigos no idioma português e publicações no período de 2012 a 2018.

Palavras chaves utilizadas: fisioterapia respiratória, asma brônquica, fisioterapia na asma brônquica, reabilitação respiratória, técnicas fisioterapêuticas.

Foram encontrados 15 artigos que obedeciam aos critérios de inclusão desta pesquisa e foram descartados 10 artigos os quais não tinham como objetivo relatar as técnicas fisioterapêuticas no tratamento de asma brônquica.

RESULTADOS

Esta pesquisa foi composta por 5 artigos, sendo analisados os dados inerentes à temática, objetivo do trabalho, ano de publicação e resultados.

No quadro 01 pode-se observar os 5 trabalhos analisados de acordo com o tema, o periódico e o ano de publicação.

Quadro 01 – Distribuição dos Artigos por Autores, Título do Artigo, Periódico e Ano.

AUTOR(S)	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	ANO
HADDAD,C. E. O.; MEJIA, D. P. M .	Principais técnicas fisioterapêuticas desobstrutivas e desinsuflativas para o tratamento da asma brônquica.	Faculdade Ávila	2013
PÓVOA, L. S.; TANGANELI, R.	Levantamento das Diversas Técnicas Fisioterapêuticas Utilizadas no Controle da Asma.	UNICIENCIAS	2012
SANTOS, C. A. M.; CANTISTA, A. P. P.	Reabilitação respiratória no doente asmático: relevância da cinesiterapia.	Universidade do Porto	2018
SILVA, C. J.; BELCHIOR, F. C.; SOUZA, L. A.	Correlação entre recursos terapêuticos e broncoespasmo no paciente asmático.	Multitemas	2014
SILVA, M. G.	Tratamentos fisioterápicos mais indicados para asmáticos.	UniSALESIANO	2014

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados obtidos durante a pesquisa, pode-se concluir que as intervenções clínicas e as técnicas fisioterapêuticas associadas e utilizadas de forma preventiva e durante o tratamento leva á uma melhora significativa na capacidade funcional, melhorando assim, a qualidade de vida dos pacientes asmáticos.

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia respiratória, asma brônquica, fisioterapia na asma brônquica, reabilitação respiratória, técnicas fisioterapêuticas.

REFERÊNCIAS

COELHO, M. A. Q. et al. Prevalência e fatores associados à asma em escolares de Montes Claros, MG, Brasil. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n4/1207-1216/#>. Acesso em: 28 set. 2018.

HADDAD,C. E. O.; MEJIA, D. P. M. **Principais técnicas fisioterapêuticas desobstrutivas e desinsuflativas para o tratamento da asma brônquica**. 2013. 12f. Pós-graduação em Fisioterapia e Terapia Intensiva – Faculdade Ávila, Goiânia, 2013. Disponível em:< http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/28/34_-_Principais_tYcnicas_fisioterapYuticas_desobstrutivas_e_desinsuflativas_para_o_tratamento_da_asma_brYnquica.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

PÓVOA, L. S.; TANGANELI, R. **Levantamento das Diversas Técnicas Fisioterapêuticas Utilizadas no Controle da Asma**. UNICIÊNCIAS, v. 16, n. 1, p. 33-37, Dez. 2012. Disponível em:<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/541>. Acesso em: 28 set. 2018.

SANTOS, C. A. M.; CANTISTA, A. P. P. **Reabilitação respiratória no doente asmático: relevância da cinesiterapia**. 2018. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal, 2018. Disponível em:< https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/114555/2/280003.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

SILVA, C. J.; BELCHIOR, F. C.; SOUZA, L. A. **Correlação entre recursos terapêuticos e broncoespasmo no paciente asmático**. Disponível em:< http://www.multitemas.ucdb.br/article/viewFile/1012/976>. Acesso em: 29 set. 2018.

SILVA, M. G. **Tratamentos fisioterápicos mais indicados para asmáticos**. Disponível em:< http://fisiosale.com.br/assets/tratamentos-fisioter%C3%A1picos-mais-indicados-para-asm%C3%A1ticos.pdf>. Acesso em: 29 set. 2018.

USO DA VENTOSATERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO UTILIZADO NAS SEQUELAS DE QUEIMADURA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Aderivânia Márcia de Oliveira[1]; Esther Mariane Leite Farias[2]; Jônatas Batista Patriota[2] ; Victória Libina Almeida M. de Oliveira[2]; Aline Guimarães Carvalho [3]

[1,2] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: dera.jesus@yahoo.com.br
[3] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as queimaduras são responsáveis por aproximadamente 265.000 mortes por ano em todo mundo. A queimadura é um dos traumas mais devastadores que pode atingir o homem, como também uma das causas frequentes de mortalidade e de graves incapacidades a longo prazo (ANDRADE; LIMA; ALBUQUERQUE, 2010). Sabe-se, porém, que os pacientes queimados necessitam de uma atenção multiprofissional. Para Rocha, Rocha e Souza (2010), a intervenção fisioterapêutica é de extrema importância, pois contribui para a diminuição das sequelas deixadas pela lesão, e melhoria da qualidade de vida, física e psicológica, do indivíduo.

REFERENCIAL TEÓRICO

A queimadura é a lesão dos tecidos decorrente de um trauma térmico que pode ser provocada por calor, eletricidade, irradiação, frio, congelamento, substâncias químicas ácidas ou álcalis. Para Gomes e Guimarães (2006), a queimadura pode variar desde uma pequena flictena (bolha) na pele até agressão grave, capaz de desencadear um grande número de respostas sistêmicas proporcionais à extensão e à profundidade dessas lesões. Contudo, mesmo que o prognóstico para o tratamento da queimadura tenha evoluído, ela ainda configura causa de mortalidade, e morbidade acentuada pelo surgimento de sequelas como a incapacidade funcional dos membros superiores e inferiores; as diversas deformidades; sequelas de ordem psicossocial, além de danos neurológicos, oftalmológicos e geniturinários. Nesse sentido, a intervenção fisioterapêutica exerce um papel primordialmente preventivo, quando iniciada precocemente. Caso contrário, o paciente poderá desenvolver sequelas, principalmente pela imobilização ou pela posição antálgica que exerce. Por isso, quanto mais rápido o tratamento, melhores serão os resultados. Diante disso, é importante que o profissional da saúde elabore um programa de tratamento adequado, com atividades planejadas, assistência diária e avaliação das condutas de acordo com a evolução do mesmo,

visto que as necessidades de reabilitação se modificam com frequência (ROCHA, 2010). Ademais, sabe-se que a fisioterapia está presente nesse tratamento, com recursos que podem ser utilizados na reabilitação desses pacientes. E dentre estes, a ventosaterapia, técnica de tratamento que engloba equipamentos específicos, baseados na aspiração, acrescidos de uma mobilidade profunda da pele e tela subcutânea, que permite um incremento na circulação sanguínea e superficial (GUIRRO; GUIRRO, 2010), restaurando a forma e função dos tecidos, resultando na melhora da oxigenação do meio intersticial, fator importante na condição de vida de toda estrutura tecidual. Desta forma, o presente trabalho procurou verificar a eficácia do uso da ventosaterapia como recurso no tratamento de queimaduras e contribuir para que o profissional que atua nesta área possa conhecer essa possibilidade de intervenção fisioterapêutica e consequentemente, proporcionar um atendimento de qualidade aos pacientes sequelados por essas deformidades.

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária para verificar o uso da ventosaterapia como recurso terapêutico utilizado nas sequelas de queimadura e no tratamento dessas disfunções.

MÉTODOS

Pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, com a análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis em livros, internet: Biblioteca Virtual Scielo e a Biblioteca Virtual Médica dos EUA (PubMed), além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras-chave: queimaduras; Recursos Fisioterapêuticos; ventosaterapia.

RESULTADOS

No decorrer deste levantamento bibliográfico verificou-se que as queimaduras causam desconfortos, e que os pacientes sofrem dores terríveis, pois deixam sequelas que afetam drasticamente a aparência, a capacidade de independência e consequentemente, o bem-estar psicológico do indivíduo (ROSSI; DALRI In LIMA Jr. et al., 2008). Neste contexto, a Fisioterapia tem um papel importante no tratamento destas disfunções, uma vez que possui recursos que podem ser utilizados para minimizar as sequelas deixadas por esta patologia,

melhorando a qualidade de vida e autoestima do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento do indivíduo com sequelas de queimadura envolve, uma equipe multiprofissional, onde devem atuar de forma rápida e contínua. Uma vez que, a intervenção fisioterapêutica neste tipo de lesão é de suma importância e disponibiliza-se de métodos que possibilitam resultados satisfatórios na melhoria da qualidade de vida e integração do individuo no meio social. Portanto, este estudo procurou descrever a importância da fisioterapia e seus consideráveis avanços na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Queimaduras; Recursos Fisioterapêuticos; Ventosaterapia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. G.; LIMA, C. F.; ALBUQUERQUE, A. K. B**.** Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Queimaduras**, Recife, v. 9, n. 1, 2010

GOMES, D. R. Fisiopatologia In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras Tratamento Clínico e Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

GUIRRO, E. C. O; GUIRRO, R. R. Fisioterapia dermato-fncional: fundamentos, recursos, patologias. São Paulo: Manole, 2010

ROCHA, M. S.; ROCHA, E. S.; SOUZA, J. P. C. Fisioterapia em Queimados: Uma pesquisa bibliográfica acerca dos principais recursos fisioterapêuticos e seus benefícios. **Revista Tem@, Campina Grande**, v. 9, n. 13/14, 2010.

ROCHA, C. L. J. V. Abordagem fisioterapêutica do paciente queimado. **Rev. Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 2, n. 2, 2010

ROSSI, L. A.; DALRI, M. C. B. **Atendimento de Enfermagem em pacientes queimados**. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. Tratado de queimaduras no paciente agudo. São Paulo: Atheneu, 2008

FISIOTERAPIA DERMATO-FUNCIONAL NO TRATAMENTO DA FIBRO EDEMA GELOIDE COM O USO DE VENTOSATERAPIA

Ana Luíza Lima de Araújo Guedes[1]; Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba[2]; Aline Guimarães Carvalho[2], Rejane Maria Lima de Araujo[3]; Viviane Valeria de Caldas Guedes[4]
[1] Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia.
[2] Docentes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos;
[3] Docente na Pós-Graduação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos;
[4] Coordenadora e Docente do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A fibro edema geloide (FEG) é uma desordem metabólica regional que altera toda a harmonia da pele, que são constituídos na derme e é formada através de vários elementos do corpo, como por exemplo as células, vasos sanguíneos e nervos tornando-a em aspecto rugoso e sem brilho. Os estudos sugerem que a ventosaterapia que se caracteriza por ser uma técnica que tem como efeito no corpo tanto estética quanto na motora, tem como propósito para tratamento da FEG, de melhorar circulação sanguínea, eliminar as toxinas que existem no sangue, melhora a flexibilidade do músculo, acnes, rugas nasogeniana, reabilitação nos MMS e MMI. Muitas pesquisas técnicas ou tratamento têm sido desenvolvidas no intuito de obter formas para acabar com a FEG e fornecer às mulheres que sofrem com FEG uma maior autoestima.

REFERENCIAL TEÓRICO

A FEG é o nome técnico e correto da celulite, já que o termo também se refere à infecção bacteriana do subcutâneo. A FEG é uma alteração causada pelo acúmulo de gordura, água e toxinas nas células, fazendo com que essas células fiquem cheias e endurecidas, deixando o local com desníveis (ondulações e retrações) e nódulos, que se manifesta externamente através dos furinhos indesejado bastante incidente na população como um todo, sendo o gênero feminino o mais acometido, tendo uma prevalência entre 85% e 98% em todas as raças. Essa prevalência é demonstrada após o marco da puberdade (AVRAM, 2004). O Tratamento da fisioterapia dispõe meios físicos e técnicas terapêuticas como eletroterapia, técnicas manuais, cinesioterapia, RPG, cosmetologia, ventosaterapia com intuito de tratar efetivamente diversas patologias clínicas e estéticas com conhecimentos relevantes de

anatomia esse conhecimento proporciona uma abordagem direcionada à forma mais eficaz de tratamento para cada paciente, potencializando e assegurando resultados efetivos, sem causar riscos à saúde. O tratamento da ventosaterapia é caracterizada por ser muito utilizada pelos chineses e egípcios, há mais de 4 mil anos atrás e foi aperfeiçoada pela Medicina Tradicional Chinesa. Quanto a classificação, segundo Guirro (2004), a classificação do FEG pode ser dividida em três estágios: Grau I ou brando: quando não está visível ao olho nu sendo que o estágio dela é curável. Grau II ou moderado: são depressões visíveis ao olho nu em que o estágio dela é curável e o Grau III ou grave: as depressões são percebidas no individuo ou em qualquer posição em que ele esteja e o estágio dela é incurável. Já na parte da identificação da FEG Ciporkin; Paschoal (1992), encontrou vários sinais clássicos, como: o aumento da espessura celular subcutânea; da consistência; da sensibilidade à dor e diminuição da mobilidade por aderência.

OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura baseada no Tratamento da Fibro Edema Geloide com o uso de ventosaterapia.

MÉTODOS

Foi feita uma revisão da literatura com pesquisa em banco de dados e revistas indexados Pubmed, Bus e Scielo sobre Tratamento da fibro edema geloide como uso de ventosaterapia. Para essa revisão foram apresentados 288 artigos publicados entre os anos 2010 e 2018 sendo que dos excluídos permaneceram apenas 4 artigos que se tratava parcialmente do tema. Palavras-Chave: Ventosaterapia, Lipodistrofia ginoide, Celulites, Tratamentos.

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa comprovam que a utilização da ventosaterapia como recurso na FEG, mostra-se muito eficaz ao tratamento. Como mostra o quadro I que descreve a leitura encontrada, apresentados nos estudos:

TITULO	AUTOR	ANO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
Os Efeitos da Endermologia no Tratamento do Fibro Edema Gelóide: Artigo de Atualização	SILVA P.C.O	2012	O objetivo foi verificar a eficaz da endermologia para o beneficio do tratamento da FEG.	Mostra-se que a endermologia tem um resultado de grande positivo tratamento da FEG
Ventosaterapia – Revisão de Literatura	OLIVEIRA, M.A.R.	2018	O objetivo foi melhorar a circulação sanguínea, diminuir a FEG com o uso da ventosaterapia	Conclui-se basicamente que a utilização da sucção é através de copos vácuos para reduzir os edemas.
A Ventosaterapia para Fins Estéticos	OLIVEIRA, I. B. S	2016	Teve como objetivo de analisar o tratamento em algumas patologias na FEG.	Conclui-se que ela pode ser aplicada melhorando o fluxo sanguíneo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que o uso da ventosaterapia para o tratamento da FEG consiste mais do que fazer um beneficio nas alterações causado na derme, mas também promove ao paciente uma melhora na autoestima.

PALAVRAS-CHAVE: Ventosaterapia, Lipodistrofia Ginoide, Celulites, Tratamentos.

REFERÊNCIAS

DAVID, R. B; PAULA, R. F.; SCHNEIDER, A.P. **Lipodistrofia ginoide: conceito, etiopatogenia e manejo nutricional**. Rev Bras Nutr Clin, v. 26, n. 3, p. 202-6, 2011. Acesso em: 24 set. 2018.

GUIRRO, R. **Fisioterapia dermato-funcional: uma área em observação.** 3. ed. Rio de Janeiro: Manole Editora, 2001. 560 p. In. CUNHA, Eline Silva da et al. Intervenção Fisioterapeutica no Tratamento do Fibro Edema Genoide. 2007. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/alternativa/geloide_eline.htm>. Acesso em: 24 set. 2018

OLIVEIRA, I. B. S; PACAS, M. I. L. **A VENTOSATERAPIA PARA FINS ESTÉTICOS.** Disponível em: <https://even3.azureedge.net/anais/44327.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017. set. de 2018.

OLIVEIRA, MAR; SILVA, A.; PEREIRA, L**. VENTOSATERAPIA–REVISÃO DE LITERATURA.** Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018, Disponível em: http://unifia.edu.brrevista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2018/017_VENTOSATERAPIA_REVISÃO_DE_LITERATURA.pdf). Acesso em: 04 de set. 2018.

SILVA P.C.O. **OS EFEITOS DA ENDERMOLOGIA NO TRATAMENTO DO FIBRO EDEMA GELÓIDE: ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO** . Goiânia; 2012. Disponível em: file:///D:/Usu%C3%A1rios/SLPRODIREITO1/Desktop/Ana%20Luiza/os-efeitos-da-endermologia-no-tratamento-do-fibro-edema-gelide-artigo-de-atualizao.pdf. Acesso em: 09 out. 2018.

EFEITOS DO MICROAGULHAMENTO NO TRATAMENTO DE ESTRIAS

Tacia Geni Rodrigues Dantas Fernandes[1]; Francyara Sousa Silva[1]; Gabrielle Dantas de Medeiros Fernandes[1]; Pedro Paulo Basilio Alves[1]; Renata Justino Santana[1]; Rúbia Karine Diniz Dutra [2]

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: tacia_dantas@hotmail.com
[2]Professora Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: rubiadutra@gmail.com

INTRODUÇÃO

As estrias são lesões atróficas lineares paralelas. Ocorrem com maior frequência na puberdade, sobretudo, no sexo feminino. Pode acontecer em pessoas com obesidade grave, no período gestacional e nos estados infecciosos. Podem ainda estar associadas á algumas causas como: comprometimento hormonal caracterizado pelo aumento de corticoides endógenos, atividades físicas ativas onde haja acréscimo excessivo de massa muscular, no crescimento intenso e rápido na adolescência (KNOPIK; CRISTINA, 2013).

O microagulhamento é uma opção de tratamento para vários problemas estéticos da pele, como cicatrizes de acne, rejuvenescimento facial e estrias. A técnica surgiu na década de 1990 na Alemanha, que ficou conhecida mundialmente somente em 2006. O equipamento consiste em um rolo recoberto por agulhas finas de aço inoxidável cirúrgico ou liga de titânio, as quais apresentam vários comprimentos de diâmetro (LIMA; SOUZA; GRIGNOLI, 2015).

REFERENCIAL TEORICO

As estrias atróficas podem ser definidas como um processo degenerativo cutâneo e benigno sem etiologia definida. Elas representam um problema muito comum e desagradável na maioria das mulheres. São lesões dérmicas que geralmente sofrem estiramento excessivo e progressivo na pele (LUZ; OLIVEIRA, 2015).

O procedimento de microagulhamento possui vantagens, tais como a estimulação de colágeno sem promover um efeito ablativo na pele. A cicatrização acontece em pouco tempo e a chance de efeitos colaterais é mínima se comparada a outras técnicas ablativas, uma vez que deixa a pele mais densa e resistente. O tratamento é realizado a partir da perfuração do estrato córneo, sem que haja danos à epiderme. Esse processo permite a liberação de fatores de crescimento que irão incentivar a produção de colágeno e elastina na derme papilar. O

microagulhamento provoca um processo inflamatório em toda a extensão da estria tratada, induzindo a produção de colágeno (LIMA; SOUZA; GRIGNOLI, 2015).

OBJETIVO

Avaliar a eficácia do microagulhamento no tratamento de estrias atróficas

MÉTODOS

Revisão sistemática, usando como base de dados SCIELO, LILACS, PUBMED, realizada nos últimos cinco anos. A busca ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2018, utilizando como palavras-chave: Microagulhamento, estrias, colágeno. Os critérios de inclusão foram: artigos originais com enfoque temático, disponibilizados na íntegra e publicados em língua portuguesa e como exclusão os artigos que foram publicados a mais de cinco anos.

RESULTADOS

Analisados 4 artigos, o microagulhamento, apresentou respostas positivas no tratamento de estrias, sendo eficaz na diminuição da quantidade e espessura das estrias, obtendo amenização do quadro, melhorando o aspecto e aparência das estrias, mesmo aquelas mais antigas. Mas é necessário que o paciente seja muito bem avaliado e orientado durante todo o processo, para que se tenha sucesso. Isso pode ser observado no quadro abaixo:

AUTOR	TÍTULO	CONCLUSÃO
LIMA, GRIGNOLI E SOUZA (2015)	Os benefícios do microagulhamento no tratamento das disfunções estéticas.	Conclui-se que a técnica de microagulhamento se mostra eficaz em diversos tratamentos estéticos, seja pela permeação de ativos ou pela estimulação de colágeno, quando este é utilizado isoladamente. A associação do microagulhamento com fatores de crescimento no tratamento de estrias atróficas apresentou um resultado bastante positivo após a realização de nove sessões.
FULCO E SILVA (2018)	Uso estético do microagulhamento no tratamento de estrias rubras e albas.	Os resultados em sua maioria, demonstrou melhora na coloração, tamanho e satisfação dos voluntários. Dessa forma são comprovados os efeitos benéficos apresentados após o tratamento com o microagulhamento para estrias rubras e albas, amenizando-as e proporcionando uma aparência mais jovial à pele.
KNOPIK, CRISTINA (2013)	Os efeitos do microagulhamento associado ao fator de crescimento no tratamento de estrias atróficas e brancas na região glútea: estudo de caso.	Considerada uma técnica efetiva e segura, com bons resultados em poucas sessões, sendo um tratamento inovador, estimula a produção de colágeno e age como veiculador de ativos como os fatores de 10 crescimento, que aceleram o processo de cicatrização na área lesada. Obtiveram-se resultados satisfatórios, notando-se diminuição da espessura e profundidade das estrias e melhora na hidratação da pele.
LUZ, OLIVEIRA (2015)	Tratamento com microagulhamento em estrias atróficas: galvanopuntura x dermaroler	O microagulhamento demonstrou-se um tratamento inovador e passível de ser utilizado para um amplo aspecto de indicações quando o objetivo é o estímulo da produção de colágeno. Independente do tamanho da agulha, o efeito do microagulhamento implica no rompimento das fibras de colágeno e induz a renovação e crescimento de novas fibras abaixo da epiderme. É um método novo e promissor na área da estética, que obteve um grande resultado sobre a pele estriada.

CONCLUSÃO

Considerada uma técnica efetiva e segura, com bons resultados, o microagulhamento é um tratamento inovador, que estimula a produção de colágeno. É possível conseguir resultados satisfatórios, notando-se diminuição da espessura e profundidade das estrias e melhora na hidratação da pele. É provável que o aumento do número de sessões venha a proporcionar ainda, melhores resultados.

PALAVRAS-CHAVE: MICROAGULHAMENTO; ESTRIAS ATROFICAS; COLÁGENO.

REFERENCIAS:

CRISTINA, N.L; KNOPIK, S.C. os efeitos do microagulhamento associado ao fator de crescimento no tratamento de estrias atróficas e brancas na região glútea: estudo de caso, 2013.

FULCO, T; DA SILVA, M.G. USO ESTÉTICO DO MICROAGULHAMENTO NO TRATAMENTO DE ESTRIAS RUBRAS E ALBAS. In: **Simpósio**. 2018.

LIMA, A.A; SOUZA, T.H; GRIGNOLI, L.C.E. Os benefícios do microagulhamento no tratamento das disfunções estéticas. 2015.

LUZ, M.R; OLIVEIRA, S.P. Tratamento com microagulhamento em estrias atróficas: galvanopuntura x dermaroler, 2015.

BENEFÍCIOS DO PEELING QUÍMICO EM TRATAMENTOS ESTÉTICOS

Ana Paula Alves da Costa[1]; Bianca Santos Medeiros[1]; Maísa Araujo da Silva[1]; Willian Alves da Costa[1]; Rubia Karine Diniz Dutra[2]

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
E-mail: costa.anapaula96@gmail.com
[2] Fisioterapeuta, professora das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

O órgão que tem maior exposição ao meio externo é a pele, sofrendo acometimentos do meio ambiente, por meio do sol, condições climáticas, poluentes e uma imensidade de produtos químicos. A pele pode ser dividida em três camadas, a epiderme a camada mais superficial, a derme a camada intermediária e a hipoderme a mais profunda. A epiderme é a camada mais externa e avascular da pele, que tem como principal função a proteção contra microrganismos e os agentes físicos-quimicos do ambiente (BATISTA; VIDAL, 2017).

Entre os tratamentos estéticos o Peeling é um dos procedimentos mais realizados para melhorar o aspecto da pele (FERNANDES et al., 2018). Segundo Guerra et al. (2013), o peeling químico, igualmente denominado como quimioesfoliação ou dermopeeling, compreende na utilização de um ou mais agentes esfoliantes na pele, ocasionando a eliminação de partes da epiderme e/ou derme, seguida de regeneração dos tecidos epidérmicos e dérmicos.

Esse tratamento tem diversos objetivos, dentre eles: rugas, melanoses, queratóses actínicas, melasma, hiperpigmentação pós-inflamatória, acnes e suas sequelas, cicatrizes atróficas, estrias, queratose pilar e para clareamento da pele. Porém é contra indicado em problemas de fotoproteção ineficaz, gravidez, estresse ou escoriações neuróticas, uso de isotretinoína oral há menos de seis meses, cicatrização insuficiente ou desenvolvimento de queloides, história de hiperpigmentação pós-inflamatórios permanentes e também para aquelas pessoas que tem problemas em seguir e entender as orientações necessárias (FERNANDES et al., 2018).

REFERENCIAL TEÓRICO

A nossa pele fornece uma fronteira entre organismo e ambiente, que protege o corpo tanto da perda de substâncias, e dos impactos externos além de regular ou impedir a

penetração de substâncias. Histologicamente a barreira cutânea é composta por três tipos de estruturas: um manto lipídico, a camada córnea, e a camada espinhosa. (GUERRA et al., 2013).

O peeling possui várias indicações para os diferentes tipos de peles, e os critérios para que ele possa ser utilizado são: idade, foto tipo, área a tratar, grau de foto envelhecimento, objetivos a alcançar e habilitação do médico aplicador, além dos fatores inerentes a cada paciente em particular (YOKOMIZO et al., 2013).

A classificação do peeling se dá em relação à profundidade sendo: muito superficial, superficial, médio e profundo. Aplicação muito superficial age afinando e removendo o estrato córneo; o superficial age na epiderme até a camada granulosa ou basal; o médio age na derme papilar e por fim o profundo age na derme papilar se estendendo até a derme reticular. Os ácidos empregados em formulações cosméticas compreendem os alfahidroxíacidos (ácido glicólico, ácido lático, ácido mandélico) e os beta-hidroxíacidos (ácido salicílico) (SILVA; GOIS, 2018).

OBJETIVO

Identificar os principais benefícios do peeling químico nos tratamentos estéticos.

MÉTODOS

A seguinte pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de trabalhos científicos, consultados nos seguintes bancos de dados: google acadêmico, scielo e bvs (Biblioteca Virtual em Saúde). Foram encontrados 716 artigos, dos quais, foram selecionados 7 para desenvolver a pesquisa. Tendo como critérios de inclusão: publicações de artigos científicos, compreendidos entre o período de 2009 a 2018, que tratassem dos benefícios do peeling químico nos tratamentos estéticos. Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: Benefícios; Peeling químico; Tratamentos estéticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos de Guerra et al. (2013), indicam que pacientes que fazem tratamento com isotretinoína oral podem ser submetidos, simultaneamente, a procedimentos tópicos, como

peelings físicos superficiais e químicos de baixa concentração, com resultados terapêuticos favoráveis.

Segundo Silva e Gois (2018), o tratamento para rejuvenescimento facial com a utilização do peeling químico se mostrou bastante eficaz, levando a uma destruição da camada superficial, media ou profunda da pele com descamação e eliminação de células mortas dando lugar a células novas, eliminando as rugas e manchas, favorecendo uma aparência mais jovem e bonita para pele.

Guerra et al. (2013), realizou um estudo utilizando peelings superficiais associados à isotretinoína oral para o tratamento de acne, e expôs seus resultados como satisfatórios, pois seus pacientes apresentaram redução significativa da acne, diminuição do tamanho dos poros faciais chegando a 1/3 ou 1/5 do tamanho original, e a normalização da descamação epitelial folicular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se obter bons resultados com o uso do peeling químico é necessário que o profissional conheça a composição e ação dos princípios ativos ácidos e os biótipos cutâneos. Sendo assim o peeling químico é um tratamento de baixo custo e bastante eficaz, mas para alcançar respostas satisfatórias é necessário que o profissional trace um protocolo individual de tratamento, de acordo com os objetivos desejados, minimizando assim os riscos de complicações e efeitos indesejados.

PALAVRAS-CHAVE: Benefícios; Peeling químico; Tratamentos estéticos.

REFERÊNCIAS

BAGATIN, E; HASSUN, K; TALARICO, S. Revisão sistemática sobre peelings químicos. **Surgical and Cosmetic Dermatology**, v. 1, n. 1, p. 37-46, 2009.

BATISTA, H. F; VIDAL, G. P. Efeito do peeling de diamante no tratamento das hipercromias dérmicas. **Temas em Saúde**, v. 17, n. 3, p. 174-188, 2017.

FERNANDES, A. C. F; et al. Peeling químico como tratamento estético. **Revista Saúde em Foco**, n. 10, p. 496-503, 2018.

GUERRA, F. M. R. M; et al. Aplicabilidade dos peelings químicos em tratamentos faciais– estudo de revisão. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 4, n. 3, p. 33-36, 2013.

SILVA, L. P. I; et al. Microdermoabrasão: peeling de cristal e diamante-revisão de Literatura. **Revista Saúde em Foco**, n. 10, p. 474-484, 2018.

SILVA, M. O; GOIS, M. O. Rejuvenescimento facial por *peeling* químico. **Rev. Conexão Eletrônica**, v. 15, n. 1, p. 862-867, 2018.

YOKOMIZO, V. M. F; et al. Peelings químicos: revisão e aplicação prática. **Surgical and Cosmetic Dermatology**, v. 5, n. 1, p. 58-68, 2013.

BENEFÍCIOS DO TENS NA LOMBALGIA

Maria Isabelle Carlos da Silva[1]; Marília Aires Alves de Lima [2]; Uany da Cruz Vale [2]; Willian Alves da Costa [2]; Rúbia Karine Diniz Dutra [3]

[1],[2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: isabellecarllos@gmail.com
[3] Professora do Departamento de Fisioterapia da Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A coluna vertebral (CV) é um segmento multifuncional composto por sete vértebras cervicais, doze torácicas, cinco lombares, cinco sacrais e quatro coccígeas. A região lombar possui uma grande amplitude de movimentos em flexão e extensão, sua lateralização é limitada e sua rotação é diminuída em todos os níveis das vértebras lombares. Além disso, a coluna lombar é a região que suporta a maior carga do peso corporal e por este motivo é onde se concentra a sede principal das lesões e da dor.

O termo lombalgia se refere à dor na coluna lombar, sendo um dos sintomas mais comuns das disfunções da coluna vertebral e nos pacientes acometidos causa incapacidade, tendo prevalências elevadas em todas as culturas e em ambos dos sexos, influenciando de certa forma a qualidade de vida das pessoas. Estudos da Organização Mundial da Saúde (2007) revelam a dor lombar como um problema de saúde pública mundial, atingindo cerca de 80% das pessoas em algum período de suas vidas, causando graves consequências socioeconômicas (AVARES; FERRARETO; FORNASARI, 2008).

Segundo (SILVA; MEJIA, 2012 *apud* Pratalli (2012) a Lombalgia pode ser classificada em: aguda: quando tem início súbito e persistência inferior a um mês; subaguda: quando é recorrente, com intervalos acima de seis meses, ou com duração inferior a três meses; crônica: quando a recorrência ocorre em menos de seis meses ou persiste por mais de três meses.

Há variados recursos terapêuticos à disposição para o tratamento da lombalgia, como medidas cirúrgicas e medicamentosas. Contudo, a fisioterapia atua por meio do tratamento conservador, dispondo do recurso de eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), que consiste na geração de impulsos elétricos através da pele por meio de eletrodos, com a finalidade de impedir a transmissão da informação nociceptiva até o cérebro, promovendo assim relaxamento e alívio sintomático da dor.

O uso de correntes elétricas terapêuticas constitui um dos diversos recursos utilizados na fisioterapia. Uma vez moduladas com parâmetros apropriados, estas correntes

podem atuar em diferentes condições, tais como: promover analgesia, contrações musculares, melhoria do fluxo circulatório local, drenagem de líquidos, tonificação ou relaxamento muscular, bem como estimular a regeneração e a cicatrização de diversos tecidos corporais (MELO, P. G. et al, 2006).

Uma das principais correntes elétricas terapêuticas, utilizada em processos álgicos agudos e crônicos, chamada TENS, cuja tradução em inglês refere-se a uma estimulação elétrica nervosa transcutânea, é usada com finalidade de influenciar e modular o processo de neurocondução da dor e atuar sobre a liberação de opióides endógenos a nível medular e da hipófise. Este recurso tem sido usado extensivamente em locais de atendimento à saúde para diminuir os sintomas de dor aguda e dor crônica (RUSHTON,2002).

O pós-efeito está relacionado com a liberação de opióides endógenos, que são os fármacos mais importantes no tratamento da dor. Os parâmetros usados para esse tipo de dor vão depender da sua classificação: para dor aguda a frequência vai ser de 20 a 80 Hz, a duração de pulso será de 50 a 100 ms e tempo de aplicação é de 45 min.; para dor crônica e frequência é 1 a 4 HZ , a duração de pulso é 100 a 220 ms e o tempo e 45 min. ; e para dor subaguda o modo é burst, a frequência é a que vem no aparelho, a duração de pulso é 150 ms e tempo é 45 min.

OBJETIVO

Relatar os benefícios do TENS na lombalgia.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a recolha e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram às bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo e o Google acadêmico, além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras-chaves: TENS, dor, lombalgia. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre os anos de 2006 à 2018 que relate o benefício do TENS na lombalgia e os critérios de exclusão foram artigos que falassem sobre a ação do TENS em outros tipos de dor.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo os estudos de Bordiak, F e Silva, E (2012) sobre a eletroestimulação e core training sobre dor e arco de movimento na lombalgia, a aplicação de TENS na região lombar foi eficaz, causando diminuição significativa da lombalgia inespecífica. Já os estudos de Silva e Meija (2008) sobre a avaliação da efetividade do TENS e da eletroacunptura, concluem que a eletroterapia apresenta resultados satisfatórios no alívio da dor lombar e possibilita a continuidade do tratamento através da cinesioterapia e outras técnicas complementares.

Na análise de Alvares, T. E Ferrareto, S. sobre o tratamento fisioterapêutico da lombalgia crônica - metanálise, comprovam a eficácia da eletroterapia para analgesia da dor lombar. Para pesquisa foram encontrados 437, sendo utilizados para o desenvolvimento da pesquisa apenas 6 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

CONCLUSÃO

De acordo com o que foi abordado é possível concluir que os efeitos analgésicos do TENS está relacionado com um mecanismo de "fechamento da entrada" nas colunas dorsais da medula espinhal. Estando associada também com a liberação de opióides endógenos, uma vez utilizando-se um nível de intensidade forte de eletroestimulação, a qual vai induzir a liberação destas substâncias a nível encefálico e medular, inibindo assim a ação da dor, que é um dos principais sintomas que atormentam a sociedade.

REFERÊNCIAS

AVARES, T.; FERRARETO, S. B.; FORNASARI, C. A. **Tratamento fisioterapêutico da lombalgia crônica – metanálise.** Disponível em:< https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/163f46b506562583?projector=1&messagePartId=0.1> . Acesso em: 12 jun 2018.

BORDIAK, Fernando Campbell; DA SILVA, Elirez Bezerra. **Eletroestimulação e core training sobre dor e arco de movimento na lombalgia**. Fisioter Mov, v. 25, n. 4, p. 759-66, 2012.

MARCHEZIN, T. **Efeitos do TENS e FES.** Disponível em: < http://www.concursoefisioterapia.com/2010/07/efeitos-do-tens-e-fes.html>. Acesso em: 09 mar. 2018.

MELO DE PAULA, G. et al. Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no pós-operatório de cesariana. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, 2006.

RUSHTON DN. Electrical stimulation in the treatment of pain. Ann Disability and Rehabilitation 2002; 24 (8): 407-15

SILVA, T. M.; MEIJA, D. M. P. **O uso do tens nas lombalgias.** Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/32/95_-_O_uso_do_TENS_nas_lombalgias.pdf>. Acesso em: 12 jun 2018.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Uany da Cruz vale[1;] Karla Érika de S. Azevedo Lucena[1]; Necienne de Paula Carneiro Porto[1]; Rubia Karine Diniz Dutra[1;] Noelma de Assis Leite[2].

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: Uanyvale@hotmail.com;
[2] Professoras Especialistas do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de

INTRODUÇÃO

Ferida pode ser definida como o rompimento da estrutura e das funções normais do tegumento e cicatrização. Refere-se a uma sequência de eventos que inicia com o trauma e termina com o fechamento completo e organizado da ferida com o tecido cicatricial. É um processo altamente complexo e dinâmico envolvendo fenômenos bioquímicos e fisiológicos que se comportam de maneira harmoniosa garantindo a restauração tissular (DRESCH, et al,2015). Desta forma, a ferida é considerada uma deformidade ou solução de continuidade, que pode atingir desde a epiderme, até estruturas mais profundas (NICÁCIO, et al,2014).

A fisioterapia pode auxiliar no processo de cicatrização, utilizando para isso recursos de eletrotermofototerapia que possui inúmeros benefícios, como uma melhora significativa na textura da pele, ausência de nodulações fibróticas no tecido subcutâneo, redução do edema, minimização de possíveis aderências teciduais, bem como maior rapidez na recuperação das áreas com hipoestesias, ou seja, não só possibilita uma redução das prováveis complicações, como também o retorno do paciente mais rapidamente a suas atividades de vida diária (NICÁCIO, et al,2014).

REFERENCIAL TEÓRICO

A ferida constitui uma interrupção da continuidade de um tecido corpóreo, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que estimula a defesa do organismo lesionado, iniciando a cicatrização. O processo cicatricial dessas lesões é eficaz e dinâmico fisiologicamente, tendo como finalidade a recuperação da estrutura tissular para manter sua funcionalidade, mesmo com a perda de tecido que ocorre no início da lesão-reparação tecidual (PEREIRA, et al, 2010).

A cicatrização de feridas é complexa e envolve três fases: a) inflamatória, quando se dá a migração celular de leucócitos e plaquetas; b) proliferativa, com o aumento de fibroblastos e mastócitos; c) de remodelação, quando os fibroblastos participam da reestruturação da matriz extracelular e do depósito de colágeno. Entretanto, a dificuldade na cicatrização ocorre principalmente nos estágios iniciais do processo de reparo, em que se observa uma acentuação do edema e uma redução significativa de elementos celulares, tais como leucócitos, macrófagos e fibroblastos. (PEREIRA, et al, 2010).

OBJETIVO

Analisar a abordagem fisioterapêutica na cicatrização de feridas.

METODOLOGIA

O estudo constou de uma revisão integrativa a partir de artigos indexados encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) através das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MED/MEDILINE, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), assim como, das bases de estudos na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Rede de Revistas Cientificas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal,

Foram considerando critérios de inclusão: artigos relacionados a fisioterapia e cicatrização de feridas, independente da causa/tipo, período base de 2010 a 2018, com pesquisas realizadas em humanos e publicações em português, inglês e espanhol. Dados de monografias, dissertações e teses foram excluídos do estudo. A seleção dos artigos foi realizada utilizando-se os descritores: feridas, cicatrização, fisioterapia, tratamento e eletroterapia associando-os entre si.

Para a elaboração desse estudo levou-se em consideração a questão norteadora: Os recursos fisioterapêuticos são eficazes na cicatrização de feridas?

RESULTADOS

Os artigos encontrados foram sintetizados em tabelas contendo: autor e ano de publicação, objetivos, tipo de estudo, intervenção, frequência e resultados encontrados.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	INTERVENÇAO	FREQUENCIA	RESULTADOS
GRICIO, GS et al. 2017	Avaliar o impacto da utilização dos recursos fisioterapêuticos sobre a cicatrização e a qualidade de vida dos indivíduos com úlcera cutânea de diferentes etiologias	Ensaio clínico radomizado	Laser de baixa potencia	20 sessões (2x por semana)	Os recursos fisioterapêuticos apresentaram impacto positivo no tratamento de úlceras cutâneas, com melhora na qualidade de vida
SCHUH, CM et al. 2017	Avaliar a associação da alta frequência, laser, microcorrentes em lesão por pressão em lesionado medular	Relato de caso	HF, Laser, MENS	15 sessões (3 x por semana)	A associação dos recursos eletroterapêuticos utilizados, mostraram resultados satisfatórios no tratamento da lesão de pressão
ALMEIDA R, et al. 2017	Investigar os efeitos no tratamento de lesões por pressão (LPP) sobre o tamanho e tempo de cicatrização, com a utilização do gerador de alta frequência (AF), em idosos acometidos por doenças neurológicas	Estudo de casos	HF	Não consta	O uso do gerador portátil de HF foi efetivo no tratamento de LPP nos idosos participantes desta pesquisa
PAULA, S 2016	Comparação do laser e led no processo de cicatrização em feridas cutâneas	Revisão de literatura	Laser, led	Não consta	Os resultados destes estudos mostraram desfechos histológicos e imunohistoquímicos satisfatórios, sugerindo que estas terapias possam favorecer significativamente o processo de reparo

					tecidual
KORELO, RIG; FERNANDES L C 2016	Uso do ultrassom em feridas e os paramentros ideais	Revisão de literatura: ensaios clínicos	Ultrassom	Não consta	Resultados limitados a moderados
KORELO RIG et al 2013	Investigar o uso do gerador de alta frequência sobre a dor, cicatrização e área de superfície de úlceras de pressão	Estudo piloto	HF	10 sessões diárias	A utilização do gerador de alta frequência causou melhora na cicatrização de pacientes com úlcera de pressão
Korelo et al. 2012	Uso da microcorrente na dor e cicatrização de úlceras venosas	Estudo piloto	MENS	4 semanas	Sem resultados
Lopes 2011	Avaliar uso do laser em úlceras por pressão em lesado medular	Relato de caso	Laser de 660 nm, 17 J/cm2	12 sessões (2 por semana)	Terapia com laser de baixa intensidade acelera o processo de cicatrização de úlceras por pressão em tempo reduzido
Dourado et al. 2011	Avaliar o uso da Ledterapia nas patologias cutâneas, cicatrização de feridas e reparação tecidual	Revisão de literatura	LED	Não consta	Terapia com LED contribui na cicatrização e reparação tecidual sem provocar dor ou efeitos colaterais ao paciente
Andrade, Lima e Albuquerque 2010	Descrever os efeitos, o mecanismo de ação e parâmetros de aplicação do laser terapêutico na cicatrização de queimaduras	Revisao de literatura	Laser	Sem consenso	O laser terapêutico acelera a proliferação das células reparativas e aumenta a organização do colágeno

FONTE: Bases de dados da pesquisa

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu mostrar que a utilização dos recursos terapêuticos como: alta frequência, laser,MENS, led e ultrassom, especialmente no que diz respeito ao reduzido tempo de tratamento de feridas . Foi possível comprovar a efetividade do tratamento quanto aos efeitos fisiológicos descritos, o que ocasionou a diminuição do quadro álgico.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Feridas; Eletrotermofototerapia.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, R.; GIACOMOLLI.Cmh.; COELHO,El.;et al. GERADOR DE ALTA FREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS. **Rev. enferm UFPE on line**.v.11, n.8, p.3136-42, 2017.

ANDRADE, Alexsandra.; LIMA, Cláudia.; ALBUQUERQUE, Ana. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras Queimaduras**. v.9, n1, p. 21-30,2010.

FERNANDES, Luiz.; et al. Gerador de alta frequência como recurso para tratamento de úlceras por pressão: estudo piloto. **Rev.Fisioter. Mov**.v. 26, n. 4, p. 715-724, set./dez. 2013.

KORELO, Raciele.; et al. Aplicação da microcorrente como recurso para tratamento de úlceras venosas: um estudo piloto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n4, p.8, 2012.

KORELO,Raciele.;FERNANDES,Luiz. Ultrassom terapêutico para cicatrização de feridas: revisão sistemática. **Rev.ConScientiae Saúde**.vol. 15, n. 3, 2016, p. 518-529,2016.

NICÁCIO, Priscila,;et al. Terapia tópica no tratamento de feridas crônicas. **Rev. Enfermaria Global**.; v.13,n 33, p.46-58,2014.

PAULA, Simone. Comparação do laser e do led no processo de cicatrização em feridas cutâneas: uma revisão. **Rev. Ciência e saúde**. v.9, n.1, p.55-61, 2016.

PEREIRA,Hoctavio.; et al. Estudo comparativo da ação do laser GaAlInP e do gerador de alta frequência no tratamento de feridas cutâneas em ratos: estudo experimental. **Rev**.**ConScientiae Saúde**.; v.9,n 3,p.360-366,2010.

SCHUH, Claudia.; et al. Associação da alta frequência, laser de baixa potência e microcorrentes no tratamento da lesão por pressão. **Rev. Cinergis**. V.18, n.2, p. 99-103, abr./jun. 2017.

EFEITOS DA RADIOFRENQUÊNCIA NA FIBROSE PÓS CIRÚRGICA

Maria da Conceição Mendes de Sousa[1]; Emanoel dos Santos Nascimento[1]; Hugo Batista Ferreira[1]; Luana Karla Nóbrega de Medeiros[1]; Valter Richardson da Silva Costa[1]; Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba[2];

[1] Graduandos do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP: maria.hip@hotmail.com
[2] Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP e Professora Titular do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A fibrose é a formação em excesso de tecido fibroso que tem relação justamente com a cicatrização após ter passado por procedimento cirúrgico, que em forma de defesa as fibras começam a agir decorrente uma ruptura de vasos para manter a homeostase do corpo equilibrada (ALTOMARE; MACHADO, 2006). A radiofrequência é um dos meios de tratamento, estimula e leva nutrientes ao local da lesão, proporciona uma hidratação, aumenta a espessura e densidade do tecido epitelial, regenera os tecidos moles, promove as orientações de fibras de colágeno (HASSUN; BAGATIN; VENTURA, 2008).

REFERENCIAL TEÓRICO

As pessoas estão sempre em buscar de seguir os estereótipos que a sociedade impõem, com isso as cirurgias plásticas vem aumentando, e com elas alguns efeitos indesejáveis. A fibrose é uma das complicações que pode ocorrer no pós operatório, as células de regeneração agem para uma cicatrização rápida fazendo com que se forme um tecido de granulação, logo após tecido fibroso denso e pôr fim a fibrose (DA COSTA; MEJIA, 2014).

A Radiofrequência é uma aparelho bastante usado no casso dessas complicações cirúrgicas. Essa técnica acontece por uma transmissão de correntes elétricas de alta frequência, gerando calor quando entra em contato com o corpo, produzido por um campo eletromagnético, possibilitando a quebra da molécula de gordura. Seus benefícios são variados, como, melhoria da circulação do sangue, entrelaçamento das fibras de colágeno, flacidez da pele, entre outros (SOARES, 2018).

Atuando nas camadas mais profundas da pele, a radiofrequência modela as fibras de colágeno, faz um recondicionamento da pele, melhorando a força e elasticidade tensora pela

porção que é formada por colágeno, produzindo novas fibras sendo elas de melhor qualidade. Dermato-Funcional é um campo da Fisioterapia que possui ricos e amplos recursos que são constantemente recomendados por médicos em casos de cirurgia plásticas, como forma de prevenir ou tratar esses casos indesejáveis que pode ocorrer no pós operatório, como também é diariamente procurado por um público que deseja de forma mais simples alcançar a beleza física (DA SILVA, 2014).

OBJETIVO

Realizar uma revisão bibliográfica para identificar os efeitos da Radiofrequência na fibrose pós cirúrgica.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica relacionada ao efeito da radiofrequência em fibrose pós cirúrgica, sendo utilizado as base de dados o Google Acadêmico e SCIELO. Encontrados no total 15 artigos, sendo utilizados apenas 3 que contemplavam os seguintes critérios de inclusão: sendo eles o uso da Radiofrequência em cirurgia de abdominoplastia e lipoaspiração correspondentes ao anos de 2014 a 2018, sendo realizado em pesquisas com idioma em português e através de artigos de periódicos. Os descritores usados foram RADIOFREQÛENCIA, FIBROSE e FISIOTERAPIA.

RESULTADOS

Após análise de dados, utilizou-se 3 artigos, onde os autores descreveram informações sobre fibrose pós cirúrgica que pode ser observado na tabela abaixo.

AUTOR/ANO	TITULO	RESULTADOS
DA COSTA; MEJIA, 2014.	Os efeitos da radiofrequência na fibrose no pós-operatório de lipoaspiração	A atuação da radiofrequência é eficaz na modulação da resposta inflamatório e cicatricial, permitindo uma prevenção do acúmulo de colágeno excessivo na região da cirurgia. Esta modalidade

		terapêutica tem como principal objetivo a modulação do processo inflamatório e controle da disseminação da fibrose.
DA SILVA; CYNARA, 2015	Atuação fisioterapêutica no pós-operatório imediato de abdominoplastia	Verificou-se que a fisioterapia desempenha um papel importante no pós operatório, com a finalidade de diminuir ou prevenir as possíveis complicações, sendo um dos meios a radiofrequência, no pós operatória da Abdominoplastia.
DA SILVA, 2014.	Avaliação da fibrose cicatricial no pós operatório de lipoaspiração e/ou abdominoplastia.	A intervenção precoce da Fisioterapia Dermatofuncional no pós-operatório favorece a reabilitação, promovendo uma modulação da resposta inflamatória, com gradual redução da fibrose.

CONCLUSÃO

Diante do que foi visto, é notável a importância da fisioterapia e seus recursos no que se diz respeito a cuidados pós cirúrgicos e também de prevenção ao que possa vim a ser um transtorno ao paciente, como a fibrose, entre outras causas que possa se instalar no organismo. Ao longo desse estudo pode-se comprovar que a radiofrequência é bastante utilizado no tratamento de fibrose pós cirúrgica, com seus efeitos benéficos comprovados e que é de grande valia para uma melhor e rápida recuperação do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Radiofrequência; Fibrose; Fisioterapia.

REFERENCIAS

ALTOMARE, M.; MACHADO, B. **Cirurgia plástica: terapêutica pré e pós**. São Paulo: Phorte, 2006

DA COSTA, M. N. L; MEJIA, D. P. M**. Os Efeitos da Radiofrequência na Fibrose no Pós-Operatório de Lipoaspiração**. 2014.

DA SILVA, CYNARA. Atuação fisioterapêutica no pós-operatório imediato de abdominoplastia. **Revista Visão Universitária**, v. 3, n. 1, 2015.

HASSUN, K. M.; BAGATIN, E.; VENTURA, K. F. Radiofrequência e Infravermelho. **Rev. Bras. Med**. v. 65, n.esp, p. 18-20, 2008.

SOARES, SANTOS, D. S; BARBOSA; SCHIMITD, C. R. A eficácia da radiofrequência na gordura localizada e flacidez de pele na região abdominal: estudo de caso. **Revista da Mostra de Trabalhos de Conclusão de Curso-TCC-Congrega Urcamp-n. 1-2017** ISSN 2595-3605, p. 14-23, 2018.

DA SILVA, Rodrigo Marcel Valentim et al. Avaliação da fibrose cicatricial no pós operatório de lipoaspiração e/ou abdominoplastia. **CATUSSABA-**ISSN 2237-3608, v. 3, n. 2, p. 19-28, 2014

GUIRRO, E; GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato-Funcional: fundamentos, recursos e patologias.** 3ª edição, revisada e ampliada. São Paulo: Manole, 2004

A EFICÁCIA DA ELETROESTIMULAÇÃO TRANSCUTÂNEA PARA ALÍVIO DA DOR NO PARTO HUMANIZADO: REVISÃO DA LITERATURA

Lívia de Sousa Alencar[1]; Micaely Araújo da Costa[2], Nathalha Hellem C. Nicolau[3], Gilmar Santana da Costa[3]; Rubia Karine Diniz Dutra[4]

[1,2 e 3] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail:liviaipu@hotmail.com
[4]Professora Mestra do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A contração uterina, durante o parto, gera, principalmente, estímulos sensoriais como sendo uma resposta fisiológica a dor que é complexa, particular e possui várias dimensões (ALEMIDA, SOUSA, BACHION, 2005). A tríade, que significa medo-tensão-dor, é provocada a partir da tensão emocional da gestante, durante as primeiras contrações e com facilidade produz a impressão de dor. A aflição, acionada pelo Sistema Nervoso Autônomo, aumenta o medo gerando uma tensão no útero que promove a redução da circulação sanguínea naquela parte aumentando o estado de tensão e dor tornando difícil o andamento adequado do parto. Três fatores poderiam justificar o medo: sugestão; falta de amparo psicológico durante o parto; desconhecimento da morfologia e função dos órgãos genitais e dos fenômenos da parturição (MALDONADO, 2000).

Diversas técnicas, tanto farmacológicas como não farmacológicas, atualmente estão à disposição para serem utilizadas no domínio da dor ao decorrer do trabalho de parto (ORANGE, AMORIM, LIMA, 2003). A participação ativa da parturiente e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, são reforçados a partir da utilização dos recursos não-farmacológicos, sendo seu fundamental benefício, encontrado-se poucas contra-indicações ou efeitos colaterais associados (SIMKIN, BOLDING, 2004)(HODNETT, GATE, HOFMEVR et al, 2008).

Em relação ao uso dos métodos não medicamentosos, a sugestão ambulatorial atual tende utilizar a EET para amenizar a dor da parturiente na fase inicial e adiar a necessidade de medicamentos (ORANGE, AMORIM, LIMA, 2003). Essa corrente elétrica é aplicada através de eletrodos cutâneos externos que lançam uma onda caracteristicamente bifásica, simétrica ou assimétrica, que têm como finalidade estimular fibras nervosas, proporcionando poucos efeitos atribulados para a paciente (FERREIRA, PAYNO, 2002).

OBJETIVO

Avaliar a eficácia da Elteroestimulação Transcutânea para alívio da dor no parto humanizado, através de uma revisão bibliográfica.

MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura no período de 2000 a 2008, realizada no mês de Setembro do corrente ano, nas plataformas *PubMed*, *SciELO* e *Google Acadêmico.* A partir dos seguintes descritores: "Eletroestimulação Transcutânea", "Alívio da dor", "Parto humanizado". Foram identificados 15 artigos diretamente em concomitância ao tema, sendo utilizados 8 a partir dos critérios de busca. A pesquisa foi restrita aos idiomas português, inglês e espanhol.

RESULTADOS

O processo de análise baseou-se na leitura exploratória de cada artigo para desenvolver uma compreensão do conteúdo e do contexto das evidências; e na comparativa dos temas recorrentes com integração interpretativa dos resultados nos diferentes estudos.

As implicações do decorrente estudo indicam que a aplicação da EET nas fases iniciais do trabalho de parto adia a necessidade das técnicas farmacológicas. A prática da EET não demonstra intervir na duração do trabalho de parto, nos casos de cesariana ou parto instrumental, e tampouco ocasiona efeitos adversos para o concepto (ORANGE, AMORIM, LIMA, 2003).

Segundo Gallo, Santana, Marcolin et al (2011) não existe um consenso na literatura sobre qual o melhor parâmetro a ser ajustado na EET para alívio da dor no trabalho de parto, porém são frequentemente utilizadas frequências altas (80 a 100 Hz), menor duração de pulso (75 a 100 μs) e intensidade conforme a sensibilidade da parturiente. A mediana do grupo que utilizou a EET foi de 90 minutos, com variação de 30 a 150 minutos.

As parturientes que se valeram da estimulação real, sentiram-se mais confortáveis, apresentaram menor necessidade de medicação em comparação ao outro grupo (KNOBEL, RADÜNZ, CARRARO, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão de literatura acredita que o parto humanizado necessita de uma equipe multidisciplinar incluindo o fisioterapeuta, que é o profissional da saúde que dispõe de todo o conhecimento para fornecer o suporte na utilização desses métodos não-farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto de forma eficiente e segura. Porém ainda não é encontrada uma unanimidade nos autores que pesquisaram sobre o tema afirmando uma eficácia significativa do método utilizado. Portanto, sugerem-se mais ensaios clínicos controlados de forma adequada, com análise por intenção de tornar eficaz o tratamento da dor nas parturientes, mostrando clareza nos parâmetros utilizados.

PALAVRAS-CHAVE: Eletroestimulação Transcutânea, Alívio da dor, Parto humanizado.

REFERÊNCIAS

Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(1):52-8.

Ferreira CHJ, Payno SMP. A eletroestimulação nervosa transcutânea como recurso de alívio da dor no trabalho de parto. Femina. 2002;30(2):83-6.

Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. Ver Femina. 2011 Janeiro; Ribeirão Preto (SP), Brasil. vol 39. nº 1.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. In: La Biblioteca Cochrane Plus; 2008.

Knobel R, Radünz V, Carraro TE. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):229-36.

Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 15. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2000.

Mazzali L, Gonçalves RN. Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde Vol. XII, Nº. 1, ano 2008.

Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da Eletroestimulação Transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003;25(1):45-52

Simkin P, Bolding A. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. J Midwifery Womens Health. 2004;49(6):489-504.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO TRATAMENTO DE PSORIASE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Micaely Araújo da Costa[1]; Nathalha Héllem Clementino Nicolau[1]; Silvânio dos Santos Araújo[1]; Gilmar Santana da Costa; Rubia Karine Diniz Dutra[2].

[1]Estudante de Graduação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia
E-mail: micaelymica207@gmail.com
[2]Professora Doutora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença sistêmica inflamatória crônica, não contagiosa, que afeta a pele e as articulações, apresenta hiperproliferação celular, costuma ter apresentação clínica variável e uma progressão reincidente com inicio e curso dependente de fatores ambientais, comportamentais e genéticos (ARRUDA et al., 2001; KIRBY et al., 2001). No Brasil, os dados disponíveis são do Censo Dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia: o diagnóstico de psoríase foi verificado em 1.349 no total de 54.519 pessoas que consultaram dermatologistas em locais públicos e privados, totalizando 2,5% dessa amostra.

REFERENCIAL TEÓRICO

Psoríase é incapacitante tanto pelas lesões cutâneas, fator que dificulta a inserção social, quanto pela presença da forma articular que configura a artrite psoriásica. Tem sido classificada como doença autoimune (CARVALHO, 2013).

Observa-se a atuação ativa do Fisioterapeuta no tratamento e controle da doença, um dos meios utilizados é a fototerapia onde destaca-se a utilização do Laser no tratamento da psoríase, tendo em vista que o laser é uma luz amplificada produzida por radiação eletromagnética que se manifesta como luz monocromática; enquanto a luz branca (policromática) emitida pelas lâmpadas comuns, apresenta ondas no mesmo comprimento e nas mesmas fases ondulatórias, e, portanto, somam energia (ROCHA, 2004).

Diferentes reações teciduais podem ser obtidas na terapêutica de lasers de baixa potência, mas a escolha do comprimento de onda, dosagem e tempo de exposição estão diretamente relacionadas com alguns fatores intrínsecos do paciente, como nutrição tecidual e sistêmica, idade e sexo, o que explicaria a obtenção de diferentes respostas.

OBJETIVO

Analisar os efeitos e benefícios da fototerapia no tratamento de paciente com psoríase.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura no período de 2000 a 2016, realizada no mês de maio do corrente ano, nas plataformas *PubMed*, *SciELO* e *SIBiUSP*. A partir dos seguintes descritores: "Psoríase" e "Fototerapia na psoríase". Foram identificados 20 artigos diretamente em concomitância ao tema, sendo utilizados 5 a partir dos critérios de busca. A pesquisa foi restrita aos idiomas português e inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Silva, Silva (2007), em estudo sobre a relação entre psoríase, aspectos psicológicos, *stress* e eventos de vida, conclui que os autores estudados concordam quanto à possibilidade de o fator genético ser uma predisposição para a manifestação da doença, pois a maior parte dos pacientes com psoríase apresenta casos na família. Concordam também que a implicação emocional da doença afeta a imagem, o que pode levar à estigmatização social. Observa-se a congruência quanto à posição de que o estado emocional e o *stress* podem provocar o aparecimento e a piora das doenças dermatológicas.

Armelin et al. (sem data), concluem que psoríase em suas diversas formas é uma doença que possui grande impacto no bem-estar do indivíduo, afetando a saúde física e causando suas mais diferentes complicações, bem como na saúde psicossocial, pois causa constrangimento ao indivíduo, dificultando sua inter-relação com a sociedade.

Segundo Rocha (2004), diferentes reações teciduais podem ser obtidas na terapêutica de lasers de baixa potência, mas a escolha do comprimento de onda, dosagem e tempo de exposição estão diretamente relacionadas com alguns fatores intrínsecos do paciente, como nutrição tecidual e sistêmica, idade e sexo, o que explicaria a obtenção de diferentes respostas. Concluindo que embora muitos trabalhos tenham abordado de maneira extensiva a atuação da radiação laser nos tecidos, ainda existem vários questionamentos sem respostas. Os mecanismos que são efetivamente responsáveis pela estimulação da atividade fibroblástica

ainda não foram totalmente elucidados, bem como a dose ótima de terapia laser de baixa potência para a estimulação da regeneração tecidual.

Texeira, Felipe (2016), detalharam as várias modalidades terapêuticas da Fototerapia disponíveis no tratamento da Psoríase e os protocolos mais frequentemente utilizados. A partir desse estudo concluíram que a fototerapia mantém-se uma opção válida para doentes com diagnóstico de Psoríase, mas relata que desenvolvimentos futuros na área da fototerapia no domicílio e fototerapia direcionada poderão melhorar a comodidade desta terapêutica e diminuir os efeitos secundários associados. Salientando que a possibilidade de efetuar esquemas terapêuticos combinados com as novas terapêuticas biológicas deve ser estudada, podendo ser uma hipótese válida em pacientes com doença recalcitrante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a fototerapia mantém-se uma opção de tratamento eficaz para doentes com diagnóstico de Psoríase, porém é importante dar atenção aos fatores psiquiátricos e psicológicos, uma vez que os dados da literatura na área mostram a estreita relação entre os aspectos psicológicos, emocionais e o *stress* no aparecimento e agravamento da psoríase. Portanto, o fisioterapeuta deve considerar o estado emocional do paciente para que se possa conseguir uma melhora do quadro clínico e consequentemente bem-estar e qualidade de vida dos portadores dessa doença.

PALAVRAS-CHAVES: Psoríase, Fototerapia, Laser, Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

ARMELIN, E. et al. Psoríase e suas principais características. Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL

ARRUDA, LHF. et al. **An. bras. dermatol**, v. 76, n. 2, p. 141-167, 2001.

CARVALHO, MHC (ed). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo , v. 84, supl. 1, p. 3-28.

KIRBY, B. et al. Psoriasis: the future. **British Journal of Dermatology**, v. 144, n. 58, p. 37-43, 2001.

ROCHA, J. C. T. et al. Terapia laser, cicatrização tecidual e Angiogenese. **RBPS**, v. 17, n. 1, p. 44-48, 2014.

SILVA, K, S. SILVA, E. A. T. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, *stress* e eventos da vida**. Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 24, n. 2, p. 257-266, abril - junho 2007.

TEXEIRA, A. I. FELIPE, P. L. Protocolos de fototerapia no tratamento da psoríase. **Revista SPDV**, v. 74, n. 4, 2016.

ESTIMULAÇÃO ELETRICA NEUROMUSCULAR EM DORSIFLEXORES DE TORNOZELO PARA AUXÍLIO DA MARCHA DE PACIENTES HEMIPARÉTICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Marcia Bezerra Maia[1]; Iamara Batista da Silva[2]; Manuela Carla de Souza Lima Daltro[3];

[1, 2] Graduanda do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP;E-mail: marciabmaia@gmail.com

[3]Doutora em Ciências da Saúde e professora titular das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

INTRODUÇÃO

A principal e mais comum consequência de um AVE é a hemiplegia, tida como "paralisia completa dos membros superiores e inferiores do mesmo lado do corpo". Porém o processo pode envolver uma serie de sequelas: na cognição, no sistema sensório-motor e na comunicação (STOKES, 2004).

O paciente pós AVE pode apresentar importantes déficits na marcha, aspectos motores, hemiparesia espástica, a perda da seletividade do movimento, as retrações músculo-ligamentares e deformidades geram incapacidades que caracterizam alteração da biomecânica na marcha, assim como no AVC, outros pacientes como os acometidos por encefalopatia crônica não progressiva da infância também pode apresentar hemiparesias e consequentemente déficits de marcha (COSTA et. al., 2004).

REFERENCIAL TEÓRICO

Os pacientes hemiparéticos, principalmente os pós AVE, podem apresentar importantes déficits na marcha, principalmente na fase de balanço pela falta da dorsiflexão do tornozelo. O músculo tibial anterior é comprometido quando não se realiza o movimento de dorsiflexão, onde ocasiona grande gasto energético durante a marcha (JOHNSON et. al., 2004; ROMERO et. al., 2008).

A marcha desses pacientes é caracterizada por diminuição da velocidade e assimetria trazendo limitações às atividades e restrições da participação social deste indivíduo. Tanto a velocidade da marcha quanto à simetria dependerá da recuperação motora após a lesão. Quando há uma lesão no SNC, as sinapses são danificadas entre os neurônios do córtex motor primário e motoneurônios, interferindo na contração muscular eferente (FRANZOI et al.,

2007).

Algumas técnicas de tratamento fisioterapêuticas são utilizadas para a reabilitação da marcha, dentre elas a utilização da FES, uma corrente elétrica despolarizada destinada a produzir contrações em grupos musculares privados de controle motor, tendo como objetivo recondicionamento funcional, além de promover melhora da força muscular, amplitude de movimento, estabelecer sensação articular proprioceptiva, reduzir espasticidade muscular nos antagonistas, diminuir contraturas articulares, melhorar a velocidade da marcha e diminuir o gasto energético (REZENDE et. al., 2008).

OBJETIVOS

Esta revisão trata-se de uma pesquisa sistemática que teve como objetivo principal reunir evidencias dos efeitos da Estimulação Elétrica Neuromuscular em dorsiflexores de tornozelo para auxílio da marcha de pacientes hemiparéticos.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa nas literaturas, tendo como método a revisão sistemática, sobre os efeitos da Estimulação Elétrica Neuromuscular em dorsiflexores de tornozelo nos padrões de marcha em pacientes hemiparéticos. Para coleta de dados foram utilizadas algumas plataformas de pesquisa, como: Scielo, PubMed, MEDLINE e Google Acadêmico. Como critérios de inclusão foi definido que a literatura deveria: abordar designadamente a temática citada de acordo com o objetivo da pesquisa, ser estudos aplicados, publicados nos últimos 5 anos. E como critério de exclusão: fugir do tema abordado, não utilizar a eletroestimulação neuromuscular como método de intervenção e/ou ser qualquer tipo de revisão. Os descritores pesquisados foram: Estimulação Elétrica Neuromuscular, FES, dorsiflexores e hemiparéticos. Na realização da pesquisa foram encontrados 29 artigos, sendo selecionados apenas seis (6) que se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados nesse estudo seis artigos que descreveram e evidenciaram os efeitos da Estimulação Elétrica Neuromuscular em dorsiflexores de tornozelo nos padrões de

marcha de pacientes hemiparéticos: apenas um estudo utilizou somente a estimulação elétrica neuromuscular, os demais associaram a técnica a outros métodos de tratamento como treinamentos de contração, biofeedback visual e contração, kabat, entre outras. No estudo que utilizou somente o FES foi observado um grande ganho e melhora da marcha principalmente no equilíbrio, esse resultado pode ser pelo longo tempo de aplicação da terapia, os demais observou diferença significativa no uso associado a outras técnicas, sendo mais eficaz dessa forma

Estudos demonstram que a utilização da estimulação elétrica neuromuscular tem efeito no fortalecimento e velocidade do movimento, além de aumentar a amplitude de movimento no musculo tibial anterior e consequentemente na dorsiflexão, melhorando assim a velocidade e qualidade de marcha do paciente, e induzindo a aprendizagem motora (JOHNSON, et. al., 2004, DALY, et. al., 2011, SABUT, et. al., 2010, CHO, et. al., 2015).

A efetividade da Estimulação Elétrica Funcional (FES) está relacionada a despolarização que acarreta a contração muscular, já o impulso antidrômico ativa repetidamente as células da medula espinhal. O referido impulso antidrômico backfired é seguido por aferências sensoriais periféricas produzidas pela contração motora involuntária coincidente, que, estimulam as vias sensitivas e motoras. A FES mostra efeitos positivos no tratamento de pacientes com AVC, tornando a marcha funcional em um curto período de tratamento (TONG et. al., 2006; CECATTO et. al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos artigos da presente pesquisa, pode-se concluir que a FES pode melhorar a função motora, na dorsiflexão, melhorando a velocidade e equilíbrio na execução da marcha, melhorando a qualidade de vida e a redução da espasticidade. Os estudos mostram distintos protocolos no tratamento podendo também ser associado a outras técnicas, colaborando assim, na melhora da função da marcha. Quanto à colocação dos eletrodos, a maioria dos estudos utilizou sobre o músculo tibial anterior e outros músculos que auxiliam na marcha. Assim, a utilização da FES pode ser uma técnica eficaz para ser utilizada no tratamento fisioterâpeutico de pacientes hemiparéticos, para melhora da funcionalidade da marcha.

PALAVRAS-CHAVE: Estimulação Elétrica Neuromuscular, FES, dorsiflexores e hemiparéticos.

REFERÊNCIAS

CECATTO, R. B.; CHADI, G. A estimulação elétrica funcional (FES) e a plasticidade do sistema nervoso central: revisão histórica. **Revista Acta Fisiátrica**, 2012 Vol.19, N.4.

COSTA, J. R. C.; VOLPE, M. A. S.; JORGE, S. Efeito da estimulação elétrica neuromuscular sobre grupo extensor de punho em paciente com sequela de ave: relato de caso. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, 8(2), mai./ago. p.129-134,2004.

CHO, M. K.; KIM, J.H.; CHUNG, Y.; HWANG, S. Treadmill gait training combined with functional electrical stimulation on hip abductor muscles and ankle dorsiflexor for chronic hemiparesis. **Gait & Posture** 2015 Jun; 42 (1): 73-78

CHUNG, E.; PARK, S-I, JANG, Y-Y; LEE, B-H. Effects of brain-computer interface-based functional electrical stimulation on balance and gait function in patients with stroke: preliminary results. **Journal of Physical Therapy Science** 2015 Feb;27(2):513-516.

DALY, J. J.; ZIMBELMAN, J.; ROENIGK, K. L.; MCCABE, J. P.; ROGERS, J. M.;

BUTLER, K.; BURDSALL, R.; HOLCOMB, J. P.; MARSOLAIS, E. B.; RUFF, R. L. Recovery of coordinated gait: randomized controlled stroke trial of functional electrical stimulation (FES) versus no FES, with weight-supported treadmill and over-ground training. **Neurorehabilitation and Neural Repair** 2011 Sep;25(7):588-596.

DREEBEN, O. MdS: **Manual de sobrevivência para fisioterapia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2013.

FRANZOI, A. C.; KAGOHARA, N. S. Correlação do perfil de deambulação e velocidade da marcha em um grupo de pacientes hemiplégicos atendidos em um centro de reabilitação. **Revista Acta Fisiátrica**, 2007, Vol. 14, N.2.

FRUHAUF, A. M. A. **O efeito imediato da estimulação elétrica transcraniana por corrente contínua (etcc) associada ao uso da fes na atividade do músculo tibial anterior e equilíbrio, de indivíduos com hemiparesia decorrente de ave – estudo randomizado**, controlado, duplo cego. Dissertação apresentada à Universidade Nove de Julho. 2016.

GOMES, C. J. D. P. F.; BRILHANTE, M. M. S.; CARVALHO, J. M. C.; CARVALHO, A. A.; CACHO, R. O. **O uso da estimulação elétrica funcional em membro inferior parético**: relato de caso. CNEH (Congresso Nacional de Envelhecimento Humano), 2016.

GONÇALVES, M. G. **Efeito de um programa de reabilitação virtual na função do membro superior em pacientes com acidente vascular cerebral** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre. 2017.

JOHNSON, C. A.; BURRIDGE, J. H.; STRIKE, P. W.; WOOD, D. E.; SWAIN, I. D. The Effect of Combined Use of Botulinum Toxin Type A and Functional Electric Stimulation in the Treatment of Spastic Drop Foot After Stroke: A Preliminary Investigation. **Arch Phys Med Rehabil**. 2004 Jun;85(6):902-9.

REZENDE, A.; REVELINE, A. C.; LICHACOVSKI, D.; SOARES, G.; ANTUNES, L.; NITSCHE, M.; FERREIRA, V.; CAMARGO, C. **Análise dos efeitos da estimulação elétrica funcional e cinesioterapia na marcha de pacientes hemiplégicos**. II Seminário de Fisioterapia da UNIAMERICA: Iniciação Científica, Foz do Iguaçu, 2008.

RODRIGUES, VRMC, QUEMELO, PRV, NASCIMENTO LCG, PEREIRA, MCSP, LOPES, MC, FERREIRA, CMR, Reabilitação da funcionalidade e da marcha em hemiparéticos, **Revista Neuro Ciências**, 2015, 23 (2)227-232..

ROMERO, V. M.; CARVALHO, P. T. C.; LARAIA, E. M. S; SOARES, N. C. Análise das variáveis de distância da marcha de pacientes com AVE. **ConScientiae Saúde**, 2008; 7(3): 329-334.

SABUT, S. K.; SIKDAR, C.; MONDAL, R.; KUMAR, R.; MAHADEVAPPA, M. Restoration of gait and motor recovery by functional electrical stimulation therapy in persons with stroke. Disability and Rehabilitation 2010;32(19):1594-1603.

SHIN-JUN , JOONG-SAN WANG. O efeito imediato de FES e TENS nos parâmetros da marcha em pacientes após acidente vascular cerebral Parque. **Journal of Physical Therapy Science.** Vol. 29 (2017) n. 12.

SOUZA, J. S.; PEREIRA, T. T. C. **Efeitos da estimulação elétrica neuromuscular na encefalopatia crônica não progressiva da infância**: estudo de dois casos. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, 2015.

STOKES, M. Physical Management in Neurological Rehabilitation. 2004. 2ª ed. Edinburgh: **Elsevier Limited**.

TONG, R. K.; NG, M. F.; LI, L. S. Effectiveness of Gait Training Using an Electromechanical Gait Trainer, With and Without Functional Electric Stimulation, in Subacute Stroke: A Randomized Controlled Trial. **The American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation**, 2006.

OS EFEITOS COMPARATIVOS DA CORRENTE RUSSA E CORRENTE AUSSIE NA HIPERTROFIA MUSCULAR.

Verônica Medeiros da Silva, Alison dos Santos Calixto[1]; Geovana Cristina Dantas de Lima[1]; Thiago Dantas Rabêlo; Rubia Karine Diniz Dutra[2].

[1] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: veronicamedeiros415@gmail.com
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A hipertrofia muscular é uma resposta fisiológica caracterizada pelo aumento do volume dos músculos que consiste no ganho de massa muscular. Esta resposta é uma adaptação ao estresse decorrente do aumento de tensão ou ph gerado no tecido muscular e ocorre quando o músculo faz determinado esforço. O ganho da hipertrofia é decorrente de estímulos gerados pelo exercício físico, no entanto, também pode ser adquirida através da ação de correntes elétricas que estimulam os neurônios motores, dessa forma, ativando as fibras musculares (ENOKA, 1988).

O músculo se contrai de forma voluntária ou através de eletro estimulação neuromuscular (EENM) artificial, sendo esta, uma ferramenta terapêutica utilizada para restaurar funções motoras e sensoriais. O uso de corrente elétrica produz uma contração muscular que irá favorecer o fortalecimento e hipertrofia muscular, tornando-se útil para recuperar a força muscular nos pacientes em reabilitação de condições patológicas que comprometem os seus movimentos. As correntes alternadas de média frequência (CAMF) apresentam frequências de repetição maiores do que 1 kHz. Estas têm sido vastamente utilizadas na recuperação funcional e aumento do desempenho muscular, promovendo alterações e adaptações neurofisiológicas, histológicas e morfológicas importantes, destacando a Corrente Russa e a Corrente Aussie (MONTAGNA et al, 2015).

A Corrente Russa (CR) é uma corrente alternada, de média frequência (2.500 Hz) e possui um sistema de ondas sinusoidais, que pode ser modulada por pulsos de (50Hz = 50 pulsos por segundo) sendo então utilizada para fins excitomotores. Sendo assim este tipo de corrente permite a aplicação de alta amperagem, em torno de 100mA. Sendo caracterizada por apresentar sinal senoidal de frequência igual a 2.500 Hz, modulado por uma frequência de batimento de 50Hz, obtendo assim trens de pulso com uma duração de 10 milissegundos, com intervalos de 10 milissegundos (PEREIRA, 2007).

A Corrente Aussie (CA) é uma corrente alternada de média frequência modulada em quilohertz. É caracterizada pelo seu formato de onda simétrica, bifásica e retangular. Além disso, diferentemente das demais correntes alternadas, a CA tem o seu *burst* ajustado em curta duração. Sendo, então, considerada mais confortável, que as demais formas de eletroestimulação (WARD et al., 2006; WARD; CHUEN, 2009).

OBJETIVO

Diante do exposto essa pesquisa tem por objetivo comparar os efeitos da corrente russa e da corrente aussie na hipertrofia muscular. Sendo a mesma relevante, pois mostrará qual das correntes apresentam resultados mais rápidos, com mais conforto.

MÉTODOS

Foi realizada através de uma revisão bibliográfica nas bases de dados, Scielo; google acadêmico; lilacs, tendo como descritores: hipertrofia; corrente aussie; corrente russa. Obedecendo aos critérios de inclusão: artigos publicados entre 2003 até 2018, artigos publicados em revistas nacionais e estudos de casos. Dos 13 artigos pesquisados, foram selecionados 6 que obedeceram aos critérios de inclusão.

RESULTADOS

A CR foi inicialmente relatada por Kots que descreveu o uso de uma corrente alternada com frequência ajustada na faixa de 2,5 kHz + 50 kHz e burst ajustado em 10ms. Estudos revelam sua capacidade em produzir níveis mais profundos de contração e aumento no grau de força muscular (KOTS, 1982; WARD; SHKURATOVA, 2002).

Esta corrente pode fazer com que quase todas as unidades motoras em um músculo se contraiam de forma sincronizada, algo que não conseguiria em uma contração voluntária. Isso iria permitir a ocorrência de contrações musculares mais fortes com uma estimulação elétrica, e, portanto, maior ganho de força e de uma hipertrofia muscular (LOW; REED, 2001).

Desde que a CR foi apresentada por Kots, como um estimulador muscular elétrico para aumentar o ganho de força, evoluiu visando melhorias com a sua utilização. Atualmente, pode oferecer frequência média de 2.000 a 10.000 Hz, com pulso podendo variar de 50 a 250 microssegundos. (MONTAGNA et al, 2015).

Já a CA foi desenvolvida pelo pesquisador Alex Ward, na Austrália, e trata-se de uma corrente elétrica terapêutica alternada com frequência portadora na faixa de kHz e modulação em baixa frequência com alguma semelhança em relação à terapia interferencial e CR, a diferença está no valor da corrente de kHz utilizada bem como no formato de onda. Para contração muscular, a CA utiliza frequência de 1 kHz combinada com Bursts de duração igual a 2 µs, dessa forma, a produção de torque é máxima quando comparados a outras correntes comerciais (MONTAGNA et al 2015).

Estudos mostram que a CA tem sido utilizada com finalidade de produção de torque e ganha de força muscular. É capaz de produzir maior torque extensor, com um menor nível de desconforto em sujeitos saudáveis, quando comparada à corrente Russa e correntes pulsadas de baixa frequência. (WARD; SHKURATOVA, 2002; WARD et al., 2006, WARD; CHUEN, 2009).

A principal característica que difere esta corrente das demais correntes alternadas é o ajuste do burst em curta duração, se tornando assim, mais confortável quando comparada à corrente Interferencial e corrente Russa (WARD; CHUEN, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu uma comparação entre as diferentes correntes elétricas, russa e aussie, em relação aos seus efeitos na hipertrofia muscular. Através dos resultados encontrados na pesquisa, é possível afirmar que tanto a corrente russa quanto a corrente aussie é capaz de produzir contração, força e hipertrofia muscular.

Entretanto, os resultados obtidos através das comparações apontam que a corrente aussie pode ser mais eficaz para os fins desejados, uma vez que ela é capaz de gerar produção de torque máximo comparada às outras correntes, ressaltando a sua regulagem de curta duração, o que a torna mais confortável do que a corrente russa.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertrofia; Corrente Aussie; Corrente Russa.

REFERÊNCIAS

ENOKA RM. Neuromechanical basis of kinesiology. **Champaign: Human Kinetics**, 1988.

KOTS, Y. M. Electrostimulation (Canadian-Soviet exchange symposium on electrostimulation of skeletal muscles, p. 6–15, 1977). Quoted in: KRAMER, J.; MENDRYK,

S.W. Electrical stimulation as a strength improvement technique. **J Orthop Sports Phys Ther**, v. 4, p. 91–98, 1982.

LOW, J. ; REED, A. **Eletroterapia aplicada** – princípios e prática. 3 ed. São Paulo: Manole, 2001.

MONTAGNANA, JULIANA DE TOLEDO; GONÇALVES, PEDRO ALMEIDA. **Comportamento metabólico durante a estimulação motora por meio de diferentes correntes alternadas de média frequência**, 2015.

PEREIRA, F. **Eletroterapia sem mistérios** – aplicações em estética facial e corporal. 3 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2007.

WARD, A. R.; CHUEN, W. L. H. Lowering of sensory, motor, and pain-tolerance thresholds with burst duration using kilohertz-frequency alternating current electric stimulation: part II. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 90(9), p. 1619–27, 2009

WARD, A. R.; OLIVER, W. G.; BUCCELLA, D. Wrist Extensor Torque Production and Discomfort Associated With Low-Frequency and Burst-Modulated Kilohertz-Frequency Currents. **Phys Ther**, v. 86, p. 1360-1367, 2006.

WARD, A. R.; SHKURATOVA, N. Russian electrical stimulation: the early experiments. **Phys Ther**, v. 82, p. 1019 –1030, 2002.

EFEITOS DA VACUOTERAPIA EM CICATRIZES ATROFICAS

Talita Abrona dos Santos Lima[1]; Maria Ivanira Machado de Oliveira[2]; Rosilene Guedes Nunes[2]; Rubia Karine de Diniz Dutra[3], Samara Campos de Assis[5]
E-mail: tabruna84@gmail.com
[1,2] Acadêmicas do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP.
[4,5]Professora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP

INTRODUÇÃO

Os padrões de beleza colocados pela sociedade e a busca incessante pelo cuidado com a estética, aborrecem a autoestima de muitas mulheres que buscam meios para alcançar um corpo e uma aparência desejada.

As cicatrizes atróficas são alterações indesejáveis na pele, definidas como cicatrizes lineares visíveis salientes. As cicatrizes atróficas são originadas por ruptura das fibras colágenas, elásticas e prejuízo da coloração da pele, diagnosticando uma lesão. Roederer em 1773 fez o primeiro estudo científico em gestantes, Troisier e Menetrier em 1989, apresentaram as cicatrizes atróficas como uma doença inócua e desfigurante. (MAIA; et al 2010)

A Vacuoterapia é um mecanismo de tratamento estético não invasivo, aonde se utilizam rolos motorizados com pressão positiva conjugado com pressão negativa do sistema á vácuo, com intensidades reguláveis promovendo o mesmo intuito e efeito da massagem manual, e assim permite que o tratamento seja mais rápido e moderno (BACELAR, 2006) .

REFERENCIAL TEORICO

Para Carvalho et al (2009) as cicatrizes atróficas são inadequados ao ponto de vista estético e acarretam alterações comportamentais e emocionais. Elas causam constrangimento de aparecer em publico e baixa autoestima.

As cicatrizes atróficas são lesões na pele secundárias a alterações do tecido conjuntivo. Sugere que a estria tenha correlação direta entre perda da capacidade de síntese dos fibroblastos e alteração na estrutura do tecido conjuntivo (colágeno, elastina e fibrilinas), apresentando assim redução significativa na cicatriz hipertrófica comparada com a pele normal (MENDONÇA; RODRIGUES, 2011)

A vacuoterapia é um mecanismo terapêutico estético não invasivo, onde usar rolos motorizados com pressão positiva combinado com pressão negativa do sistema à vácuo, com intensidades reguláveis fazendo o mesmo efeito da massagem manual, e assim permite que o tratamento seja mais rápido e moderno. Utilizado em vários tratamentos, tais como fibro edema geloide, gordura localizada, revitalização da pele, queimadura (BACELAR, et al 2006).

A apresenta um efeito de melhora na maleabilidade do tecido, com ação em etapas mais avançadas desta alteração, diminuindo o aspecto acolchoado da pele, estimulando a diminuição dos nódulos, liberando as aderências teciduais, e favorecendo a diminuição e promovendo a melhora do sistema circulatório (CARVALHO, 2009).

OBJETIVO

Identificar o principal efeito da vacuoterapia em cicatrizes atróficas.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram às bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo e o Google acadêmico. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foi utilizada a palavra-chave: vacuoterapia; cicatrizes atróficas, efeito.

RESULTADOS

As cicatrizes atróficas aparecem como lesões eritemato-purpúricas que evoluem para alterações brancas e atróficas. Ainda podem ser consideradas cicatrizes resultantes da lesão dérmica dos tecidos de conexão, nas quais o colágeno cede em resposta às forças estressoras locais (ADDOR, et al, 2010).

Favorecimento das trocas gasosas, quando o vácuo suga a pele há um acrescentamento do fluxo sanguíneo no local. Existe também uma formação de edema por motivos da passagem de proteínas, e de outras moléculas até os capilares dos tecidos, aumentando a pressão osmótica do tecido intersticial e de água dos capilares, que se dirige ao tecido subcutâneo (MELO, et al, 2006) .

Ação sobre os gânglios linfáticos, pois permite a estimulação dos gânglios linfáticos devido ao efeito reflexo simpaticolítico (BORGES, 2010). Alguns autores destacam que os feitos fisiológiscos da vacuoterapia são: hipervascularização, desfibrosagem, tonificação tissular e linfática, reflexo (CONTIN, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa concluir que os resultados encontrados apontam uma melhora na área da cicatriz levando a uma satisfação dos pacientes dentro da perspectiva do tratamento, visto quer todos os pacientes reverem melhorias dentro do quadro esperado durante o período da aplicação da vacuoterapia.

PALAVRAS-CHAVE: efeito, vacuoterapia, cicatrizes atroficas.

REFERÊNCIAS

ADDOR FAZ, et al. **Gestação e predisposição ao aparecimento de estrias**: **correlação com as propriedades biomecânicas da pele** .Surg Cosmet Dermatol. 2010. Disponivel em: <https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/5585/tcc%20finalizado%20cheila.pdf?sequence=1&isAllowed=y > Acessado em: 03 de Setembro de 2018.

BACELAR, Vanessa Correia Fernandes, VIEIRA, Maria Eugênia Senra. **Importância da Vacuoterapia no fibro edema gelóide.** 2006. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/14/01_-_Recursos_fisioterapYuticos_utilizados_no_tratamento_das_cicatrizes_hipertrYficas_em_pacientes_queimados_-.pdf >Acessado em: 03 de Setembro de 2018.

BORGES, Fábio dos Santos. Dermato funcional: **modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas.** 2ª ed. São Paulo: Editora Phorte, 2010. Disponível em <https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/5585/tcc%20finalizado%20cheila.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acessado em: 06 de Setembro de 2018.

CARVALHO MGF,. **Aplicação da galvanoterapia em uma maquina de tatuar para o tratamento de estrias.** Fisioterapia Brasil. 2009. Disponível em:< https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/5585/tcc%20finalizado%20cheila.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acessado em: 10 de Setembro de 2018.

CONTIN, Karin Napoleão. **O efeito da vacuoterapia no tratamento de linhas de expressão facial em mulheres de 40 a 65 anos de idade**. Monografia do curso de Fisioterapia da Universidade Tuiuti do Paraná. 2002. Disponível em:< https://www.academia.edu/7985551/Emprego_da_Carboxiterapia_no_manejo_do_Fibro_Ede

ma_Gel%C3%B3ide_Cicatrizes_Atr%C3%B3ficas_e_Flacidez_de_Pele> Acessado em: 20 de Setembro de 2018.

MAIA M, Marçon CR, Aoki T, AMARO AR. **Estrias de distensão na gravidez: estudo comparativo dos fatores de risco entre primíparas e maternidades do sistema público de saúde e particular.** Surg. cosmet. dermatol. 2010. Disponível em:< https://www.academia.edu/7985551/Emprego_da_Carboxiterapia_no_manejo_do_Fibro_Edema_Gel%C3%B3ide_Cicatrizes_Atr%C3%B3ficas_e_Flacidez_de_Pele> Acessado em: 20 de Setembro de 2018.

MELO, Luana Thais, MAGALHÃES, Leandro Henrique. **A utilização da vacuoterapia no tratamento da lipodistrofia ginóide.** 2011. Disponível em:< https://www.academia.edu/7985551/Emprego_da_Carboxiterapia_no_manejo_do_Fibro_Edema_Gel%C3%B3ide_Cicatrizes_Atr%C3%B3ficas_e_Flacidez_de_Pele> Acessado em: 25 de Setembro de 2018.

MENDONÇA RSC, RODRIGUES GBO. **As principais alterações dermatológicas de pele em pacientes obesos**. ABCD Arquivo Brasileiro, Artigo de Revisão. 2011. Disponível em:<https://www.academia.edu/7985551/Emprego_da_Carboxiterapia_no_manejo_do_Fibro_Edema_Gel%C3%B3ide_Cicatrizes_Atr%C3%B3ficas_e_Flacidez_de_Pele> Acessado em: 30 de Setembro de 2018.

A UTILIZAÇÃO DO LASER DE BAIXA FREQUÊNCIA NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: ESTUDO DE CASO

Thaynan de Sousa Morais[1]; Mércia Franciele Pereira Alves[1]; Micaely Araújo Costa[1]; Noelma de Assis Leite[2]; Rubia Karine Diniz Dutra[2]

Rubia Karine Diniz Dutra[3];
1 Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail:fisiothaynanmoraiss@gmail.com
2, 3 Professoras do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos- FIP

INTRODUÇÃO

A pele é um órgão que atua em diversas funções, sendo uma delas a proteção, onde o contato com agentes agressores estimula diversos fenômenos que atuam na liberação de mediadores químicos, responsáveis pelo processo inflamatório, resguardando assim o organismo da agressão de mecanismos, dentre eles: agentes mecânicos, físicos e biológicos (Malaquias et al. 2008).

A cicatrização de feridas é um processo complexo pelo qual um tecido lesado é substituído por um tecido conjuntivo vascularizado, para que assim ocorra a repavimentação e a reconstituição desse tecido (Mandelbaumet al. 2003).

O laser de baixa potência vem sendo utilizado como um potencializador de efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e estimulantes da cicatrização (Linset al. 2010). Por isso, é bastante utilizado no processo de reparo tecidual, em virtudes das baixas densidades de energia usadas e comprimentos de ondas capazes de penetrar nos tecidos(Barros et al. 2008).

REFERENCIAL TEÓRICO

Salomé (2010) destaca que não é raro a presença de secreção e odor na ferida crônica, pode alterar a imagem corporal da pessoa e levar à ruptura das relações sociais.Existe as fases de inflamação, reconstrução, epitelização e maturação. Tendo como objetivo restaurar a homeostasia tecidual.

A diferença entre os vários tipos de lasers é dada pelo comprimento de onda. Quanto menor o comprimento,maior sua ação e poder de penetração. Os lasers podem ser contínuos ou pulsáteis. Sua potência é expressa em watts(W), variando de deciwatts a megawatts e a energia medida em joules por centímetro quadrado (J/cm2), sendo igual à potência multiplicada pelo tempo de aplicação.

A energia do laser é absorvida apenas por uma fina camada de tecido adjacente além do ponto atingido pela radiação, sendo por esta razão a recomendação atual para a aplicação de lasers de baixo poder de penetração, com comprimentos de onda entre 640 a 940nm, é que esta aplicação seja realizada de modo pontual à lesão.

OBJETIVO

Avaliar os efeitos terapêuticos do laser na cicatrização de feridas.

MÉTODOS

Trata-se de um contexto vasto em estudo de caso perante à um paciente acompanhado no projeto de feridas na Clínica Escola de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-PB, no primeiro semestre de 2018. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob o número 62297716.5.0000.5181. O estudo apresenta uma revisão da literatura através dos bancos de dados: Google Acadêmico, Firval e Scielo, no período de 2003 a 2018, através das palavras-chave: cicatrização, reparo tecidual e eletrotermofototerapia. Foram selecionados 12 artigos que se encaixavam nos critérios de inclusão.

RESULTADOS

Estudo de caso:

Paciente H. P. M., sexo masculino, 79 anos, diagnóstico não informado pelo mesmo, participa do Projeto de Feridas na Clínica Escola de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-PB, relatou que a 4 anos apresentou edema e ferimentos nos MMII. Realizou desbridamento, seguido de cicatrização apenas na perna esquerda. Paciente relata não ser diabético. Foi realizado a aplicação do laser, tipo HeNe, com comprimento de onda 660nm, modo pulsado, densidade de energia 3j/cm²,durante 5 dias por semana, em um total de 1 sessão por dia, com registro fotográfico de 32 cm de distância da ferida, celular Moto G4 Plus 16 Mpx. Por fim do período de tratamento, observou-se uma melhoria. Anexado nas fotos subsequentes:

FIGURA 1

FIGURA 2

DISCUSSÃO

Nos achados de Roig et al (1990) que realizaram o tratamento de úlcera de decúbito em região sacral de lesado medular com laser HeNe, observaram a diminuição do tempo de reabilitação e melhora do trofismo da região afetada e da dor, sem a ocorrência de recidiva.

No final da década de 60 e início dos anos 70, a primeira aplicação do laser de baixa intensidade foi experimentada em humanos para o tratamento dos diversos tipos de úlceras crônicas, quando foram utilizadas fontes HeNe e doses de até 4 j/cm havendo obtenção de êxito nesses primeiros estudos, tendo em vista a velocidade mais rápida de cicatrização. Logo, a modalidade tornou-se rapidamente popular nesta aplicação (KITCHEN; BAZIN, 1998).

Em estudo realizado por Arantes et al (1992), com pacientes portadores de úlcera de membro inferior, observou-se melhores resultados no tratamento sem recidivas e com diminuição ou ausência de complicações obtidas com tratamento clínico associado à laser terapia de baixa intensidade, corroborando com os resultados de nosso estudo, em que o tratamento foi realizado por um período de 6 semanas, sendo o laser aplicado ao longo da semana cinco vezes.

CONCLUSÃO

Por fim conclui-se que, houve uma melhoria eficaz perante a atuação do laser no processo de cicatrização da ferida apresentada. Deste modo, essa melhoria é advinda subsequentemente por seus efeitos biológicos benéficos; de caráter analgésico, cicatrizante e anti-inflamatório; por intermédio de um fenômeno de bioestimulação que acelera o processo de reparo tecidual.

PALAVRAS-CHAVES: Reparo Tecidual; Cicatrização; Eletrotermofototerapia; Laser.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Fernanda de Souza. Modelo de impedância de ordem fracional para a resposta inflamatória cutânea. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011.

MALAQUIAS, Suelen Gomeset al. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. Revista: CogitareEnferm. Goiânia, 2008.

MANDELBAUM, Samuel Henrique; DI SANTIS, Érico Pampado; MANDELBAUM, Maria Helena Sant'Ana. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares-Parte1. 2003.

MARTINS, Nelson Lúcio Parada et al. Análise comparativa da cicatrização da pele com o uso intraperitoneal de extrato aquoso de Orbignya phalerata (babaçu). Estudo controlado em ratos. Acta Cir Bras, v. 21, n. Suppl 3, p. 66-75, 2006.

PIVA, Juliana Aparecida de Almeida Chaves et al. Ação da terapia com laser de baixa potência nas fases iniciais do reparo tecidual&58; princípios básicos Effect of low-level laser therapy on the initial stages of tissue repair&58; basic principles. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 86, n. 5, p. 947-954, 2011.

ROCHA, Tatmatsu; CARLOS, José. Terapia laser, cicatrização tecidual e angiogênese. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 17, n. 1, 2004.

UTILIZAÇÃO DA FOTOTERAPIA NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DAS QUEIMADURAS

Maria de Fátima Leite Matias[1]; Yasmim Emilly Costa Dutra[1]; Micaely Araújo da Costa[1], Ednilda Firmino Pereira[2], Noelma de Assis Leite[2]

Estudantes de Graduação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia[1];
E-mail: karolmatias95@gmail.com
Professoras do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos[2]

INTRODUÇÃO

A queimadura é considerada umas das causas mais frequentes de mortalidades e incapacidades. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde o trauma contribui com 57% do total de mortalidade na faixa etária de 0 a 19 anos e corresponde a 38% dos principais agravos atendidos no sistema de saúde. Sabe-se que cerca de 1.000.000 de casos de queimaduras ocorrem ao ano, dos quais 100.000 pacientes procurarão atendimento hospitalar e 2.500 irão a óbito em decorrência de suas lesões (GOMES, 2001). O tratamento de queimaduras sempre foi um desafio devido a sua gravidade e as complicações existentes que sempre ocorrem. A cura de uma queimadura implica em controlar e orientar a regeneração cicatricial, uma vez que tendem a ocorrer infecções e sequelas (FERREIRA, 2003; CRISÓSTOMO, SERRA, GOMES, 2004). A reparação tecidual dependerá de vários fatores como doenças crônicas, faixa etária, doenças degenerativas, estado nutricional, extensão e profundidade da queimadura. A fototerapia vem se destacando em vários estudos, dentre elas a utilização da luz infravermelha, contribuindo para a cicatrização das queimaduras, uma vez que atuam na nutrição tecidual, na produção de fibroblastos e também na neovascularização do tecido isquêmico.

REFERENCIAL TEÓRICO

A queimadura é uma ferida traumática causada, principalmente, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Acontece nos tecidos de revestimentos do corpo humano, podendo destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, e também as camadas mais profundas, como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e osso (CAMUCI et al., 2014).

A reparação do tecido queimado consiste em perfeita e coordenada cascata de eventos celulares, moleculares e bioquímicos que interagem para que ocorra a reconstituição tecidual,

que por sua vez é dividida em três fases: fase inflamatória, fase de proliferação ou de granulação e fase de remodelamento ou de maturação (CLARK, 2005).

A fase inflamatória que se inicia imediatamente após a lesão, com a liberação de substâncias vasoconstritoras, principalmente tromboxana A2 e prostaglandinas, pelas membranas celulares. A fase proliferativa é constituída por quatro etapas fundamentais: epitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de colágeno. Fase de maturação ou remodelamento, a característica mais importante desta fase é a deposição de colágeno de maneira organizada, por isso é a mais importante clinicamente. (CAMPOS, BORGES-BRANCO, GROTH, 2007)

É importante que o profissional que esteja lidando com o paciente queimado garanta que ele tenha compreensão de todo o tratamento, devendo adapta-lo de acordo com as necessidades individuais do paciente, e sempre respeitando suas dúvidas e receios. (SZABO et al., 2016)

O tratamento de um paciente queimado é complexo e para isso é necessária uma série de técnicas que objetivam o conforto, a prevenção de sequelas e a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, tanto no ambiente hospitalar como no ambulatorial. (FERREIRA; SILVA; SANTOS, 2014). A eletroterapia, portanto, inclui vários aparelhos nos quais alguns podem ser utilizados em fases distintas da evolução de um queimado, entre eles pode-se citar o laser, a microcorrentes, a alta frequência entre outros.

OBJETIVOS

Demonstrar a importância da utilização da fototerapia no processo de cicatrização de queimaduras.

.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa sistemática de artigos científicos onde foram selecionados artigos originais e experimentais, a fim de mostrar os efeitos terapêuticos e funcionais da utilização da eletroterapia no processo de cicatrização de feridas. Utilizou-se as palavras-chave: queimaduras, fototerapia, fisioterapia e cicatrização para nortear a busca dos artigos, nas bases de dados científicos publicados, no período de 2007 a 2016.

RESULTADOS

Campos, Borges-Branco, Groth, (2007) realizaram um artigo de revisão e concluíram que a cicatrização é processo complexo, que começou a ser entendido em maior amplitude nos últimos anos. Contudo, ainda há necessidade de se continuar estudando seus mecanismos, porque grande parte dele ainda é desconhecida.

Andrade, Lima, Albuquerque, (2010) objetivaram descrever os efeitos, o mecanismo de ação e parâmetros de aplicação do laser terapêutico na cicatrização de queimaduras e concluíram que o laser terapêutico acelera a proliferação das células reparativas e aumenta a organização do colágeno, porém há carência de estudos utilizando queimaduras como modelo experimental, falta de padronização dos parâmetros de aplicação e informação da profundidade da lesão.

Oliveira et al., (2015) realizaram um estudo para descrever o plano de tratamento fisioterapêutico, proposto no contexto hospitalar, a um paciente vítima de choque elétrico de alta voltagem, concluíram que a assistência fisioterapêutica ao paciente vítima de queimadura já evoluiu bastante e encontra-se em constante aperfeiçoamento, realizando atualmente uma série de condutas que já foram consideradas tabus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado mostrou que o uso da fototerapia ajuda no processo de cicatrização das queimaduras através da proliferação dos fibroblastos e aumento da produção de colágeno. Além de estimular a cicatrização, contribui também com ação bactericida ajudando a minimizar infecções cutâneas, além do efeito anti-inflamatório. Contudo, faz-se necessário uma intervenção precoce, afim de evitar as complicações, dentre elas as imperfeições cicatriciais.

PALAVRAS-CHAVES: Queimaduras; Fototerapia; Fisioterapia; Cicatrização.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.G., LIMA, C. F., ALBUQUERQUE, A. K. B. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Queimaduras.** v. 9, n. 1, p. 21-30, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Seminário discute uso do álcool gel para prevenir queimaduras.

CAMPOS, A. C. L.; BORGES-BRANCO, A.; GROTH, A. K. Cicatrização de feridas. **ABCD, arq. bras. cir. dig**. v.20, n.1, São Paulo, Jan./Mar. 2007.

CAMUCI, M. B., et al. Caracterização epidemiológica de pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva de queimados. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 79-84, 2014.

CANDIDO, L.C. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: **editora Senac SP**, 2001.

CLARK RAF: Wound repair. In: Kumar, Robbins, Cotran: Pathologic Basis of Disease, 7th ed., **Ed. Saunders**, p.112, 2005.

CRISÓSTOMO MR, SERRA MC, GOMES DR. Epidemiologia das queimaduras. In: Maciel E, Serra MC, eds. Tratado de queimaduras. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, p.31-5, 2004.

FERRE, T.C.; SILVA, C.F.S.; SANTOS, M.I.G. Abordagem fisioterapêutica em queimados: revisão sistemática. **Rev. da Universidade Vale do Rio Verde**, Minas Gerais, v. 12, n. 2, p. 821-830, 2014.

FERREIRA, SR. O grande queimado: uma abordagem fisioterapêutica [Monografia]. Goiânia: Graduação em Fisioterapia, Universidade Católica de Goiás, p. 162, 2003.

FERREIRA TCR, SILVA LCFS, SANTOS MIG. Abordagem fisioterapêutica em queimados: revisão sistemática. **Rev Univ Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 821-30, 2014.
GOMES D.R.; SERRA M.C.; MACIEIRA L. Queimaduras no Brasil. In: Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro: **Revinter**, p.1-3, 2001.

OLIVEIRA TM, et al. Fisioterapia em grande queimado: relato de caso em centro de tratamento de queimados na Amazônia brasileira. **Rev Bras Queimaduras**. v. 14, n. 4, p. 285-9, 2015.

SOUZA, C.R.S.; MEJIA, D.P.M. Benefícios do Laser de Baixa Potência no processo de cicatrização de queimaduras de segundo grau. 2014. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Dermato Funcional) – Faculdade Cambury, Goiás, 2014.

SZABO, M.M. et al. Patient adherence to burn care: A systematic review of the literature. **J Elsevier,** v. 42, n.3, p. 484-491, 2016.

BENEFÍCIOS DO LED VERMELHO NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DA ACNE GRAU III – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Gisliany Conserva Martins[1], Katiuscia Ferreira Dantas[2], Vivian Patricia da Silva Pinheiro[2], Juliana Rodrigues Sousa[2] Aline Guimarães Carvalho[3].

[1,2]Discentes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

Email: gisliany.conserva@bol.com.br

[3] Professora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A pele é afetada frequentemente por diversas afecções, entre elas se destaca a acne uma das condições inflamatórias comuns entre jovens e adultos jovens (HERRERA, 2012). A acne é uma doença dermatológica que atinge principalmente o público jovem e pode causar transtornos psicológicos e estéticos. (BARBOSA, 2014). No tratamento a Fisioterapia Dermato-Funcional a fotobioestimulação com LED, é uma tecnologia não invasiva que atua na modulação das funções metabólicas Contribuindo assim, no rejuvenescimento (DOURADO, 2015). A fototerapia é um tratamento que pode amenizar e até acabar com a acne, devida a bactéria propioniumbacterium acnes ser extremamente sensível á luz, sendo então, destruída após várias aplicações repetidas, diminuindo também o processo inflamatório e infeccioso nos quadros de acne. (CAMARGO, 2014). Trata-se de uma pesquisa fundamentada na leitura de artigos e livros, onde o objetivo foi identificar os benefícios do led vermelho no processo de cicatrização da acne grau III.

REFERENCIAL TEÓRICO

A acne é uma das condições inflamatórias crônicas mais comuns que afetam a pele. Acomete adolescentes e adultos jovens de ambos os sexos, sendo mais precoce em adolescentes do sexo feminino do que no sexo masculino (RIBAS e OLIVEIRA, 2008). Mesmo que não haja uma doença de base, o quadro de acne gera grande desconforto para o paciente, não somente pela aparência das lesões ativas, mas também pelo caráter, crônico e pela ocorrência de cicatrizes (ADDOR; SCHALKA, 2010). O estudo da LED terapia se destaca em reparação tecidual por sua fotobioestimulação, que acelera o crescimento celular induzindo a auto reparação (SIQUEIRA et.al., 2009). A terapia da luz vermelha profunda e

penetrante, é uma alternativa não invasiva, eficaz e sem risco para todos os tipos de problemas de pele, ao qual provou ser eficaz para todos os tipos de dor, tem como cromóforo alvo a melanina, mas seus efeitos na cicatrização rejuvenescimento da pele também são descritos (DOURADO, 2011). A aplicação de LED na saúde vem despertando muito empenho na comunidade científica, devido os seus benefícios como resistência do aparelho e aquisição de baixo custo; para a saúde pública mostra- se respeitável por tratar de uma patologia comum e frequente em toda a população, causando danos psíquicos e quadros de infecção grave (MANOEL. et al., 2014).

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica, e baseia-se na literatura de artigos das seguintes plataformas: PubMED e Scielo. Onde o enfoque da mesma, foi nos benefícios do led vermelho no processo de cicatrização da acne, por meio do aparelho led, empregando para tal, os seguintes descritores. Acne, Fisioterapia, Dermato-Funcional, benefícios, cicatrização, led vermelho. Para a revisão na literatura, foram utilizados quatro artigos para a pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da revisão na literatura, no estudo de Herreira et al. (2012) onde foi utilizada a terapia combinada para o tratamento da acne grau III (acne inflamatória), constatou-se melhora na inflamação da acne em razão da ação dos led, gerando uma oxidação celular e ocasionando a apoptose, e a ação antioxidante, e bactericida, fungicida, cicatrizante e controladora da excreção das glândulas sebáceas proporcionada pelos ativos. A terapia combinada entre LED e os cosméticos pode potencializar os efeitos terapêuticos, pois a luz proporciona o aumento da circulação sanguínea, favorecendo a penetração dos princípios ou Terapia Cosmética Fotoativa. Entre os tipos de pele, a oleosa foi a mais prevalente (84,2%). O fototipo mais encontrado foi o III (31,6%). O grau II de acne representou 68,4% das alterações. Após o tratamento com o LED o número de pústulas passou da média de 45,1 para 16,4 com redução significativa das pústulas ($p = 0,0001$). Os resultados demonstram redução do número de pústulas e de lesões, redução da oleosidade, melhora do aspecto da face, cicatrização das acnes através da intensificação da luz vermelha, gerando um aceleramento no reparo tecidual, diminuindo a ação inflamatória e impetrando a cicatrização tecidual. A luz

vermelha tem propriedades bioestimulantes e biomoduladoras com ação anti-inflamatória e analgésica (NASCIMENTO et al., 2005)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São positivos os efeitos do LED com luz azul (415nm) e vermelha (633nm) em pacientes com acne grau leve a moderadamente, e que influenciou na redução no número de lesões não-inflamatórias e nas lesões inflamatórias dos pacientes. É notório que na maioria das pesquisas, o tratamento com o uso do led vermelho promove inúmeros benefícios no processo de cicatrização da acne. Tais como redução significativa de queixas devido às lesões inflamatórias na região da face. Neste sentido, demostra-se que os benefícios da fotobioestimulação com luz led são de grande significância e bem-estar.

PALAVRAS-CHAVES: Acne; cicatrização; led vermelho

REFERÊNCIAS

ADCOS. Acne Solution Professional. 2014.

BAUMANN, L. Pele saudável: a fórmula perfeita para o seu tipo de pele. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007

HERRERA, S. D.; REZENDE, A. A. **Led no tratamento da acne vulgar, para descrição de dados bibliográficos on-line para** congresso brasileiro de fisioterapia dermato-funcional. Disponível em: www.abrafidef.org.br. Acesso em: 01 set. 2018
KEDE, M.P.V.;SABATOVICH, O. Dermatologia estética: Revisada e ampliada. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MANOEL, C.A. et. al. Conceitos fundamentais e práticos e Fotoestética. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

TOREZAN, L.; NIWA, A.B.M.; Neto, C.F. **Terapia fotodinâmica em dermatologia: princípios básicos e aplicações**, trabalho realizado no ambulatório de terapia fotodinâmica do Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (São Paulo – SP). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n5/v84n05a02.pdf Acesso em: 02/09/2018

YAMADA. F. R.; SILVA, M.M. **Uso do led para o tratamento da acne**, para trabalho de conclusão de curso de Fisioterapia da USP. Disponível em: http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2838.pdf Acesso em: 02 set. 2018

ZOTTO, A.C.; KOCHAN, R. **Acne: técnica combinada de limpeza de pele associada a fotobioestimulação com led**, trabalho de conclusão de curso de Tecnologia em Estética e Cosmética da Universidade Tuiuti do Paraná (Curitiba – PR). Disponível em: http://tcconline.utp.br/media/tcc/2017/05/ACNE-TECNICA-COMBINADA-DE-LIMPEZA-DE-PELE-ASSOCIADA-A-FOTOBIOESTIMULACAO-COM-LED.pdf Acesso em: 10 set. 2018

OS BENEFÍCIOS DA MICROCORRENTE NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS CIRÚRGICAS PROVENIENTES DA ABDOMINOPLASTIA: REVISÃO LITERARIA.

Roma Silva de Medeiros Santana Machado [1], Luelma Karolaynne Azevedo e Araújo [1]; Ágatha Lizandra Leite de Oliveira [1]; Cássyo Ferreira Rufino de Lacerda [1] ; Rubia Karine Diniz Dutra [2].

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das FIP
[2] Professora Mestra do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

É comum à busca pela perfeição do corpo, o que pode ser percebido pela grande procura pelos procedimentos estéticos e cirúrgicos visando um corpo bonito e saudável. Para que a cirurgia plástica ocorra de forma efetiva, depende de todo um planejamento cirúrgico, requerendo intervenções e cuidados no pré e pós-operatório, a fim de se evitar possíveis complicações para a saúde do indivíduo e assegurar resultados estéticos mais satisfatórios. Conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) a abdominoplastia consiste em uma técnica cirúrgica usada para correção das imperfeições na região abdominal, através dos seguintes processos: remoção de gordura localizada no abdômen, flacidez da pele da região umbilical e estrias situadas entre a linha horizontal que passa pelo umbigo e pelos pubianos.

Desta forma, é importante o atendimento pré e pós-operatório da cirurgia plástica, visando à reabilitação do paciente operado, que pode desenvolver complicações, como: seromas, hematomas, infecções e muitos outros, e que devem ser tratadas por profissionais especializados. Sendo que os pacientes que submetem as cirurgias plásticas, quando, não encaminhados aos tratamentos pós-operatórios podem apresentar resultados estéticos poucos satisfatórios.

Segundo Brown e Gogia 2015 a microcorrente propicia o estímulo da formação de colágeno através da estimulação elétrica, que faz uso de correntes através de parâmetros de amplitude na faixa de baixa e alta frequência e não invasiva. A mesma pode se apresentar com correntes contínuas ou alternadas, cuja eficácia é bastante benéfica para tratar os danos de tecidos moles, tais como: as feridas pós- cirúrgicas, gerando adaptações benéficas aos tecidos lesados e reduzindo a sensibilidade a dor.

OBJETIVOS

Analisar os benefícios da microcorrente no tratamento das feridas cirúrgicas decorrentes da abdominoplastia.

MÉTODOS

O presente estudo é caracterizado como uma revisão literária sobre Os Benefícios da Microcorrente no tratamento cicatricial das feridas cirúrgicas provenientes da Abdominoplastia. Com o uso de artigos científicos referentes ao tema escolhido, foi usada para execução da pesquisa meio eletrônica e bancos de dados da internet como: Google Acadêmico e SCIELO. Para a busca destes artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras chaves: microcorrente, abdominoplastia, cicatrização.

RESULTADOS

De acordo com Voloszin (2016) o tratamento estético pré e pós-operatório realizado com o uso da microcorrente, propiciam benefícios que vão desde a diminuição dos edemas, melhora do aspecto da textura da pele, diminuição de possíveis aderências teciduais, redução de hematomas e equimoses, redução das áreas com hipoestesias, redução dos riscos de infecções e muitos outros fatores que produzem respostas efetivas no processo cicatricial, na saúde e na estética do indivíduo, bem como a satisfação com o procedimento estético realizado.

Desta forma, a utilização da microcorrente em pacientes em processos pós-operatório de abdominoplastia, contribui para que, a ferida possa passar por um processo de reparação tecidual, através do elevado nível de concentração de receptores, que incidem no crescimento e formação do colágeno. A microcorrente também propiciam benefícios, como: Regeneração do retalho cutâneo na fase de cicatrização, normalização do número de fibroblastos, melhora do aporte sanguíneo no tecido lesado, evitando necrose e prevenindo cicatrizes hipertróficas.

Na busca eletrônica pelos bancos de dados foram selecionados Cinco artigos que atendiam aos critérios de inclusão de artigos no idioma de português, sobre microcorrente na cicatrização, foram utilizados dois artigos para compor este trabalho.

CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível verificar que a execução da técnica de estimulação com microcorrente propicia o estímulo da formação de colágeno através da estimulação elétrica, contribuindo para melhor cicatrização de feridas decorrentes de cirurgias plásticas, como a abdominoplastia. Desta forma, é importante que o médico oriente os pacientes na busca profissionais qualificados, que atuem em procedimentos pós-operatórios, para o alcance de resultados mais satisfatórios.

PALAVRAS CHAVES: Cicatrização, microcorrente, abdominoplastia.

REFERÊNCIAS

Tratamentos Pós-Operatórios Ajudam na Recuperação de Pacientes e evitam Edemas, Hematomas e Fibroses .2013. Disponível em: <http://www.cinemaskope.com/tratamentos-pos-operatorios-ajudam-na-recuperacao-do-paciente-e-evitam-edemas-equimose-hematomas-e-fibroses/> Acesso em: 25 Mai 2018, 15h18min.

Benefícios da Microcorrente no Tratamento Cicatricial das Feridas Cirúrgicas Provenientes da Abdominoplastia. 2015. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/199/16-BenefYcios_da_microcorrente_no_tratamento_cicatricial_das_feridas_cirYrgicas_provenientes_da_abdominoplastia.pdf> Acesso em: 25 Mai 2018, 15h18min.

Microcorrente na Estética. 2016. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/estetica/microcorrente-na-/5621>Acesso em: 25 Mai 2018, 15h18 min.

RELAÇÃO DAS ALTERAÇÕES POSTURAIS E MAUS HÁBITOS DE VIDA DIÁRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Isabelle Savana Freires de Sousa[1], Danilo de Lucena Rodrigues[1], Emilly Maria Araújo Olinto[1], Kamylla Alves Florentino Matias da Silva[1], Palloma Germaynne Soares da Silva[1], Felipe Longo Correia de Araújo[2]

[1]Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP
e-mail: isabelle.savana@hotmail.com
[2]Professor Mestre do departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de alterações posturais é influenciado por diversos fatores de risco, tais como: índice de massa corporal (IMC), estatura, crescimento acelerado durante a puberdade, fatores sociais (escolaridade, rede de ensino frequentada), falta de informações sobre as alterações posturais e sedentarismo. No entanto, hábitos comportamentais e posturais inadequados estão sendo considerados os principais fatores predisponentes (VASCONCELOS, 2010).

A ocorrência das diversas alterações posturais decorrentes de fatores associados aos maus hábitos de vida diária encontra-se disseminada por toda a população (CORREA, 2005).

Hábitos posturais incorretos adotados desde o ensino fundamental podem gerar alterações irreversíveis nas crianças, considerando que as estruturas que compõem a unidade vertebral (ligamentos e discos) sofrem um processo de degeneração ao longo da vida e não apresentam mecanismos de regeneração (ZAPATER, 2004).

REFERENCIAL TEÓRICO

As alterações posturais decorrentes do uso errado de bolsas e/ou mochilas são na maioria das vezes bem visíveis e palpáveis. Para garantir um equilíbrio estável, o corpo faz ajustes tipo: mudança na posição da cabeça, tronco e membros (GRIMMER et al.; 2002; GRILLI, 2002).

As fases da infância e adolescência correspondem àquelas em que os jovens frequentam o ambiente escolar, no qual permanecem longos períodos sentados, normalmente em uma postura inadequada e, na maioria das vezes, em mobiliários inadequados que, somados à tendência de um estilo de vida sedentário adotado na fase escolar, podem também

favorecer o surgimento das alterações posturais estáticas. Além disso, parece existir uma tendência de que os hábitos posturais adotados durante a infância e adolescência poderão se refletir na vida adulta dos jovens (DESTCH, 2001).

OBJETIVOS

Essa revisão tem como objetivo verificar a relação entre as alterações posturais e os maus hábitos de crianças e adolescentes, principalmente estudantes.

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de uma revisão literária no período de 2004 a 2018, nas plataformas Lilacs, Scielo e livros didáticos. Os descritores utilizados foram: alterações posturais, postura incorreta e maus hábitos. Foram identificados 11 artigos, diretamente em concordância com o tema. A pesquisa foi restrita aos idiomas de português.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A relação entre os maus hábitos de vida de crianças e adolescentes com as alterações posturais foram observadas em todas as pesquisas selecionadas, mostrando uma modificação, principalmente em relação a cabeça e o pescoço, que se encontravam projetadas e desnivelados respectivamente.

A boa postura é posição em que as articulações responsáveis pelo suporte do peso corpóreo e o segmentos posturais em determinado momento estão alinhados e recrutam menor ação muscular para manter a atitude ereta. Já o alinhamento corporal inadequado pode alterar a distribuição de pressão nas superfícies articulares, contribuindo assim para a degeneração articular, alterações posturais e tensões musculares (SOUSA, 2012; FERREIRA, 2005).

Os hábitos posturais inadequados são transmitidos de geração a geração, pois estudantes copiam as atitudes dos adultos e, posteriormente, as incorporam ou modificam (SANTOS et al., 2009). Os padrões de postura e movimento, adequados ou não, começam a ser determinados na infância, são praticados na adolescência e logo se tornam habituais na vida adulta. Assim, é essencial fazer as crianças perceberem a importância da postura no cotidiano, conscientizando-as das possíveis consequências dos maus hábitos (FREIRE et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, conclui-se que são encontradas alterações posturais em crianças e adolescentes, principalmente no período escolar e isso pode afetar em relação à postura no futuro destes. Dessa forma, é importante a reeducação desse alinhamento corporal inadequado devido à postura incorreta do indivíduo e atingir o estado de equilíbrio normal para os músculos e ossos, visando o bem-estar e o conforto.

PALAVRAS-CHAVE: Alterações posturais, maus hábitos, postura inadequada.

REFERÊNCIAS:

CHANSIRINUKOR, W.; WILSON, D.; GRIMMER, K. **Effects of backpscks on students: measurement of cervical and shoulder posture.** Australian Journal of Physiotherapy. v. 47, n. 1, p. 110-116, 2001

CORREA, A.L.; PEREIRA, J.S.; SILVA, M.A.G. **Avaliação dos desvios posturais em escolares: estudo preliminar.** Fisioter Bras. 2005; 6(3): 175-8.

DETSCH, C.; CANDOTTI, C.T. **A incidência de desvios posturais em meninas de 6 a 17 anos da cidade de Novo Hamburgo**. Revista Movimento, 7 (2001), p. 43-56

FERREIRA, E.A.G. **Postura e controle postural: desenvolvimento de aplicação de método quantitativo de avaliação postural**. São Paulo: Faculdade de medicina, São Paulo; 2005. p 214

FREIRE, I.A.; TEIXEIRA, T.G.; SALES, C.R. **Hábitos posturais: diagnóstico a partir de fotografias.** Conexões [Campinas]. 2008; 6(2): 28-41.

LIS, A.M.; BLACK, K.M.; KORN, H.; NORDIN, M. **Association between sitting and occupational LBP**. Eur Spine J, 16 (2007), pp. 283-298

SANTOS, C.I.S.; CUNHA, A.B.N.; BRAGA, V.P.; SAAD, I.A.B.; RIBEIRO, M.A.G.O.; CONTI, P.B.M.; et al. **Ocorrência de desvios posturais em escolares do ensino público fundamental de Jaguariúna**. Rev Paul Pediatr. São Paulo, 2009; (1)74-80.

SERPIL, A.B.; GRILLI, S.L. **Distributed body weight over the whole spine for improved inference in spine modeling.** Comput Methods Biomech Biomed Engin. v. 5, n. 1, p. 81-89, 2002

SOUSA, F.H. **Atribuição de características a posturas corporais segundo universitários.** [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Bauru: São Paulo, 2012

VASCONCELOS, G.A.; FERNANDES, P.R.; OLIVEIRA, D.A; CABRAL, E.D.; SILVA, L.V. **Postural evaluation of vertebral column in deaf school kids from 7 to 21 years old**. Fisioter Mov, 23 (2010), pp. 371-380

ZAPATER, A.R.; SILVEIRA, D.M.; VITTA, A.; PADOVANI, C.R.; SILVA, J.C.P. **Seat posture: the efficiency of an educational program for scholars**. Ciência Saúde Coletiva. 2004; 9(1):191-9.

ALTERAÇÕES POSTURAIS POR AGRAVAMENTO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Gilmar Santana da Costa[1]; Lívia de Sousa Alencar[1]; Micaely Araújo da Costa[1]; Johana Milly Barbosa Lopes Rodrigues[1]; Felipe Longo Corria de Araújo[2].
[1]Estudantes de Graduação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: gilmarsantana_1995@hotmail.com
[2]Professor Doutor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) apresenta acoplamentos ligamentares e neuromusculares com a região cervical e a base do crânio, formando o sistema crânio-cervico-mandiular. O conjunto de desordens que afetam a ATM, os músculos mastigatórios e as estruturas relacionadas é denominado Disfunção Temporomandibular (DTM) (OKESON, 2000; CUCCIA e CARADONA, 2009).

A DTM reúne várias circunstâncias que envolvem desordens da ATM desde alterações articulares, miofaciais até mesmo sensoriais (LA TOUCHE, 2009; GEORGE et al, 2007; NIXDORF et al., 2009). Dentre essas desordens, as alterações craniofaciais apresentam entre seus tipos diferentes classes oclusais onde a posição da mandíbula tem relação direta com a postura da cabeça e ombros, por esta ser um osso livre (FONSECA, 1994). A influência da coluna cervical nas estruturas da mastigação é frequentemente ignorada (NASSIF, 2004). Severas desordens crânio-cervicais como anteriorização da cabeça, retificação da coluna cervical, e assimetria de ombros têm sido estabelecidas em pacientes com Disfunção Temporomandibular (BOYD, 1987).

REFERENCIAL TEÓRICO

Define-se como postura ideal aquela em que há um equilíbrio entre as estruturas de suporte envolvendo uma quantidade mínima de esforço. A postura de cada indivíduo será determinada por cadeias musculares, fáscias, ligamentos e estruturas ósseas, que são interdependentes entre si e abrangem todo o organismo (VIEIRA, et al., 2004).

A má postura seria uma relação imperfeita entre as várias partes do corpo, seria aquela que gera um aumento do esforço nas estruturas de suporte e um equilíbrio desapropriado na

sua base de sustentação (GRADE, et al., 2008). Estudos demostram que indivíduos com DTM apresentam mais alterações posturais, principalmente na postura da cabeça, o que pode proporcionar uma situação de desvantagem biomecânica na ATM e contribuir para o quadro de disfunção (LEE, OKESON E LINDROTH 1995; NICOLAKIS et al., 2000; YI, GUEDES e VIEIRA, 2003).

As modificações posturais resultantes de exercícios por período de tempo prolongado podem ocasionar aos indivíduos variáveis alterações posturais que se originam ou estão relacionadas com o mau funcionamento de alguma estrutura do organismo tais como, retificação da coluna cervical, protrusão da cabeça, assimetria de ombros e encurtamentos musculares. Estas alterações podem ser decorrentes de disfunções na ATM (FISCHER et al., 2010).

OBJETIVO

Analisar as alterações posturais por agravamento da disfunção temporomandibular, por meio de uma revisão de literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa descritiva, exploratória, realizada através da revisão sistemática da literatura do período 2014 a 2015. A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2018. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis nas plataformas Scielo, Bireme e Lilac. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foi utilizada as palavras-chaves: Articulação Temporomandibular; Alteração Postural; Disfunção Temporomandibular.

Inicialmente, os artigos foram selecionados a partir da leitura dos títulos, sendo excluídos aqueles que não apresentavam relação com as palavras-chave definidas para a busca. Posteriormente foi realizada uma leitura dos resumos dos estudos pré-selecionados pelos títulos. Os artigos que cumpriram com os critérios de inclusão foram lidos e analisados na íntegra, ao final 4 artigos foram incluídos. Além disso, foram analisadas as referências bibliográficas de cada artigo incluído com o objetivo de localizar artigos ainda não encontrados na busca eletrônica.

RESULTADOS

Biasotto-Gonzalez et al., (2008) tiveram como objetivo caracterizar o grau de disfunção temporomandibular (DTM) e relacioná-lo com a postura cervical e com a qualidade de vida em universitários, concluíram que houve uma prevalência maior de DTM leve, sendo que em relação ao ângulo cervical, houve um aumento com a severidade do grau de DTM, com piora da qualidade de vida nesta população.

Bastos et al., (2015) realizaram um estudo para caracterizar o grau de DTM e relacioná-lo com a presença de alterações posturais em jovens universitárias concluindo que existe correlação entre DTM e alteração postural de membros inferiores (MMII) no grupo estudado. A prevalência de alterações posturais em universitárias com DTM acomete principalmente as articulações da coluna, ombro, joelho e pelve.

Souza., (2010) realizou uma avaliação fotogramétrica, baropodométrica e eletromiográfica, concluindo que a coativação dos músculos cervicais e as correlações entre fotogrametria e eletromiografia nos indivíduos com DTM sugerem a existência de um mecanismo postural compensatório para manter a força muscular mastigatória.

Oliveira et al., (2010) em uma revisão da literatura sobre as técnicas abordagem da fisioterapia na DTM, concluíram que a literatura mostra a importância da fisioterapia no tratamento da DTM, através de estudos utilizando recursos da eletroterapia, exercícios, técnicas de liberação miofacial, mobilização e manipulação articular. Porém, salienta que algumas técnicas e recursos carecem de maiores estudos para comprovar sua eficácia no tratamento da DTM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos poucos estudos encontrados, conclui-se que há uma relação direta entre a disfunção temporomandibular e a alteração postural. A DTM também pode ocasionar outras disfunções em importantes articulações. A elaboração de novos estudos se faz necessários para obtenção de maiores resultados e conhecimentos científicos.

PALAVRAS-CHAVES: Articulação Temporomandibular; Alteração Postural; Disfunção Temporomandibular.

REFERÊNCIAS

BASTOS, L.C. et al. Correlações entre alterações posturais e disfunções temporomandibulares. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, Várzea Paulista, v. 14, n. 04, p. 51-58, 2015.

BIASOTTO-GONZALEZ, et al. Disfunção Temporomandibular e Qualidade de Vida. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** v. 18, n. 1, p. 79-86, 2008.

BOYD, C. H., et al. The effect of head position on electromyographic evaluation of representative mandibular positioning muscle groups. **J. Cranio Practice.** v. 5, n. 50, 1987.

CUCCIA, A., CARADONNA, C. The relationship between the stmatognathic system and body posture. **Clinics**. v. 64, n. 1, p. 61-66, 2009.

FISCHER, F.O. et al. Estudo da incidência de alterações na postura cervical em pacientes com disfunção Temporomandibular. **Revista Brasileira de Fisioterapia Suplemento**, 2010.

FONSECA, D. M., et al. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **RGO.** v. 42, n. 1, p. 23-28, 1994.

GRADE, R. et al. Postura e disfunção temporo-mandibular: controvérsias actuais. **Revista Portuguesa de Estomatologia**, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, Lisboa: v. 49, n. 2, p.111-117, jun., 2008.

GEORGE, J. W., et al. The effect of cervical spine manual therapy on normal mouth opening in asymptomatic subjects. **J. Chiropr. Med.** v. 6, p. 141-145, 2007.

LA TOUCHE R, et al. The effects of manual therapy and exercises directed at the cervical spine on pain sensitivity in patients with myofascial temporomandibular disorders. **J Oral Rehabil.** v. 36, p. 644-52, 2009.

LEE, W. Y.; OKESON, J. P.; LINDROTH, J. The relationship between forword head posture and temporomandibular disorder. **Journal of Orofacial Pain**. v. 9, n. 2, p. 161-167, 1995.

NASSIF, N. J., AL-SALLEEH, F., AL-ADMAWI, M. The prevalence and treatment needs of symptoms and signs of temporomandibular disorders among young adult males. **J. Oral Rehabil.** v. 30, p. 944-950, 2003.

NICOLAKIS, P. et al. Relationship between craniomandibular disorders and poor posture**.** **Journal of craniomandibular Practice**, v. 18, n .2, p. 106-112, 2000.

NIXDORF, D. R. et al. Self-repoted severity of taste disturbances correlates with dysfunctional grade of TMD pain**. J Oral Rehabil.** v. 36, p. 792-800, 2009.

OKESON, J. P. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusões. 4.ed. São Paulo: Artes médicas, 2000.

OLIVEIRA, K. B., et al. A abordagem fisioterapêutica na disfunção da articulação temporomandibular. Revisão da literatura. **Med. Reabil.** v. 29, n. 3, p. 61-4, 2010.

SOUZA, J. A. Postura e disfunção temporomandibular: avaliação fotogramétrica, baropodométrica e eletromiográfica. Santa Maria, 2010.

VIEIRA, D. A. et al. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação têmporomandibular.
Acta Ortopédica Brasileira, São Paulo: v. 12, n. 3, p. 155-159, jul./set., 2004.

YI, L. C.; GUEDES, Z. C. F.; VIEIRA, M, M. Relação da postura corporal com a disfunção temporomandibular: hiper-reatividade dos músculos da mastigação. **Revista Fisioterapia Brasil.** v. 4, n. 5, p. 341-347, 2003.

TENDINOPATIA DO CALCÂNEO EM CORREDORES DE RUA

Willian Alves da Costa[1]; Marília Aires de Lima[1]; Regina Oliveira Bezerra[1]; Silvânio dos Santos Araújo[1]; Elvis Costa Crispiniano[2]
[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
E-mail: alveswilliam600@gmail.com
[2] Professor Mestre em Ciências da Saúde do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

Atualmente uma das modalidades de corrida mais praticadas no mundo é a corrida de rua, onde os indivíduos estão buscando cada vez mais, estilo de vida mais saudável, por ser considerada uma atividade física de baixo custo e fácil execução e que proporciona vários benefícios à saúde. Ocorrendo uma demanda grande nesse tipo de atividade (ZIEMBA, 2015).

Porém, com o elevado número de praticantes dessa modalidade de corrida, tem provocado o aumento de lesões osteomioarticulares entre os praticantes. Todo ano, entre 65 e 80% dos corredores são acometidos por algum tipo de lesão, sendo sua etiologia multifatorial e diversa, e pode ser causada por vários fatores intrínsecos como sexo, idade, etnia, biótipo, morfologia do pé e tipo de apoio da passada; e extrínsecos tais como regime de treinamento, tipo de calçado usado, superfície de treinamento (ZIEMBA, 2015).

A prática esportiva e a participação em competições nas mais diversas modalidades vêm gerando como resultando, um crescente aumento de lesões musculoesqueléticas (MADEIRA et al., 2014). Relativamente ás lesões do tornozelo e do pé, a tendinopatia de Aquiles é a patologia mais frequente (FABRE et al., 2017).

A tendinopatia é um termo que engloba condições dolorosas em região peritendinea que decorrem do overuse e da degeneração tecidual. Com o crescente aumento de atividades esportivas de alto rendimento, vem contribuindo para o crescente aumento da incidência desse tipo lesões. Os sinais e sintomas da tendinopatia calcânea são dor e edema, induzido principalmente pelo exercício e exacerbado durante ou após uma caminhada ou corrida, subir e descer escadas, além da dor ao realizar um alongamento do tendão e ao realizar um fortalecimento muscular, bem como durante a realização das atividades funcionais (SILVA et al., 2014).

O tratamento conservador ocorre com diminuição, alteração ou afastamento da atividade física que está gerando a dor, crioterapia, massagem de fricção profunda, eletroterapia, ultra-som terapêutico, laser de baixa intensidade, onda de choque extracorpórea

e exercícios excêntricos. Porém, após seis meses de tratamento conservador, se não houver melhora do quadro clínico, pode ser indicado o procedimento cirúrgico de tenotomia que nada mais é que pequenos cortes no tendão a fim de estimular um novo e mais eficiente processo de regeneração que apresenta, nesses casos, de 70% a 85% de sucesso (LOPES et al., 2013).

OBJETIVO

Aprimorar o conhecimento sobre a tendinopatia do calcâneo em corredores de rua.

MÉTODOS

Este estudo foi uma revisão sistemática da literatura, sobre a tendinopatia do calcâneo em corredores de rua, foi utilizados no mesmo, artigos que constam nas bases de dados online SciELo, LILACS e Google Acadêmico. Mediante a análise da literatura pesquisada, foram encontrados 10 artigos publicados entre 2013 e 2017, onde somente 5 foram selecionados. A amostra foi constituída pelos estudos que preencheram os seguintes Critérios de Inclusão, artigos publicados em revistas cientificas; que explanassem sobre a tendinopatia do calcâneo em corredores de rua; publicados em português, e os Critérios de Exclusão foram, artigos que não foram publicados em revistas cientificas; quem não tinham associação a tendinopatia do calcâneo em corredores de rua; publicados em outras línguas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de síntese elaborado baseou-se na análise temática da leitura exploratória de cada artigo para desenvolver uma compreensão do conteúdo e contexto das evidências. Dos estudos analisados, evidenciou-se que a maioria dos autores relataram que a tendinopatia do calcâneo é uma das principais lesões que acometem os corredores de rua.

Segundo Madeira et al. (2014), é grande a prevalência de corredores que adquirem lesões musculares e articulares irreparáveis devido aos treinos inadequados ou competições excessivas. E que diante do aumento da pratica de corrida, observa-se o elevado número de lesões ósseas, tendinosas e musculares, principalmente nos membros inferiores.

Ziemba (2015), concluiu em sua pesquisa que idade, volume, frequência de treino e tipos de pisada não estão significativamente associados à prevalência de lesões. Fabre et al.

(2017), observaram evidências para a utilização de exercícios excêntricos na redução dos sintomas, na melhoria na função, na satisfação dos pacientes e na força muscular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do estudo realizado, foi constatado que a tendinopatia do calcâneo é um dos tipos de lesão, que mais atingem os corredores de rua. O tratamento desse acometimento se dá por meio de profissionais de saúde como médicos e fisioterapeutas. Contudo, conclui-se que é necessário mais pesquisas sobre esse assunto, sendo de grande relevância para a população, tendo em vista, o crescente índice de lesões em corredores de rua.

PALAVRAS-CHAVE: Corrida de rua; Tendinopatia do calcâneo; Lesões.

REFERÊNCIAS

FABRE, A. J. M. Evidência de exercícios de fortalecimento no tratamento não operatório da tendinopatia de aquiles não insercional. **Trabalho de Conclusão de Curso**, 2017.

LOPES, A. D; JUNIOR, L. C. H.. Reabilitação das principais lesões relacionadas à corrida. **CES Movimiento y Salud**, v. 1, n. 1, p. 19-28, 2013.

MADEIRA, J. D. A. Lesões em corredores de rua: lesões mais frequentes. **Trabalho de Conclusão de Curso**, 2014.

SILVA, R. M. V; FÁTIMA, R. N. S. Efeitos da microelectrólisis percutânea (MEP®) na dor e na funcionalidade de pacientes com tendinopatia calcânea. **MTP&RehabJournal**, v. 12, p. 494-511, 2014.

ZIEMBA, R. Associação entre tipos de pisada e lesões nos praticantes de corrida de rua. **Trabalho de Conclusão de Curso**, 2015.

DISCINESIA ESCAPULAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Marília Aires Alves de Lima; Ágatha Lizandra Leite de Oliveira; Luelma Karolaynne Azevedo e Araújo; Maria Isabelle Carlos da Silva;[1] Elvis Costa Crispiniano[2]

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: mariliaairesalves@gmail.com
[2] Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A escápula possui funções essenciais que contribuem para o bom funcionamento biomecânico dos membros superiores. O movimento correto dessa estrutura é fundamental para o funcionamento apropriado da articulação glenoumeral, particularmente durante a elevação (abdução e flexão) do complexo articular do ombro (BLEY et-al, 2016). A discinesia escapular é estabelecida por alterações na posição e movimento da escápula, sendo decorrente do desequilíbrio na ativação entre os músculos estabilizadores da escápula, especialmente o serrátil anterior e o trapézio. Essas mudanças acometem o ritmo escápulo umeral e podem favorecer o surgimento de condições dolorosas no ombro como exemplo, a síndrome do impacto do ombro (SIO). (BLEY et-al, 2016)

OBJETIVO

Analisar as possíveis disfunções causadas pela a discinesia escapular.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura fundamentada em artigos encontrados nas bases eletrônicas de dados. Os descritores utilizados neste estudo foram os seguintes: discinesia escapular; fisioterapia; Os artigos selecionados basearam-se nos seguintes critérios:

Tabela 1: Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
- Ser um artigo científico; dissertação ou tese;	- Artigos que não pertencessem ao intervalo tempo de 2013 a 2018;
- Artigos inseridos no intervalo temporal de 2013 e 2018;	
- Artigos com idioma português, espanhol e inglês	

A busca totalizou 12 publicações, no entanto considerando os critérios de inclusão, apenas 5 artigos científicos foram selecionados.

RESULTADOS

Segundo Bley, A. (2016) em seu trabalho sobre discinese escapular: revisão sobre implicações clínicas, aspectos biomecânicos, avaliação e reabilitação, concluiu-se que **a** discinese escapular está relacionada comumente com o aumento da probabilidade de impacto subacromial, devido à diminuição do espaço causada pela falta de movimentação da escápula durante a elevação do membro superior.

Zimmer V. em seus estudos sobre avaliação estática da posição escapular de pacientes em pré operatório do manguito rotador, um estudo de caso, concluiu que a discinese escapular está relacionada comumente com o aumento da probabilidade de impacto subacromial, devido à diminuição do espaço causada pela falta de movimentação da escápula durante a elevação do membro superior.

Com bases nos estudos de Moreira, Luís e Pereira, Liliane sobre a associação entre discinesia escapular e processos álgicos decorrentes de lesão na articulação glenoumeral. (2016) entende-se que processos álgicos na articulação glenoumeral pode ser decorrente de discinese escapular, já que a mesma é capaz de deixar os tecidos adjacentes mais irritáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discinesias escapulares provocam alterações na cinemática das articulações glenoumeral e acromioclavicular e interferem na atividade dos músculos periescapulares e do manguito rotador, podendo gerar dor e diminuição da capacidade funcional do membro superior. Além disso, as alterações do posicionamento da escápula estão relacionadas a diversas afecções que envolvem a articulação glenoumeral, como a síndrome do impacto, as lesões do manguito rotador e as instabilidades. Nesse contexto, a avaliação do posicionamento da escápula é parte integrante e essencial na prática clínica dos médicos ortopedistas, fisiatras e dos fisioterapeutas. Contudo, é necessária mais pesquisas nessa área.

PALAVRAS-CHAVE: Discinesia escapular; fisioterapia.

REFERÊNCIAS

BLEY, Andre Serra; LUCARELLI, Paulo Roberto Garcia; MARCHETTI, Paulo Henrique. Discinese Escapular: revisão sobre implicações clínicas, aspectos biomecânicos, avaliação e reabilitação. **assessment**, v. 8, n. 2, 2016.

SANTANA, Elis Passos; FERREIRAR, Bruno César; RIBEIRO, Gabriel. Associação entre discinesia escapular e dor no ombro de praticantes de natação Association between scapular dyskinesia and shoulder pain in swimmers. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 5, p. 342-346, 2009.

PONTIN, José Carlos Baldocchi et al. Avaliação estática do posicionamento escapular em indivíduos normais. **Acta Ortopédica Brasileira**, 2013.

A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DE FASCITE PLANTAR EM CORREDORES

Luzia Layanne Nóbrega da Silva[1]; Ayza Hellen Estevam dos Santos[1]; Jéssica de Oliveira Silva[1]; Lidiane Gonçalves da Silva[1]; Thayssa Sarmento Zuza Silveira[1]; Sêmio Wendel Martins Melo[2]

[1]Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP
e-mail: layanne_nobrega@hotmail.com
[2]Professor Mestre, do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A corrida comparada com a maioria dos exercícios e das atividades esportivas, é uma das atividades altamente versáteis, pois pode ser feita em vários ambientes, fechados ou abertos, em pista ou terrenos irregulares, em subida, no mesmo nível ou em descida, no calor do verão ou no frio do inverno, durante o dia ou à noite (FUZIKI, 2012). Atualmente as corridas de rua estão populares em todo o mundo, em sua maioria a pratica é feita por atletas amadores em busca da qualidade de vida (MACHADO, 2011). Embora todos os efeitos benéficos de sua pratica, tem-se observado uma alta incidência de lesões no aparelho locomotor, principalmente em membros inferiores (PILEGGI et al., 2010).

Entre as lesões que mais acomete o corredor está a fascite plantar. A fascite plantar (FP) é um processo inflamatório em uma das estruturas de sustentação da sola dos pés, a fáscia plantar. O seu diagnóstico é basicamente clínico e tem como base a história e o exame físico (Leite MMP, Toralles MBP,2014). Em seu tratamento é utilizado varias técnicas e recursos fisioterapêuticos.

REFERENCIAL TEÓRICO

A população tem procurado meios para sair do sedentarismo e melhorar sua qualidade de vida. Com isso tem crescido o número de adeptos a corrida de rua, uma das atividades físicas mais fáceis de serem executadas, já que não precisa de muitos recursos. No entanto, essas atividades de alta potência podem causar várias lesões como é o caso da corrida de rua.

Segundo Taunton et al; (2003) O aumento da intensidade e da velocidade na corrida, traria um maior valor nas forças de reação com o solo a qual é conduzido para a estrutura

funcional do corredor (ossos, ligamentos, músculos e tendões), fazendo com que a continuação nestas condições, realizadas de modo incorreto, ocasionem a lesão. Em meio a tanta lesões que acomete os corredores de rua, a Fascite Plantar é uma das mais presentes.

Segundo PERRIN (2008) a Fascite Plantar é a inflamação da fascia plantar que decorre por microtraumas de repetição na origem da tuberosidade medial do calcâneo.

Geralmente os pacientes que apresentam Fascite Plantar relatam dor pela manha ao acordar ou após sentar por um longo período, já que o primeiro apoio provoca um estiramento brusco da aponeurose, o que estimula a dor, entretanto cessa após 5-10 minutos de atividade, mas podendo voltar após repouso. (MOORE, 2007; SIZÍNIO et al., 2003).

A fisioterapia dispõe de várias técnicas e equipamentos para o tratamento desta patologia, tais como bandagem funcional, ultrassom, liberação miofascial.

OBJETIVO

Revisar a literatura sobre técnicas e equipamentos fisioterapêuticos que são utilizados no tratamento de fascite plantar em corredores.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada em Setembro de 2018, utilizando artigos selecionados na plataforma Google Acadêmico, onde, após aplicação dos descritores: fisioterapia, reabilitação, corredores, lesões e fascite plantar; foram encontrados 15 artigos. Utilizando-se como critérios de seleção o uso de artigos escritos em língua portuguesa, publicados nos últimos 7 anos e com temas relacionados reabilitação de fascite plantar em corredores, restaram finalmente cinco artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

O tratamento para a Fascite Plantar pode ser feito de duas maneiras, cirúrgico ou conservador. As medidas terapêuticas conservadoras implicam no uso de anti-inflamatórios e infiltrações locais com corticoides, o repouso e a utilização de uma palmilha na zona do calcâneo que amortize o apoio sobre o calcanhar (GABRIEL; PETIT; CARRIL, 2001).

Já o tratamento de Fascite Plantar por meio da fisioterapia pode ser feita através de técnicas e recursos fisioterapêuticos tais como, bandagem funcional, ultrassom, liberação miofascial, entre outros.

Bandagem Funcional

Segundo SILVA JR, (1999); VERONESI JR, (2008) a técnica de bandagem funcional é definida pela aplicação de algum tipo de fita protetora como atadura esportiva ou atadura elástica, esparadrapo não elástico. Que tem como objetivo principal fornecer apoio e proteção aos tecidos moles sem limitar suas funções. Essa técnica consiste na estimulação de grupos musculares e inibição de outros a fim de favorecer um reequilíbrio neuro-muscular de segmentos desequilibrados.

Para PERRIN (2018) a bandagem funcional em fasceite plantar oferece suporte ao arco longitudinal, podendo ser de forma simples ou complexa. Na simples fixa 3 ou 4 faixas circularmente em torno do pé. No complexo, utiliza-se uma âncora em torno do pé, onde partindo da mesma estendem-se faixas sucessivas que passam em torno do calcanhar e voltam ao ponto de partida, podendo estabelecer também um acolchoamento longitudinal no arco para que a bandagem fique mais eficaz.

Ultrassom

Segundo Agne (2009), o ultrassom, como meio terapêutico analgésico, tem uma influência sobre as mudanças na velocidade de condução nervosa, na expulsão de mediadores da dor, através do aumento da circulação local e nas alterações da permeabilidade da membrana celular, diminuindo assim a inflamação e auxiliando a regeneração tissular.

O ultrassom terapêutico tem a capacidade de influenciar positivamente o processo normal de reparo tecidual após uma lesão. Apesar de seus efeitos serem mais fortes durante a fase inflamatória, eles são notório também durante todas as outras fases do reparo, ainda que em menor extensão (WATSON, 2009).

Liberação miofascial

Segundo Prado; Oliveira (2010), as técnicas de liberação miofascial são responsáveis para que haja o correto alinhamento corporal. São adequados para reduzir a constrição e a dor sem danificar a resistência muscular.

Para Arruda et al (2010), as técnicas LMF, bem como a massagem transversa profunda, a massagem de zona reflexa, a Shiatsu, a de Rolfing, a de John Barnes e a miofasciaterapia, entre outras, liberam o músculo e a fáscia e consistem na pressão manual sobre as fáscias musculares, liberando as restrições faciais.

CONCLUSÃO

Conclui-se nessa revisão que a utilização de técnicas e recursos fisioterapêuticos são de extrema importância na reabilitação de corredores com fascite plantar. Contudo, ainda se faz necessário a elaboração de estudos específicos para encontrar um método que seja mais eficaz para o tratamento da fascite plantar em corredores, para que possam recuperar com mais rapidez a tal patologia e consequentemente, voltar a praticar atividade física.

Palavras-chave: fisioterapia, reabilitação, corredores, lesões e fascite plantar.

REFERÊNCIAS:

AGUIAR.D.R. **Tratamento de Fasceite Plantar com o método de Bandagem Funcional**. 2012. Disponível em < https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Tratamento+de+Fasceite+Plantar+com+o+m%C3%A9todo+de+Bandagem+Funcional+&btnG= > acesso em 18/09/18 as 13:35 horas.

JUNIOR,L.C.H. **Reabilitação das principais lesões relacionadas à corrida**. Revista CES Movimiento y Salud Vol. 1 - No. 1 2013.

PINAGÉ.M.A. **Ultrassom no tratamento da fasceíte plantar.** 2012. Disponível em < https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Ultrassom+no+tratamento+da+fasce%C3%ADte+plantar+&btnG= > acesso em 18/09/18 as 15:00 horas.

SOUZA, C. A. B. de; AQUINO, F. A. de O.; BARBOSA, M. de L. C.; ALVAREZ, R B. P.; TURIENZO, T. T. **Principais lesões em corredores de rua.** Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 10, n. 20, jul./set. 2013, ISSN (impresso): 1807-8850, ISSN (eletrônico): 2318-2083.

VIEIRA. A.K.M**. Benefício da Liberação miofascial no tratamento da fascite plantar.** 2017. Disponível em < https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Benef%C3%ADcio+da+Libera%C3%A7%C3%A3o+miofascial+no+tratamento+da+fascite+plantar+&btnG= > acesso em 18/09/18 as 19:15 horas.

[

PREVALÊNCIA DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS DO CROSSFIT®

Matã Marcílio Leite de Araújo[1]; Grasiely Paulino da Silva[1]; Lícia Gabriely de Oliveira Figuerêdo[1]; Maria Jaeli da Silveira Lacerda[1]; Mayara Leal Almeida Costa[2]; Sêmio Wendell Martins Melo[2].

[1] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: mat_marcílio@yahoo.com
[2] Docentes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia – FIP – Faculdades Integradas de Patos
E-mail: mayleal@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Crossfit® é uma das modalidades esportivas que envolve programas de treinamento de força e condicionamento físico que mais cresce em número de praticantes (GLASSMAN, 2003).

O Crossfit® é composto por exercícios funcionais de alto impacto, intensidade e variação, visando sempre melhorar o condicionamento físico de forma ampla, tendo como objetivo desenvolver e aperfeiçoar cada uma das dez capacidades físicas que são: resistência cardiorrespiratória, força, vigor, potência, velocidade, coordenação, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e precisão (CALDAS; MITIDIERI, 2018).

As sessões de treino seguem uma ordem básica, começando por um aquecimento, seguido de atividades físicas que auxiliem no desenvolvimento da força ou para melhorar a habilidade em algum movimento específico, para depois começar o condicionamento. Esses 3 componentes fazem parte do *"Workout of the Day"* (WOD), nomeclatura em inglês para "Treinamento do Dia" (PAINE; UPTGRAFT; WYLIE, 2010).

Em 2015, Araújo e Tibana disseram que os modelos de WOD's são estruturados em uma lista de simples princípios: esforço máximo, curto período de tempo, máximo número de repetições, maior peso possível. Todos esses princípios exigem uma alta demanda cardiometabólica e nível de competividade.

Devido a esses princípios, alguns autores afirmam que podem existir riscos consideráveis de se adquirir lesões nessa prática esportiva. Em seu estudo realizado por Hak; Hodzovic e Hickey (2013) foram constatadas lesões que impediram o praticante de treinar, competir e/ou trabalhar, sendo que 73% dos participantes do estudo relataram que a lesão ocorreu durante a prática do esporte e, que 7% dessas lesões necessitaram intervenção cirúrgica. Sprey et al. (2016) alegaram que as incidências de lesão no Crossfit® são comparáveis às de outros esportes competitivos, e estas lesões estão presentes também em levantamento de peso e de força, musculação, ginástica olímpica e corrida.

OBJETIVO

Verificar a prevalência de lesões musculoesqueléticas na modalidade Crossfit®.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura por meio da seleção de artigos científicos publicados em periódicos indexados na base de dados LILACS, Revista Saúde UniToledo, SciELO e ProQuest tendo a busca ocorrida no mês de setembro de 2018, utilizando os descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Crossfit, Treinamento Intervalado de Alta Intensidade, Exercício em Circuito.

Realizada a busca, foi feita uma triagem de acordo com os títulos e resumos, artigos com texto completo não disponível, que não haviam sido realizados com militares ou cuja linguagem de publicação não fosse o português, estes foram descartados. Devido à baixa demanda de trabalhos sobre o tema, o ano de publicação dos estudos não foram restringidos, embora houvesse a preferência por publicações mais atuais. Artigos que tratavam potencialmente sobre o assunto foram selecionados para leitura completa e avaliação.

Por fim, foram identificados 10 artigos diretamente em concomitância ao tema, sendo utilizados 4 a partir dos critérios de busca.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Autor(es)	Objetivo	Metodologia
Caldas; Mitidieri (2018)	Avaliar a ocorrência de IUE em mulheres entre 18 e 45 anos, praticantes de Crossfit na cidade de Araçatuba – SP e quantificar as perdas de urina durante a prática, através do Pad-Test adaptado.	Foi realizado um estudo observacional de corte, desenvolvido em novembro de 2017 em três academias de Crossfit na cidade de Araçatuba-SP.
Xavier; Lopes (2017)	O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de lesões musculoesqueléticas na modalidade Crossfit. E descrever quais são os fatores principais e as estruturas do sistema musculoesquelético mais acometidas entre os praticantes da modalidade em duas academias da cidade de Belo Horizonte – MG.	Foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal com praticantes adultos com faixa etária de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, praticantes e ex-praticantes de Crossfit por um período mínimo de três meses.
Lopes et al (2018)	A proposta desse estudo é captar dados que quantifiquem as possíveis lesões decorrentes da prática de Crossfit.	Se trata de um estudo de campo, transversal, descritivo, com estratégia de análise quantitativa dos resultados apresentados. A população foi composta por praticantes de Crossfit, sendo a amostra constituída por 100 pessoas, atletas ou amadores, que se enquadram nos critérios de inclusão: Os indivíduos que praticam Crossfit, independente do gênero, há mais de 3 meses e com idade maior que 18 anos.
Arcanjo et al (2018)	Este estudo teve a finalidade de analisar a existência de sintomas referidos pelos atletas que participavam de uma competição de CrossFit no intuito de embasar melhor os atendimentos da fisioterapia durante estas competições e nos intervalos destas, assim como, durante a prática do treinamento desta modalidade esportiva, esclarecendo também sobre quais as preferências dos mesmos para com as condutas fisioterápicas.	Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, sobre as sintomatologias referidas pelos atletas que realizavam uma competição de CrossFit no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. A amostragem da pesquisa foi composta por 195 praticantes de CrossFit cadastrados no evento.

Caldas e Mitidieri (2018), ao analisarem o relato de perdas prévias de urina durante a prática de Crossfit®, perceberam relato positivo de 15% das participantes, onde todas manifestaram que a perda de urina ocorreu no início das primeiras semanas de treino e/ou a cada sobrecarga como alteração de peso ou intensidade dos exercícios.

Xavier e Lopes, 2017 apontam que a prevalência de lesões entre os praticantes foi 56,2%. Constataram também que as lesões musculoesqueléticas mais ocorridas foram ombro (44,2%), coluna (40,3%) e joelho (35,1%). Dentre os fatores associados às lesões está o sexo, o sobrepeso, fazer outra atividade física além do Crossfit, praticar mais de três vezes por semana com um tempo diário acima de 1 hora de treino, uso de suplementos alimentares, ingestão de bebidas alcoólicas e uso de cigarro. Dos pacientes que tiveram lesões, 39,0% afirmaram não ter necessitado de tratamento de urgência e apenas 26,0% deixaram de trabalhar em virtude da lesão.

Lopes et al, 2018 mostraram que apenas 30% dos participantes tiveram algum tipo de lesão durante a prática ou por conta da prática esportiva, sendo estes 22 Homens e 7 mulheres. As áreas mais acometidas nesse estudo foram os ombros, punhos e joelhos.

Arcanjo et al, 2018, revelaram que a maioria dos participantes (34,4%) procurou o serviço de fisioterapia após finalizar todas as provas da competição, por ter maior incidência dos sintomas, sendo que 59% relataram que era por ter realizado uma intensidade elevada da carga durante o exercício. A sintomatologia dolorosa apresentou-se prevalente no quadríceps, na lombar e no ombro sendo por fadiga muscular, seguida por dor articular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados apresentados neste trabalho, percebe-se a existência de uma preocupação sólida ao se considerar a escolha desta modalidade esportiva, mesmo que estes números sejam semelhantes às estatísticas de outras práticas esportivas. Então, a cautela e os cuidados são observações básicas e primordiais, no que diz respeito a fatores e grupos de risco, bem como a individualidade biológica de cada um no momento em que se determina as características do treino individual, como intensidade, peso e objetivos. Desse modo, é de extrema importância a presença e a assistência de educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas, para que os riscos e as possíveis consequências sejam minimizados.

Por fim, análise crítica mostra a necessidade de que sejam realizados mais estudos sobre os efeitos agudos e crônicos da prática do Crossfit®, diante da escassez de material

científico e também sobre a eficácia de técnicas fisioterápicas utilizadas em competições desta prática.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, R. F. **Lesões no crossfit**: uma revisão narrativa. 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-A8QJD3>. Acesso em: 23 Set. 2018.

ARCANJO, G. N. et al. Prevalência de sintomas osteomusculares referidos por atletas de Crossfit. **Motricidade**, v. 14, n. 1, p. 259-265, 2018. Disponível em: <http://www.gisellenotini.com.br/artigos-cientificos/out.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2018.

XAVIER, A. A.; LOPES, A. M. C. LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM PRATICANTES DE CROSSFIT. **REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS MÉDICAS**, v. 1, n. 1, p. 11-27, 2017. Disponível em: < http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/4>. Acesso em: 23 Set. 2018.

CALDAS, C. A. S.; MITIDIERI, A. M. S. CROSSFIT E INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES ENTRE 18 E 45 ANOS. Disponível em: < http://www.ojs.toledo.br/index.php/saude/article/view/2832>. Acesso em: 23 Set. 2018.

GLASSMAN, G. Metabolic conditioning. **CrossFit Journal**, v. 1, n. 10, p. 1-2, 2003. Disponível em: < https://www.crossfitmemorialhouston.com/wp-content/uploads/2011/08/10_03_metab_cond.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2018.

HAK, P. T.; HODZOVIC, E.; HICKEY, B. The nature and prevalence of injury during CrossFit training. **Journal of strength and conditioning research**, 2013. Disponível em: < https://europepmc.org/abstract/med/24276294>. Acesso em: 23 Set. 2018.

LOPES, P. et al. Lesões osteomioarticulares entre os praticantes de crossfit. **Motricidade**, v. 14, n. 1, p. 266-270, 2018. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/2388d9c95a64008548fab8832f92aacb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=616555>. Acesso em: 23 Set. 2018.

PAINE, J.; UPTGRAFT, J.; WYLIE, R. **Command and General Staff College CrossFit Study 2010**. ARMY COMMAND AND GENERAL STAFF COLL FORT LEAVENWORTH KS, 2010. Disponível em: <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a560056.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2018.

SMITH, M. M. et al. Crossfit-based high-intensity power training improves maximal aerobic fitness and body composition. **J Strength Cond Res**, v. 27, n. 11, p. 3159-3172, 2013. Disponível em: <https://gse.com/uploads/blog_adjuntos/crossfit_based_high_intensity_power_training_improves_maximal_aerobic_fitness_and_body_composition..pdf>. Acesso em: 23 Set. 2018.

SPREY, J. WC et al. An epidemiological profile of crossfit athletes in Brazil. **Orthopaedic journal of sports medicine**, v. 4, n. 8, p. 2325967116663706, 2016. Disponível em:

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2325967116663706>. Acesso em: 23 Set. 2018.

TIBANA, R. A.; ALMEIDA, L. M.; PRESTES, J. CROSSFIT® RISCOS OU BENEFÍCIOS? O QUE SABEMOS ATÉ O MOMENTO?-DOI: http://dx. doi. org/10.18511/0103-1716/rbcm. v23n1p182-185. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 23, n. 1, p. 182-185, 2015. Disponível em: < https://bdtd.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/5698>. Acesso em: 23 Set. 2018.

LESÃO MÚSCULOESQUELÉTICA EM ATLETAS

Laryssa Leandro Gomes[1]; Jackeline Stefhany Ferreira Simões[1]; Márcia Kaiane Vieira De Sousa[1]**;** Felipe Longo Correia de Araújo[2]; Semio Wendel Martins Melo[2].

[1] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia; (laryssalea@gmail.com)
[2] Professores e Mestres do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

Quando nos referimos à lesão musculoesquelética, mencionamos a afecções que podem afetar os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos, os ossos e doenças localizadas do aparelho circulatório (ATLAS DA SAÚDE). As lesões musculoesqueléticas não só podem ocasionar sofrimento e perdas de rendimento a nível pessoal, do mesmo modo podemos averiguar que facilmente o índice desse tipo de lesões é mais frequente em atletas, incluindo entorses, distensões, contusões, luxação/deslocamento da articulação, fraturas, bursites, tendinopatias, hérnias discais, etc. Estas lesões podem ser a consequência de microtraumas consecutivos (lesão por esforço excessivo) ou de macrotraumas (lesões agudas). (ARBEX, F.S.; MASSOLA, R.M.).

REFERENCIAL TEÓRICO

Enquanto na atividade desportiva a lesão muscular é aquela que ocorre com mais frequência. As lesões desportivas estão diretamente associadas ao esporte praticado. P membro, articulação e/ou grupo muscular que sofre maior esforço e estresse será comumente o local mais acometido. Além disso, alguns fatores chamados de determinantes, são corresponsáveis pelo acometimento das lesões. (ARBEX, F.S.; MASSOLA, R.M.)

As lesões musculares, por exemplo, podem ser divididas em três fases: A fase inflamatória aguda ou de destruição que pode durar entre 0 e sete dias (basicamente consiste em edema tecidual, formação de hematoma, exudato de fibrina e de células inflamatórias.); A fase proliferativa que dura me média de sete a 21 dias (ocorre fagocitose do tecido necrosado, coagulação de fibrina, proliferação de fibroblastos e miofibroblastos, além de crescimento sinovial e capilar.); A fase de maturação e remodelamento, que está após o dia 21 e não tem data certa para terminar (ocorrem maturação das miofibrilas (que tiveram seu início na segunda fase, a proliferativa, organização do colágeno tipo 1 e restauração da capacidade

funcional do músculo reparado, é onde são cometidos alguns erros.) (FERRARI, J.R.;PICCHI, D.L;BOTELHO, P.A.;MINAMOTO, V). E também pelas seguintes determinantes: intrínsecas (sexo, idade, etnia e fatores constitucionais) e extrínsecas (o piso do local, o calçado usado, os equipamentos de proteção e o preparo físico). (ARBEX, F.S.; MASSOLA, R.M.)

DEFINIÇÃO DAS PRINCIPAIS LESÕES DESPORTIVAS

Distensão: é caracterizada pelo rompimento de fibras musculares, ocorrendo, normalmente, se o atleta fi zer um esforço para o qual não está preparado. Todos os músculos têm uma capacidade elástica limitada, e se esse limite for ultrapassado, a lesão pode ocorrer. As distensões podem ser classificadas como: 1º grau: quando há um estiramento das fibras; 2º grau: maior quantidade de fibras rompidas; 3º grau: ruptura completa do músculo. (ARBEX, F.S.; MASSOLA, R.M.)

Contusão: é uma lesão traumática, aguda, sem corte e decorrente de trauma direto aos tecidos moles, provocando dor e edema. Nesse caso há infiltração de sangue nos tecidos circundantes;

Tendinopatia: é uma síndrome clínica que descreve o uso excessivo de tendões lesionados, gerando inflamação ou degeneração. É caracterizada por uma combinação de dor, inchaço difuso ou localizado e desempenho prejudicado. (ARBEX, F.S.; MASSOLA, R.M.)

Entorse: define-se como uma lesão do ligamento de uma determinada articulação, encontrando como sinais e sintomas a dor, inchaço e verifica-se imediata ou gradualmente uma incapacidade para a movimentação do local. É classificado em: 1º grau: ligamento preservado; 2º grau: frouxidão ligamentar; 3º grau: ruptura ligamentar parcial ou total.

Luxação Articular: é a perda da continuidade do contato de um dos ossos que constituí a articulação. Normalmente por trauma intempestivo e com grande energia cinética (ARBEX, F.S.; MASSOLA, R.M.).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi identificar e caracterizar as lesões musculoesqueléticas mais comumente relacionadas com o esporte. A análise dos dados obtidos pode auxiliar na elaboração de medidas de prevenção.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de Agosto de 2018, iniciado com busca por artigos na plataforma google acadêmico, Scielo e Bireme, utilizando como descritor o termo lesão musculo esquelética, atletas, fisioterapia. Foram selecionados Oito artigos escritos em língua portuguesa, publicados nos últimos dez anos, de modo que foram filtrados três artigos para compor a amostra. Os artigos foram lidos e seus resultados avaliados e descritos conforme a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nas fontes usadas como referência para este resumo expandido foi possível observar que a maioria dos atletas com lesões eram jovens adultos, com idades entre 18 e 20 anos, por causa das variadas idades entre os outros competidores, a diferença na estatura corporal podem ter sido uns dos principais indicativos das lesões (KURATA, D.M; JUNIOR, J.M; NOWOTNY, J.P).

Entre os atletas desportivos o esporte que é o maior causador de lesões é o voleibol, com os maiores indicativos de lesão no joelho e tornozelo. Logo em seguida veio o futebol que, dentre tantos estudo e pesquisas, foi verificado a predominância de acometimento nos membros inferiores, por ser um esporte que precisa de corrida, caminhadas e saltos. Sendo que na grande maioria são de origem traumática, por causa do contato de jogador com jogador ou do jogador com a bola (TOMAZONI, S.S; ZANETTO, B.G.S; JUNIOR, E.C.P.L.).

CONCLUSÃO

Por serem pesquisas realizadas com base em uma amostragem, não refletem especificamente qual tipo de lesão é mais encontra em atletas de determinadas modalidades, mas trouxe uma boa referência quanto uma noção dos tipos de lesões. (TOMAZONI, S.S; ZANETTO, B.G.S; JUNIOR, E.C.P.L.). Também foi perceptível a importância de uma ação multidisciplinar, e da fisioterapia desportiva preventiva, para que diminua as possibilidades de sofrer algum tipo de trauma e, se acontecer, para que possa retornar as suas atividades em menor tempo (KURATA, D.M; JUNIOR, J.M; NOWOTNY, J.P).

PALAVRAS-chave: lesão musculoesquelético, atletas, doenças.

REFERÊNCIAS

ATLAS DA SAÚDE. (http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/lesoes-musculo-esqueleticas). Ago/2014

ARBEX, F.S.; MASSOLA, R.M. Lesões desportivas (LD): Conceitos Básicos e Aspectos Epidemiológicos. UNICAMP, (https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/desfazer/qvaf/saude_coletiva_ cap7.pdf)

FERRARI, J.R.;PICCHI, D.L;BOTELHO, P.A.;MINAMOTO, V.Processo de regeneração na lesão muscular.Fisioterapia em movimento, Curitiba, v.18, n.2, 63-68, abr./jun/2005.

KURATA, D.M; JUNIOR, J.M; NOWOTNY, J.P. Incidência de lesões em atletas praticantes de futsal. Iniciação Científica, Maringá, v. 9, n. 1, 45-51, 2007.

TOMAZONI, S.S; ZANETTO, B.G.S; JUNIOR, E.C.P.L. Prevalência de lesões musculoesqueléticas em atletas adolescente. ConScientiae Saúde, 122-128, 2011.

ALTERAÇÕES POSTURAIS EM MULHERES E ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

Cassiano Medeiros Linhares[1]; Felipe Longo C. Araujo[2]

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: cassianoml720@gmail.com
[2] Me. e Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A coluna vertebral normal apresenta curvaturas fisiológicas, sendo curvaturas lordóticas, presente nas região cervical e lombar. E as curvaturas cifóticas, presente na região torácica e sacral. Essas curvaturas desempenham o papel de manutenção da postura e colaboram para as propriedades de absorção de impactos da coluna e para a flexibilidade (HANKIN; MORSE; BENNETT-CLARKE, 2015).

Segundo Melo et al. (2017), a postura é definida como posicionamento ou ação do tronco em situação fixa ou combinação das partes corporais em atividades. A postura ideal é capaz de verificar uma imagem corporal aceitável, podendo ser mantida por prolongados períodos de tempo, sem ocorrer desconfortos. Quando o alinhamento da postura é apropriado, a coluna demonstra curvaturas fisiológicas normais e alinhamento adequado para suporte do peso corporal.

Sacco et al. (2008) afirmam que as alterações posturais podem ser provocadas pela utilização prolongada de algum acessório, como calçado ou órtese, a repetição de atividades e emprego de posturas não fisiológicas rotineiras. O uso de salto alto leva o corpo a situações não fisiológicas, modificando a função das articulações, criando forças e torques acima do que é exercido normalmente. As alterações posturais ocorrem na finalidade de preservar o equilíbrio postural.

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária para identificar as principais alterações posturais em mulheres.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a recolha e análise de vários artigos científicos e livros relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo e artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foi utilizada a palavra-chave: alteração postural; sexo feminino; postura.

RESULTADOS

O ângulo lombar é maior no sexo feminino, tendo maior prevalência de lombalgias. As mulheres sentem dores lombares com mais frequência que os homens, podendo estar relacionado à permanência de longos períodos na posição sentada e a prática de atividades vigorosas (GRAUP; SANTOS; MORO, 2010).

As mulheres apresentam maiores números de casos de hiperlordose lombar em relação aos homens. Com caracterísicas de anteversão pélvica, redução do ângulo lombossacro e flexão de quadril, proporcionando desequilíbrio muscular entre a retração dos músculos extensores lombares e flexores do quadril e fraqueza da musculatura abdominal (BARONI et al., 2017).

Aproximadamente 2% - 3% da população possui escoliose. Sendo o sexo feminino o mais afetado e com maior incidência de progressão da curvatura (WHITE, 2018).

Indivíduos de ambos os sexos têm uma progressão de aumento dos graus da cifose torácica, com o avanço da idade. Sendo observado esse aumento principalmente no sexo feminino, devido a osteoporose ocorrer mais cedo nas mulheres, já que as mulheres atingem em média 15% a menos de densidade óssea que os homens (VANÍCOLA; GUIDA, 2014).

Durante a gestação a mulher sofre alterações como o aumento das mamas, do útero, do volume sanguíneo e retenção hídrica, que levam ao aumento de peso durante a gestação. Ocorre desequilíbrio e aumento da carga no sistema articular, provocando alteração do centro de gravidade ocasionando uma alteração na postura na busca de equilíbrio (SI; ECO, 2007).

A associação do RPG com o alongamento apontam bons resultados em todos os pontos de vista, essencialmente quanto à amplitude de movimento do tronco. E a postura do paciente apresenta uma recuperação progressiva (BAPTISTINI, 2008). A fisioterapia aquática é usada como forma favorável para obter ganho de habilidades, como mobilidade,

flexibilidade, propriocepção, fortalecimento muscular, relaxamento, consciência corporal, entre outros (MATOS, 2013).

CONCLUSÃO

As correções precoces de alterações posturais favorecem padrões posturais corretos na vida adulta, pois é na infância que ocorre o desenvolvimento músculo-esquelético do indivíduo, tendo maiores chances de prevenção e tratamento. Por outro lado, na vida adulta podem se tornar alterações irreversíveis (MARTELLI, TRAEBERT, 2006).

As mulheres estão mais sujeitas à sofrerem alterações posturais que os homens, por estarem mais expostas a sofrerem alteração do centro de gravidade, por meio do uso acessórios e pelas alterações da gravidez. O tratamento fisioterapeutico é eficaz em alterações posturais, principalmente para a melhoria da amplitude de movimento, percepção corporal, flexibilidade, mobilidade e melhoria progressiva quanto à postura.

PALAVRAS-CHAVE: alteração postural; sexo feminino; postura.

REFERÊNCIAS

BAPTISTINI, H. D. **Efeitos do RPG associado ao alongamento na correção da hiperlordose lombar.** Rio de Janeiro: ISECENSA, 2008.

BARONI, B. M.; et al. Prevalência de alterações posturais em praticantes de musculação. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 1, 2017.

GRAUP, S.; SANTOS, S. G. dos; MORO, A. R. P. Estudo descritivo de alterações posturais sagitais da coluna lombar em escolares da rede federal de ensino de Florianópolis. **Rev Bras Ortop**, v. 45, n. 5, p. 453-9, 2010.

HANKIN, M. H.; MORSE, D. E.; BENNETT-CLARKE, C. A. **Anatomia clínica: uma nova abordagem por estudos de casos**. Porto Alegre-RS: Artmed, 2015.

MARTELLI, R. C.; TRAEBERT, J. Estudo descritivo das alterações posturais de coluna vertebral em escolares de 10 a 16 anos de idade: Tangará-SC, 2004. **Revista brasileira de Epidemiologia**, v. 9, p. 87-93, 2006.

MATOS, O. De. **Avaliação postural e prescrição de exercícios corretivos.** 1ª ed. São Paulo: phorte, 2013.

MELO, R. De S.; Et al. Análise postural da coluna vertebral: estudo comparativo entre surdos e ouvintes em idade escolar. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 4, 2017.

SACCO, I. C. N.; Et al. Análise biomecânica e cinesiológica de posturas mediante fotografia digital: estudo de casos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento.** V. 11, n° 2, p. 25-34, 2008.

SI, R.; ECO, G. Análise da pressão plantar e do equilíbrio postural em diferentes fazes da gestação. **Revista brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 5, 2007.

VANÍCOLA, M. C.; GUIDA, S. **Postura e condicionamento físico.** 1ª ed. São Paulo: Phorte, 2014.

WHITE, A. J. **Washington manual: pediatria**. 2ª ed. Rio de Janeiro-RJ: theieme revinter publicações, 2018.

CONDROMALÁCIA PATELAR: UM LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Alison dos Santos Calixto[1]; Geovana Cristina Dantas de Lima[1]; Thiago Dantas Rabêlo[1]; Verônica Medeiros da Silva[1]; Eva Jeminne De Lucena Araújo Munguba[2].

[1] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: thi.12.dantas@hotmail.com
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A região do joelho é formada por três articulações, a tibiofemoral, a patelofemoral e a tibiofibular superior. Contudo, quando se trata de função, elas não podem ser consideradas de forma separadas, pois existe uma relação mecânica nessas articulações (FELD, 2000). As estruturas moles que constituem essa articulação são a cápsula articular, a cartilagem articular, os ligamentos: colateral medial, colateral lateral, cruzado anterior e posterior (AZEVEDO; MEJIA, 2009).

A articulação patelofemoral consiste na articulação da patela com a face patelar do fêmur. A patela é fixada na articulação do joelho por ligamentos, tendões, cinco retináculos e cápsula, tanto transversalmente quanto longitudinalmente e é o polo central para onde convergem as forças de tração dos tendões quadricipital, patelar e, dos retináculos medial e lateral, estabilizando a patela para possibilitar que os movimentos de extensão e flexão aconteçam com o melhor torque para o quadríceps (KAPANDIJI, 1990).

A Condromalácia Patelar (CP) é caracterizada pelo amolecimento da cartilagem articular que gera uma degeneração da mesma (FELKERSON, 2000). Outerbridge classificou a CP em quatro graus, sendo: grau 1 dado pelo amolecimento da cartilagem e edema (condromalácia fechada); grau 2 dado pela fragmentação da cartilagem ou fissuras menores que 1,3 cm de diâmetro; grau 3 pela fragmentação ou fissuras de 1,3 cm 12 de diâmetro; e grau 4 perda da cartilagem e dano ao tecido ósseo subcondral (OUTERBRIDGE, 1961 apud OLIVEIRA et al., 2005).

OBJETIVO

Analisar os achados bibliográficos da condromalácia patelar, afim de aprofundar-se no presente estudo e proporcionar uma melhor compreensão sobre esta patologia.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa descritiva, exploratória, realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a recolha e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo, Google Acadêmico e a PubMed, além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras-chave: Condromalácia Patelar; Joelho; Patela; Fisioterapia.

Os artigos selecionados baseiam-se nos seguintes critérios:

Tabela 1: Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	**Critérios de exclusão**
- Artigos inseridos no intervalo temporal de 2008 a 2018;	- Artigos que não pertencessem ao intervalo tempo de 2008 a 2018;
Artigos com idioma português	- Artigos em outros idiomas
	- Artigos escritos sem citações

A busca totalizou 21 publicações, no entanto considerando os critérios de inclusão, apenas 9 artigos científicos foram selecionados. A coleta de dados foi realizada no 1º semestre de 2018.

RESULTADOS

A CP ataca um em cada quatro indivíduos, onde suas faixas etárias mais relacionadas são os adolescentes e adultos de 15 a 35 anos, sendo o sexo feminino o mais afetado (SANTOS *et* al, 2008). Porém, um estudo realizado por Andrews (2000), afirma que a CP se apresenta em aproximadamente 80% da população e cerca de 50% manifesta na quarta década de vida.

O aumento no sexo feminino se da devido ao uso de salto alto e por possuírem o quadril mais largo, que proporciona e favorece desvios angulares do joelho (FREITAS; CAMPOS; KAMIMURA, 2007).

A etiologia da CP apresenta-se multifatorial. Sendo os fatores divididos em intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são aqueles típicos do corpo, entre eles estão a

subluxação patelar, desequilíbrio, fraqueza muscular, pé cavo e varo, displasia de tróclea e patela, frouxidão ligamentar e aumento do ângulo Q. Já os fatores extrínsecos são aqueles que vêm de fora do corpo, sendo o trauma a causa mais comum. Podendo estar associado à prática inadequada de esportes e uso errado de aparelhos de musculação/ginástica (JUNIOR, 2005, NAKAGAWA et al., 2008, MONNERAT et al., 2010, RIBEIRO et al., 2010, TAVARES et al., 2011, JUNQUEIRA, 1999).

A CP caracteriza-se por dor, edema e crepitação retropatelar, sendo produzida muitas vezes pela compressão anormal repetida sobre a cartilagem articular, devido a não congruência e a diminuição da área de contato da articulação patelofemoral (PAAR O; RIEL KA, 1982; ASPLUND C; PIERRE PS, 2004). Kisner (2005) confirma as principais características e acrescenta instabilidade patelofemoral, provocada pelo desequilíbrio muscular; bloqueio articular; pressão intra-articular e hipotrofia muscular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado ressalta os principais assuntos relacionados à CP, podendo observar que, diante dos estudos de vários autores sobre o tema, suas informações em alguns aspectos são comumente confrontadas, principalmente dados relacionados quanto à faixa etária mais acometida com a patologia, deixando uma grande área a ser analisada, aumentando a importância de que a CP não atinge somente uma minoria de indivíduos de faixa etária bem delineada. Porém, é possível confirmar alguns fatores etiológicos da CP, como os traumas, e também, identificar o gênero mais acometido, sendo o sexo feminino, ressaltando a relação a fatores anatômicos naturais desses indivíduos. E os principais sintomas encontrados foram dor, crepitação, edema, dificuldade de subir e descer escadas e incômodo ao movimentar o joelho.

O presente estudo é de grande valor tanto para sociedade, como para profissionais atuantes no tratamento e na prevenção da CP, possibilitando o maior conhecimento sobre a mesma, favorecendo assim o desenvolvimento de posteriores estudos e tratamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Condromalácia patelar; Joelho; Patela; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, JR; HARRELSON, G. L.; WILK, K. E. **Reabilitação Física das Lesões Desportivas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2000.

ASPLUND, C.; PIERRE, P.S. Knee pain and bicycling: fitting concepts for clinicians. **Phys Sportsmed**, v. 32, n. 4, p. 1-10, 2004.

AZEVEDO, D. L.; MEJIA, D. **Bandagem Funcional e Kinesio Tapping na Condromalácia Patelar**, 2009.

FELD, S.; STROBEL, S. **Joelho - Procedimentos/Diagnósticos.** Rio de janeiro: Revinter, 2000.

FELKERSON, S**. Patologia da Articulação Patelofemoral**. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

FREITAS, V. A. M. CAMPOS, T. B. M.; KAMIMURA, M. O estudo da condromalácia patelar. III Congresso Brasileiro e I Congresso Internacional da Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva. In: **Fisioterapia Brasil**, v. 8, n. 6, p. 10, 2007.

JUNIOR, R. C. **Fatores socioesportivos associados à síndrome da dor patelofemoral em mulheres jovens.** 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

KAPANDJI, I. A. **Fisiologia Articular.** São Paulo: Manole; 1990.

KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos**: fundamentos e técnicas. 4 ed. São Paulo: Manole, 2005.

MONNERAT, E. et al. Abordagem fisioterapêutica em pacientes com condromalácia patelar. **Fisioterapia Ser**. Grajaú, v. 5, n. 1, p. 57-60, Jan./mar. 2010.

NAKAGAWA, T. H., et al. Abordagem funcional dos músculos do quadril no tratamento da síndrome da dor femoropatelar. **Fisioterapia em movimento**, São Carlos, v. 1, n.1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

OLIVEIRA, A. P. Q. L., et al. Condromalácia patelar por desequilíbrio do quadríceps femoral. **Caderno Brasileiro de Medicina**, Copacabana, v. XVI, n. 1, 2, 3 e 4, p 30-50, Jan./dez. 2003.

PAAR, O.; RIEL, K. A. Patella dislocation with special reference to cartilage damage. **Chirurg.** 1982;53(8):508-13.

RIBEIRO, A. C. S., et al. Avaliação eletromiográfica e ressonância magnética do joelho de indivíduos com síndrome da dor femoropatelar**. Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 221-228, Mai./jun. 2010.

SANTOS, E. P. et al. Atividade eletromiográfica do vasto medial oblíquo e vasto lateral durante atividades funcionais em sujeitos com síndrome da dor patelofemural. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 4, 2008.

TAVARES, G. M. S., et al. Condromalácia patelar: análise de quatro testes clínicos. **ConScienta e Saúde**, Uruguaiana, v. 10, n.1, p. 77-82, 2011.

A INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA HÉRNIA DE DISCO

Djalma Ribeiro dos Santos Filho[1]; Sávio Vinícius Silva de Oliveira[1]; Élvis Costa Crispiniano[2].

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
[2] Fisioterapeuta, professor das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

Para melhor compreensão da hérnia de disco é que devemos saber como é o funcionamento anatômico de nossa coluna vertebral, pois ela é o segmento mais complexo e funcionalmente significativo no corpo humano. É o eixo de suporte e movimentação funcionando ainda como uma proteção óssea para a medula espinhal, e a sua sustentação é realizada pelos elementos anteriores (corpos vertebrais, disco, ligamentos longitudinais anteriores e posteriores), e os elementos responsáveis pela movimentação são os posteriores que são os arcos neurais e articulações (PONTE, 2015).

A hérnia de disco, patologia bastante freqüente nos dias atuais, é causada por uma lesão dos discos que compõem a coluna vertebral. Consiste em uma doença crônico-degenerativa da coluna, sendo atualmente 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, 2014).

O trabalho da fisioterapia inclui desde conhecimentos na anatomia, fisiologia, fisiopatologia e biomecânica, assim como o tratamento da dor apresentada pelo paciente, nunca esquecendo que todo trabalho deve incluir orientação e prevenção. A hérnia de disco surge de pequenos traumas na coluna que com o tempo vão lesando as estruturas do disco, principalmente quando ocorrem movimentos bruscos de flexão e torção da coluna, pois estes favorecem que o núcleo rompa o anel fibroso que se hérnia, sabe-se que a estabilidade intervertebral depende dos ligamentos e da ação da musculatura, enquanto que a estabilidade da coluna depende do conjunto destes fatores em contraposição às cargas recebidas, que são absorvidas pelos discos intervertebrais, através de deformações elásticas que sofrem ao receber os esforços solicitantes. (FERREIRA, 2010)

REFERENCIAL TEÓRICO

A coluna vertebral possui ao todo 29 vértebras, consiste em 7 cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, e mais 5 vértebras fundidas que formam o sacro e o cóccix. Sua função é permitir o movimento de flexão, extensão, flexão lateral e rotação do tronco, envolver e proteger a medula espinhal e serve de ponto de fixação de costelas e musculatura dorsal que gera suporte e estabilidade corporal. Os músculos da coluna vertebral são compostos por fibras do tipo I de contração lenta e vermelha, que tem como função estabilizar a postura. Há um conjunto muscular responsável pela posição ereta da coluna, que são os dorsais profundos, ilioscostais e espinhais, os abdominais, os oblíquos externo e interno e o reto do abdômen têm como função a flexão e inclinação, os escalenos realizam o movimento lateral da coluna (MACEDO 2017).

A hérnia de disco, patologia bastante freqüente nos dias atuais, é causada por uma lesão dos discos que compõem a coluna vertebral. Consiste em uma doença crônico-degenerativa da coluna, sendo atualmente 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, 2014).

A hérnia de disco é um processo em que ocorre a ruptura do anel fibroso, com subseqüente deslocamento da massa central do disco nos espaços intervertebrais. Esse processo ocorre com maior freqüência em pacientes entre 30 e 50 anos, embora também possa ser encontrado em adolescentes e pessoas idosas e muito raramente em crianças.

Segundo Mancini (2007) pode-se observar a eficácia e aplicação dos métodos citados na literatura, levando a uma diminuição do quadro álgico, mostrada pela escala de dor; e diminuição da contratura da região tratada, percebida na palpação. Pesquisa atual mensurou que o efeito das técnicas de pompagem no tratamento da hérnia discal lombar. Os resultados obtidos neste estudo demonstram que a aplicação da pompagem lombar em caso de hérnia discal na mesma região é eficaz, pois reduziu o quadro da dor da paciente estudada. O programa de terapia manual para pacientes portadores de hérnia de disco lombar proporcionou melhora no quadro álgico, na funcionalidade, na flexibilidade, no ganho de força e na mobilidade articular permitindo que os pacientes conseguissem voltar a realizar as atividades de vida diária com qualidade demonstrando eficácia no tratamento aplicado.

OBJETIVO

O propósito deste estudo foi verificar, por meio de estudos bibliográficos, a intervenção do tratamento fisioterapêutico na hérnia de disco.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, quantitativa a partir da biblioteca virtual publicadas em artigos e monografias. Utilizados como busca no banco de dados: SCIELO e revistas científicas com publicações no período compreendido nos ano de 2000 a 2017, usando as seguintes palavras chaves: hérnia de disco, tratamento fisioterapêutico na hérnia de disco, fisioterapia na hérnia discal. Os artigos foram analisados a partir da literatura e resultados de pesquisas anteriores de acordo com seu conteúdo, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: texto na integra, idioma em português, o tratamento fisioterapêutico na hérnia de disco. Sendo exclusos os artigos que não obedecem ao conteúdo do estudo e artigos que não apresentaram uma boa metodologia. Neste estudo foram analisados 35 artigos onde foram selecionados 15 artigos relevantes ao estudo e ao tema pesquisado, com o objetivo de promover uma melhor análise dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com este estudo pode-se observar a eficácia e aplicação dos métodos citados na literatura, levando a uma diminuição do quadro álgico, mostrada pela escala de dor; e diminuição da contratura da região tratada, percebida na palpação. Além disso, houve ganho de amplitude de movimento, avaliado através da goniometria, com aumento principalmente da flexão ativa das articulações coxofemorais (GRUNDTNER, 2009).

A Reeducação Postural Global, ao encarar um problema localizado como sendo parte de um sistema músculo - esquelético integrado focaliza-se em combater a causa deste problema, de forma a reduzir as chances dos sintomas voltarem a se manifestar. O alongamento e o fortalecimento dos músculos promovido pela RPG, certamente reduz a sobrecarga da coluna vertebral, melhorando a capacidade de sustentação de peso e, desta forma, diminuindo o estresse físico imposto aos discos intervertebrais. A associação da RPG com um sistema de treinamento físico acompanhado e bem orientado promoveu, no caso descrito, uma melhora significativa do quadro do paciente, não só com relação aos seus

aspectos clínicos como também com relação aos aspectos emocionais e psíquicos (FURLAN, 2000).

Pesquisa atual mensurou que o efeito das técnicas de pompagem no tratamento da hérnia discal lombar. Os resultados obtidos neste estudo demonstram que a aplicação da pompagem lombar em caso de hérnia discal na mesma região é eficaz, pois reduziu o quadro da dor da paciente estudada (AYRES, 2011).

A prevenção fisioerapêutica para a hérnia de disco deve ser quanto à má postura, pesos excessivos, obesidade, vícios no trabalho e comprometimento emocional. Daí a importância não só do tratamento fisioterápico como também a fisioterapia preventiva em escolas, indústrias, comunidades religiosas, associações e outros (LOYOLA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos do presente estudo observou-se entre os autores estudados, que o tratamento fisioterapêutico para a hérnia de disco é sim muito eficaz para o alivio da dor, para o ganho de amplitude de movimento, para a funcionalidade do paciente, para flexibilidade, para o ganho de força e para mobilidade articular permitindo que os pacientes consigam voltar a realizar as atividades de vida diária com qualidade. E também verificou-se que, com o auxilio de algumas técnicas, como: o RPG, a pompagem, a fisioterapia proporciona independências, funcionalidades, diminuindo riscos de reincidências e principalmente, proporciona à reintegração do individuo na sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: hérnia de disco, tratamento fisioterapêutico na hérnia de disco, fisioterapia na hérnia discal.

REFERÊNCIAS

PONTE, K. R. F.; Bassan, A. Análise da qualidade de vida de indivíduos com hérnia de disco lombar que estão sob tratamento fisioterapêutico conservador**.** Disponível em: http://www.abgh.com.br/artigo_analise_qv_individuos_hd_lombar_tto_conservador.pdf Acesso em: 19 de setembro de 2018.

MACÊDO, G. S. G.; Mejia, D. P. M. Abordagem fisioterapêutica na hérnia de disco. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/34/271__Abordagem_fisioterapYutica_na_hYrnia_de_disco.pdf; Acesso em19 de setembro de 2018.

ALMEIDA, T. R. S. H.; Henrique, M. T. et al.; HÉRNIA DE DISCO LOMBAR: RISCOS E PREVENÇÃO. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Dez. 2014; 12.

KUTZKE, J. L.; FERREIRA, C. V. et al.; Métodos Fisioterapêuticos Aplicados em Pacientes com Hérnia de Disco Lombar: Um Estudo de Revisão da Literatura. Revista Eletrônica Multidisciplinar – FACEAR. ISSN: 2316-2317.

GRÜDTNER, A. C. L.; SILVA, da A. G.; Intervenção fisioterapêutica em um paciente com hérnia lombar. Um estudo de caso**.** Revista Digital - Buenos Aires - Año 13 - Nº 128 - Enero de 2009.
Sampaio, R. F.;

MANCINI, M. C.; ESTUDOS DE REVISÃO SISTEMÁTICA: UM GUIA PARA SÍNTESE CRITERIOSA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007. v.I S1S1N n 1. 411,3 -2305055.

DACCA, E. R. G. S.; FURLAN, M. M. D. P.; Abordagem fisioterápica associada ao sistema de pesonal trainner no tratamento da hérnia de disco lombar: relato de caso. Arq. Ciên. Saúde Unipar, 4(2):165-168, 2000.

AYRES, A. C. C. S.; BERTO, R.; AIRES, E. D.; PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA HÉRNIA DE DISCO CERVICAL: ESTUDO DE CASO. Revista Eletrônica Saúde: Pesquisa e Reflexões – Volume 1 – nº 1 – 2011.

LOIOLA, G. M. L. V.; Pedrosa, A. V. A.; et al.; Terapia manual em pacientes portadores de hérnia discal lombar: revisão sistemática. Ciência em Movimento | Reabilitação e Saúde | n. 38 | vol. 19 | 2017.

INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ACONDROPLASIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria de Fatima Luana Leite de Oliveira[1]; Célio Diniz Machado Neto[2]; Jackeline Stefhany Ferreira Simões[3]; Laryssa Leandro Gomes[3].

[1,3]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia
E-mail: mariadefatimal.oliveira@gmail.com
[2] Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A acondroplasia é um tipo de nanismo mais recorrente em que há um crescimento desproporcional do corpo e membros (BLECUA; CONTE; BALLABRIGA, 2012). É determinada pela má formação e deformação de ossos e cartilagens, o que amplia a importância de assistência durante os primeiros anos de vida (IRELAND, et al 2011). Pode-se observar algumas alterações clínicas em pacientes com acondroplasia como, por exemplo, a macrocefalia, hipotonia e hiperlordose. O diagnóstico dessa doença é feito através de exames físicos e radiológicos (CIALZETA,2009). O tratamento fisioterapêutico é realizado individualmente, pois a idade do paciente tem grande influência sobre ele (HIDALGO; GOMÉZ; BARRIO, 2016).

REFERENCIAL TEÓRICO

A acondroplasia afeta os ossos do corpo, porém o comprimento da coluna vertebral não é alterado, e os ossos dos membros são menores que o padrão (CIALZETA, 2009). Essa doença é causada por uma troca natural da glicina por argina na posição 380 da proteína, ocasionando uma alteração no recebimento do fibroblasto do tipo 3, havendo uma calcificação precoce das cartilagens (BLECUA; CONTE; BALLABRIGA, 2012). Existem duas formas de manifestações da doença, congênita e tardia. A congênita é mais crítica e ocasiona a morte da maioria das pessoas afetadas. Na condição tardia, a manifestação das deficiências são quase imperceptíveis, geralmente a estatura dos recém-nascidos é de 47,7 cm para os meninos e 47,2 cm para as meninas. Em relação a mulheres e homens é 120 cm e 130 cm, respectivamente. É comum na evolução do portador de acondroplasia a presença de diversas complicações, como problemas respiratórios, obesidade e hidrocefalia (NAVARRO; ZAZYCKI, 2007). O diagnóstico da acondroplasia pode ser feito ainda na gestação através de exames de sangue ou ultrassonografia do feto. São exemplos de tratamentos fisioterapêutico o pilates, os métodos

de kabat, a hidroterapia e osteopatia, que visam a melhoria do tônus e força muscular, a flexibilidade e a postura (HIDALGO; GOMÉZ; BARRIO, 2016). Com esse tratamento, o paciente obterá uma melhor ergonomia em seu cotidiano e as disfunções serão amenizadas (BLECUA; CONTE; BALLABRIGA, 2012).

OBJETIVO

Esse trabalho tem por objetivo expandir os conhecimentos sobre a acondroplasia, compreender suas complicações e descrever como a fisioterapia pode atuar na doença.

MÉTODOS

No trabalho exposto, foram selecionados artigos considerando seus estudos e informações. Utilizou-se para a pesquisa os seguintes termos: a acondroplasia voltada ao tratamento fisioterapêutico. Através dos bancos de dados: Google acadêmico, lilacs, scielo e pubmed.

Selecionou-se os artigos publicados no período compreendido entre 2007 e 2016, nos idiomas português, inglês e espanhol. Neste sentido, 5 artigos foram identificados, os quais todos preencheram os critérios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos artigos, observa-se que os pacientes com essa patologia na fase adulta não passam de 1,35 cm de altura. Na maioria dos casos os pacientes apresentaram hiperlordose lombar (HIDALGO; GÓMEZ; BARRIO, 2016). O foco principal da fisioterapia em pacientes com acondroplasia é proporcionar uma funcionalidade para as articulações calcificadas antecipadamente (BLECUA; CONTE, 2012). As pessoas com essa patologia necessitam de acompanhamento frequente (HIDALGO; GÓMEZ; BARRIO, 2016). Com isso foi constatado que a terapia beneficia crianças e adultos com acondroplasia no sentido motor, psicológico e social (ZAZYCKI; NAVARRO, 2007).

CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa, a acondroplasia é um tipo de nanismo recorrente, sendo importante o seu diagnóstico para iniciar uma prevenção de complicações através de tratamentos fisioterapêuticos.

Considerando esses fatos, podemos mostrar que a fisioterapia é indispensável nesse processo, visando uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVES: acondroplasia; fisioterapia.

REFERÊNCIAS

BLECUA, B. Intervención fisioterápica en la acondroplasia. Universidad de Zaragoza Escuela de Ciencias de la Salud, Zaragoza. 2012. Disponível em: <http://zaguan.unizar.es/>. Acesso em: 20 agost. 2018.

IRELAND, J. Functional performance in young Australian children with achondroplasia. Developmental Medicine & Child Neurology, Austrália, maio.2011. Disponível em: <http://www.onlinelibrary.wiley.com/>. Acesso em: 20 agost. 2018.

CIALZETA, D. Acondroplasia: una mirada desde la clínica pediátrica. Rev Hosp Niños BAires, Buenos Aires, v. 51, n. 231, março. 2009. Disponível em: <http://revistapediatria.com.ar/>. Acesso em: 20 agost. 2018.

NAVARRO, M. Utilização da hidroterapia na socialização e prevenção de complicações em crianças com acondroplasia. Revista Pediatria Moderna, Maringá, jul./ago. 2007. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br>. Acesso em: 25 agost. 2018.

HIDALGO, E. Abordaje fisioterápico en niños con acondroplasia. A propósito de un caso. UVa Doc, Soria, jul. 2016. Disponível em: < http://uvadoc.uva.es>. Acesso em: 25 agost. 2018

REPERCUSSÕES DA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) NA FAMÍLIA DE INDIVÍDUOS COMPROMETIDOS: ESTUDO PILOTO

Rosilene Nunes Guedes[1]; Laiany Cavalcante Lima[2]; Talita Abrona dos Santos Lima [2]; Edinete Rosa Silva[2]; Samara Campos de Assis[3]

[1,2] Estudante de Bacharelado em fisioterapia. E-mail: rosylleneguedes@gmail.com
[3] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos -FIP

INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa caracterizada pela degeneração dos motoneurônios, resultado numa série de alterações cinético funcionais (DALL BELLO-HAAS; JUNIOR, 2013). O diagnóstico desse tipo de doença obriga o paciente a vivenciar modificações progressiva no seu estilo de vida, alterando o seu estado comportamental despertando sentimentos de desesperança e luto vivenciados precocemente (WALSH; MCGOLDRICK, 1998).

REFERENCIAL TEÓRICO

A esclerose lateral amiotrófica é considerada uma doença crônica e neurodegenerativa atingindo os motoneurônios superiores e inferiores, provocando fraqueza muscular generalizada, onde a funcionalidade encontrasse comprometida e isso acarreta uma série de alterações na qual repercutem na qualidade de vida, no meio familiar, e nas relações pessoais e profissionais (CORREIA,2010).

Segundo Jenkinson et al., (1999) após a confirmação do diagnóstico da ELA, ocorre um impacto na qualidade de vida desses pacientes, alterando seus hábitos de vida de um jeito dramático, tendo em vista que seu declínio funcional se agrava a cada dia e assim ele vai perdendo sua independência funcional.

Por se tratar de uma doença rara sua incidência é de 2 casos para cada 100.000 habitantes, porém com maior frequência no sexo masculino, na faixa etária entre 55 a 75 anos de idade (PHUKAN; HARDAMAN, 2009).

OBJETIVOS

O objetivo desse estudo foi avaliar a repercussão da esclerose lateral amiotrófica na família destes pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura. Foram escolhidos artigos científicos que abordem a repercussão e o impacto que a esclerose lateral amiotrófica (ELA) causa na família dos indivíduos acometidos.

RESULTADOS

Nas pessoas com ELA há uma perda constante e de forma consciente o que aumenta ainda mais o seu sofrimento e de todos que convivem ao seu redor, o que leva o paciente a se sentir prisioneiro do seu próprio corpo. Pois se trata de uma doença irreversível que não tem cura, o quadro clínico se agrava progressivamente, até levar a morte (BORGES,2003). Para analise da repercussão do diagnostico da ELA os artigos estudados fizeram uma espécie de entrevista na qual foi possível identificar as modificações no estilo de vida desses doentes e de seus familiares, bem como no seu estado comportamental além de acarretar uma maior sobrecarga em seus cuidadores.

CONSIDERAÇÔES FINAIS

O diagnóstico da ELA traz consigo um automontado de alterações comportamentais tais como sentimento de desesperança e tristeza para com a vida por tratar-se de uma doença incurável, com sofrimento progressivo. Além disso gerando uma incapacidade física e comprometimento funcional, obrigando o doente e seus familiares a adaptar-se as novas condições geradas. Faz-se necessário impor métodos que vise melhora da qualidade de vida desses sujeitos especificamente, e também de seus familiares. Diante disso despertou-se o interesse de avaliar como o diagnóstico da ELA repercuti no doente e na sua família.

PALAVRA-CHAVE: Esclerose lateral amiotrófica, Repercussão, Família.

REFERÊNCIA

BORGES.C.F. **Descrissão da e comprenssão dos processos de perdas e lutos vivenciados por uma pessoa com esclerose lateral amiotrófica**. 2008. 161 f. Dissertação (Mestre em psicologia)- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo- SP, 2008.

CORREIA.A.L. **Qualidade de vida em portadores de doenças neuromusculares.** 2012 110 f. Dissertação (Mestre em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária)- Universidade de Fernando Pessoa Faculdade de Ciência Humanas e Sociais, Porto, 2012.

DAL BELLO-HAAS, V.; FLORENCE, J.M. Conduta fisioterapêutica no tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica: Atualização. **Revista Brasileira de Iniciação Científica,** Itapetininga, v.4, n.3, 2017.

JENKINSON.C; FITZPATRICK.R; SWASH.M; BRENNAN.C; BROMBERG.M. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em Brasília. **Rev Neurocienc**, v.18, n2, p.133-138, 2010.

JUNIOR, E.L. Conduta fisioterapêutica no tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica: Atualização. **Revista Brasileira de Iniciação Científica,** Itapetininga, v.4, n.3, 2017.

WALSH.F; MCGOLDRICK.M. Dependência e morte da "mãe de família": A solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com o paciente de esclerose lateral amiotrófica. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v.8, p.21-29, 2003.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA CONDROMALÁCIA PATELAR

Beatriz Salvador de Oliveira[1]; Ana Luiza Lima De Araújo Guedes[1]; Johana Milly Barbosa Lopes Rodrigues[2]; Karolaine Fernandes dos Santos Melo[2]; Sêmio Wendel Martins Melo[3].

1,2. Acadêmicas do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos; Email: bsalvador89@gmail.com
2. Docente do Curso de Bacharelado em Educação Física das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A articulação é composta por vários ossos do MMII (Membros Inferiores) como fêmur, patela, tíbia e fíbula cuja sua articulação é do tipo condilóide dupla com 2 gl que permite dois tipos de movimentos: flexão e extensão. Dentre dessas articulações estão a tibiofemoral, patelafemoral e tibiofibular posterior, juntamente com os ligamentos cruzados, anterior e posterior, ligamento colateral medial e lateral, meniscos e ligamento transverso. A função do joelho é muito complexa por causa das articulações serem mediais e laterais assimétricas e também por causa de sua mecânica anatômica. O joelho está exposto a forças altas durante qualquer atividade física podendo causar várias lesões em sua articulação. Dentre dessas lesões há a condropatia, termo utilizado para a doença articular. A condropatia patelar é também conhecida como síndrome da dor femoropatelar ou vulgarmente como “dor anterior ao joelho”. Basicamente caracterizada pela lesão da cartilagem que recobre a região articular da patela e sua classificação varia desde um grau leve caracterizado com o amolecimento da articulação até um grau mais grave que pode haver a presença de fissuras, rachaduras e degeneração.

É um tipo de lesão comum em jovens, que não tem cura, porém há tratamento, desde o terapêutico a cirurgias avançadas, onde em maioria das vezes, não há resultados. Há um acometimento maior no sexo feminino, podendo chegar a índices de 40% da população.

REFERENCIAL TEÓRICO

A condromalácia patelar (CP) apresenta-se como condições crônicas degenerativas associadas à fraqueza e à inibição muscular. A CP caracteriza-se pelo amolecimento e surgimento de fissuras da superfície da patela (degeneração da cartilagem articular), ulcerações, artrose e osteoartrite, devido a fatores como o desequilíbrio bioquímico do líquido sinovial.

Apresenta alta incidência em jovens e principalmente no gênero feminino e aumenta com o passar da idade. Seus sintomas estão relacionados à crepitação, bloqueio e dor retropatelar, agravada por atividades esportivas que envolvem apoio com carga na flexão do joelho, ou ao subir e descer escadas, por aumentar a compressão entre a patela e o fêmur.

A reabilitação atua na melhora da qualidade de vida dos pacientes com esta disfunção. Esta intervenção compreende a manutenção ou aumento dos aspectos da função física, tais como: mobilidade, força muscular, estabilidade, resistência muscular, coordenação, potência muscular. Estes fatores influenciam, diretamente, sobre a funcionalidade na realização das atividades.

OBJETIVO

Comparar os aparelhos de ressonância magnética de baixo campo e de alto campo para estudo da cartilagem articular da patela.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de revisão de literatura com base de artigos, teses e dissertações entre os anos de 2010 e 2018 para verificar as características e tratamentos fisioterapêuticos adequados para condromalácia patelar. As bases de dados foram através do Scielo, Fisioweb, Bireme, Google Acadêmico e PubMed. Alguns dos descritores utilizados foram: Condromalacia atelar, Patellofemoral Pain Syndrome e EENM na disfunção patelar.

RESULTADOS

O paciente apresentou melhoras significativas na diminuição da dor, fortalecimento muscular do quadríceps, especialmente o aumento da força, resistência, fortalecimento muscular dos abdutores e rotadores externos da patela, melhoria da flexibilidade, melhoria da biomecânica do membro inferior, diminuição da sobrecarga femoro-patelar e consequentemente a melhoria global da funcionalidade do joelho e do padrão de marcha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise dos estudos citados, foi possível perceber que é de fundamental importância, o tratamento específico para a condromalácia patelar, sendo necessária a compreensão da cinesiologia, biomecânica e causas desta disfunção. Sugere-se a realização de outros estudos visando conhecer mais os fatores relacionados à condromalácia patelar, e, discutir os procedimentos que devem ser adotados para manter uma boa estabilidade de todo o complexo do joelho.

PALAVRAS-CHAVE: Joelho, Lesões articulares, Condropatias; Tratamentos Fisioterapêuticos.

REFERÊNCIAS

Ferreira, CLS, Moreira, D, Lima, DLF, Ferraz, ASM, Albuquerque, **VLM. EFEITOS DOS EXERCÍCIOS DE MUSCULAÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA MUSCULATURA DA COXA EM PORTADORA DE CONDROMALÁCIA PATELAR.** Coleção Pesquisa em Educação Física – Vol.7, nº 3 – 2009 – ISSN: 1981-4313.

Pereira, ACS, Martinez, DS, Silva, DN, Boudakian, LM, Sousa, MF, Nascimento, VA, Lopes, GC. A**nálise do conhecimento de profissionais de Educação Física referente à prescrição de exercícios físicos para portadores de condromalácia patelar**. R. bras. Ci. e Mov**.**

Pompeo, KD, Mello, MO, Vaz, MA. **Inibição muscular dos extensores do joelho em sujeitos acometidos por condromaláciapatelar e osteoartrite do joelho-um estudo de revisão sistemática.** Fisioter Pesq. 2012;19(2):185-90.

Tavares, GMS, Brasil, ACO, Nunes, PM, Costa, NL, Gasperi, G, Piazza, L, Santos, GM. **Condromalácia patelar: análise de quatro testes clínicos.** ConScientiae Saúde, 2011;10(1):77-82.

EXERCÍCIO DE "ESTABILIZAÇÃO DO CORE" NA ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE

Valter Richardson da Silva Costa[1]; Emanoel Nascimento dos Santos[1]; Hugo Batista Ferreira[1]; Luana Karla Nobrega de Medeiros[1]; Maria da Conceição Mendes de Sousa[1]; Rayne Borges Torres Sette[2]

[1] Acadêmicos do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: valtersl@hotmail.com
[2] Professora Mestra do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

INTRODUÇÃO

Escoliose geralmente é um termo que vem a compreender um grande grupo heterogêneo que se apresentam com algumas disfunções de torção na região da coluna (NEGRINI et al., 2012).

A escoliose idiopática é uma deformidade vista de modo tridimensional, que ocorre na coluna vertebral e tem sua etiologia ainda desconhecida, está caracterizado por vários fatores, que são eles, um desvio lateral no eixo frontal, a curvatura sagital anormal da coluna, entre outros. Essas alterações biomecânicas causam déficits na orientação da cabeça, ombros, escápulas e pelve, todas as disfunções vistas ao longo dos três planos corporais (LE BLANC et al., 1994).

É um distúrbio mais muito comumente encontrado na coluna vertebral no período da infância e tem uma maior prevalência no público feminino (KONIECZNY et al., 2013).

REFERENCIAL TEÓRICO

A dor é um dos sintomas mais comuns nos indivíduos que sofrem devido ao problema com a escoliose, alguns estudos apontam a grande prevalência de queixas sobre dores na região das costas em uma população com jovens idiopáticos com estatísticas que variam de 23% até mesmo 85% dos casos (THEROUX et al., 2015).

Existem algumas opções que são usadas como base para o tratamento do avanço da escoliose, alguns exercícios específicos para a escoliose são utilizados no diagnóstico inicial da patologia, o uso de órtese também entra como intervenção no tratamento e, por fim, em casos mais extremos é recorrida a cirurgia (NEGRINI et al., 2012).

Exercícios de reabilitação que incluem um trabalho de fortalecimento da musculatura profunda do tronco podem acarretar em benefícios levando uma maior estabilidade postural, e gerando uma diminuição das assimetrias que acometem os indivíduos com escoliose (HERMAN et al., 2014)

A fisioterapia atua em diferentes áreas do tratamento da prevenção e progressão da escoliose, utilizando-se de diversos recursos e técnicas como, quiropraxia, pilates, acupuntura, estimulação elétrica, terapia manual a exemplo da osteopatia, entre outros vários tipos de tratamentos conservadores (CALVO-MUNOZ et al., 2013).

OBJETIVO

Verificar por meio de revisão sistemática o efeito do tratamento fisioterapêutico por meio de exercícios de "estabilização do core" na escoliose idiopática do adolescente.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa do tipo revisão bibliográfica relacionada aos exercícios de "estabilização do core" na escoliose idiopática do adolescente, usando como base de dados, PUBMED. A pesquisa foi realizada utilizando como palavras chaves: Fisioterapia e Escoliose Idiopática. . Ao todo surgiram cerca de 30 artigos, ao ler os títulos restaram 10 artigos, porém quando lidos os resumos, seis foram excluídos por fugirem do tema da pesquisa, restando quatro artigos incluídos nessa revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela I: Resultados obtidos nas análises dos artigos.

Autores/ano	n. de sujeitos	Metodologia	Comentários dos resultados
Schreiber, et al., 2016.	50	A intervenção de Schroth foi supervisionada por 6 meses e incluiu 5 sesões privadas com duração de 1 hora durante as duas preimeiras semanas, seguidas de aulas semanais com duração de 1 hora, combinado-se a exercicios feitos em casa com duração que variava	(Esta intervenção demonstrou efeito positivo de Schroth adicionado ao padrão de cuidados e órtese) nas curvas maiores. O positivo efeito na Soma das Curvas aumentou com a Soma das Curvas da

		entre 30 e 45 minutos. Foi realizados também exercicios com tecnicas corretivas necessarias, o tipo da curva-alvo, o suporte passivo envolvido, se estatico ou dinamico e as dosagens recomendadas.	linha de base maior. Após seis meses, a curva maior diminuiu no grupo de Schroth em 1,2˚, mas aumentou no grupo controle em 2,3˚. A diferença de 3,5˚ (IC95% -5,9˚ a -1,1˚) entre grupos foi estatisticamente significante.
Gozde, et al., 2018.	11	O progama de treinamento foi realizado a cada 1h diaria, com duas sessões suervisionadas e cinco senssões livres realizadas em casa, isso durante 10 semanas. A dificuldade de realização dos exercicios progregio de acordo com a capacidade do paciente duante as 10 semanas. Foi entregue também uma livro de instruções sobre os exercicios que seriam realizados.	O treinamento especifico para escoliose incluiu um combinação de treinamento postural, auto-correção, alongamento e exercícios de fortalecimento para o tronco. Nessa intervenção foram encontradas melhoras significativas, comparada as demias obordagens anteriores.

Ao analisar os estudos acima foi possível observar que a terapia básica de terapia manual e o treinamento de exercício de estabilização de core melhoraram significativamente a percepção vertical postural, horizontal e a percepção háptica geral dos pacientes portadores de escoliose idiopática. Porem o treinamento de exercícios tradicionais não teve efeitos significativos sobre quaisquer parâmetros anteriormente citados. Na presença da escoliose a coluna vertebral tende a ter um afastamento da linha vertical do corpo, causando uma deformação da coluna e assimetrias que na maioria dos casos ocorrem de modo simultâneo (SONG, KIM E PARK, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que exercícios específicos para escoliose incluindo a estabilização do core são eficazes para evitar a progressão ou reduzir o desvio provocado pela escoliose idiopática do adolescente. Deste modo, é possível afirmar o quão importante é a atuação da fisioterapia na vida de adolescente acometida por essa patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Escoliose; Idiopática.

REFERÊNCIAS

Calvo-Munoz I, Gomez Conesa A, SaGnchez-Meca J. Physical therapy treatments for low back pain in children and adolescents: a meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2013;2:14e55.

Herman R, Mixon J, Fisher A, et al. Idiopathic scoliosis and the central nervous system: a motor control problem. The Harrington lecture, 1983. Scoliosis-Research-Society. Spine 1985; 10(1): 1–14.

Konieczny MR, Senyurt H, Krauspe R. Epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis. J Child Orthop. 2013;7:3-9.

Le Blanc R, Labelle H, Forest F, Poitras B, Rivard C 1994 [Possible relationship between idiopathic scoliosis and morphologic somatotypes in adolescent females]. Annales De Chirurgie 49: 762–767.

Negrini S, Aulisa AG, Aulisa L, et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. Scoliosis 2012;7:3- 7161-7-3.

Theroux J, Le May S, Fortin C, Labelle H. Prevalence and management of back pain in adolescent idiopathic scoliosis patients: a retrospective study. Pain Res Manag. 2015;20:153e157.

SCHREIBER, Sanja et al. Schroth physiotherapeutic scoliosis-specific exercises added to the standard of care lead to better Cobb angle outcomes in adolescents with idiopathic scoliosis– an assessor and statistician blinded randomized controlled trial. **PLoS One**, v. 11, n. 12, p. e0168746, 2016.

Song GB, Kim JJ, Park EC 2015 The effect of Swiss ball exercise and resistance exercise on balancing ability of scoliosis patients. Journal of Physical Therapy Science 27: 3879–3882.

BENEFÍCIOS DE EXERCÍCIOS AQUÁTICOS AERÓBICOS E INTERVALAR DE ALTA INTENSIDADE

Maria Ivanira Machado de Oliveira[1]; Talita Abrona dos Santos Lima [1]; Andréa Cristina de Sousa Rocha do Rêgo Costa[2]; Sêmio Wendel Martins Melo[2]; Rayne Borges Torres Sette[2] Rodrigo Daminello Raimundo[3]

[1] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP. E-mail: ivaniramoliveira@hotmail.com
[2] Mestres e Professores do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP
[3]Pós Doutor e Professor da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André - SP

INTRODUÇÃO

Os exercícios físicos regulares são indicados hoje para prevenir diversas doenças crônicas e algumas de suas complicações. Os exercícios aeróbicos, em especial, os treinamentos intervalares de alta intensidade, tem sido uma modalidade mais recente que já se comprovou alguns benefícios como a redução de peso e controle de doenças crônicas como controle dislipdemias, dos níveis glicêmicos em diabéticos, hipertensão arterial sistêmica, entre outras (BIASOLI, MACHADO, 2006; NAHAS 2011).

Alguns indivíduos apresentam restrições para realizar exercícios em solo, principalmente, os que acometem as articulações. Estes se beneficiam dos exercícios aquáticos, por isso, muitos estudos comparam os efeitos dos exercícios aquáticos aos de solo (CARREGARO; TOLEDO, 2008) e, a modalidade que tem despertado interesse para estudos são os treinamentos intervalar de alta intensidade ou os aeróbicos na água em diversas condições de saúde.

REFERENCIAL TÉORICO

A atividade física aeróbica é capaz de proporcionar efeitos orgânicos benéficos, incluindo o bem-estar geral, a preservação da independência, a prevenção e o tratamento de doenças e a diminuição de dores crônicas, sendo uma estratégia terapêutica ajuda minimizar os efeitos deletérios da funcionalidade que compromete a desempenho de atividades diárias do indivíduo (FIBRA *et al*., 2016).

Há evidências científicas de que o exercício aeróbio na água tenha os mesmos ganhos de aptidão física que o exercício na terra, sua aplicabilidade regular contribui para melhorar os parâmetros da aptidão física, tanto em pessoas saudáveis, como em pessoas com acometimento por alguma doença. Práticas estas que vêm crescendo em popularidade nos últimos anos, principalmente, devido a seus inúmeros benefícios à saúde (BERGAMIN *et al.*, 2015).

Sabe-se que prática de atividade física aeróbica contribui não só para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida, como também pode diminuir o uso de medicamentos. Desta forma, é de fundamental importância que se tenha alguns cuidados em relação às variáveis que compõem o treinamento físico, tais como: intensidade, duração e frequência, em ambientes aquáticos ou sobre o solo (TAHARA; PEREIRA, 2006).

OBJETIVO

Identificar os benefícios dos exercícios aquáticos aeróbicos ou intervalar de alta intensidade em diversas condições patológicas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa realizada por meio de revisão sistemática da literatura, que envolve a análise de artigos científicos de acordo com o enfoque temático. A fonte de pesquisa utilizada para este estudo foi a base de dado “PubMed”. Para a busca foram utilizadas as palavras-chaves: “Aerobic Exercise” AND “Aquatic” AND “high-intensity interval training”. Os critérios utilizados para refinar a pesquisa foram: ensaios clínicos, em seres humanos, escritos nas línguas inglês ou português e publicados nos últimos dois anos. Ao todo surgiram cerca de 20 artigos, ao ler os títulos restaram nove artigos, porém quando lidos os resumos, quatro foram excluídos por fugirem do tema da pesquisa, restando cinco artigos incluídos nessa revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela I: Resultados obtidos nas análises dos artigos.

Autores/ano	n. de sujeitos	Metodologia	Comentários dos resultados

Alcalde *et al.* (2017)	30	Estudo randomizado controlado com programa de exercícios aeróbicos e funcionais na forma de circuito por 12 semanas, em idosos com osteoartrite do joelho no grupo intervenção.	Melhora da dor, da flexibilidade, da capacidade funcional e da qualidade de vida.
Andrade *et al*. (2017)	54	Estudo randomizado controlado com um protocolo por 16 semanas (32 sessões/ 45min), duas vezes por semana para em mulheres com fibromialgia no grupo de intervenção.	Não houve mudança na composição corporal, mas foi eficaz para aumentar o pico consumo máximo de oxigênio (VO_2).
Costa *et al*. (2018)	40	Mulheres pré-menopausa com dislipidemias submetidas a 12 semanas de treinamento aeróbio intervalado na água duas vezes por semana para o grupo de treinamento.	Melhora em dois tipos de dislipidemias (LDL e colesterol total elevados), assim como, na função cardiorrespiratória e da aptidão física.
Delevatti *et al*. (2018)	35	Treinamento físico por 12 semanas, três vezes/semana (45min/sessão), com intensidade progredindo de 85 a 100% da frequência cardíaca do limiar anaeróbio em indivíduos com diabetes tipo II. Randomizado em dois grupos: piscina e outro no solo.	Melhora na qualidade de vida nos domínios fisiológico e psicológico e na qualidade do sono. Esses resultados não dependeram do ambiente (aquático ou terrestre).
Siqueira, *et al.* (2017)	82	Indivíduos com artrite reumatoide foram randomizados em três grupos (exercícios aquáticos, terrestres e controlados). A intervenção foi realizada três vezes/semana com duração 16 semanas.	Houve uma melhora significativa na atividade da doença e na capacidade funcional após oito e 16 semanas no grupo aquático, no entanto, não houve diferença na força muscular e na composição corporal. O grupo controle teve aumento na desabilidade ao final.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, os exercícios aquáticos aeróbicos ou de alta intensidade pode ser benéfico para pacientes com osteoartrite, fibromialgia, alguns tipos de dislipidemias pré-menopausa, diabetes tipo dois e artrite reumatoide. Os benefícios vão desde redução de sintomas e atividade da doença, como melhora da capacidade funcional, aptidão física, qualidade de vida e qualidade do sono destes indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C. P. *et al*. **Oxygen uptake and body composition after aquatic physical training in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial.** European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, v. 53, n.5, p. 751-8, 2017. Doi: 10.23736/S1973-9087.17.04543-9.

ALCALDE, G. E. *et al*. **Effect of aquatic physical therapy on pain perception, functional capacity and quality of life in older people with knee osteoarthritis: study protocol for a randomized controlled trial.** Trials, v. 18, p. 317, 2017. Doi: 10.1186/s13063-017-2061.p1-6.

BERGAMIN, M. *et al.* **Metabolic and cardiovascular responses during aquatic exercise in water at different temperatures in older adults.** Res Q Exerc Sport, v. 86, n. 2, p. 163-171, 2015. PubMed doi:10.1080/02701367.2014.981629

BIASOLI, M. C.; MACHADO, C. M. **Hidroterapia: aplicabilidades clínicas**. Rev Bras Med., v. 63, n.5, p. 225-37, 2006.

CARREGARO, R. L.; TOLEDO, A. M**. Efeitos fisiológicos e evidências científicas da eficácia da fisioterapia aquática.** Rev Movimento, v. 1, n. 1, p. 23-7, 2008.

COSTA, R. R. *et al*. **Water-Based Aerobic Training Successfully Improves Lipid Profile of Dyslipidemic Women: A Randomized Controlled Trial, Research Quarterly for Exercise and Sport** (2018), DOI: 10.1080/02701367.2018.1441485.

DELEVATTI, R.S. *et* al**. Quality of life and sleep quality are similarly improved after aquatic or dry-land aerobic training in patients with type 2 diabetes: A randomized clinical trial**. J Sci Med Sport (2017), http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2017.08.024.

FIBRA, T. *et al*. **Quality of life evaluation in elderly people submitted to aquatic physical therapy** [in Portuguese]. Rev Neurosci. v. 14, p. 182–4, 2016.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2011.

SIQUEIRA, U. S. *et al*. **Effectiveness of Aquatic Exercises in Women With Rheumatoid Arthritis**. Am J Phys Med Rehabil, v. 96, n. 3, p.167–75, 2017.

TAHARA, A. K., PEREIRA, D. R. **As atividades aquáticas associadas ao processo de bem-estar e qual idade de vida**. Rev Digit, v. 11, n.103, p. 1-2, 2006.

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA DOR LOMBAR

Maísa Araujo da Silva[1]; Jakelyne Joyce Felix da Silva[1]; Felipe Longo Correia de Araújo.[2]

[1] Discente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
[2] Fisioterapeuta, professor das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

A dor lombar é um dos problemas de saúde pública mais enfrentado pelo mundo industrializado, atinge grande parte da população e estabelece grande responsabilidade para os sistemas nacionais de saúde e de previdência em termos de diagnóstico, tratamento, absenteísmo e aposentadoria prematura. É uma condição que pode atingir até 65% das pessoas anualmente e até 84% das pessoas em algum momento da vida, apresentando uma prevalência pontual de aproximadamente 11,9% na população mundial, o que causa grande demanda aos serviços de saúde. (FURTADO et al.,2014)

O custo dessas doenças é elevado, tanto em relação à demanda de serviços de saúde, exames, medicamentos, fisioterapia, internações e cirurgias, quanto às despesas decorrentes de afastamentos dos serviços e de aposentadorias precoces.

Dados da Previdência Social mostram elevadas taxas de aposentadoria por invalidez relacionada à dor na coluna no Brasil (aproximadamente 30 por 100 mil contribuintes em 2007), sendo maiores entre os homens e em indivíduos com mais idade.

Segundo Carvalho (2017) as dores crônicas de coluna representam uma das queixas frequentemente relatadas pela população adulta, gerando incapacidade, diminuição da funcionalidade, e afastamentos do trabalho. As dores crônicas de coluna abrangem as cervicalgias, as dores torácicas, as ciáticas e as dores lombares, que podem ser decorrentes de diversas patologias osteomusculares, de alterações dos discos intervertebrais, de espondiloses ou de radiculopatias, sendo estas últimas as mais comuns.

A dor lombar apresenta caráter multifatorial, como, por exemplo, fatores sociodemográficos (idade, sexo, renda e escolaridade), estado de saúde, estilo de vida ou

comportamento (tabagismo, alimentação e sedentarismo) e ocupação (trabalho físico pesado, movimentos repetitivos). (NASCIMENTO,2015)

REFERENCIAL TEÓRICO

As causas podem ser intrínsecas: congênitas, degenerativas, inflamatórias, infecciosas, tumorais e mecânicos-posturais e as extrínsecas, que seria o esforço requerido para atividades do trabalho e da vida diária, estresse postural e lesões agudas. Fatores psicológicos como a ansiedade, depressão, responsabilidade estressante, insatisfação e estresse mental no trabalho e imagem corporal negativa também podem levar a lombalgia. (PIRES,2009)

Diversos são os tratamentos empregados, tais como: ondas curtas, ultrassom, estimulação elétrica transcutânea, laser, infiltração e acupuntura. Entretanto, a efetividade das intervenções terapêuticas não está totalmente comprovada (OLIVEIRA,2006).

Os exercícios específicos que promovem a contração independente dos músculos profundos do tronco, com contração do transverso do abdômen e multífido, promovem efeitos benéficos na redução da dor e da incapacidade em pacientes com lombalgia crônica e na diminuição de recorrência após um episódio de dor aguda (LIZIER, 2012)

Segundo Pires (2009) alongamentos da musculatura lombar (quadrado lombar, extensores do tronco) e da musculatura de membros inferiores (tensor da fáscia lata, glúteo máximo, piriforme, iliopsoas, adutores, quadríceps, isquiotibiais, tríceps sural), divididos em alongamentos passivos e alongamento ativo mostraram-se efetivos.

O tratamento das lombalgias ou lombociatalgias mecânicas deve promover ao alívio do quadro doloroso, às medidas necessárias para evitar a recidiva, cada vez mais frequente e mais dolorosa, e às alterações anatômicas que em consequência vão surgindo e se agravando. São utilizadas medidas fisioterapeutas como: calor, massagem, manipulação, o uso de cintos e coletes, o programa de atividade física, a tração no leito, a crioterapia, eletroterapia e a acupuntura (SILVA,2004).

OBJETIVO

Verificar as técnicas fisioterapêuticas utilizadas para redução da dor lombar.

MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de trabalhos científicos, consultados nos seguintes bancos de dados: scielo e google acadêmico. Com ênfase no levantamento de referências teóricas encontradas em 10 artigos, que apresentasse dados que mostrasse as técnicas da fisioterapia para tratamento da dor lombar. Sendo utilizados os seguintes descritores: Dor lombar, fisioterapia na dor lombar, tratamento da lombalgia, técnicas fisioterapêuticas para tratamento da dor lombar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo observou a existência de associações entre dor lombar crônica e as seguintes variáveis clínico: gênero feminino, história pregressa de dor nas costas, menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico extenuante podem acarretar mais sobrecarga na coluna, ocorrências de dores crônicas como: cefaleia e a presença de pontos sensíveis, dores em geral, uso crônico de analgésicos. A relação entre dor crônica de diferentes origens já foi demonstrada em outros estudos, sugerindo um papel importante desempenhado por aspectos neuromoduladores no aparecimento e na perpetuação da dor crônica.

Estão associados à dor crônica na coluna, em ambos os sexos, sobrepeso e obesidade, o aumento do peso leva à sobrecarga na musculatura, assim como a processos inflamatórios nos ossos e desgastes do disco vertebral, favorecendo o surgimento de lombalgia e hérnia de disco, entre outras doenças na coluna. Políticas públicas visando à redução da obesidade devem ser priorizadas, pois a perda de peso pode diminuir a dor e a incapacidade. Doenças crônicas como hipertensão arterial e colesterol aumentado também estiveram associados à dor crônica na coluna.

Silva e Ananias (2004) usaram, no tratamento, alongamentos da musculatura lombar (quadrado lombar, extensores do tronco) e da musculatura de membros inferiores (tensor da fáscia lata, glúteo máximo, piriforme, iliopsoas, adutores, quadríceps, isquiotibiais, tríceps sural), classificados em alongamentos passivos e alongamento ativo. O programa de alongamento foi feito com uma duração de 20 segundos continuados sob estiramento ao longo de três séries para cada músculo citado anteriormente.

Silva e Ananias (2004), Costa et al. (2003) e Oliveira et al. (2006), levaram em conta que o ultrassom, sendo caracterizado por ondas ultrassônicas de alta frequência que promovem vibrações e colisões moleculares de forma a elevarem a atividade molecular,

desempenhando um efeito térmico sobre as células e tecidos moles nos quais uma parte dele é absorvida e isto conduz a geração de calor dentro do tecido de forma que a temperatura muscular deverá ser elevada a um mínimo 3 a 4 graus Celsius ao longo de um mínimo de 5 minutos, para que haja a elevação na capacidade de deformação tecidual. Esse aquecimento controlado pode promover efeitos desejáveis como: alívio da dor, redução da rigidez articular e elevação do fluxo sanguíneo.

Chou et al. (2007) leva em conta que o tratamento para lombalgia crônica abrange a acupuntura (que consiste na inserção de agulhas em pontos específicos), cinesioterapia (um programa de exercício formal monitorado ou regime de exercício em casa, que vai desde programas de condicionamento físico geral ou exercício aeróbio de programas que objetivem o reforço muscular, flexibilidade, alongamento, ou variadas combinações desses elementos), massagem terapêutica, terapia cognitivo-comportamental ou relaxamento progressivo (uma técnica que abrange o estiramento e relaxamento dos músculos de forma que haja a liberação da tensão muscular), manipulação espinhal (terapia manual em que as cargas são usadas na coluna através de curtos ou longos métodos de alavancas e eixos de elevada velocidade, para que dessa forma promova um alívio das pressões vertebrais e corrija de certa forma, a curvatura lombar que está em excesso), a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), que usa uma pequena bateria que é acionada através do dispositivo para promover por meio de impulsos elétricos permanentes na superfície dos elétrodos, com o objetivo de promover alívio sintomático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que o efeito da fisioterapia na melhora da dor lombar crônica é observado em vários estudos. Verificou-se que pacientes com dor lombar crônica que realizaram os exercícios orientados (como alongamento, aeróbica de baixo impacto, caminhar, bicicleta ergométrica, natação) evidenciaram um decréscimo das dores lombares subagudas ou crônicas, melhora da disfunção física e psicológica, além da prevenção da recorrência, por meio de cursos de coluna e orientações específicas de mudança de comportamento, principalmente quando realizados no próprio local de trabalho.

Os recursos terapêuticos usados devem ser observados e apropriados para cada caso clínico. Recursos terapêuticos tais como massagem, manipulação espinhal, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), promovem seus benefícios, entre eles, melhora das algias, relaxamento da tensão muscular e alívio das pressões vertebrais.

PALAVRAS-CHAVE: Dor lombar, Fatores de risco, Tratamento fisioterapêutico nas lombalgias.

REFERÊNCIAS

CABRAL, Danielle Pereira; MEJIA, Dayane Priscila Maia. Atuação da fisioterapia no tratamento da lombalgia ocupacional. **Pós Graduação em Traumato-Ortopedia com ênfase em terapia manual-Faculdade Avila**, 2010.

CARVALHO MALTA, Deborah et al. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51,2017.

CHOU, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, J. T. Jr, Shekelle, P., Owens, D. K. **Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 147, n. 7, p. 478-491, jul. 2007.

COSTA, Leticia B.; HARAKOYAMA, Mitti Ayako; MINUCI, Elaine Garcia; FISCHER, Frida Marina. **Morbidade Declarada e Condições de Trabalho o caso dos motoristas de São Paulo e Belo Horizonte** 2): 54-67, 2003. São Paulo Em Perspectiva, 17(2) 2003.

FURTADO, Rita Neli Vilar et al. Dor lombar inespecífica em adultos jovens: fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 5, p.371-377, 2014.

LIZIER, Daniele Tatiane; PEREZ, Marcelo Vaz; SAKATA, Rioko Kimiko. Exercícios para tratamento de lombalgia inespecífica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 2012.

NASCIMENTO Paulo Roberto Carvalho do; COSTA, Leonardo Oliveira Pena. Low back pain prevalence in Brazil: a systematic review. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, n. 6, p. 1141-1156, 2015.

OLIVEIRA, J. T. M. et al. **Situação microbiológica dos transdutores piezoelétricos ultra-sônicos terapêuticos nos serviços de fisioterapia da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil . Reabilitar**, [S.l.], v. 8, n. 31, p. 40-46, abr./jun. 2006.

PIRES, Renata Alice Miateli; DUMAS, Flavia Venture Ladeira. Lombalgia: revisão de conceitos e métodos de tratamentos. **Universitas: Ciência da Saúde**, v. 6, n. 2, p. 159-168,2009.

SILVA, M.C; FASSA, A.G; VALLE, N.G.J. **Dor lombar crônica em uma população adulta no sul do Brasil: prevalência e fatores associados.** Cad Saúde Pública. 2004;20:377-85.

ANÁLISE CINESIOLÓGICA E BIOMECÂNICA DOS MOVIMENTOS DA MARCHA HUMANA

Elizeane Keyla de Araújo[2]; Jhennyfer Ariadne Batista Veras[1]; Sabrynna Rodrigues de Moura [2]; Victória Líbina Almeida M. de Oliveira[2]; Sêmio Wendel Martins Melo[3]

[1] [2] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: fisioterapia1noite@gmail.com
[3] Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A análise quantitativa do movimento humano insere-se no domínio da Biomecânica, ciência que envolve o estudo de sistemas biológicos de uma perspectiva mecânica, englobando a estática e a dinâmica (Hall, 1999). A análise cinemática relaciona-se mais com o movimento relativo entre corpos rígidos e encontra aplicação na análise da marcha e de outros movimentos do corpo, nos quais cada segmento do membro é considerado como um corpo rígido. As técnicas elétricas, fotográficas, de filmes e vídeo e outras eletrônicas são usadas para calcular a posição e orientação de cada segmento corporal, de modo a reconstruir os movimentos que ocorrem. As medidas podem ser feitas em duas ou três dimensões, com métodos diretos (com contato no indivíduo) e indiretos (sem contato) (JOHANSON, 1998).

REFERENCIAL TEORICO

Cinesiologia é o estudo do movimento, o que permite investigar a técnica e a natureza do movimento, e biomecânica é a aplicação das leis da física associadas ao movimento humano, proporciona a relação entre o movimento e a necessidade do paciente para realizar o exercício com segurança. Cinética é a descrição do movimento humano em termos de força e essas forças podem ser internas ou externas. Forças internas incluem o resultado da atividade muscular, força gerada pelo estiramento ou não-contratilidade e elasticidade do tecido mole e fricção interna. As forças externas são classificadas em: força de reação do solo, forças geradas por outras pessoas, cargas externas ou resistência (TREW, 1997). A marcha humana é uma sequência onde se utiliza o movimento dos membros inferiores para movimentar o corpo. É feita por ciclos e dividida em partes de acordo com a passada, que é o contato inicial de um

é, até o contato inicial deste mesmo pé. Uma passada significa um ciclo da marcha. Também é dividida em fases de apoio (com contato) e de balanço (sem contato), que equivale a aproximadamente, 62% e 38%, respectivamente.

OBJETIVO

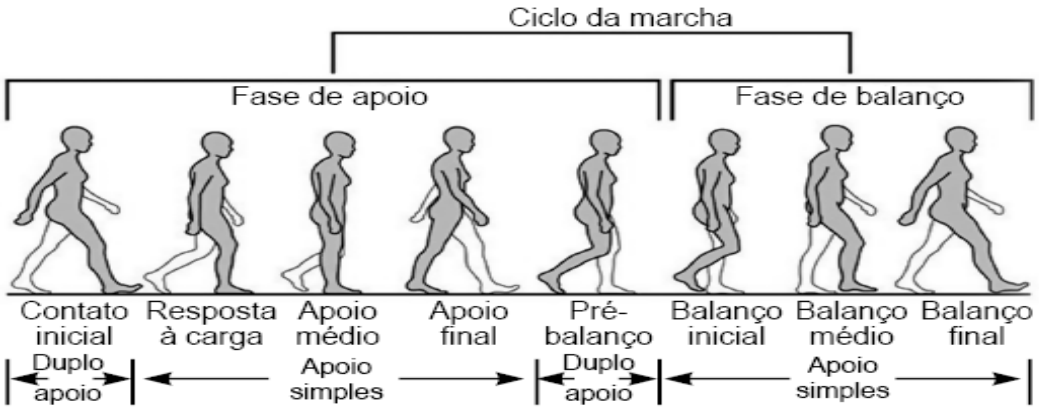
Realizar uma revisão literária para verificar a análise biomecânica e cinesiológica dos movimentos da marcha humana.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a recolha e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis na internet, além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras-chave: cinesiologia, biomecânica, marcha humana.

RESULTADOS

No decorrer deste levantamento bibliográfico foi possível verificar a importância da biomecânica do movimento da marcha, servindo para compreender possíveis alterações nos mecanismos da marcha humana, já que foi usado como base de pesquisa seu ciclo e suas divisões em fase de contato e fase de balanço.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A marcha humana é um ciclo contínuo, dividido em duas fases: apoio (contato com o solo) e balanço (sem contato com o solo). Por sua vez, o apoio é dividido em: apoio simples (todo período que o peso está em um pé) e duplo apoio (período em que os pés estão no solo novamente), sendo 62% da marcha. A fase de balanço é dividida. Uma passada significa o contato inicial de um pé, até o contato final desse mesmo pé. É dividida em balanço inicial, balanço médio e balanço final.

PALAVRAS-CHAVE: cinesiologia, biomecânica, marcha humana.

REFERÊNCIAS

HAMILL, J.; KNUTZEN, K. M. Análise do movimento. In: Biomecânica Básica; 1ª Ed, Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1993

MESSENGER, N.; Biomechanics. In: TREW, M.; EVERETT, T. Human movement – An Introductory Text. 3: Ed; New York: Churchill Livingstone, 1997, p26-28.

JOHANSON, M.E.; Laboratório da marcha; Estrutura e coleta de dados. In: ROSE, J.; GAMBLE, J.; Marcha Humana. 2: Ed; São Paulo: Premier, 1998, p 213,218-219.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NA TENDINOPATIA PATELAR: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Uany da Cruz vale[1;] Antônio Leite Guimarães Neto[1]; Karla Érika de S. Azevedo Lucena[1]; Yasmin de Sousa Barbosa[1]; Elvis Costa Crispiniano[2]

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: uanyvale@hotmail.com;
[2]Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A tendinopatia patelar, também conhecida como "joelho do saltador", é uma afecção que geralmente acomete atletas praticantes de atividades que requerem a extensão súbita do joelho, como corrida, salto e chutes, levando a microtraumas no tendão patelar, geralmente na região do polo inferior da patela. Geralmente a dor é de início insidiosa e gradual, relacionada com o aumento da quantidade e da intensidade de treinamento, ou de atividade que necessite de movimentos repetitivos do joelho. (ZWERVER et al, 2011).

O diagnóstico é baseado na história e no exame clínico, complementados pelo exame radiográfico, a ultrassonografia e a ressonância magnética. A radiografia evidencia a morfologia do polo inferior da patela e pode mostrar calcificações no tendão, enquanto a ultrassonografia e a ressonância magnética podem mostrar alterações estruturais e inflamatórias do tendão, como espessamento, degeneração e rupturas (ROCHA, 2016).

Dentre os tratamentos utilizados para a tendinopatia patelar, destaca-se a fisioterapia, na qual podem ser utilizados diversos recursos, tais como a eletroterapia e a cinesioterapia, em que estão inseridos os exercícios excêntricos. É importante investigar quais técnicas possuem maior evidência científica, para que, assim, o fisioterapeuta possa embasar suas condutas em técnicas com eficácia comprovada, obtendo uma maior efetividade no tratamento (SANTOS; PIAZZA, 2015).

REFERENCIAL TEÓRICO

A etiologia mais aceita da tendinopatia patelar é a sobrecarga tecidual. A magnitude, direção e duração das forças aplicadas no tendão patelar estão relacionadas ao mecanismo de desenvolvimento da tendinopatia patelar, uma vez que podem promover processos irritativos no tecido e/ou microtraumas

repetitivos no tendão (JANSSEN, et al, 2013). Esses traumas podem alterar a diferenciação celular e modificar a composição da matriz extracelular e dos componentes celulares (SHARMA; MAFFULLI, 2006)

Um tendão que recebe uma imposição excessiva de forças (magnitude e/ou duração) pode adaptar a essa condição e recuperar sua morfologia ou apresentar um aumento da taxa de degradação comparada à de remodelação tecidual e lesionar (COOK; PURDAM, 2014). Dessa forma, alterações morfológicas no tendão patelar identificadas por meio de exames de imagem (ultrassonografia ou ressonância magnética) indicam algum nível de dano tecidual (VISNES et al, 2014).

OBJETIVO

Analisar a abordagem fisioterapêutica na tendinopatia patelar, por meio de uma revisão de literatura.

MÉTODOS

No presente estudo, realizamos uma revisão de literatura, entre os meses de Agosto e Setembro de 2018. A busca foi realizada através das plataformas digitais: SCIELO, PUBMED, MEDLINE e através de artigos científicos e livros. Utilizamos os seguintes descritores: Tendinopatia patelar; Fisioterapia; Tratamento; Tendinopatias.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como as tendinopatias patelares são causadas por sobrecarga do aparelho extensor do joelho, suspender as atividades que sobrecarregam o mecanismo extensor deve ser aconselhado aos pacientes. Isso não significa que o indivíduo deve parar toda e qualquer atividade física, e muito menos imobilizar a articulação do joelho. A imobilização causa hipotrofia do tendão, caracterizada por fibras de colágeno mais finas e desorientadas. Uma vez que não há clara recomendação na literatura quanto à duração e intensidade do repouso, este deve ser bem discutido entre os médicos, fisioterapeutas, atletas e treinadores para que realmente esse tratamento seja efetivo, para não sobrecarregar o tendão patelar e também para que não cause hipotrofia muscular (JÚNIOR; LOPES, 2013).

No tratamento pode ser utilizado a crioterapia, massagem de fricção profunda, eletroterapia, ultra-som terapêutico, laser de baixa intensidade, onda de choque extracorpórea e exercícios. O exercício excêntrico após a fase aguda tem demonstrado efeitos excelentes na reabilitação das tendinopatias, não demonstrando diferença entre esse tratamento em comparação ao tratamento cirúrgico. Alguns estudos controlados aleatorizados demonstraram que os exercícios excêntricos promovem uma melhora da dor, assim como podem provocar uma alteração estrutural benéfica do tendão acometido. Essa modalidade de exercícios necessita de pacientes extremamente motivados, dispostos a realizar de 10 a 15 repetições, uma a duas vezes por dia, num período de três a 12 meses meses (JÚNIOR; LOPES, 2013).

Cunha et al (2012), utilizaram um programa de exercício excêntrico com agachamento em plano inclinado, realizado com ou sem presença de dor, e verificaram que o método foi eficaz na melhora da dor e da função em atletas com TP. O exercício excêntrico, aplicado com e sem dor, resultou em uma melhora dos sintomas, mesmo não se sabendo qual mecanismo levaria à melhora da TP após o exercício. Segundo os autores, não é necessário submeter o paciente a um tratamento doloroso e desconfortável, visto que, quando realizado de forma indolor e menos agressivo, os exercícios excêntricos mostram resultados positivos.

Segundo Fuchs (2013), na literatura existem várias formas de tratamento conservador descritas, incluindo combinações de repouso, exercícios (especialmente excêntricos), uso de ultrasom, calor, crioterapia, massagens/fricções, ajustes biomecânicos, mas diante das suas pesquisas, os exercícios de fortalecimento muscular, principalmente do quadríceps e isquitibiais, mostraram ser muito mais eficientes na redução da dor em pacientes com tendinopatia do aparelho extensor num período de treinamento de 12 semanas e permitiram que uma elevada proporção de pacientes retornassem ao esporte.

Também são necessários exercícios com o objetivo de diminuir o risco de lesão no tendão patelar. Exercícios estes, estáticos e dinâmicos para os extensores e flexores do joelho e posteriormente o alongamento dos mesmos. Os resultados obtidos ao longo de um estudo, foram de melhorias a nível da morfologia e da neovascularização (PINHO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final observamos que, a literatura apresenta uma variedade de métodos de intervenção para a tendinopatia patelar, assim entende-se que a investigação sobre o perfil de pacientes acometidos por essa patologia parece pertinente, a fim de compreender o tipo de

intervenção mais adequada e a magnitude dos efeitos das técnicas e, a partir daí, contribuir para um tratamento de melhor qualidade e maior eficácia para este perfil de pacientes. Ainda foi constatado que os exercícios excêntricos têm inúmeros benefícios na melhora dessa afecção e também no encurtamento do tempo do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Tendinopatia patelar; Fisioterapia; Tratamento; Tendinopatias.

REFERÊNCIAS

COOK, J.L.; PURDAM, C.R. The challenge of managing tendinopathy in competing athletes. Br J Sports Med, v.48, n.7, p.506-9, 2014.

Cunha RA, Dias AN, Santos MB, Lopes AD. Estudo comparativo de dois protocolos de exercícios excêntricos sobre a dor e a função do joelho em atletas com tendinopatia patelar: estudo controlado e aleatorizado. **Rev Bras Med Esporte**. 2012;18(3):167-70.

FUCHS, R. Tendinopatia do aparelho extensor do joelho, 2013.

JANSSEN, I.; STEELE, J.R.; MUNRO, B.J.; BROWN, N.A. Predicting the patellar tendon force generated when landing from a jump. Med Sci Sports Exerc., v.45, n.5, p.927-34, 2013.

JÚNIOR; LOPES. Reabilitação das principais lesões relacionadas à corrida. CES Movimiento y Salud. 2013;1:19-28.

PINHO, J. Eficácia do treino excêntrico no tratamento da tendinopatia patelar em atletas de alta competição. Porto, 2015.

ROCHA, K. Os efeitos da bandagem funcional na tendinopatia patelar. Manaus, 2016.
SANTOS; PIAZZA. Evidências científicas no tratamento fisioterapêutico da tendinopatia patelar: uma revisão sistemática da literatura. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal,** v. 14 n. 13, 2015.

SANTOS; PIAZZA. Evidências científicas no tratamento fisioterapêutico da tendinopatia patelar: uma revisão sistemática da literatura. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal,** v. 14 n. 13, 2015.

SHARMA, P.; MAFFULLI, N. Biology of tendon injury: healing, modeling and remodeling. J Musculoskelet Neuronal Interact. v.6, n.2, p.181-90, 2006.

VISNES, H.; TEGNANDER, A.; BAHR, R. Ultrasound characteristics of the patellar and quadriceps tendons among young elite athletes. Scand J Med Sci Sports, v.24, 2014.

ZWERVER J, BREDEWEG SW, VAN DEN AKKER-SCHEEK I. Prevalenceof Jumper’s knee among nonelite athletes from differentsports: a cross-sectional survey. Am J Sports Med.2011;39(9):1984–8.7.

EFICÁCIA DA APLICAÇÃO DE VENTOSATERAPIA EM PRATICANTES DE *CROSSFIT®*

Jakelyne Joyce Felix da Silva [1]; Daiane Fabrícia dos Santos [1]; Jéssica Domingos de Lucena [1]; Maísa Araujo da Silva [1]; Felipe Longo Correia de Araujo [2].

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
[2] Fisioterapeuta, professor das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

De acordo com Glassman (2007) *CrossFit®* (CrossFit, Inc., Washington, DC, EUA) é um modelo relativamente atual, criado em 1995 por Greg Glassman que objetiva desempenhar o condicionamento de modo completo, extenso e geral, condicionando os praticantes a fim de suportar qualquer carga física ofertada. Trata-se de um treinamento multimodal que envolve diversos tipos de padrões de movimentos funcionais em uma extraordinária sessão de exercício, conduzida em alta intensidade. Essas formas de exercícios são incorporadas sessões de treino em conjunto chamadas *"Workouts of the Day"*, ou WODs. Devido à variedade de suas formas de movimento, combinações de exercício e repetição de exercício em série, o treinamento *CrossFit®* é classificado como HIIT *(*High Intensive Interval Training).

Cada sessão de CrossFit® dura em média 1 hora respeitando uma ordem que inicia-se com o aquecimento, seguido de atividades para ganho de força e aperfeiçoamento de alguns movimentos específicos, para então iniciar o condicionamento. Toda a sequencia mencionada anteriormente constituem o WOD que significa ‘‘treinamento do dia’’. Com base no WOD os praticantes seguem os três princípios que são: realizar movimentos funcionais, em alta intensidade e continuamente variados. Transformando o CrossFit® em uma atividade motivacional e provocadora que envolve indivíduos de varias faixas etárias e condições físicas (SMITH et al., 2013).

A ventosaterapia é uma técnica milenar que no início era elaborada por chineses e egípcios que aplicavam chifres e cuias em seus pacientes. No século passado, a ventosa era aplicada por meio de dois métodos: ventosa seca que resumia-se na aplicação da ventosa na pele crua, produzindo um trauma subcutâneo e causando irritação local, já na ventosa molhada a pele passava por uma irritação através de um objeto perfuro cortante, fazendo assim uma leve sangria, rapidamente antes da aplicação da ventosa (CUNHA, 2001).

Segundo Amaro et al., (2015), a ventosaterapia contribui, especialmente, na limpeza do sangue, subtraindo gases estagnados pelas trocas gasosas conservando o equilíbrio ácido básico do sangue. Essa troca gasosa feita pela ventosa é semelhante a hematose que ocorre pelos pulmões, em que há a entrada de oxigênio pela diferença de pressão que é distribuído por todo corpo, e com a eliminação do gás carbônico, expandindo o pH. Através da limpeza do sangue a técnica também ira promover um aumento da resistência do organismo a doenças, melhorando a oxigenação da pele e melhor qualidade da circulação sanguínea.

REFERENCIAL TEÓRICO

Com o passar do tempo a técnica de Ventosaterapia passou por algumas mudanças através da Medicina Tradicional Chinesa, passando a ser utilizados diferentes tipos de ventosas, como a de vidro, acrílico, bambu e plástico. A vacuidade no centro das ventosas pode ser feita através do uso de fogo no centro do copo ou por uma bomba de sucção. A aplicação inclusive pode ser feita de forma fixa ou móvel, de forma leve ou forte. Diversos equipamentos e formas de aplicação comuns antigamente são utilizados até os dias atuais, porém há exceções, como o uso de bombas de sucção eletrônicas, mecanizadas ou elétricas (SANTOS et al., 2010, AMARO et al., 2015 e CARDOSO et al., 2009).

Os nódulos de tensão em uma fáscia se dão por estagnação de Qi e de sangue no local, e a técnica de ventosa consiste na liberação do Qi estagnado no tecido conjuntivo liberando as fáscias, aumentando a irrigação tecidual e oxigenação para um melhor deslizamento das aponeuroses, que muitas vezes, quando aderidas, são causas de dores (CUNHA, 2001)

CrossFit® é caracterizado como um programa que vem crescendo nos últimos anos, e que vem tendo uma grande popularidade, atraindo diversos públicos (KUHN, 2013). O *CrossFit*® é capaz de gerar estímulos a ponto de promover uma melhora da capacidade física global. Em uma mesma sessão de treino são exigidas as vias aeróbia e anaeróbias para geração de energia, com resultados positivos, inclusive sobre a composição corporal. (WALKER et al., 2016).

Para muitos praticantes o *CrossFit*® é considerado um estilo de vida. O programa ainda incentiva os adeptos a seguirem uma dieta mais regrada para uma melhor saúde e desempenho, que se baseia na alimentação dos nossos ancestrais, que consiste em alimentar-se da forma mais natural possível e consumir alimentos como carnes magras, castanhas, legumes, dentre outros. No caso desse programa envolvendo dieta, o açúcar e alimentos

industrializados se incluem fora do cardápio. Essa dieta é conhecida como paleolítica (KUHN, 2013).

OBJETIVO

O referente estudo tem como objetivo analisar os efeitos da aplicação de ventosaterapia em praticantes de *CrossFit*®.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um resumo expandido, com ênfase no levantamento de referências teóricas encontradas no site Google Acadêmico, que apresenta como objetivo o fornecimento de dados que comprovem a eficácia da aplicação de ventosaterapia em praticantes de *CrossFit*®, levando em consideração a alta intensidade dos treinos, a grande procura por maior rendimento e o grande número de adeptos desta modalidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ventosaterapia atua como um importante coadjuvante nos tratamentos fisioterapêuticos, realizando liberações de substâncias estagnadas no tecido conjuntivo entre a pele e os músculos, a técnica atua de forma direta no tecido conjuntivo liberando as fáscias, proporcionando aumento da circulação sanguínea e oxigenação no local (NUNES, 2013).

Este estudo pretende fornecer dados que comprovem a eficácia da ventosaterapia no rendimento dos praticantes de *CrossFit*®, levando em consideração a grande procura pelos locais que oferecem está nova modalidade esportiva, sendo de grande importância proporcionar um maior rendimento a estes adeptos da prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados colhidos pode-se constatar que a ventosaterapia irá promover um aumento da circulação sanguínea, liberação de pontos de tensões, ganho de ADM, entre outros já mencionados anteriormente. Desta forma, pode-se afirmar que a técnica de contribuirá de forma significativamente para os praticantes de *CrossFit*®.

PALAVRAS-CHAVE: Ventosaterapia, Aplicação, *CrossFit®*.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Gabriel Henryque; SANTOS, Cláudia Teixeira. **Tratamento de pontos-gatilhos (trigger points) por meio de terapia por ventosa.** Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 4, n. 2, p. 146-154, 2015.

OLIVEIRA, MAR; SILVA, A.; PEREIRA, L. **VENTOSATERAPIA–REVISÃO DE LITERATURA.**

CUNHA, Antônio Augusto. **Ventosaterapia: Tratamento e prática.** São Paulo: Ícone, 2001.

DE ALMEIDA XAVIER, Alan; DA COSTA LOPES, Aírton Martins. **LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM PRATICANTES DE CROSSFIT.** REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS MÉDICAS, v. 1, n. 1, p. 11-27, 2017.

GLASSMAN, G. **What is crossfit**. Database online. Available from http://www. crossfit. com/cf-info/what-crossfit. html cited November, v. 1, 2005.

KUHN, S. **The culture of CrossFit: a lifestyle prescription for optimal health and fitness.** 2013.

GENTIL, Paulo; COSTA, Daniel; ARRUDA, Antonio. **Crossfit®: uma análise crítica e fundamentada de custo-benefício.** RBPFEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, v. 11, n. 64, p. 138-139, 2017.

ARAUJO, Rafael Firpe. **Lesões no crossfit: uma revisão narrativa.** 2015.

CAMPOS, Gabriel Henryque; SANTOS, Cláudia Teixeira. **Tratamento de pontos-gatilhos (trigger points) por meio de terapia por ventosa.** Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 4, n. 2, p. 146-154, 2015.

SMITH, Michael M. et al. **Crossfit-based high-intensity power training improves maximal aerobic fitness and body composition.** J Strength Cond Res, v. 27, n. 11, p. 3159-3172, 2013.

REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES PÓS-OPERATÓRIO DE MANDÍBULA

Lidiane Gonçalves da Silva[1]; Ayza Hellen Estevam Dos Santos[1]; Jéssica de Oliveira Silva[1]; Luzia Layanne Nobrega da Silva[1]; Thayssa Sarmento Zuza Silveira[1]; [2]Felipe Longo Correia de Araújo.

[1]Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP
e-mail: lidiane.traumacg@gmail.com
[2]Professor Mestre do departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A mandíbula é um osso ímpar e móvel que se articula na base do crânio através da articulação tempo-mandibular. É constituída por processos condilares, processos coronoides, um corpo, dois ramos, dois ângulos e os processos alveolares, essa complexa articulação quando há disfunção compromete a mastigação dos alimentos e a fala adequadamente, além de relatos de dores na região temporal, frontal e occipital, a oclusão desequilibrada causa disfunção miofascial, e a somatória dessas disfunções causam zumbidos, cefaleia, otalgia.

As principais causas de fraturas são traumas de agressão direta, como acidentes automobilísticos, motociclístico, queda de bicicleta, armas de fogo, queda da própria altura, sendo assim, as fraturas mandibulares podem ser classificadas diante a região anatômica (sínfise, corpo, ângulo), do padrão de fratura (galho verde, simples, complexa) e inserção muscular (favorável ou desfavorável). A classificação de uma fratura mandibular complexa se dá quando há o acometimento de regiões anatômicas distintas.

Na visão de PEDRO; MIKAIL (2009) a reabilitação é um fator importante no tratamento de fraturas. Embora tradicionalmente o objetivo do cirurgião seja a osteossíntese, a atenções atualmente estão voltadas para o tratamento das lesões de tecidos moles e a manutenção da amplitude normal de movimento das articulações envolvidas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Andrade Filho, et al (2003), os traumas na região mandibular que resultam em fraturas da mandíbula, podem levar as alterações no desenvolvimento facial, como na oclusão dentária e na movimentação da articulação temporomandibular (ATM). Diante disso, o diagnóstico das fraturas e a indicação do tratamento deve ser seguro para se evitar as disfunções dessa articulação ou ainda sequelas mais graves que mudam o alinhamento da face

e da mandíbula ou impossibilitem a abertura precisa da boca, como as anquiloses temporomandibulares.

De acordo Gassner, et al; (2004), o trauma é um problema de saúde pública com grande potencial para ser prevenido e tratado. Com isso, entender a causa e a gravidade das lesões maxilofaciais ajuda na contribuição para estabelecimento de prioridades clínicas e de pesquisas para o tratamento eficaz e a prevenções dessas lesões.

Para Gonzalez (2005), a mobilização articular pode ser compreendida como o movimento lento e passivo executado em uma superfície articular, que tem por objetivo liberar a articulação, aumentando o grau de amplitude. Deve ser indolor e buscar o máximo de relaxamento articular. A mobilização com dor não deve ser realizada, pois provoca vários danos.

OBJETIVO

Verificar a abordagem fisioterapêutica na reabilitação de pacientes com disfunções miofaciais no pós-traumatismo.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada de Setembro de 2018, utilizados artigos selecionados na plataforma Google Acadêmico, LILACS, SIELO, foram encontrados 20 artigos. Utilizando-se 06 como critérios de seleção o uso de artigos descritos em língua portuguesa, publicadas nos últimos 10 anos e com temas relacionados, reabilitação, fratura de mandíbula.

RESULTADOS

No exame físico maxilofacial, os pacientes apresentam sinais e sintomas como limitação de abertura bucal, mobilidade atípica a manipulação da mandíbula, aumento de volume em região bucal, em região de lábio inferior do lado acometido, corroborando com os descritos na revisão de literatura.

O tratamento fisioterapêutico tem como objetivo restituição total da simetria facial, como isso, a fisioterapia faz uso de técnicas de liberação miofacial para lado afetado, favorecendo a propagação da excitação nervosa. Também faz uso da crioestimulação (método Rood) para aumentar o tônus da hemiface afetada, bem como utilizar a Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (Método Kabat) e Functional Eletrical Stimulation. A

prescrição de tais movimentos deve ser cautelosa para se evitar a hipertrofia do lado não acometido.

McNeely et al (2006) afirmam que a eficácia dos exercícios posturais associados a terapia manual e acupuntura, auxiliam na redução da dor e melhora da função e abertura bucal. Medlicott e Harris (2006) analisou os estudos que avaliaram a eficácia de várias intervenções fisioterapêuticas na DTM, concluindo que os exercícios ativos, as mobilizações manuais, o treinamento postural em combinação com outras intervenções, a terapia a laser, os programas de retroalimentação (biofeedback), relaxamento e reeducação proprioceptiva podem ser mais eficazes do que o tratamento placebo ou que o uso de placas miorrelaxantes, e as combinações de exercícios ativos, terapia manual, correção postural e técnicas de relaxamento podem ser eficazes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se em todos os artigos a necessidade do tratamento cirúrgico ou não cirúrgico com o método conservador e a fisioterapia é fundamental para reabilitação de tecidos moles, amplitude de movimento e drenagem, além do fortalecimento muscular, possibilitando assim uma melhor recuperação para o paciente.

Palavras-chave: Fisioterapia, Reabilitação, Fratura de Mandíbula.

REFERÊNCIAS

ANDRADE FILHO, Eduardo Fausto de et al. Fraturas do côndilo mandibular: análise clínica retrospectiva das indicações e do tratamento. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2003, vol.49, n.1, pp.54-59. ISSN 0104-4230. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000100034Artigo em Português | LILACS, BBO - Odontologia | ID: lil-716607

BECKER.A.H. **Fisioterapia em Neurologia** Artigo em Português**.** Vila Maria São Paulo – SP Editora Santos, 2008 | LILACS, BBO - Odontologia | ID: lil-716607

GASSNER.R, TULI.T, HÄCHL.O, MOREIRA.R, ULMER.H. **Trauma craniomaxilofacial em crianças; Uma revisão de 3.385 casos com 6.060 lesões em 10 anos**. J Oral MaxilofacSurg 2004.

GONZALEZ.D.A.B. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**. Barueri- SP: Manole, 2005.

MALUF.S.A, MORENO.B.G.D, ALFREDO.P.P, MARQUES.A.P, RODRIGUE.G, **Exercícios terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.15, n.4, p.408-15, out./dez. 2008.

MCNEELY.M.L, ARMIJO.O.S, MAGEE.D.J. **A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders**. Phys Ther, 2006.

MEDLICOTT.M.S, HARRIS.S.R. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. Phys Ther, 2006

PEIXOTO.A.R.D.L.F, SANTIAGO.A.P, LIMA.I.**Dor Facial e Doenças Neuromuscu**

Surgical and non-surgical treatment of the condylar fractures: 25 patients review.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NAS LESÕES DE OMBRO EM PRATICANTES DE VÔLEI

Lícia Gabriely de Oliveira Figueirêdo[1]; Grasiely Paulino da Silva[2]; Maria Jaeli da Silveira Lacerda[2]; Matã Marcílio Leite de Araújo[2]; Felipe Longo Correia de Araújo[3]

[1,2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia.
E-mail:lhyciagrazielle@hotmail.com
[3] Professor Mestre do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O complexo artcular do ombro é constituido por cinco articulações: glenoumeral, esternoclavicular, acromioclavicular, coracoclavicular e escapulotorácica. E é capaz de fazer movimentos em todos os planos de acordo com suas estruturas ósseas, musculares, capsulares, tendinosas e ligamentosas. Uma vez que os músculos estejam em desequilíbrio, vai levar o indivíduo a uma alteração postural, e a sobrecarga dessa articulação vai causar lesões. O manguito rotador é uma das principais regiões do ombro, constitudo por quatro músculos, são eles: subescapular, supra-espinhal, infra-espinhal e redondo menor. São os mais ultilizados em práticas de esporte como o vôlei, que juntos trabalham garantindo a estabilidade da cabeça do úmero na cavidade glenóide, e a translação da mesma, nos movimentos ântero-posterior e ínfero-superior que envolve a articulação do ombro, tendo em vista que estejam bem trabalhados e fortalecidos para executar sua função. (ANDRADE et al., 2004; HALL, 2000; MOORE, 1990; WEINECK, 1990)

REFERENCIAL TEÓRICO

O Voleibol é uma prática esportiva considerada uma das mais complexas, é uma atividade anaeróbica e aeróbica, que exige do jogador força, agilidade e aptidão, quando associadas provocam melhor desempenho. É uma prática que exite muitos movimentos repetitivos e rápidos principalmente do complexo articular do ombro. (ALMEIDA, T. A, 2013; RAGONESE, G.1987)

As lesões mais comuns dessa prática são acometidas no manguito rotador e as causas mais frequentes de lesões do manguito rotador são: a síndrome do impacto, alterações degenerativas, artrose glenoumeral e traumatismos, que podem ser adquiridas na prática do

vôlei e caracteriza-se por dor na face ântero-lateral do ombro, que se exacerba à abdução com rotação externa ou interna da articulação. (BARBIERI *et al.*, 1995 CHECCHIA & BUDZYN, 1991;).

As lesões esportivas são provocadas por métodos inadequados de treinamento, alterações estruturais que sobrecarregam mais determinadas partes do corpo do que outras e por fraqueza muscular, tendinosa e ligamentar. Muitas dessas lesões também podem ser causadas pelo desgaste crônico e por lacerações, os quais são decorrentes de movimentos repetitivos que afetam os tecidos suscetíveis.

A fisioterapia é parte indispensável da medicina desportiva, e seus métodos e práticas, são aplicados no tratamento, reabilitação e prevenção das lesões causadas na prática esportiva vôlei. Surgiu oficialmente em 1969, através do comitê organizador do XX Jogos Olímpicos. Vindo atuar primeiramente em 1972, com uma equipe de 23 fisioterapeutas, os quais trataram mais de 7 mil lesões desportivas em atletas de todas as nações.

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária para avaliar as lesões de ombro mais acometidas em jogadores de vôlei e verificar a sua relação com a fisioterapia na recuperação desses jogadores.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada atrvés de uma revisão sistemática literária, que envolve a escolha de vários artigos científicos que condiz com o tema escolhido. Onde foram achados vários artigos, ultilizando-se apenas cinco, nos quais se adequavam com os critérios de inclusão. As plataformas de pesquisa ultilizadas para este estudo foram: Biblioteca Virtual Scielo, Biblioteca Virtual Lilacs, e artigos pulblicados no Gogle Acadêmico. Os critérios de inclusão para seleção desses artigos foram: O idioma portugues, artigos mais recentes, e as palavras-chaves para encontrar esses artigos foram: Fisioterapia, ombro, vôlei

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Petkowicz et al., (2001) teve como objetivo pesquisar as lesões que necessitaram de

tratamento fisioterápico no Departamento Médico e de Fisioterapia de um Clube, como resultado, foi encontrada uma frequência de 38,8% lesões tratadas entre atletas pertencentes ao voleibol, 20,6% a natação e 15,4% ao basquete. Os restantes das lesões (33,2%) distribuem-se entre os demais esportes.

BRINER JUNIOR & KACMAR, (1997) afirma que para melhorar a estabilização de cintura escapular e ombros, foi realizado o fortalecimento de manguito rotador, onde mesmo desempenha as seguintes funções: potencializa as rotações da articulação glenoumeral; estabiliza a dinâmica da articulação glenoumeral; proporciona um compartimento fechado para a nutrição das superfícies articulares da cabeça do úmero e da cavidade glenoidal; o músculo subescapular é o principal estabilizador dinâmico anterior da cabeça do úmero, e o músculo infra-espinhal é responsável pela estabilização dinâmica posterior.

Segundo, WANG et al. (2000) informa que os jogadores de vôlei são predispostos para se machucarem nos rotadores do ombro. O motivo é que os atletas realizam uma rotação externa e interna do ombro no saque e na cortada por muitas vezes BRINER JUNIOR & KACMAR, 1997.

Segundo, XHARDEZ, (2001); CAMP et AL., (2002) as condutas fisioterapêuticas utilizadas estão: Eletroterapia, com correntes elétricas em diversas frequências gerando efeito terapêutico (analgésico e anti-inflamatório), Crioterapia (efeito analgésico), Cinesioterapia (fortalecimento e ganho de ADM), Terapias Manuais (alongamento, mobilização articular), Mecanoterapia (fortalecimento), Kinesiotape e Massoterapia.

As formas de correntes mais comumente usadas na reabilitação do ombro com síndrome do impacto, são: Ultrassom, Ondas-curtas, tens, as quais tem fins terapêuticos analgésicos e anti-inflamatório, aplicados e m dosimetria apropriadas de acordo com a patologia e quadro clínico do paciente. CHIAPPA, (2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista esta revisão, conclui-se que as principais lesões de ombro nos jogadores de vôlei são mais acometidas no manguito rotador, devido movimentos repetitivos de saque e cortada no jogo e que o tratamento conservador é muitas vezes mais indicado do que o tratamento cirúrgico, levando em conta recursos fisioterapêuticos como: Eletroterapia, terapia manual, kinesiotape, mecanoterapia, dentre outros recursos que demonstra resultados satisfatórios em curto período de tempo, para esses jogadores.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Ombro; Vôlei; Lesões.

REFERÊNCIAS

ALBARELLO, Hiago et al. ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DE LESÕES NO VOLEIBOL.

ALMEIDA, T. A.; SOARES, E. A. Nutricional and antrhropometric profile of adolescent volleyball athletes. Rev. bras. med. esporte; v. 9, p. 198-203, 2003.

ANDRADE, R., CORREA FILHO, M., QUEIROZ, B. Lesões do manguito rotador. Rev Bras Ortop, vol. 39, n. 11/12, nov/dez 2004.

BARBIERI, C. H.; MAZER, N.; CALIL, J. H. Síndrome do impacto do ombro: estudo comparativo dos resultados do tratamento cirúrgico pelas técnicas de Watson e de Neer. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 30, n. 10, p. 753-760, 1995.

BRINER JUNIOR, W., KACMAR, L. Common injuries in volleyball. Sports Medicine. v. 24, n.1, p. 65-71p, 1997.

CAMP, S.P.V.; MCKEAG, D.B.; SAFRAN, M.R. Manual de Medicina Esportiva. São Paulo: Manole, 2002.

CHECCHIA, S. L.; BUDZYN, Z. A. J. J. Lesão do manguito rotador: efi cácia da ultrassonogafi a. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 26, n. 7, p. 219-233, 1991.

CHIAPPA, G.R. Fisioterapia nas lesões do voleibol: abordagens das principais lesões, seus tipos, fatores biomecânicos. São Paulo: Robe, 2001.

DE AGUIAR CORRÊA, Leonardo. Sindrome do impacto em atletas de voleibol e erapeutica manual.

GAERTNER, G. Psicologia somática aplicada ao esporte de alto rendimento. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Engenharia de Produção. Florianópolis. 2002

GALERA, Sandra Padilha et al. Caracterização das alterações posturais de atletas jogadoras de vôlei. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 19, n. 3, p. 44-56, 2012.

HALL, Susan J. (2000). Biomecânica Básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

LÁZARO, Francielly Tâmara Oliveira; BERTOLINI, Gladson Ricardo Flor;

NAKAYAMA, Gustavo Kiyosen. Tratamento fisioterapêutico em pacientes acometidos por lesões e alterações cinésio-funcionais do manguito rotador. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 8, n. 1, 2008.

MOORE, Keith L. e DALLEY, Arthur F. (2001). Anatomia Orientada para Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PETKOWICZ R., CECCATO J., PACHECO A.M., SILVA B.A.S., SANTOS H.F.,

PACHECO I. Levantamento das lesões esportivas Tratadas no departamento de fisioterapia em um clube poliesportivo. Rev Bras Med Esporte. vol. 8, n. 5. set./out. 2002.

PIRES, Lunara Maria Tachotti et al. Lesões no ombro e sua relação com a prática do voleibol-Revisão da Literatura. InterSciencePlace, v. 1, n. 10, 2015.

RAGONESE, G. Compensação muscular. Rio Claro: Unesp, Instituto de Biociências, 1987.

WANG, H.-K, COCHRANE, T. Mobility impairment, muscle imbalance, muscle weakness, scapular asymimetry and shoulder injury in elite volleyball athletes. Journal of Sports Medicine and Physical Fitness. v. 41, n. 3, p. 403-410, 2001.

WEINECK, J. (1990). Anatomia Aplicada ao Esporte. São Paulo: Manole.

XHARDEZ, Y. Vade-Mécum de Cinesioterapia. 4ª ed. São Paulo: Andrei, 2001.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL.

Luana Raquel de Medeiros Teixeira[1]; Olívia Regina Souza de Andrade[2]; Lidiane Gonçalves da Silva[2]; Rômulo Calazans Maranhão de Macedo[2]; Sêmio Wendel Martins Melo[3].

[1,2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: luanaraquelmt@gmail.com
[3] Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O aumento no número de doenças degenerativas do sistema motor tem aumentado cada vez mais e acometido um alto índice de idosos em busca da melhoria da qualidade de vida. Dentre tais doenças pode-se destacar a osteoporose, osteoartrite e a eosteoartrose, onde se evidencia a osteorartrose como principal causa do desgaste da cápsula articular que vem acometendo com maior frequência articulações utilizadas excessivamente, as quais sustentam grandes cargas como quadris e joelhos, levando a uma incapacidade funcional progressiva (DUARTE et al., 2013; CHIARELLO, 2005).

Essa afecção é uma injúria dolorosa das articulações proveniente da deficiência da cartilagem associada à sobrecarga mecânica, alterações bioquímicas da membrana sinovial e até mesmo fatores genéticos (COIMBRA et al., 2004), o tratamento da osteoartrose deve ser multidisciplinar em busca da melhora funcional, mecânica e clínica dos pacientes acometidos, evidenciando a autuação fisioterápica no tratamento, bem como o uso de medicamentos para alívio da dor mediante prescrição médica, em casos mal sucedidos no uso de tais, recomenda-se o tratamento cirúrgico através da artroplastia (PIAZZA et al, 2016), a qual é um método cirúrgico que visa restaurar a funcionalidade da articulação acometida, a partir da substituição da articulação por uma prótese, visando melhora da dor e consequentemente da qualidade de vida (MARQUES; KONDO, 1998;APLEY; APLEY, 2002; POSSI et al., 2005).

As próteses podem ser feitas de diversos materiais como metal, cerâmica, titânio e polietileno, podendo a artroplastia ser total, ou parcial, a fixação do implante pode ser realizada de forma cimentada ou não cimentada, esperando neste último caso que ocorra uma integração do tecido ósseo com a superfície porosa do implante (ARISTIDE et al., 1999).

Levando-se em consideração o crescente número de cirurgias de artroplastia de quadril e a importância da fisioterapia nestes pacientes, o presente estudo tem como objetivo uma

revisão de literatura no tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de artroplastia de quadril (PIAZZA et al, 2016).

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, que visa identificar evidências científicas no tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de artroplastia de quadril. Para a pesquisa foi usado como base artigos científicos do banco de dados, google acadêmico, revista de Revista Brasileira de Ortopedia, Scielo, dentro outros métodos, em idiomas português e inglês, com acesso online nos bancos, em artigos publicados em 2000 à 2018. Os descritores para a coleta de dados foram: “artroplastia de quadril”, “atuação da fisioterapia no pós-operatório de artroplastia de quadril”, “pós-operatório de artroplastia do quadril”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As artroplastias totais e parciais, de quadril, vêm melhorando a qualidade de vida de pacientes portadores de reumatites articulares, bem como a osteoatrose, quando outros métodos conservadores não foram capazes de reduzir a dor e a funcionalidade nas atividades da vida diária, existem dois tipos de artroplastia do quadril: a parcial (ou hemiartroplastia) e a total. A hemiartroplastia ocorre quando apenas uma das superfícies ósseas é substituída por um implante. Já a do tipo total, conhecida como artroplastia total do quadril, ocorre quando as duas superfícies ósseas são substituídas por implantes. Atualmente, a maioria das próteses de quadril são do tipo total, em especial, para aqueles pacientes cuja causa foi o processo de osteoartrose (desgaste articular), (BARROS et al, 2017).

Estudos recentes apontam que os índices mais elevados de acometimentos, são em idosos com histórico de patologias articulares, e em jovens que sofreram acidentes e danificaram o colo do fêmur. O processo cirúrgico só é indicado quando os recursos primários como a atuação da fisioterapia e o uso de medicamentos prescritos não apresentam solução. (BARROS et al, 2017), a maior probabilidade de ocorrência de patologias associadas neste grupo de pacientes chama a atenção para a importância de uma avaliação pré-operatória criteriosa, o preparo clínico, a manutenção e a adequação, têm grande impacto no prognóstico e na evolução clínica pré e pós-operatórias desses indivíduos.

Após a realização da cirurgia de artroplastia de quadril, comumente o médico cirurgião autoriza, já no primeiro ou segundo dia, que o paciente mude de posição na cama ou

no leito. Estas mudanças devem seguir sempre a recomendação da equipe médica (ortopedista, enfermeiro e fisioterapeuta), (BARROS et al, 2017).

O profissional fisioterapeuta integra a equipe multidisciplinar no atendimento e acompanhamento do paciente submetido à artroplastia de quadril. O acompanhamento do fisioterapeuta pode iniciar ainda no período pré-operatório, com orientações sobre os cuidados pós-operatórios, melhora das condições físicas do paciente para a cirurgia, orientação dos principais exercícios a serem realizados, adaptações que poderão auxiliar na mobilidade e funcionalidade do paciente, etc. (BARROS et al, 2017).

O tratamento da fisioterapia pós-operação da artroplastia de quadril pode ser dividido em duas principais fases: o pós-operatório imediato e o pós-operatório tardio. No pós-operatório imediato, o paciente está internado no hospital e, normalmente, é iniciado o acompanhamento no mesmo dia que foi realizado a cirurgia. O fisioterapeuta irá acompanhar o paciente nas primeiras atividades motoras como sentar, sair da cama, deambular (caminhar), na indicação de dispositivos auxiliares como andador e no cuidado para prevenir complicações. Existe evidência científica de que o acompanhamento fisioterapêutico no pós-operatório imediato reduz o tempo total de internação do paciente submetido à artroplastia de quadril (CHEN, A; STEWART, M; HEVL, A; KLATT, B, 2012) e, com isso, há redução dos riscos de complicações e custos hospitalares (BARROS et al, 2017).

O acompanhamento fisioterapêutico no pós-operatório tardio (após a alta hospitalar do paciente) transcorre com diferentes abordagens. São empregados exercícios em solo para ganhar mobilidade e força, uso de aparelhos elétricos para ativação muscular, exercícios para o equilíbrio e exercícios aquáticos (RAHMANN, ANN E; BRAUER, SANDRA G; NIYZ, JENNIFER C, 2009). As condutas da fisioterapia variam conforme a necessidade do paciente, tipo de prótese e de abordagem cirúrgica realizada, por isso, o seu fisioterapeuta deverá avaliá-lo antes de prescrever o tratamento de reabilitação mais adequado a você (BARROS et al, 2017).

Nesse sentido, a participação do fisioterapeuta na equipe que atende o paciente submetido à artroplastia, pode colaborar na recuperação clínica, prevenção de complicações, redução de custos associado a redução do tempo de internação e medicação, além de colaborar na recuperação da qualidade de vida do paciente (BARROS et al, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo baseado na atuação da fisioterapia no pós-operatório de artroplastia de quadril demonstrou a eficácia e a importância da fisioterapia realizada ainda no hospital, a fim de reduzir o tempo de internação, a melhora na mobilidade, e da qualidade de vida.

Tendo em vista esta importância, e os benefícios alcançados por meio da fisioterapia no pós-operatório de artroplastia do quadril, se torna cada vez mais essencial a atuação de um profissional qualificado no processo de recuperação do paciente pós cirurgiado, a fim de buscar cada vez mais a funcionalidade das atividades e da vida diária do paciente.

REFERÊNCIAS

APLEY, A.G.; APLEY, L.S. Ortopedia e fraturas em medicina e reabilitação. São Paulo: Atheneu, 2002.

ARISTIDE, R.S.A.; HONDA, E.; MARONE, M.M.S. et al. Avaliação radiográfica e densidométrica das próteses totais não cimentadas do quadril. Revista Brasileira de Ortopedia. v.34, n.8, p.451-457, 1999.

BARROS et al. Cuidados e orientações ao paciente submetido a artroplastia de quadril, v. 1, p. 8,9,11,12,13, 2017.

CHEN, A; STEWART, M; HEVL, A; KLATT, B. Effect of Immediate Postoperative Physical Therapy on Length of Stay for Total Joint Arthroplasty Patients. The Journal Of Arthroplasty, [s.l.], v. 27, n. 6, p.851-856, jun. 2012

CHIARELLO, B.; DRIUSSO, P.; RADL, A.L.M. Fisioterapia Reumatológica. Barueri: Manole, 2005.

COIMBRA, I.B. et al. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 44, n.6, p. 450-453, 2004.

DUARTE, V. et al. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. Fisioterapia em Movimento. v. 26, n. 1, p.193-202, 2013.

MARQUES, A.P.; KONDO A. A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 38, n. 2, p. 83-90, 1998.

PIAZZA et al, 2016, Evidências Científicas do Tratamento Fisioterapêutico no Pós-Operatório de Artroplastia de Quadril, disponível em: <file:///C:/Users/MICRO01/Downloads/2334-11088-2-PB.pdf>, acesso em: 28 de setembro de 2018.

POSSI F.Z. et al. Frequência da discrepância de membros inferiores após artroplastia total de quadril. Revista Brasileira de Fisioterapia. v. 9, n. 3, p. 335-340, 2005.

RAHMANN, ANN E; BRAUER, SANDRA G; NIYZ, JENNIFER C. A Specific Inpatient Aquatic Physiotherapy Program Improves Strength After Total Hip or Knee Replacement Surgery: A Randomized Controlled Trial. Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation, [s.l.], v. 90, n. 5, p.745-755, maio 2009

DOR FEMUROPATELAR, CORRELAÇÃO COM O AUMENTO DO ÂNGULO Q E VALGO DINÂMICO DO JOELHO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Nathalha Héllem Clementino Nicolau[1]; Romulo Calazans Maranhão de Macedo[1]; Lívia de Sousa Alencar[1]; Gilmar Santana da Costa [1]; Felipe Longo Correia de Araújo[2]

[1]Estudante de Graduação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: nathallia.hellen@gmail.com
[2]Professor Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia dasFaculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

Sabe-se que articulação do joelho está envolvida em cerca de 50% das lesões musculoesqueléticas, sendo a disfunção femoropatelar (DFP) a alteração mais observada (CABRAL, 2003). A dor femoropatelar se caracteriza por uma dor em geral não específica presente de forma difusa, com possibilidade de irradiação para a região poplítea (TUMIA, 2002).

Seu início geralmente é insidioso, podendo aumentar ao subir e descer escadas, durante a prática de atividade física, na dor ou incapacidade em prolongado período de flexão do joelho ("sinal do cinema") e posição de agachamento (REID, 1993). Podendo ser chamada também de artralgia femuropatelar, condromalácea, dor anterior no joelho, dentre outras. Normalmente está associado com o aumento do ângulo Q ou ângulo quadricipital, formado pela intersecção de duas linhas: uma que liga a espinha ilíaca anterossuperior (EIAS) ao centro da patela e outra que liga o centro da patela a tuberosidade da tíbia. Os valores normais do ângulo Q para mulheres divergem entre certos autores, podendo variar entre menor que 15 até 18 graus. (LIVINGSTON, 2000).

Um dos fatores que se apresentam em pacientes portadores de DFP é o valgo dinâmico do joelho, que é uma alteração biomecânica que envolve o membro inferior, causando diversos problemas entre eles a movimentação errônea do fêmur com relação a patela. Quando a causa tem inicio no quadril, torna-se uma cadeia descendente de disfunções no membro inferior acarretando DFP, síndrome do trato ílio tibial, hiperpronação do calcâneo na fase de apoio da marcha entre outros. (CUNHA, 2013).

REFERENCIAL TEÓRICO

A DFP é uma desordem articular manifestada por dor difusa ou na porção anterior do joelho e défice funcional que compromete as atividades diárias. (MESSIER et.al., 1991).

O ângulo Q é formado por duas linhas imaginárias: uma que vai da espinha ilíaca ântero-superior até o ponto médio patelar e outra, que cruza a primeira, indo da tuberosidade anterior da tíbia até o ponto médio patelar; seu valor normal, em média, é de 13° nos homens e 18° nas mulheres. (GRAYSON et.al.,1990).

Dentre as teorias propostas, o mal alinhamento da articulação femoro-patelar é comumente analisado por meio da verificação dos valores do ângulo Q (MOSS et.al., 1992). A mensuração deste ângulo pode ser feita por radiografia ou clinicamente, por método goniométrico - o mais praticado – com o paciente em posição supina com os joelhos em extensão total e quadríceps relaxado.

O valgo dinâmico é caracteriza pelo movimento excessivo de adução de quadril, rotação medial (joelho para dentro) e hiperpronação de calcâneo (pisada para dentro), durante o andar, descer degraus e correr por exemplo. Pode ser causado pela fraqueza muscular dos glúteos, transverso do abdome, multífidos (CORE); eles têm função de estabilizar pelve, tronco e membro inferior, evitando movimentos errados durante a caminhada e corrida. (LIVINGSTON, 2000).

OBJETIVO

Analisar a correlação entre a Dor Femoropatelar e ângulo Q aumentado assim como aumento do valgo dinâmico do joelho.

MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura no período de 1990 a 2016, realizada no mês de setembro do corrente ano, nas plataformas *PubMed*, *SciELO* e *SIBiUSP*. A partir dos seguintes descritores: “Ângulo Q”, “Valgo Dinâmico do Joelho” e “Dor Femoropatelar”. Foram identificados 20 artigos diretamente em concomitância ao tema, sendo utilizados 05 a partir dos critérios de busca. A pesquisa foi restrita aos idiomas português e inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Estudando um grupo de atletas universitários com e sem DFP, encontraram valores significativamente aumentados do ângulo "Q" naqueles com DFP, concluindo que aumentos nos valores desse ângulo podem gerar a DFP. (LANKHOST et.al., 2012).

Avaliaram a força de compressão patelar em cadáveres e in vivo, confirmando que os valores aumentados do ângulo "Q" propiciam maior força compressiva. (CUNHA, 2013).

O ângulo-q não apresentou correlação significativa com intensidade da dor ($r = -0,29$; $p = 0,19$), capacidade funcional ($r = -0,08$; $p = 0,72$), valgo dinâmico de joelho ($r = -0,28$; $P = 0,19$). (ALMEIDA, 2016).

Os métodos de mensuração clínica e radiológica do ângulo quadriciptal mostraram-se confiáveis, sendo comprovada sua reprodutibilidade, podendo ser utilizada com segurança na prática clínica como um indicativo do alinhamento femoropatelar e correlação com a DFP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dados obtidos no presente estudo, prova-se que o aumento do ângulo Q e a presença do valgo dinâmico influenciam diretamente na DFP, sem interferir na intensidade da dor, que por sua vez varia de paciente para paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Dor Femoropatelar; Ângulo Q; Valgo Dinâmico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA GPL, CARVALHO E SILVA APM, FRANÇA FJR, MAGALHÃES MO, BURK TN, MARQUES AP. Ângulo-q na dor patelofemoral: relação com valgo dinâmico de joelho, torque abdutor do quadril, dor e função. **Rev Bras Ortop**. 2016;51(2):181-186.

CABRAL CM, MONTEIRO-PEDRO V. Recuperação funcional de indivíduos com disfunção femoropatelar por meio de exercícios em cadeia cinética fechada: revisão da literatura. **Rev Bras Fisioter**. 2003;7(1):1-8.

CUNHA RA, COSTA LO, HESPANHOL JUNIOR LC, PIRES RS, KUJALA UM, LOPES AD. Translation, cross-cultural adaptation and clinimetric testing of instruments used to assess patients with patellofemoral pain syndrome in the Brazilian population. **J Orthop Sports Phys Ther**. 2013;43(5):332–9.

GRAYSON, T. H., 1990, **Oisorders of the patellofemoral joint**. 2" ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins.

LANKHORST NE, BIERMA-ZEINSTRA SM, VAN MIDDELKOOP M. Risk factors for patellofemoral pain syndrome: a systematic review. **J Orthop Sports Phys Ther**. 2012;42(2): 81–94.

LIVINGSTON LA. **The quadriceps angle: a review of the literature**. J Orthop Sports Phys Ther. 2000 ;28(2):105-09.

MESSIER, S. P., OAVIS. S. E. & CURL, W. W .. 1991. **Etiologic factors associated with patellofemoral pain in runncrs**. Med. Sei. Sports. Exerc .. n. 23, pp. 1008-1015.

MINNS. R. J., BIRNJE, A. 1. M. & ABERNETHY. P L 1979. **A stress analysis of the patella. and how it relates to patellar articular cartilage lcsions**. J. Biomech, n. 12, pp. 699-711.

MOSS, R. J., OEVITA, P. & OAWSON, M. L. 1992. **A hiomechanical analysis of patellol'emoral stress syndrome**. AI h! Train, n. 27, pp. 64-69.

REID, O. C., 1993, **The myth, mystic and frustration of anterior Knee pain.** Clin. J. Sport. Med., v. 3, pp. 139-143.

TUMIA N, MAFFULLI N. Patellofemoral pain in female athletes. **Sports Med Arthrosc Rev**. 2002;10(1):69-75.

CARACTERIZAÇÃO DA SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Danilo de Lucena Rodrigues[1] (danilodelucena@hotmail.com), Edna Karla Ferreira Laurentino[1], Isabelle Savana Freires de Sousa[1], Antônio Gonçalves Sobrinho Neto[1], Jéssica de Oliveira Silva[1], Renan Alves da Silva Júnior[2]

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP
[2] Professor Mestre do departamento de fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2016, 10.867 foram notificados (recém-nascido - RN, criança, natimorto, abortamento ou feto). Desses, 3.183 (29,3%) casos permanecem em investigação e 7.684 (70,7%) casos foram investigados e classificados, sendo 2.366 confirmados para microcefalia e/ou alteração do Sistema Nervoso Central (SNC) sugestivo de infecção congênita, 49 casos prováveis e 5.269 foram descartados (INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO, 2016).

A síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZV) compreende um conjunto de sinais e sintomas apresentados por crianças nascidas de mães infectadas por esse vírus durante a gestação. A microcefalia, definida como ‘perímetro cefálico (PC) abaixo de -2 desvios-padrão para idade e sexo de acordo com curvas de referência’ é a manifestação mais marcante dessa síndrome. A SCZV também pode incluir alterações oculares, desproporção craniofacial e algumas deformidades articulares e de membros, mesmo que na ausência de microcefalia. Ainda não se conhecem completamente o espectro e as consequências da SCZV para a saúde e a esperança de vida das crianças acometidas, embora seja notável a gravidade dos casos, com evidência de prejuízos ao crescimento e desenvolvimento infantil (FRANÇA, 2018).

REFERENCIAL TEÓRICO

De todas as manifestações congênitas, a de maior impacto tem sido a associação de microcefalia e infecção pelo Zika Vírus (ZIKV), bem documentada no Brasil e na Polinésia Francesa, que apresentam a linhagem asiática do vírus. No Brasil, durante o período de março de 2015 até fevereiro de 2016, durante a epidemia, houve um aumento de 20 vezes nos casos de microcefalia quando comparado com os anos prévios (ATIF et al., 2016).

As manifestações da infecção intrauterina pelo ZIKV são mais graves quando ocorrem no primeiro e segundo trimestres de gestação, principalmente no primeiro trimestre, e variam desde morte fetal até várias anormalidades congênitas, que incluem pele redundante no escalpo e nuca (cutis gyrata), baixo peso ao nascimento, polidrâmnio, anasarca, artrogripose, perda auditiva, assim como malformações oculares e no SNC, com desproporção craniofacial (MLAKAR et al., 2016; KLASE et al., 2016; TICCONI; PIETROPOLLI; REZZA, 2016).

Entre as anormalidades neurológicas observadas destacam-se a hipertonia global grave com hiper-reflexia, irritabilidade, hiperexcitabilidade, choro excessivo, distúrbio de deglutição, além de respostas auditivas e visuais comprometidas. Algumas crianças apresentam crises convulsivas já no período neonatal, e observou-se um aumento da frequência destas crises durante o seguimento, sendo a ocorrência de crises epilépticas mais evidentes a partir dos três meses de idade e os espasmos epilépticos o tipo mais comum (EICKMANN, 2016).

Os exames de imagem do SNC (ultrassonografia transfontanela, tomografia e ressonância magnética) passaram a definir essa nova síndrome, com características distintas das observadas em recém-nascidos com microcefalia provocada por outras infecções congênitas, mostrando marcantes calcificações difusas, puntiformes e predominando na junção córtico-subcortical, podendo estar presente ainda no tronco, núcleos da base e região periventricular (ARAGÃO, 2016).

OBJETIVOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de descrever as características de crianças com SCZV.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa com características de revisão sistemática sobre a caracterização da SCZV dando ênfase às crianças com a patologia. As bases de dados utilizadas na pesquisa foram: Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. Os descritores pesquisados foram: Zika Vírus, Síndrome Congênita e Crianças, sendo apenas incluídos os estudos mais recentes dos últimos três anos. Foram encontrados trinta e cinco artigos no total, desses, foram selecionados dezesseis artigos de acordo com os fatores de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar da associação do ZIKV com a microcefalia ter sido relatada, é difícil confirmar a infecção pelo vírus retroativamente, uma vez que os testes imunológicos e sorológicos podem apresentar reação cruzada com outros flavivírus, especialmente o vírus da dengue (PRADO, 2015). Além disto, a quantidade de alterações que podem ser associadas à infecção congênita pelo vírus ZIKV ainda não é conhecida, outras alterações, além da microcefalia, têm sido identificadas em recém-nascidos com suspeita de infecção congênita pelo vírus, como problemas oculares e contraturas articulares (FREITAS, 2016; VENTURA, 2016).

O SNC do recém-nascido com microcefalia pode apresentar calcificações cerebrais, hipoplasia cerebelar, ventriculomegalia, distúrbios de migração neuronal e anomalias da substância branca (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Cerca de 90% das microcefalias estão associadas com retardo mental. Seguimento clínico em diferentes serviços de atenção médica dirigidos aos primeiros lactentes afetados tem mostrado a ocorrência de convulsões, disfagia, distúrbios respiratórios, de sono e comportamento, atraso de Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) (principalmente, linguagem e motor), com diminuição gradual da hiperexcitabilidade e irritabilidade presentes no início da vida (LINDEN, 2016).

Pela complexidade dos casos, a assistência desses bebês deve ser realizada por equipe multidisciplinar, incluindo pediatra, neurologistas e profissionais de estimulação precoce, destacando fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Após avaliações iniciais e realização dos exames complementares, propomos reavaliações pediátricas mensais e neurológicas trimestrais para os pacientes estáveis (EICKMANN, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observado nos estudos encontrados que o ZIKV pode causar graves anomalias no desenvolvimento do SNC através da infecção intrauterina. As principais características presentes nessas crianças acometidas pela SCZV foram à desproporção craniofacial com aspecto microcefálico, bem como a malformação do desenvolvimento cortical, ventrículomegalia e anormalidades na formação do corpo caloso. Diante de tudo que foi analisado e debatido, podemos dizer que os bebês diagnosticados com essa Síndrome, devem ter uma assistência interdisciplinar e multidisciplinar, com a realização de exames e

reavaliações periódicas, para que assim, a vidas desses pacientes possam ser mais confortável e estável.

PALAVRAS-CHAVE: Zika Vírus; Síndrome Congênita; Crianças.

REFERÊNCIAS

ABREU; T. T; NOVAIS; M. C. M; GUIMARÃES; I. C. B. Crianças com microcefalia associada a infecção congênita pelo vírus Zika: características clínicas e epidemiológicas num hospital terciário. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**., Salvador, v. 15, n. 3, p. 426-433, set./dez. 2016.

ARAGÃO; M. F. V. et al. Clinical features and neuroimaging (CT and MRI) findings in presumed Zika virus related congenital infection and microcephaly: retrospective case series study. **BMJ,** 2016.

ATIF, M.; AZEEM, M.; SARWAR, M.R. et al. Zika virus disease: a current review of the literature. **Infection**, v. 44, p. 695–705, 2016.

CAMPOS; G. S; BANDEIRA; A. C; SARDI; S. I. Zika virus outbreak, Brazil. **Emerg Infect Dis**, Bahia,; n.21, p. 1885-6, 2016.

COSTELLO; A. et al. Defining the syndrome associated with congenital Zika virus infection. **Bull World Health Organ**, n. 94, p. 406-A, Jun. 2016.

CAMPO; M , et al. The phenotypic spectrum of congenital Zika syndrome. **Am J Med Genet A**, n. 173, p. 841-57, Apr. 2017.

EICKMANN; S. H. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 32, jul. 2016.

FRANÇA; G. V. A. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em nascidos vivos no Brasil: descrição da distribuição dos casos notificados e confirmados em 2015-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, fev. 2018.

INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO. Monitoramento De Alterações No Crescimento E Desenvolvimento Relacionados À Infecção Pelo Vírus Zika E Outras Etiologias Infecciosas. **Semana Epidemiológica** 24 (11/06 a 17/06), 2016.

KLASE, Z.A.; KHAKHINA, S.; SCHNEIDER, A.B. et al. Zika fetal neuropathogenesis: etiology of a viral syndrome. **PLoS Negl Trop Dis**. v.10, p:4877, 2016.

LINDEN, V. et al. Description of 13 Infants Born During October 2015-January 2016 With Congenital Zika Virus Infection Without Microcephaly at Birth – Brazil. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. ePub: 22 November 2016.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de

Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infeciosas dentro da capacidade operacional do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2018 mar 14]. 158 p. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov. br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf

MIRANDA; F. D. B. et al. Initial description of the presumed congenital Zika syndrome. **Am J Public Health**, p. 598-600, Apr. 2016.

MLAKAR; J. et al. Zika virus associated with microcephaly. **N Engl J Med**.v.374, p:951–8, 2016.

Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brains abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? Ultrasound Obstet Gynecol 2016; 47:6-7.

TICCONI, C.; PIETROPOLLI, A.; REZZA, G. Zika virus infection and pregnancy: what we do and do not know. **Pathog Glob Health**.v.110, p:262–8, 2016.

VENTURA; C. V. et al. Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection. **Arq Bras Oftalmol,** 2016; 79:1-3.

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS PROVOCADAS PELA MIELOMENINGOCELE

Stephany dos Santos Dantas de Araújo[1],Thaciele de Medeiros Leal[2]; Karolaine Fernandes dos Santos Melo[3],Mateus Clementino Holanda da Silva[4],Cristina Costa Melquiades Barreto [5]
[1]Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; stephanysaraujo19@gmail.com; thaciele.leal2@gmail.com; karolainebov@gmail.com; clementinomchs@outlook.com;
[2]Professora Mestre, do curso de Bacharelado em Fisioterapia

INTRODUÇÃO

A mielomeningocele (MMC) é uma malformação congênita ocasionada pelo defeito de fechamento do tubo neural (DFTN) embrionário, na qual a medula espinhal é deslocada dorsalmente em função da falta de estruturas de apoio posteriores (GISELLE, 2017). As malformações do tubo neural ocorrem na fase inicial do desenvolvimento fetal, entre a terceira e quarta semana gestacional, e acometem o arcabouço primitivo do tubo neural que originará as estruturas do sistema nervoso, como o cérebro e a medula espinhal. Embora esses comprometimentos sejam passíveis de correção cirúrgica, as lesões nervosas são permanentes e apresentam diferentes tipos de complicações (SARAH, 2015).

Trata-se de uma malformação com alta incidência no mundo, afetando cerca de 1,9 por 10.000 nascidos vivos no Brasil. Estima-se que cerca de 70% dos casos de MMC possam ser prevenidos com o aumento dos níveis de ácido fólico disponíveis no período pré-concepcional até a sétima semana de gestação, quando o fechamento do tubo neural é concluído definitivamente (NICOLE, 2015).

No contexto mundial, defeitos no tubo neural têm uma incidência que varia entre 0,79 a 6,39 por mil nascidos vivos. A segunda edição do Atlas Mundial de Defeitos Congênitos, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentou dados variáveis de defeitos do tubo neural para diversos países, de acordo com esse estudo, o Brasil encontra-se na quarta posição na prevalência de espinha bífida entre os países pesquisados (SARAH, 2016).

OBJETIVO

Revisar artigos a respeito alterações ortopédicos em crianças com mielomeningocele.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura que envolve, recolha e analise vários artigos científicos relativos ao tema escolhidos. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram artigos indexados na base de dados disponível na internet: Biblioteca Virtual Scielo. Foram inclusivas as publicações dos últimos quatro anos, de modo que inicialmente foram selecionados treze artigos, dos quais foram utilizadas cinco publicações para a pesquisa. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foi utilizada a palavra-chave: mielomeningocele.

RESULTADOS

A doença representa a segunda causa de deficiência crônica no aparelho locomotor em crianças. A independência funcional depende do nível da lesão medular e sua avaliação é importante para a determinação de abordagens terapêuticas adequadas (FERREIRA et al; 2018,).

Entre essas malformações no tubo neural, a mielomeningocele representa aproximadamente 75% dos casos. É considerada a forma mais grave por consistir em uma protrusão cística que contém tecido nervoso não protegido por pele, permanecendo exposto ao meio, e, por conseguinte, gerando complicações graves, como alterações neurológicas, deformidades físicas, déficit de sensibilidade, disfunções no trato urinário e no funcionamento do intestino (FIGUEIREDO, SOUZA, GOMES; 2016). É importante destacar que, de modo geral, as crianças apresentaram pontuações baixas no item mobilidade. Ou seja, não apresentaram grandes aquisições de mobilidade com o passar dos anos (FERREIRA et al; 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mielomeningocele é uma malformação no fechamento do tubo neural, podendo ser causado pela deficiência de acido fólico, hipertermia materna durante os estágios iniciais da gravidez. Diante da ocorrência de fatores de risco como a ausência de ácido fólico na dieta materna e doenças associadas, chamamos atenção para a necessidade permanente de reposição desta substância, a fim de prevenir defeitos neurológicos congênitos. Embora já existam ações neste sentido, diante da gravidade das alterações estruturais e do mal

prognóstico para as crianças acometidas pela MMC se faz necessário que tais ações sejam intensificadas e que informação para prevenção seja reforçada em ações de educação em saúde e prevenção.

PALAVRA-CHAVE: mielomeningocele, criança, ortopedia.

REFERÊNCIAS

FREITAS, Giselle Lima de et al . Reabilitação de crianças e adolescentes com mielomeningocele: o cotidiano de mães cuidadoras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 4, e60310, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400410&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2018. Epub Feb 09, 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60310.

FIGUEIREDO, Sarah Vieira et al . Conhecimento das famílias de crianças e adolescentes com malformação neural acerca dos seus direitos em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 671-678, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400671&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150090.

SANTOS, Rafael Cantarelli dos et al . Avaliação dos resultados pós-cifosectomia na mielomeningocele pela técnica de Dunn-McCarthy modificada. **Coluna/Columna**, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 28-31, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512013000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512013000100006.

FERREIRA, Fabiane Ramos et al . Independência funcional de crianças de um a quatro anos com mielomeningocele. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 196-201, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000200196&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17006325022018.

FIGUEIREDO, Sarah Vieira; SOUSA, Ana Carla Carvalho de; GOMES, Ilvana Lima Verde. Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 1, p. 88-95, Feb. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100088&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690112i.

FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COMO ATAXIA ESPINOCEREBELAR: RESUMO SISTEMÁTICO.

Antonio Gonçalves Sobrinho Neto[1], Aline Guimarães Carvalho[2].

[1] Discentes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail:
[2] Docente do Curso de Bacharelado em Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

As Ataxias Espinocerebelares (AEC) são um grupo variado de enfermidades neurodegenerativas que se caracterizam pela presença de ataxia cerebelar progressiva e têm como manifestações clínicas iniciais a deterioração no equilíbrio e na coordenação, além de distúrbios oculares. As ataxias podem ser classificadas em: sensitiva, frontal, vestibular e/ou labiríntica e cerebelar (ZEIGELBOIM et al., 2013). A ataxia espinocerebelar é uma patologia hereditária de alterações neurodegenerativas, caracterizada clinicamente por progressiva oscilação postural correlacionada com oftalmoplegia, disartria, disfagia e sinais piramidais e extrapiramidais (FREITAS, OLIVEIRA, 2006).

REFERENCIAL TEORICO

O cerebelo possui um importante papel no sistema nervoso devido suas funções e inter-relações, recebendo informações da medula espinhal e do córtex cerebral, que lhes fornece feedback sobre os movimentos e informações sobre o planejamento dos movimentos. Sendo assim, ele desempenha funções importantes no sistema motor, ajustando respostas motoras através da comparação do resultado pretendido com os sinais sensoriais; atualizando comandos de movimentos, modulando a força e a amplitude dos movimentos envolvidos na aprendizagem motora (FREITAS, OLIVEIRA, 2006). A ataxia é uma falha na execução de movimentos coordenados sendo caracterizada por erros na métrica do movimento, incapacidade de manter um movimento regular de ritmo alternado e erros na regulação do tempo de movimentos de articulações múltiplas. A marcha do indivíduo acometido com essa patologia pode ser associada à de alguém embriagado, onde o mesmo pode não andar em linha reta, apresentar comprimento dos passos desiguais onde os pés podem ficar mais próximos ou mais distantes ou, ainda, podem levantar sem um ritmo ou altura regulares. Os músculos da fonação e os movimentos voluntários dos olhos são acometidos, causando uma

fala de difícil compreensão e o nistagmo (oscilações rítmicas repetitivas em um ou ambos os olhos) respectivamente. Vale ressaltar que os erros na velocidade e nível absoluto da força de contração muscular acompanhados de dismetria, podem ser a causa do comprometimento da marcha do indivíduo (FREITAS, OLIVEIRA, 2006). Na maioria dos casos, a AEC é causada por mutações caracterizadas pela presença de um trinucleotide CAG, repetido, expansivo e instável, na região codificada do gene avaliado. A AEC tipo 3, conhecida como doença de Machado-Joseph, é a mais comum no Brasil, porém na região Sul, há uma maior quantidade de famílias portadoras da doença (ZEIGELBOIM et al., 2013). Com isso, a fisioterapia neurofuncional pode trabalhar na realização de atividades que promovam o ganho de força muscular, melhoramento da estabilidade do tronco, normalização da velocidade do movimento, treinamento de marcha, dentre outros exercícios, com o objetivo de promover ao paciente a maior independência possível (FREITAS, OLIVEIRA, 2006).

OBJETIVO

A presente pesquisa tem como objetivo realizar uma revisão sistemática para descrever a atuação do fisioterapeuta na Ataxia Espinocerebelares.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão bibliográfica da literatura, que envolve a seleção e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram às bases de dados e revistas indexadas disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Lilacs, PubMed e SciElo. A busca totalizou em 10 artigos, através dos termos “ataxia espinocerebelar” e “ataxia espinocerebelar na fisioterapia, no qual 3 artigos compuseram a amostra, em relação aos critérios de seleção foram excluídos artigos que não tinham relevância para esta temática.

RESULTADOS

Apesar das limitações que um paciente com ataxia espinocerebelar pode apresentar, intervenções fisioterapêuticas se mostraram eficazes em estudos feitos, sendo essa melhora apresentada mais rápido em pacientes com idades não tão avançadas e com pouco tempo da doença. Nos estudos de Zeigelboim et al. (2013), realizados através da reabilitação vestibular

com o uso da realidade virtual, três de quatro pacientes apresentaram melhora significativa em suas atividades de vidas diária, coordenação dos movimentos e equilíbrio corporal, correção da postura, aumento da capacidade de locomoção e da amplitude de movimentos; o quarto não obteve tantos resultados devido sua idade cronológica avançada e tempo da doença. Nos estudos Martins et al. (2013), foram realizados exercícios de equilíbrio, marcha, fortalecimento muscular, alongamento e coordenação que apresentaram além dos benefícios já citados, melhora do estadiamento da doença e aumento da velocidade e do comprimento do passo. Sendo assim, fica claro que a intervenção fisioterapêutica se mostra eficaz e com diversos benefícios que podem ser proporcionados aos pacientes acometidos com essa doença.

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto sobre a ataxia espinocerebelar, podemos concluir que essa patologia acomete ao sistema nervoso central provocando inúmeras consequências e limitações ao paciente, mas estudos comprovaram que com uma intervenção eficaz os danos podem ser corrigidos promovendo ao paciente melhora na condução de suas atividades de vida diária, coordenação de movimentos bem como fortalecimento muscular e melhora de marcha. Apesar de haver uma grande quantidade de publicações que abordem de formas mais específicas sobre a doença, observou-se uma carência de publicações que abordassem a doença como um todo e sugerimos que mais trabalhos científicos sejam elaborados nessa área cientifica.

PALAVRAS CHAVE: Ataxias espinocerebelares, doenças cerebelares, sistema nervoso central.

REFERENCIAS

FREITAS, A. M.; Oliveira, A. P. R. Efeitos da intervenção fisioterapêutica nas habilidades funcionais e no equilíbrio de uma paciente com ataxia Espinocerebelares: estudo de caso. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 53-59, 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/fpusp/article/download/76308/80027>. Acessado em: 23/08/2018.

MARTINS, C. P.; RODRIGUES, E. C.; OLIVEIRA L. A. S. Abordagem fisioterapêutica da ataxia espinocerebelar: uma revisão sistemática. **Fisioter.**

Pesqui., São Paulo , v. 20, n. 3, p. 293-298, set. 2013 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000300015&lng=pt&tlng=pt>. Acessado em: 27/08/2018.

Zeigelboim, B. S. et al. Reabilitação vestibular com virtualidade na ataxia espinocerebelar. **Audiol., Commun. Res.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 143-147, junho de 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000200013&lng=pt&tlng=pt>. Acessado

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO: UMA REVISÃO ACERCA DA INFLUÊNCIA DA ARTRITE REUMATOIDE COMO UMA DAS CAUSAS

Sebastião Matheus Lourenço Lima[1]; Helyson Carlos Lucena Araujo[2]; Maria Elizangela Batista Morais[2]; Arnaldo Emmanoell Lacerda Lopes[2]; Samara Campos de Assis[3].

[1],[2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: sebastiaomatheus222@gmail.com;
[3]Professora Mestranda do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Túnel do Carpo (STC) foi descrita pela primeira vez pelo cirurgião britânico James Paget em 1854, ao observar uma doença que acometia antebraço, punho e mão, causando parestesia, dor e incapacidade funcional destes. Refere-se a uma condição obtida por complicações na saúde ocupacional, principalmente no que se diz respeito a trabalhos manuais de preensão, força ou de repetição (LIMA e LIMA; 2017).

A Artrite Reumatoide é uma doença inflamatória crônica, associada a deficiências funcionais em decorrência de lesões articulares (IOP et al; 2015). O punho é a articulação mais acometida nesta patologia, e a síndrome do túnel do carpo (STC) é uma potencial sequela.

REFERENCIAL TEÓRICO

A STC é a neuropatia compressiva mais frequente sendo responsável por 90% das ocorrências (SILVA et al;2014). Estima-se que esteja presente em 3,8% da população mundial. É uma condição de indivíduos de meia idade marcada com pico de prevalência em torno de 55 a 60 anos e afeta mulheres mais frequentemente que homens (LIMA e LIMA; 2017). Caracteristicamente, os sintomas são parestesia e dor noturna que podem acordar o paciente durante o sono e podem melhorar com uso de talas para imobilização do punho e com movimentos na mão e no punho. A dor pode ter irradiação proximal para o braço e o ombro (FILHO E OLIVEIRA; 2017). No Brasil, representa mais da metade dos casos de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), sendo estes responsáveis por cerca de 70% das doenças do trabalho que necessitam de concessão de benefícios previdenciários por afastamento (LIMA e LIMA; 2017).

A Atrite Reumatoide (AR) é uma possível causa para a STC, pois, no punho acometido pela artrite a expansão sinovial, as erosões articulares e a frouxidão ligamentar resultam em perda na altura do túnel do carpo e aumento de sua pressão. Estas condições contribuem para o prejuízo no transporte entre os axônios e aumentam a compressão do nervo mediano (SAKTHISWARY e SINGH; 2017).

A Síndrome do Túnel do Carpo é, em grande parte, diagnosticada clinicamente, embora testes eletrofisiológicos (estudos de condução nervosa [ECN], eletromiografia [EMG]) e a avaliação ultrassonográfica do nervo mediano possam ser úteis para apoiar este diagnóstico (SAKTHISWARY e SINGH; 2017). Para seu tratamento, de acordo com os estudos de Chammas et al; 2014 existe um nível suficiente de evidências sobre a eficácia da injeção de corticoides, imobilização local por órteses e corticoterapia via oral.

OBJETIVO

Revisar a literatura acerca da Síndrome do Túnel do Carpo, bem como a influência da artrite reumatoide como complicação desta patologia.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão da literatura, realizada entre Julho e Agosto de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine, onde, após aplicação dos descritores: “Síndrome do túnel do carpo”, “Artrite reumatoide” e “Nervo mediano” foram encontrados 42 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em línguas portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2014 e 2017, com temas relacionados a Síndrome do Túnel do Carpo e a sua relação com a Artrite Reumatoide. Foram excluídos artigos publicados anteriormente a 2014. Restaram finalmente sete artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

Entre as neuropatias compressivas, Silva et al (2014) constatou que a Síndrome do Túnel do Carpo é a mais frequente, sendo responsável por 90% das ocorrências. A STC é uma

das complicações da saúde ocupacional no que se diz respeito a trabalhos manuais de preensão, força ou de repetição (LIMA e LIMA; 2017). A sintomatologia da STC inclui parestesia e dor noturna que podem ser amenizadas com o uso de talas no punho para imobilização do mesmo. Estas dores podem ter irradiação proximal para o braço e o ombro (FILHO e OLIVEIRA; 2017, CHAMMAS et al., 2014, SPAHN et al., 2012).

A Artrite Reumatoide (AR) é frequentemente citada na literatura como uma das etiologias comuns de STC devido ao fato de que esta patologia pode causar complicações no túnel do carpo por conta de sua inflamação crônica característica que provoca um aumento da pressão local e, consequentemente, comprime o nervo mediano, o que demanda prejuízos no transporte axonal e ocasionando comprometimentos na movimentação e sensibilidade do membro acometido e demais sintomas da STC (SAKTHISWARY e SINGH; 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir-se, então, que a Artrite Reumatoide pode ser uma influência para o surgimento da síndrome do túnel do carpo. A STC apresenta sintomas adquiridos através da compressão do nervo mediano, causando deficiências no transporte axonal, podendo acarretar dores, edemas e sensações de formigamento. A relação desta com a artrite reumatoide, é que esta última é uma inflamação crônica articular que, se acometer as estruturas próximas ao túnel do carpo, leva ao aumento da pressão entre as estruturas locais, podendo levar ao surgimento da síndrome como uma potencial sequela e comprometimentos sintomáticos característicos.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome do Túnel do Carpo; Artrite Reumatoide; Neuropatias.

REFERÊNCIAS

LIMA, Dartel Ferrari de; LIMA, Lohran Anguera. Prevalência da síndrome do túnel do carpo em trabalhadores que lidam com a ordenha manual de bovinos. **Rev. dor**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 47-50, mar. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000100047&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170011.

Brasil. Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS). Secretaria de Políticas de Previdência Social. Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional. Coordenação-Geral de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Concessão de auxílio doença relacionado a LER/DORT nos anos de 2006 a 2014. Brasília; 2016.

SANTOS, Marcelo Antônio Oliveira; BEZERRA, Lucas Soares; MAGALHAES, Francisco Nêuton de Oliveira. Conduta farmacológica no tratamento de paciente com síndrome do túnel do carpo associada à polineuropatia diabética. Relato de caso. **Rev. dor**, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 316-318, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400316&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150065.

SAKTHISWARY, Rajalingham; SINGH, Rajesh. O envolvimento do nervo mediano na artrite reumatoide tem sido excessivamente valorizado?. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 57, n. 2, p. 122-128, abr. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000200122&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2016.09.001.

CASTRO, Adham do Amaral e et al . Diagnóstico ultrassonográfico da síndrome do túnel do carpo: um estudo em 200 trabalhadores hospitalares. **Radiol Bras**, São Paulo , v. 48, n. 5, p. 287-291, out. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842015000500287&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0069.

IOP, Rodrigo da Rosa et al . Capacidade de produção de força de preensão isométrica máxima em mulheres com artrite reumatoide: um estudo piloto. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 11-16, mar. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502015000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.590/1809-2950/12371922012015.

CHAMMAS, Michel et al . Síndrome do túnel do carpo - Parte II (tratamento). **Rev. bras. ortop.**, São Paulo , v. 49, n. 5, p. 437-445, out. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162014000500437&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jun. 2018. http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2014.08.002.

TROFIA MUSCULAR ESPINHAL E A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA

Thayssa Sarmento Zuza Silveira[1]; Ayza Hellen Estevam dos Santos[1]; Jéssica de Oliveira Silva[1]; Lidiane goncalves da Silva[1]; Luzia Layanne Nóbrega da Silva[1]; , Felipe Longo Correia de Araújo2[2]

[1]Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP
E-mail[1]: thayssasarmentozuza@hotmail.com
[2] Professor Mestre Felipe Longo Correia de Araújo.

INTRODUÇÃO

Werdnig-Hoffmann mais conhecida como Atrofia Muscular Espinhal (AME), é uma doença degenerativa e neuromuscular específica que não tem cura; seus portadores apresentam hipotonia grave, fraqueza muscular difusa, arreflexia e incapacidade de sentar sem apoio (MAGALHÃES et al., 2015), a fisioterapia possui um papel essencial no tratamento dessa doença, buscando a melhoria de vida desses pacientes.

REFERENCIAL TEÓRICO

A AME pode ser classificada em quatro tipos, de acordo com a idade de início da doença e a máxima função motora adquirida. AME tipo I, AME tipo II, AME tipo III e AME tipo IV. A AME tipo I irá iniciar na fase mais nova da vida, entre o nascimento e os seis meses de vida do bebê. AME tipo II terá início entre os seis a dezoito meses de vida da criança. AME tipo III aparece após os dezoito meses de vida, nesse tipo existe a AME IIIa que é quando o bebê apresenta o aparecimento dessa doença antes dos três anos de idade e o tipo IIIb que é após de três anos de vida. E a AME tipo IV, não há uma idade exata para seu aparecimento, entretanto segundo Russman (2007) diz que ela se desenvolve após os 10 anos de idade, enquanto Wang et al (2007) relata que o início da fraqueza ocorre normalmente na segunda década de vida ou por volta dos 30 anos (BAIONI 2010).

A fisioterapia é um recurso de extrema importância do ponto de vista motor e respiratório, proporcionando atenção especial às crianças que apresentam afecções neurológicas, atuando na prevenção e no tratamento de deformidades ósseas e distúrbios respiratórios, resultando em melhora da qualidade de vida (SOARES et al, 2013).

OBJETIVO

Verificar a eficiência do tratamento fisioterapêutico em pacientes com atrofia muscular espinhal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica com artigos científicos obtidos a partir de dados do Scielo, PubMed e Google acadêmico, usando os descritores: Atrofia muscular espinhal; AME; Terapia intensiva; Síndrome de Werdnig-Hoffman; Fisioterapia; Fisioterapia na Amiotrofia Muscular Espinhal. As buscas foram concentradas em artigos científicos originais publicados entre os anos de 2000 a 2015, que estivessem disponíveis na íntegra e excluídos os que não estavam de acordo com os descritores.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com os descritores foram encontrados no total 14 artigos, dos quais 9 foram excluídos, restando então apenas 5 que compuseram a amostra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com isso, observou-se que a fisioterapia é de grande importância para pacientes com atrofia muscular espinhal, através da fisioterapia observa-se uma melhora na qualidade de vida do paciente, tratando desde a questão motora até a questão respiratória.

PALAVRAS CHAVES: Atrofia muscular espinhal; AME; Terapia intensiva; Síndrome de Werdnig-Hoffman; Fisioterapia; Fisioterapia na Amiotrofia Muscular Espinhal.

REFERÊNCIAS

BAIONI M. T. C.**;** AMBIEL C. R. **Atrofia muscular espinhal: diagnóstico, tratamento e perspectivas futuras.** J. Pediatr. (Rio J.) vol.86 no.4 Porto Alegre July/Aug. 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400004&lang=pt Acesso em: 20 de setembro de 2018.

MAGALHÃES, P. A. F.; AMORIM A. C. G.; MENDES A. P.; RAMOS M. E. A.; ALMEIDA L. B. S.; DUARTE M. C. M. B. **Dispositivos ventilatórios não invasivos em criança portadora de amiotrofia espinhal do tipo 1: relato de caso.** Recife; Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.15 no.4 Oct./Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000400435&lang=pt. Acesso em: 19 de setembro de 2018

RUSSMAN B. S. Spinal Muscular Atrophy: Clinical Classification and Disease Heterogeneity First Published August 1, 2007 Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17761648 Acesso em: 20 de setembro de 2018.

SOARES J. A.; SILVA N. L. S.; LEITE S. O.; PARISI M. T. **Fisioterapia e qualidade de vida de paciente com amiotrofia espinal progressiva tipo I – Relato de Caso.** Arq Ciênc Saúde 2006 jan-mar;13(1):44-7 Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-13-1/ID%20159.pdf Acesso em: 20 de setembro de 2018.

WANG C. H.; FINKEL R. S,; BERTINI E. S.; SCHOROTH M.; SIMONDS A.; Wong B.; ALOYSIUS A.; MORRISON L.; MAIN M.; CRAWFORD T. O.; TRELA A.; Participants of the International Conference on SMA Standard of Care.**Consensus statement for standard of care in spinal muscular atrophy. J Child Neurol.** 2007;22:1027-49. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17761659 Acesso em: 20 de setembro de 2018.

INFLUÊNCIA DA EQUOTERAPIA NO TÔNUS MUSCULAR DE SEUS PRATICANTES

Kéttylla Kelly Silva Gomes[1]; Ana Helena Vale de Araújo[2]; Manuela Carla de Souza Lima Daltro[3].

[1] [2]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: kettyllakelly@hotmail.com
[3] Professora Doutora em Ciências da Saúde pela FCMSCSP e Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A Equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro da abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais. O cavalo influencia, pelo movimento, o desenvolvimento motor, psíquico, cognitivo e social do praticante de equoterapia. Nessa atividade, o sujeito do processo participa de sua reabilitação, na medida em que interage com o cavalo (CIRILLO, 2006).

REFERENCIAL TEÓRICO

A Equoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo como recurso cinesioterapêutico dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de equitação, educação e saúde objetivando a reeducação e a reabilitação motora e mental do praticante. De acordo com a Associação Nacional de Equoterapia – ANDE BRASIL, essa abordagem deve buscar o desenvolvimento biopsicossocial do praticante. A equoterapia é um dos tipos de terapia assistida por animais que utiliza o cavalo ao passo como instrumento cinesioterapêutico (KOBAYASHI et al., 2009).

O cavalo possui uma marcha tridimensional, semelhante à do homem, que consiste em movimentos em três eixos, vertical, para a direita e esquerda e no sentido anteroposterior. Ele transmite tais movimentos ao cavaleiro, e este, para se manter sobre o animal deve realizar ajustes posturais partindo da pelve, tronco, membros superiores e cabeça, os quais proporcionam alterações favoráveis em algumas variáveis cinemáticasdo andar dos praticantes e na melhora de déficits no equilíbrio e na estabilidade do padrão do andar (SILVEIRA; WIBELINGER, 2011).

Através do passo o cavalo produz uma série de movimentos sequenciados e simultâneos e os transmite para o cavaleiro, resultando em ajuste tônico, manutenção da postura e do equilíbrio, esses movimentos são conhecidos como movimento tridimensional do cavalo e para que eles ocorram há influência de alguns fatores que são: as andaduras do cavalo (trote, passo e galope), tipos de solo (arenoso, gramado e cimentado) e dos tipos de amplitude do passo do cavalo (antepistar, sobrepistar e transpistar) (NASCIMENTO, et al., 2010; FERREIRA, J.B. 2009)

O tipo de solo a ser trabalhado com o cavalo também poderá influenciar no tônus do paciente. O solo rígido (terra batida) evidenciará maior estimulação proprioceptiva do que o solo de areia (macio), que absorvera parte do impacto da pata do cavalo contra o chão, diminuindo principalmente a ativação dos receptores articulares de pressão, também responsáveis pelo aumento do tônus (TEIXEIRA; SASSÁ; SILVA, 2006)

A prática da equoterapia busca benefícios biopsicossociais às pessoas com deficiências físicas ou mentais e/ou com necessidades especiais, tais como lesões neuromotoras de origem encefálica ou medular, patologias ortopédicas congênitas ou
adquiridas por acidentes diversos, disfunções sensório-motoras, necessidades educativas especiais e distúrbios evolutivos, comportamentais, de aprendizagem e emocionais (MONTEIRO, 2014).

OBJETIVO

Descrever estudos sobre a influência da equoterapia na adequação do tônus muscular em seus praticantes

MÉTODOS

Revisão sistemática que visa apresentar pesquisas já desenvolvidas na área, contribuindo para o processo de sintetização e análise de resultados de vários outros estudos, criando assim uma literatura completa e compreensível. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de pesquisa no site SCIELO, utilizando palavras-chave como: Equoterapia e tônus muscular. Foram utilizados 8 artigos no período de 2013 a 2017. Todo o material pesquisado está relacionado direta ou indiretamente ao tema.

RESULTADOS

Foi possível observar que a Equoterapia mostra influência positiva em relação ao tônus muscular de seus praticantes. Devido ao alinhamento do centro de gravidade homem/cavalo, o movimento tridimensional que o cavalo realiza pode ser responsável por acionar o sistema nervoso, assim alcançando objetivos neuromotores como o ajuste tônico, além de melhora do equilíbrio, alinhamento corporal, consciência corporal, coordenação motora e força muscular.

A equoterapia aliada com a fisioterapia convencional mostraram influenciar na aquisição de marcos motores em portadores de diversas patologias, isso ocorre pois a posição de montaria associada ao movimento produzido pelo passo do cavalo solicita constantes ajustes posturais, combinados à dissociação das cinturas pélvica e escapular, provocam reações de retificação do tronco e ajustes tônicos que atuam dinamicamente na busca pela estabilidade e controle postural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Equoterapia é uma terapia complementar à Fisioterapia e tem se mostrado eficaz na melhora da adequação do tônus muscular de seus praticantes assim como na melhora de outros aspectos relacionados à funcionalidade e o emocional do indivíduo. Apresenta como meta terapêutica chegar ao máximo de função com o mínimo de patologia, desenvolver no praticante capacidades funcionais que permitam chegar a fases tão altas de desempenho motor como a fase do esporte equestre.

PALAVRAS-CHAVE: Equoterapia, Tônus Muscular, Desenvolvimento motor.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA – ANDE BRASIL. Disponível em: < http://equoterapia.org.br/articles/index/articles_list/134/80/0>. Acesso: 19 de setembro de 2018.

CIRILLO, L. C. O cavalo e a equitação: conhecimentos fundamentais. Brasília. Athalaia. p. 61-69, 2006.

FERREIRA, J. B. Os benefícios da equoterapia no tratamento de pacientes portadores da síndrome de down. 2009. Disponível em:

<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/6873/pdf>. Acesso: 12 de setembro de 2018.

GRAUP, S. et al. Efeito da equoterapia sobre o padrão motor da marcha em crianças com síndrome de Down: uma análise biomecânica. **Revista Digital.** Buenos Aires: 2006;96. Disponível em: <http://www.efdeportes. com/efd96/equot.htm>. acesso: 17 de setembro de 2018.

KOBAYSHIL, C. T. Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em Hospital Universitário. Relato de experiência. **Rev Bras Enferm.** Brasília: v. 62, n. 4, p. 632-6, 2009.

MENEGHETTI, C. H. Z.; PORTO, C. H. S.; IWABE, C.; POLETTI, S. Intervenção da equoterapia no equilíbrio estático de crianças com síndrome de Down. **Rev Neurociênc.** v. 17, n. 4, p. 392-6, 2009.

MONTEIRO, M. M. L. Equoterapia como recurso terapêutico na prevenção de quedas em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Revisão de literatura. **Revista Portal de Divulgação**. v. 9, n. 39, 2014.

NASCIMENTO, M. V. M. et al. O valor da equoterapia voltada para o tratamento de crianças com paralisia cerebral quadriplégica. Disponível em: < http://www.redalyc.org/pdf/930/93012727006.pdf>. Acesso: 12 de setembro de 2018

PIEROBON, J. C. M.; GALETTI, F. C. Estímulos sensório-motores proporcionados ao praticante de equoterapia pelo cavalo ao passo durante a montaria. **Ens Cienc Biol Agr Saúde.** v. 12, n. 1, p. 63-79, 2008.

SILVEIRA, M. M.; WIBELINGER, L. M. Reeducação da Postura com a Equoterapia. **Rev Neurocienc.** v. 19, n. 1, p. 519-24, 2011.

TEIXEIRA, E. V.; SASSÁ, P.; SILVA, D. M. Equoterapia como recurso terapêutico na espasticidade de membros inferiores em criança com paralisia cerebral diplégica. **Rev. Conexão Eletrônica.** Três Lagoas: v. 13, n. 1, 2016.

CARACTERIZAÇÃO DA FUNÇÃO MUSCULAR PROXIMAL EM CRIANÇAS COM DISTROFIA MUSCULAR DE CINTURAS: SÉRIE DE CASOS

Ana Helena Vale de Araújo[1]; Sêmio Wendel Martins Melo[3]; Renan Alves da Silva Júnior[3]

[1] [2]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: anahelenavalear@gmail.com
[3] Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A Distrofia Muscular de Cinturas (DMC) apresenta uma deficiência e degeneração no processo de regeneração das fibras musculares, provocando uma gradual substituição das fibras musculares por tecido fibroso e adiposo predominantemente na musculatura proximal (CORDEIRO; GAIAD, 2015). Envolve oito formas com padrão autossômico dominante (DMC1) e dezesseis formas de herança autossômica recessiva (DMC2), sendo as formas recessivas mais comuns, particularmente em crianças (ALBUQUERQUE, 2013). Sua incidência é estimada em 1:100.000 habitantes e a prevalência dos diferentes tipos variam entre a população global (CORDEIRO; GAIAD, 2015).

REFERENCIAL TEÓRICO

A DMC pode apresentar características clínicas como fraqueza muscular progressiva com predomínio na musculatura proximal da cintura escapular e pélvica, frequentemente associada a outros sinais, como pseudo-hipertrofia de panturrilhas, retrações articulares e deformidades esqueléticas, tais como escápula alada e escoliose (ALBUQUERQUE, 2013). A presença de quedas frequentes, dificuldade de sentar-se e levantar-se ou subir degraus, são observações importantes no histórico de pacientes com fraqueza de membros inferiores como também o sinal peculiar presente nestas doenças conhecido como “sinal de Gower”, que é a passagem da posição deitada para a bipedestação e “consiste em levantar-se apoiando sucessivamente as mãos nos diferentes segmentos dos membros inferiores, de baixo para cima, como se a criança estivesse ascendendo sobre si mesma” (DIAMENT A; CYPEL, 1996). Queixas de dor são comuns em pacientes com miopatia, especialmente nos casos mais avançados em decorrência das alterações posturais e sobrecarga nas articulações (DARRAS, 2006).

OBJETIVO

Caracterizar a função muscular proximal em duas crianças portadoras da distrofia muscular de cinturas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, de abordagem quantitativa descritiva e delineação a partir de uma série de casos. A população foi constituída por dois participantes, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, com idade mínima de oito anos e máxima de doze anos, portadores de distrofia muscular de cinturas. Com o intuito de obter dados relativos à atividade elétrica muscular foi utilizado o eletromiógrafo Miotec 400 com quatro canais, eletrodos autoadesivos AG-AgCI, conectado ao computador portátil responsável por efetuar a leitura da atividade elétrica. Foram realizadas quatro coletas, uma a cada dois meses. As coletas iniciaram-se através de uma higienização da região anatômica desejada com álcool 70%, seguido da conexão dos eletrodos do tipo autoadesivos entre o ponto motor e o tendão de inserção dos músculos referentes ao membro dominante de cada um dos participantes. Os músculos avaliados foram: trapézio, deltoide anterior, glúteo máximo e glúteo médio. Para o músculo trapézio foi requisitado o movimento de elevação escapular. No que diz respeito ao deltoide anterior, o movimento consistiu em flexão de ombro com o braço estendido. Por fim, o músculo glúteo máximo foi avaliado realizando uma hiperextensão de quadril e o músculo glúteo médio foi avaliado realizando uma abdução de quadril. Todos os movimentos foram realizados sem resistência, utilizando-se apenas do peso corporal em relação ao centro de gravidade. A captação do sinal teve duração de dez segundos para cada músculo avaliado. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 80285817.5.0000.5181.

RESULTADOS

Os dados parciais preliminares da pesquisa demonstraram que Na coleta inicial, a criança um (sexo masculino) apresentou dados eletromiográficos com média de contrações no músculo trapézio o valor correspondente a 121,78us. Por sua vez, a criança dois (sexo feminino) apresentou a média de contrações com o valor de 98,21us na mesma musculatura. Os dados obtidos na segunda e terceira coleta revelaram uma média de contração de 77,25us e 144,78us na criança um seguido de 225,47us na quarta coleta. Enquanto a criança dois

apresentou os valores de 111,43us, 89,36us, 75,39us na segunda, terceira e quarta coleta, respectivamente.

Em relação ao músculo deltoide anterior, as médias de contrações alcançadas pela criança um foram da ordem de 200,64us na coleta inicial, de 323,78us na segunda coleta, de 179,07us na terceira coleta e de 348,26us na quarta coleta. Já a criança dois mostrou resultados na média de contração para o mesmo músculo, os valores de 881,86us na primeira coleta, 1485,38us na segunda coleta, 1074,77us na terceira coleta e 1499,18us na quarta coleta.

Quanto aos membros inferiores, a avaliação restringiu-se aos músculos glúteo máximo e glúteo médio, sendo que para o primeiro músculo a criança um exibiu os números de 34,02us, 134,55us, 98,52us e 82,12us para a primeira, segunda, terceira e quarta coletas, respectivamente, ao mesmo tempo em que os números da criança dois foram 78,03us, 138,13us, 102,06us e 87,51us. Para o segundo músculo avaliado obtivemos resultados no valor de 171,04us, 69,38us, 173,28us e 56,99us, para a criança um e 39,05us, 216,82us, 183,82us e 98,61us para a criança dois na primeiras segunda, terceira e quarta coletas, nessa ordem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no decorrer da execução do estudo mostram uma notável variação ao longo do tempo, tanto na avaliação dos músculos individualmente considerados, quanto na comparação entre os números apresentados pelas crianças um e dois. Desse modo, não foi possível estabelecer até o presente momento um padrão de comportamento nos dados eletromiográficos colhidos, razão pela qual se faz necessário a continuidade da pesquisa, tendo em vista que o estudo encontra-se em andamento.

PALAVRAS-CHAVE: Distrofia Muscular; Distrofia Muscular de Cinturas; Eletromiografia;

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. A. V. **Distrofia Muscular de Cinturas em Crianças; caracterização clínica, histológica e molecular.** São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.

CORDEIRO, S. A; GAIAD, T. P. Evolução funcional da distrofia muscular do tipo cinturas em indivíduos de uma mesma família. **R. bras. Ci. e Mov,** v. 23, n. 4, p. 104114, 2015.

DARRAS, B. T. Muscular dystrophies. Continnum: lifelong learning in neurology. v. 12, n.3, p. 33-75, 2006.

DIAMENT, A.; CYPEL, S. **Neurologia Infantil.** 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996.

ESTIMULAÇÃO DA PSICOMOTOTRICIDADE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Maria Raquel Brasileiro De Farias [1]Williany Gomes[1], Brunna Mayanny Moura de Freitas[1], Pablo Silva Ribeiro de Albuquerque[2],

1 Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: rakellyfarias@hotmail.com
2 Professoror do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: pabloalbuquerque@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O sistema motor precisa ter um parâmetro de controle referente ao desenvolvimento de outros sistemas, é necessário que ocorra um controle motor em primeira instância. A criança ao tentar executar uma atividade motora exibe uma grande inconsistência no seu modo comportamental, (Kelso, 1995).

É de suma importância o interesse geral do quadro de profissionais quanto as necessidades da criança, sejam eles educadores, psicólogos, médicos, terapeutas, nutricionistas, entre outros. Cujos comportamentos são incompatíveis com uma aprendizagem típica para uma determinada idade. (CORREIA, 2007).

O período da educação no momento pré-escolar é determinado por mudanças ao nível físico, motor, linguístico, comportamental e emocional. Neste setor é possível que este período desempenhe um papel importante ao nível de comportamento sócio-emocional e da construção do autoconceito da criança, (MAJOR, 2011).

A prática da educação motora possui influência durante o processo de desenvolvimento em crianças com dificuldades escolares, como problema de atenção, leitura, escrita, cálculo e socialização (GREGÓRIO et al., 2002).

O enfrentamento dos contextos familiares e escolares, e a aquisição de novas experiências, nem sempre são fáceis de agregar-se, poderá carecer de ser mediado através de contextos lúdicos, (Merrel, 2008).

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo revisar a literatura sobre a Importância da estimulação psicomotora na aprendizagem infantil.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica, baseada em trabalhos escritos em português, obtidos a partir das bases de dados: BIREME, SCIELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores: Estimulação, psicomotricidade, infantil; bem como publicações realizadas entre 2010 e 2018.

A produção deste estudo foi embasada em 15 artigos científicos previamente selecionados e especificados quanto ao presente estudo.

Foram considerados critérios de inclusão: A importância da apredizagem Psicomotora na Educação Infantil para a prevenção de Dificuldades. Para isso, procurou-se conhecer as bases teóricas da Psicomotricidade, que se faz cogente para o desenvolvimento humano. Em seguida buscou-se o histórico da Educação Psicomotora, sendo assim nomeada por ser aplicada no âmbito escolar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa em questão teve como intuito demonstrar, que é possível desenvolver as capacidades infantis por meio do trabalho com a Educação Psicomotora, bem como, a necessidade atrelada a estas práticas para a vida dos mesmos.

Com os resultados da pesquisa observou-se efeitos positivos em relação á estímulos motores desde cedo, onde leva para criança benefícios em relação a suas funções psicomotoras, obtendo atributos e realização de determinadas tarefas no seu dia-a-dia.

Segundo Gallahue (2005, p. 54), o desenvolvimento motor apresenta fases e estágios. Isto é, o modo de desenvolvimento motor que revela-se por meio de alterações no comportamento motor. É possivel observar diferenças de desenvolvimento, como também no comportamento motor provocadas por fatores próprios do indivíduo (biologia), do ambiente através de experiências, e da tarefa em si (físico/ mecânicos). Assim, mostrando o processo de desenvolvimento motor que pode ser considerado justamente sob o aspecto de fases e estágios.

Le Boulch destaca aimportância da psicomotricidade ser trabalhada na escola nas séries iniciais, deve dar-se inicio desde cedo os aprendizados em escolas primárias, pré-escolas e escolas. Pois é altamente importante essa educação psicomotora desde cedo, onde leva a criança a tomar consciência de seu corpo, da lateralidade, a situar-se no espaço, a dominar o tempo, como também adquirir habilmente a coordenação de seus gestos e movimentos, e desenvolver sua inteligência, (LE BOULCH, 1984, p. 24).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, foi possível observar que o estimulo da psicomotricidade pode representar ganhos importantíssimos ao nível de conhecimento que a criança tem sobre sí própria, como sua aparência, capacidades e competências em como aumentar a capacidade de saber gerir emoções e frustrações, sendo possível um maior equilíbrio que permitirá a diminuição de problemas de comportamento nos vários contextos.

PALAVRAS-CHAVE: Estimulação, psicomotricidade, aprendizagem infantil

REFERÊNCIAS

AUCOUTURIER, B. (2004). *Los fantasmas de laaccion y lapracticapsicomotriz.* Barcelona: Autoconceito Infantil. *Revista Psychologica*, nº 52-I.

CARNEY, A. G., & Merrell, K. W. (2002). Reliability and comparability of a spanishlanguage form of the Preschool and Kindergarten Behavior Scales. Psychology in the Schools, 39(4), 367-373. doi:10.1002/pits.10033 *conservação e atomismo*. Tradução: Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro:

CORREIA, Luís de Miranda. Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. Rev. bras. educ. espec. [online]. 2007, vol.13, n.2, pp. 155-172. Disponível em: http://www.scielo.br. Acesso em: 06 jun. de 2009.

CRISTINA MURACHCO. Bauru, SP: EDUSC.*developmental issues*. New York: Guilford Press.EditorialGraó.

ELKSNIN, L., &ELKSNIN, N. (2004). The social-emotional side of learning disabilities.

FARIA, L. (2005). *Desenvolvimento do Autoconceito Físico nas Crianças e nos*
FMH.

GREGÓRIO, C. S. B.; PINHEIRO, E. C. T.; CAMPOS, D. E. O. ALFARO, E. J. - Evolução neuromotora de um recém-nascido pré-termo e a correção com os fatores perinatais. Fisioterapia Brasil 2002; 3 (4): 250-255. Disponível em: http://www.scielo.br. Acesso em: 04 jul. de 2009.

KELSO, J.A.S. DYNAMIC PATTERNS. CAMBRIDGE, The MIT Press, 1995.

LOUREIRO, J. 2010, FERRÃO E., NAVIO V., TAVARES A., TELES J. (2010). Avaliação do

MAJOR, S. O., Seabra-Santos, M. J., & Merrell, K. W. (2011). Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª edição (ECIP-2). In C. Machado, M. GONÇALVES, L.

ALMEIDA, & M. R. SIMÕES (Eds.), Instrumentos e contextos de avaliação psicológica (Vol. 1, pp. 249-268). Coimbra, Portugal: Almedina.

MARTINS, R., & FONSECA, V. (2001). *Progressos em Psicomotricidade.* Lisboa: Edições

AVALIÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIORÓFICA ATRAVÉS DA ESCALA DE EGELA

Laiany Cavalcante Lima[1]; Rosilene Nunes Guedes[2]; Talita Abrona dos Santos Lima[2]; Edinete Rosa da Silva[2]; Samara Campos de Assis[3]

[1,2] Estudante de Bacharelado em fisioterapia. E-mail: laianyjustino@hotmail.com
[3] Professora do Departamento de Fisioterapia das faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é caracterizada pela degeneração dos elementos neurais os motoneurônios presente no córtex cerebral, tronco encefálico e na medula espinhal. A perda progressiva dessas estruturas que são característicos dessa doença resulta numa série de alterações cinético-funcional sendo a principal delas a fraqueza muscular comprometendo a funcionalidade da pessoa acometido por esta doença (MENDES et al; 2011).

REFERENCIAL TEÓRICO

A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neurodegenerativa que provoca a morte dos motoneurônios resultando numa atrofia muscular. Inicialmente marcada pela fraqueza muscular à medida que o tempo passa vai aumentando gradativamente dando lugar a paralisia muscular o que torna a pessoa altamente dependentes de ajuda de terceiros na realização de suas AVD'S (FALLER et al; 2012).

Por ser considerada uma doença rara a sua incidência costuma ser 1 à 3 casos em cada 100.000 habitantes, apresentando uma maior prevalência no sexo masculino (WORMS, 2001; DAROFF, 2012; TURNER, 2013).

De acordo com Musant (2000) os sintomas mais comuns vistos nesses pacientes com ELA os mais comuns dentre eles, é a fraqueza muscular tendo inicio nas extremidades propagando-se para o tronco e por fim nos músculos respiratório. Outras manifestações clínicas pode ser vista como fasciculações, desartria, disfagia, câimbras e fadiga progressiva (BROOKS; SWASH, 2000; MITCHELL et al; 2007).

OBJETIVOS

O objetivo desse estudo foi traçar o perfil funcional de pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura. Foram escolhidos vários artigos cientifico para analise da funcionalidade pacientes com ELA utilizando a escala de EGELA na qual foram avaliadas quatro dimensões: Os MMSS e MMII, a fala e a deglutição; tendo em vista as principais áreas acometida por esta patogenia. As fontes de pesquisa utilizada para este estudo no ambiente virtual como Scielo e artigos publicados em periódico usando as palavras-chaves: Esclerose Lateral Amiotrófica, Funcionalidade, EGELA.

RESULTADOS

No decorrer da progressão da doença enxergamos uma queda no desempenho funcional de pacientes que sofre com esta doença por consequência da fraqueza muscular que tem inicio nas extremidades e depois disseminada por todo o corpo acometendo a musculatura respiratória muita das vezes levando à morte dessas pessoas (PONTE, 2010; KRAKORA et al; 2012). Para avaliar a funcionalidade desses pacientes foram utilizado a escala de EGELA na qual analisa o grau de dependência do mesmo cada dimensão e recebe uma pontuação que varia de 10 à 1. Aqueles que atingirem a pontuação máxima de 40 pontos possui uma boa funcionalidade, porém aqueles que apresentarem 4 pontos a sua função encontra-se crítica.

CONSIDERAÇÔES FINAIS

Pacientes que sofrem com a esclerose lateral amiotrófica gerando uma incapacidade funcional significante modificando o seu estilo de vida afetando diretamente a sua qualidade de vida. A escala de EGELA é importante para mensurar o grau de funcionalidade de um indivíduo com esta patogenia servindo como base para buscar métodos na tentativa de melhorar a qualidade de vida desses sujeitos.

PALAVRA-CHAVE: Esclerose Lateral Amiotrófica, Funcionalidade, EGELA.

REFERÊNCIAS

BROOKS.B.R; SWASH.M; MUNSAT.T.L. Abordagem Fisioterapêutica na Esclerose Lateral Amiotrófica: Artigo de Atualização. **Rev Neurocienc,** v.21, n.2, p.313-318, 2013.

DAROFF.R.B; FERNICEL.G.M et al. **Esclerose lateral amiotrófica Revisão bibliográfica da patofisiologia.** 2013. 54 f. Dissertação (Mestre em Medicina ciclo de estudos integrados) – Universidade da Beira Interior ciências da Saúde, Covilhã, 2013.

FALLER.J.W; et al. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). **Cad. Bras. Ter. Ocup**, São Carlos, v.25, n.3, p.585-593, 2017.

KRAKORA.D; MACRANDER.C; SUZUKI.M; et al. Conduta fisioterapêutica no tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica: Atualização. **Revista Brasileira de Iniciação Científica,** Itapetininga, v.4, n.3, 2017.

MENDES.M.X; CARILLO JUNIOR.R; GOSIK.M.S; et al. Estudo dos Principais Tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista Uningá,** Minas Gerais–MG. v.49, p.101-106, jul-set de 2016.

MUSANT, T. L. Evidências para direcionamento da intervenção fisioterapêutica nas alterações cinéticofuncionais geradas pela esclerose lateral amiotrófica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, n.15, jan-mar de 2008.

PONTES.R.T; ORSINI.M; FREITAS.M.R.G; ANTONIOLO.R.S; NASCIMENTO.O.J.M. Conduta fisioterapêutica no tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica: Atualização. **Revista Brasileira de Iniciação Científica,** Itapetininga, v.4, n.3, 2017.

TURNER.M.R; HARDIMAN.O et al. **Esclerose lateral amiotrófica Revisão bibliográfica da patofisiologia.** 2013. 54 f. Dissertação (Mestre em Medicina ciclo de estudos integrados) – Universidade da Beira Interior ciências da Saúde, Covilhã, 2013.

WORMS.P.M. **Esclerose lateral amiotrófica Revisão bibliográfica da patofisiologia**. 2013. 54 f. Dissertação (Mestre em Medicina ciclo de estudos integrados)– Universidade da Beira Interior ciências da Saúde, Covilhã, 2013.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOENÇA DE WERDNIG HOFFMANN (AME): REVISÃO SISTEMÁTICA

Luelma Karolaynne Azevedo e Araújo[1]; Ágatha Lizandra Leite de Oliveira [1]; Marilia Aires Alves de Lima [1];Maria Isabelle Carlos da Silva[1] ; Samara Campos de Assis[2].

[1] Estudantes de Bacharelado em fisioterapia
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

AME (Atrofia Muscular Espinhal) é uma doença neuromuscular degenerativa de herança autossômica recessiva, caracterizada pela atrofia e fraqueza muscular. Manifesta-se precocemente no período pré-natal, por redução dos movimentos fetais, ao nascimento, ou antes, dos seis meses de vida em que a criança apresenta hipotonia grave generalizada, ausência da movimentação, evoluindo com comprometimento respiratório e motor. Após a Distrofia Muscular de Duchenne, a AME é a segunda forma mais frequente de doença neuromuscular da infância.

De acordo com LIMA (2010) estima-se que a sua incidência seja em torno de um em cada 20.000 crianças nascidas vivas, sendo uma das doenças genéticas com maior frequência de mortalidade na infância. Existem três formas clínicas de Atrofia Muscular Espinhal (AME) na infância. A classificação da AME depende da idade de início dos sintomas e do grau de desenvolvimento motor da criança. AME tipo I (Síndrome de Werdnig-Hoffmann) manifesta-se precocemente e é a forma mais grave. AME tipo II (AME Intermediária) e a AME Juvenil tipo III (doença de Kugelberg-Welander) são formas menos graves e manifestam-se mais tardiamente.

OBJETIVOS

Apresentar os efeitos do tratamento fisioterapêutico em pacientes com AME.

MÉTODOS

O presente estudo é caracterizado como uma revisão literária sobre a Atuação da fisioterapia na doença de Werdnig Hoffmann (AME). Com o uso de artigos científicos

referentes ao tema escolhido, foi usada para execução da pesquisa meio eletrônica e bancos de dados da internet como: Google Acadêmico e SCIELO. Para a busca destes artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras chaves: Atrofia Muscular Espinhal, Doenças Neuromusculares, Modalidades da Fisioterapia.

RESULTADOS

Efetuou-se através dos estudos realizados pela análise dos artigos que apoiaram esta pesquisa que o modo em que a fisioterapia apresenta para lidar com tais complicações respiratórias, segundo Bach (2004), é de caráter precoce e preventivo, e objetivo manterem a complacência dos pulmões, favorecer a capacidade das vias respiratórias, tornar adequada a ventilação e perfusão alveolar, considerando os gases sanguíneos presentes dentro da normalidade, e além de tudo, conceder ao paciente uma conveniente qualidade de vida.

Os traços clínicos revelam profunda perda de força, diminuição da amplitude de movimento (ADM), atrofia muscular e arreflexia. Geralmente, os portadores fazem uso de cadeira de rodas e não possuem qualificação para efetuar a marcha. Os músculos acessórios da respiração encontram-se altamente agravados e a deformidade torácica resultante da escoliose torna-se mais acentuada. Técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da atrofia muscular espinhal (AME):

ALVES (2009)	Fisioterapia com suporte respiratório através de ventilação mecânica
IOOS, (2004)	Aplicação de técnicas de higiene brônquica (THB) utilização de ventilação não invasiva e invasiva
LIMA, (2010)	Cinesioterapia global, estimulação motora.
ORSINI, (2008)	Procedimentos cinesioterapêuticos, treinamento de controle motor, alongamento muscular, mobilização articular e ajuste postural.
VASCONCELLOS, (2013)	Medidas de suporte global por meio de fisioterapia aquática e respiratória, e uso da psicomotricidade.

CONCLUSÃO

Os resultados identificados no presente estudo relatam que a Fisioterapia intervém de maneira apropriada para que as manifestações clínicas dos pacientes com AME sejam diminuídas e que a terapia quando executada passe a contribuir para uma melhor qualidade e

prolongamento de vida, sem maiores riscos de morte aos pacientes. Assim, essa patologia necessita de um satisfatório programa de recuperação, visto que, a mesma possui uma ampla via de acesso para complicações na mobilidade em relação ao aspecto motor e incapacidades que impactam o sistema respiratório.

PALAVRAS-CHAVE: Atrofia neuromuscular, fraqueza muscular, fisioterapia.

REFERÊNCIAS

Fisioterapia na doença de Werdnig Hoffmann: relato de caso. 2010. Disponível em:<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1801/321%20relato%20de%20caso. pdf> Acesso em: 24 Set 2018, 16h01min.

Atrofa muscular espinhal: diagnóstico, tratamento e perspectivas Futuras. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3997/399738177004/> Acesso em: 24 Set 2018, 16h06min.

Terapia Neuromotora Intensiva na Reabilitação da Atrofia Muscular Espinhal: Estudo de Caso. 2013. Disponível em:<http://abramebrasil.com.br/images/download/pdf/tratamentos/ventilacao-mecanica/06-Artigo_TNMI.pdf> Acesso em: 24 Set 2018,16h08.

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DOENÇA DE PARKINSON: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Raianny Leitão de A. Oliveira[1]; Adélia de Souza Dantas[1]; Itaniévilly Lima Diniz[1]; Leydijane Araújo de Sousa[1]; Aucélia Cristina Soares de Belchior [2].

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: raianny_leitao33@hotmail.com
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é um distúrbio neurológico, crônico, de caráter progressivo que acomete um em cada mil indivíduos da população em geral (GOULART, 2005; CAMARGOS et al, 2004). A DP é designada pela diminuição de dopamina (neurotransmissor inibitório) na via negro-estriatal, resultante da morte de neurônios da substância negra cerebral. A perda das reservas de dopamina no cérebro resulta do desequilíbrio que afeta os movimentos voluntários. A etiologia não é conhecida, no entanto, no decorrer dos últimos anos, tem-se levado em consideração fatores hereditários, infecciosos, tóxicos, genéticos e ambientais (Morris ME, 2000).

Esta patologia pode acarretar comprometimentos físico, mental, social e econômico, e ainda, afetar o humor, a cognição, o psicológico, a fala e a comunicação, interferindo na qualidade de vida (QV) das pessoas acometidas e de seus familiares.

Os sinais clássicos da doença de Parkinson envolvem rigidez, tremor, bradicinesia, fácies amímica e, em alguns casos, disfunção cognitiva e evolução para quadros demenciais. (STEFANI et al., 2002).

A manifestação primordial da doença de Parkinson mais frequentemente referida é o tremor (LEVY; OLIVEIRA, 2003). É descrito como sendo de repouso, que se agrava durante a marcha, no esforço mental e em situações de tensão emocional; diminui com a movimentação voluntária do segmento afetado e desaparece com o sono (NITRINI; BACHESCHI, 2003).

A bradicinesia (uma diminuição nos movimentos) e acinesia (uma falta de movimento) são identificadas por uma inabilidade para iniciar e realizar movimentos (UMPHERED, 2004).

A marcha é representada por passos curtos, arrastados e com ausência do balançar dos braços (GREENBERG et al., 2005).

A abordagem fisioterapêutica contém exercícios de amplitude de movimento e de mobilidade, de resistência, exercícios respiratórios, exercícios motores, treinamento das atividades diárias, terapia de relaxamento, treino de marcha e hidroterapia. A Fisioterapia contribui na diminuição dos sintomas da doença, evitando agravamentos recorrentes da mesma.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é comprovar através da revisão bibliográfica a eficácia do tratamento fisioterapêutico em pacientes portadores da Doença de Parkinson (DP).

MÉTODOS

Esta pesquisa é de natureza descritiva, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica. Os artigos envolvidos neste estudo foram selecionados em pesquisas realizadas nas bases de dados Scielo; Bireme; Google Acadêmico; Lilacs; dentre outros. Foram identificadas 30 publicações de artigos sobre DP, empregando apenas 08 desses artigos citados, foi realizado no período de abril a maio de 2018, com o intuito de apanhar informações e conhecimentos além do que se procura sobre a eficácia da fisioterapia no tratamento da Doença de Parkinson. Palavras chaves: Doença de Parkinson; Fisioterapia e Reabilitação.

RESULTADOS

A revisão bibliográfica fundamentou-se em uma análise temática, onde foi realizada uma leitura e interpretação minuciosa de cada artigo para um melhor entendimento do conteúdo e contexto das evidências; um estudo comparativo dos temas recorrentes com integração interpretativa dos resultados em novas categorizações temáticas que englobam e transpõem os significados dos estudos constituintes da amostra.

Dos estudos realizados, observou-se que as maiores causas para o surgimento desta patologia são: a idade (geralmente acomete indivíduos acima dos 65 anos e um em cada cem após os 75 anos), o sexo masculino (homens têm pelo menos 50% mais chance de desenvolver a doença de Parkinson do que uma mulher.) e 70% dos casos a principal causa seja a própria doença de Parkinson, doenças diferentes e fatores muito diversos podem

produzir a síndrome, como o uso de drogas para vertigens, tonturas e doenças psiquiátricas e alguns remédios para hipertensão (GOULART, 2005; CAMARGOS et al, 2004; TREVISOL-BITTENCOURT et al., 2005).

A fisioterapia é destinada como tratamento adjunto aos medicamentos ou a cirurgia utilizada na DP. Alguns dos benefícios que o treinamento irá proporcionar será o aumento do tônus dos músculos envolvidos na marcha e o equilíbrio. Capacitando o indivíduo a uma redução das limitações funcionais causadas pela rigidez, lentidão de movimentos e alterações posturais, manutenção ou aumento das amplitudes de movimento prevenindo contraturas e deformidades, melhora do equilíbrio, marcha e coordenação, prevenção de quedas e incentivo ao autocuidado, aumento da capacidade pulmonar e resistência física geral. Precisam ser avaliados os sintomas neurológicos, a habilidade para andar, a atividade da vida diária (AVD), a qualidade de vida (QV) e a integração psíquica (Nieuwboer A et al, 2007), (Kwakkel G. De Goede, C. J. T. VabWegen, E. E. H, 2007).

Como essa doença é caracterizada por sua progressividade, as intervenções de exercícios não devem ser em curto prazo, mas fazerem parte do estilo de vida diário (Morris ME 2000; Reuter I 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão bibliográfica, pode-se afirmar que a Doença de Parkinson é um distúrbio crônico-degenerativo e progressivo e que atinge grande parte da população idosa. As alterações clínicas referentes à doença são especialmente as funções motoras e cognitivas, constituídas pela tríade: tremor de repouso, rigidez e bradicinesia.

A fisioterapia beneficia os aspectos motores, psíquicos e de modo consequente à qualidade de vida, com o intuito de maior independência em executar atividades, evitando o surgimento de posturas inadequadas e deformidades que colaboram para o agravamento dos sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Parkinson; Fisioterapia; Reabilitação.

REFERÊNCIAS

CAMARGOS ACR, CÓPIO FCQ, SOUSA TRR, GOULART F**. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura.** Revista Brasileira de Fisioterapia. 2004;8(3):267-72.

GREENBERG, D. A.; AMINOFF, M. J.; SIMON, R. P. **Neurologia clínica**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

Kwakkel G.,De Goede, C. J. T.,Vab Wegen, E. E. H**. Impact of physical therapy for Parkinson's disease: a critical review of the literature.** Parkin Relat Disord 2007, 13: 478-87.

LEVY, J. A.; OLIVEIRA, A. S. B **Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico.** São Paulo: Atheneu, 2003.

Morris ME. **Movement disorders in people with parkinson disease: a model for physical therapy**. Phys Ther. 2000;80(6):578-97.

Nieuwboer A et al. **Cue training in the home improves mobility in Parkinson's disease: the RESCUE trial**. J Neurol Neurosurga Psychiatr 2007, 78: 134-40.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. Alberto. **A neurologia que todo médico deve saber.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

Reuter I, Engelhardt M, Stecker K, Baras H. **Therapeutic value of exercise training in Parkinson`s disease**. Medicine & Science in Sports and Exercise 1999; 31:1544-9.

STEFANI, S. D. BARROS, E. **Clínica médica: consulta rápida**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TREVISOL-BITTENCOURT, P. C.; TROIANO, A. **Doença de Parkinson: diagnóstico e tratamento.** Disponível em: Acesso 10 dez. 2005.

UMPHERED, D. A. **Reabilitação neurológica**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.

A PSICOMOTRICIDADE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ianca Brito da Nóbrega[1]; Adélia de Souza Dantas[1]; Itaniévilly Lima Diniz[1]; Raianny Leitão de A. Oliveira[1], Samara Campos de Assis[2].

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: ianca_briton@hotmail.com;
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A Psicomotricidade trata-se de uma área que tem por finalidade o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo se faz considerável para o trabalho com crianças na etapa da educação infantil, visto que é por meio de atividades psicomotoras que a criança encontra a probabilidade de desenvolver-se completamente. A educação psicomotora sendo trabalhada na educação infantil e primeiros anos do ensino fundamental I encontram-se como uma ação preventiva, pois possibilita estímulos e desenvolvimento de habilidades que serão comprovadas ao longo da vida do indivíduo. Ser criança é estudar brincando, conversar e aprender, criar e ensinar, ser e ousar, rir e chorar, assim é a criança na educação infantil, impressionante.

Segundo Bueno (1998) a Psicomotricidade no Brasil tem seus primeiros certificados e documentos no ano de 1950, nesta época começava-se a identificar a conexão presente entre corpo e movimento, porém ainda não se visava o termo “psicomotricidade”. O autor evidência que no fim de 1950 Günspun já afirmava a perspectiva de tratamento de distúrbios de aprendizagem utilizando-se de atividades psicomotoras. A Sociedade Brasileira de Psicomotricidade foi instituída em 1980, com o propósito de auxiliar os profissionais que trabalhavam e procuravam formação nesta área.

Lapierre e Lapierre (2002) posicionam que o trabalho com as crianças nos primeiros anos de vida nas creches é direcionado apenas no cuidado, mas a criança antes dos 18 meses já apresenta capacidades que proporciona a abertura para o processo de aprendizagem.

Piaget (1987 apud OLIVEIRA, 2000), analisando as estruturas cognitivas, relata a importância do período sensório motor e da motricidade, essencialmente antes da aquisição da linguagem, no desenvolvimento da inteligência. O desenvolvimento mental se compõe através de um equilíbrio progressivo, uma passagem contínua de um estado de menor equilíbrio para ele, quer dizer uma compensação, uma atividade, uma resposta ao sujeito, frente às perturbações exteriores ou interiores.

No decorrer do último século pesquisas exibem (SOUZA 2012, FONSECA 2008, BERLZE 2007) a importância do avanço da aptidão física e do desenvolvimento, uma vez que estão interligados, quando progredimos na aptidão logo observamos melhoria nas capacidades funcionais motoras (agilidade, força, velocidade, flexibilidade e potência aeróbica) do indivíduo, assim contribuindo nas realizações de outras tarefas.

O desenvolvimento motor tem uma ordem a ser seguidas, a cada idade temos uma fase diferente para ser superado, com o conhecimento desses estágios podemos estabelecer planos de ensino fazendo com que a criança avance com mais facilidade, obedecendo ao seu limite tanto físico como mental. (SILVA, 2005).

O desenvolvimento motor da criança deve ser explorado de uma forma adaptável com a sua idade, com o tempo aumentando desafios para incentivar novos movimentos, mas tudo conforme a sua idade, sem que ultrapasse sua capacidade de superar (DOHME, 2003).

OBJETIVOS

Compreender a importância da psicomotricidade para o desenvolvimento e aprendizagem na educação infantil.

MÉTODOS

Esta pesquisa é de natureza descritiva, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica. Os artigos envolvidos neste estudo foram selecionados em pesquisas realizadas nas bases de dados Scielo; Bireme; Google Acadêmico; dentre outros. Foram identificadas 20 publicações de artigos sobre Psicomotricidade na Educação Infantil, empregando apenas 05 desses artigos citados, foi realizado no período de agosto a setembro de 2018, com o intuito de apanhar informações e conhecimentos além do que se procura sobre a psicomotricidade na educação infantil. Palavras chaves: Psicomotricidade; Desenvolvimento Motor; Educação Infantil.

RESULTADOS

A criança se desenvolve a partir dos primeiros dias de vida. Por isso, a vida emotiva e a vida motora não são isoladas, elas se complementam pelos elementos psicomotores. Onde salientamos alguns deles: Esquema Corporal: é o desempenho global, que a criança tem de

seu próprio corpo. Lateralidade: é determinada durante o crescimento onde ocorre uma dominância lateral na criança em que será mais forte mais ágil do lado direito ou do lado esquerdo. Estruturação Espacial: é a orientação e estruturação do mundo externo, tratando-se primeiro ao eu, depois a outros objetos ou pessoas em posição estática ou em movimento. É a consciência da condição de seu próprio corpo em um meio ambiente, ou seja, do lugar e da orientação que pode ter em relação às pessoas.

Segundo Barreto (2000), o desenvolvimento psicomotor é de suma importância na prevenção de dificuldades de aprendizagem e na reeducação do tônus, da postura, da direcionalidade, da lateralidade e do ritmo. A educação da criança deve esclarecer a relação mediante ao movimento de seu próprio corpo, levando em consideração sua idade, a cultura corporal e os seus interesses. A educação psicomotora para ser trabalhada precisa que sejam utilizadas as funções motoras, perceptivas, afetivas e sócio motoras, desta forma a criança explora o ambiente, passa por experiências concretas, fundamental ao seu desenvolvimento intelectual, e é capaz de tomar consciência de si mesma e do mundo que a cerca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão bibliográfica, pode-se afirmar que a psicomotricidade na educação infantil é essencial para o desenvolvimento psicomotor da criança durante sua fase escolar. Com o desenvolvimento deste estudo, concluímos que temos que respeitar e estudar as fases e estágios cronológicos das crianças, para aprimorar os aspectos cognitivos, afetivo, motor e psicomotor.

Observando-se, desta forma, que o trabalho com esta faixa etária deve ser elaborado com muita dedicação, pois se refere aos estímulos cerebrais que irá fazer uma grande diferença para o processamento das aprendizagens futuras, assim limitando os índices de dificuldades de aprendizagem.

PALAVRAS CHAVES: Psicomotricidade; Desenvolvimento Motor; Educação Infantil.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Sidirley de Jesus. Psicomotricidade, educação e reeducação. 2.ed. Blumenau: Livraria Acadêmica, 2000.

BERLEZE, Adriana; HAEFFNER, Léris, S, B; VALENTINI, Nadia, C. Desempenho motor de crianças obesas: uma investigação do processo e produtos de habilidades motoras fundamentais. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, v.9, n.2, p.134-144, 2007.

BUENO, Jocian Machado. Psicomotricidade: teoria e prática. São Paulo: Lovise, 1998.

DOHME, Vânia. Atividades lúdicas na educação: o caminho de tijolos amarelos do aprendizado. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

FONSECA, Vitor da. Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. Porto Alegre, Artmed, 2008.

LAPIERRE, Andre; LAPIERRE, Anne. O adulto diante da criança de 0 a 3 anos: psicomotricidade relacional e formação da personalidade. 2 ed. Curitiba: UFPR/CIAR, 2002.

OLIVEIRA, Gisele de Campos. Psicomotricidade: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. 4.ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000.

SILVA, M. da. O habitus professoral: o objeto dos estudos sobre o ato de ensinar na sala de aula. Revista Brasileira de Educação. Rio de Janeiro, n.29, p.152-163, maio/ago. 2005.

SOUZA, Marcelo, L. Os jogos cooperativos como instrumento lúdico no desenvolvimento da coordenação motora global dos alunos do 6º ano da escola estadual Sônia Henriques Barreto no Município de Laranjal do Jari-AP. Universidade 19 de Brasília Faculdade de Educação Física, Curso de Licenciatura em Educação Física do Programa Prolicenciatura- Polo Macapá-AP, 2012.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÕES ORIUNDAS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Helyson Carlos Lucena Araujo[1]; Maria Elizangela Batista Morais[2]; Arnaldo Emmanoell Lacerda Lopes[2]; Sebastião Matheus Lourenço Lima[2] Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3.]

[1,2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; E-mail: helysonc31@gmail.com;
[3] Professora Mestra do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

Há 20 anos que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) vem sendo a principal causa de morte no Brasil. Há uma alta incidência e recorrência deste, com cerca de quinze milhões de novos casos anualmente, no mundo inteiro. Representa grande repercussão de sequelas neurológicas e de importantes disfunções motoras e cognitivas. Cerca de 90% dos sobreviventes apresentam alguma deficiência, que tem como consequências limitações, incapacidades ou invalidez (HANAUER et al., 2018; COHEN, 2016).

Pacientes com AVC podem apresentar déficits sensório-motores que limitam o desempenho de atividades funcionais, como tarefas de marcha e ortostatismo (BOUKADIDA, 2015). Estes, por sua vez, afetam a mobilidade dos pacientes, limitando suas atividades diárias e a probabilidade de retorno às atividades profissionais, levando à redução da qualidade de vida (HATEM, 2016). A fisioterapia tem como objetivo principal restabelecer as funções e / ou minimizar as incapacidades existentes, permitindo que os pacientes pós-AVC retornem ao status de atividade anterior e participem novamente da vida social (FARIA et al., 2017).

REFERENCIAL TEÓRICO

O Acidente Vascular Cerebral é uma das principais causas de hospitalização e mortalidade em todo o mundo. Em 2013, existiam cerca de 25,7 milhões de pessoas que sobreviveram e 6,5 milhões que chegaram a óbito por AVC, além de 10,3 milhões de novos casos com um aumento mais pronunciado na incidência de AVC isquêmico em homens e mulheres após os 49 e 39 anos de idade, respectivamente, em países desenvolvidos (FEIGIN, 2015). No Brasil, foram registradas 160.621 internações por doenças cerebrovasculares em 2009. A taxa de mortalidade foi de 0,05% e quase 35% das 99.174 mortes ocorreram entre pacientes com mais de 80 anos (ALMEIDA, 2012).

Há duas formas de ocorrência do AVC: isquêmico (quando há um bloqueio da artéria, impedindo a passagem de oxigênio para as células cerebrais, que morrem - resultados de processos embólicos) e hemorrágico (quando há um rompimento de um vaso provocando o derramamento de sangue pela área afetada - intraparenquimatoso e subaracnoideo, respectivamente) (ARAÚJO et al; 2018). Vale ainda ressaltar que, segundo os mesmos autores, os fatores de risco para a doença são divididos em imutáveis e mutáveis. Os fatores imutáveis são naturais como, por exemplo: a velhice e a raça. Os mutáveis são, principalmente, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tabagismo, ou seja, doenças relacionadas a um hábito de vida pouco saudável.

O AVC é caracterizado por alterações na postura e nos movimentos resultantes de modificações no tônus postural e pode ser acompanhada por comprometimentos cognitivos. A sequência anormal da função muscular, a presença de espasticidade, perda de força muscular, destreza e coordenação também são sequelas significantes. Essas mudanças são responsáveis por uma série de déficits motores e mentais que prejudicam o desempenho funcional dos pacientes e limitam sua participação na sociedade, e a realidade virtual como acessória da fisioterapia tem resultados significativos para melhorias cognitivas e motoras (SOARES et al., 2014; MOTA et al; 2014).

A recuperação pós-AVC com a fisioterapia deve ser iniciada na fase aguda, durante a hospitalização, pois esta utiliza métodos e técnicas que visam à diminuição dos comprometimentos funcionais e recuperação das capacidades do individuo, para que este possa atingir o maior grau de independência funcional possível (FARIA et al., 2017; COSTA et al., 2016).

OBJETIVO

Revisar a literatura a cerca da abordagem fisioterapêutica nas disfunções resultantes do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

METODOLOGIA

O estudo aborda uma revisão de literatura realizada em Agosto de 2018, através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo - Scientific Eletronic Library Online, onde, após emprego dos descritores: "Acidente Vascular Cerebral", "Sequelas" e "Fisioterapia" foram encontrados 24 artigos. Os critérios empregados para a seleção foram o

uso de artigos escritos em línguas portuguesa e inglesa, publicados entre os anos de 2014 e 2018, com temas referentes ao acidente vascular cerebral e a atuação da fisioterapia no tratamento de suas complicações. Foram descartados artigos publicados previamente ao ano de 2014. Restaram por fim 6 artigos, os quais constituíram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

O AVC é considerado uma das causas mais recorrentes de morte e internações no mundo. É causado por vários fatores, podendo ser adquirido ou surgir com a velhice ou por fatores hereditários. É responsável por promover disfunções que afetam o tônus postural e os movimentos do paciente. Essas modificações são responsáveis por prejudicarem o desempenho funcional do enfermo e interromper sua participação na sociedade (FEIGN, 2015; MOTA et al., 2014).

A reabilitação pós-AVC deve começar na fase de pico da doença, onde os sinais e sintomas estão mais evidentes e atingem mais gravemente o paciente. A fisioterapia é responsável por utilizar medidas e ações que visam à melhora funcional da pessoa, evitando e minimizando disfunções ou limitações características desta patologia, buscando a ressocialização do enfermo e melhor qualidade de vida. O âmbito terapêutico conta com ferramentas inovadoras atualmente, como a realidade virtual, que induz o paciente a desenvolver funções motoras através das melhorias nas percepções cognitivas e sensoriais, estimulando o fortalecimento muscular, a postura e o equilíbrio (SOARES et al., 2014; FARIA et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, pois, que a fisioterapia é de fundamental importância para o tratamento do acidente vascular cerebral (AVC). As pesquisas mostram que, apesar do AVC ser uma doença altamente incapacitante, a utilização de técnicas fisioterapêuticas apropriadas, diminui significativamente os efeitos oriundos de complicações causadas por essa doença, proporcionando ao paciente uma melhora considerável com relação a sua vida biopsicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Cerebral; Sequelas; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS:

HANAUER, Laíde et al . Comparação da severidade do déficit neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. Fisioter. Pesqui., São Paulo , v. 25, n. 2, p. 217-223, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000200217&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/18020425022018

BARBOSA, Diogo Dutra et al . Strength training protocols in hemiparetic individuals post stroke: a systematic review. Fisioter. mov., Curitiba , v. 31, e003127, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100304&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2018. Epub June 07, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.031.ao27

MOTA, Dreyzialle Vila Nova; SILVA, Lícia Vasconcelos Carvalho da. Use of functional bandages in patients with stroke. Fisioter. mov., Curitiba , v. 27, n. 3, p. 329-336, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502014000300329&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.003.AO03

FARIA, Christina Danielli Coelho de Morais; ARAUJO, Danielle Campos; CARVALHO-PINTO, Bárbara Paula de Barros. Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. Fisioter. mov., Curitiba , v. 30, n. 3, p. 527-536, Sept. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000300527&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.003.ao11

ARAUJO, Jéssica Pizatto de et al . Mortality Trend Due to Cerebrovascular Accident in the City of Maringá, Paraná between the Years of 2005 to 2015. Int. J. Cardiovasc. Sci., Rio de Janeiro , v. 31, n. 1, p. 56-62, Feb. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472018000100056&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20170097

SOARES, Antonio Vinicius et al . The use of Virtual Reality for upper limb rehabilitation of hemiparetic Stroke patients. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 27, n. 3, p. 309-317, set. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502014000300309&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.003.AO01.

MELHORIAS PARA PORTADORES DE ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA POR MEIO DA FISIOTERAPIA

Helyson Carlos Lucena Araujo[1]; Maria Elizangela Batista Morais[2]; Arnaldo Emmanoell Lacerda Lopes[2]; Sebastião Matheus Lourenço Lima[2] Cristina Costa Melquiades Barreto[3].

[1,2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; E-mail: helysonc31@gmail.com;
[3]Professora Mestra do Curso de Bacharelado em Fisioterapia; e-mail:

INTRODUÇÃO

A Encefalopatia Crônica Não Progressiva da infância, também denominada Paralisia Cerebral (PC), é uma doença caracterizada por uma série de perturbações motoras e sensoriais, originadas de uma alteração ou um ferimento no tecido nervoso localizado no interior da calota craniana que pode ocorrer antes, durante ou após o parto (CESA et al., 2014). A PC acarreta em déficits no tônus muscular e, por consequência, na postura. Logo, a principal alteração em portadores de PC é o comprometimento motor que leva à alterações na biomecânica corporal e até deformidades ósseas (RIGHI et al., 2017).

A fisioterapia para pacientes com PC visa inibir atividades anormais e padrões patológicos de movimentos, melhorar a força muscular, flexibilidade e amplitude de movimento, estimulação sensorial e propiciar melhorias de funcionalidade na criança, levando em conta os seus estágios normais de desenvolvimento (DOMENECH et al., 2016).

REFERENCIAL TEÓRICO

A paralisia cerebral consiste em uma condição neurológica heterogênea que causa alterações e deficiências motoras no tônus e na potência muscular. As lesões posteriores não são progressivas, mas seus sintomas e déficits podem progredir, o que exige diagnóstico, prevenção e tratamento precoces (MOURA et al., 2017).

Os portadores de PC possuem interferências não apenas na motorização, mas também no desempenho de atividades de vida diária, como tomar banho, comer e realizar uma caminhada em variados ambientes, o que torna maior a necessidade de cuidados para com estas crianças (DOMENECH et al., 2016).

A deficiência motora está sempre relacionada a indivíduos com PC, mas uma grande parcela dos pacientes apresenta outros problemas associados como sensoriais e de interação, epilepsia, alterações metabólicas e de linguagem. É possível classificar-se, então, a

encefalopatia crônica de acordo com aspectos anatômicos em quadriplégica, hemiplégica e diplégica. Além da tonicidade muscular a qual se apresenta nas formas espástica, atetósica, atáxica, hipotônica e mista (CESA et al., 2014).

Estudos corroboram ao apontar desordens posturais oriundas de anormalidades presentes no tônus muscular geram fraquezas e alterações biomecânicas importantes em funções como fala, sucção, mastigação, deglutição e respiratórias. Esta perda de funcionalidade está relacionada com diminuição da flexibilidade e resistência. Então, neste sentido, os exercícios fisioterapêuticos para fortalecimento dos músculos acarretam na diminuição de limitações mais sérias bem como melhorias na mobilidade (SCHMIDT et al., 2014; FURTADO et al., 2015; SILVA et al., 2015).

A atuação fisioterapêutica vem ganhando novos aliados atualmente devido ao surgimento de novas técnicas como a realidade virtual, por exemplo, que visa o estabelecimento de um ambiente tridimensional para que o paciente estimule sentidos visuais, táteis, auditivos e sensoriais. Neste intuito, é bastante utilizado na reabilitação da marcha, equilíbrio e coordenação motora, o que favorece o desenvolvimento físico e cognitivo que são afetados em portadores da PC (SILVA, IWABE-MARCHEESE, 2015).

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária acerca das melhorias na qualidade de vida em pacientes portadores da Encefalopatia Crônica não Progressiva (Paralisia Cerebral) através da fisioterapia.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão literária, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine, onde, após aplicação dos descritores: “Paralisia Cerebral”, “Fisioterapia” e “Qualidade de vida” foram encontrados 34 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em língua portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2013 e 2018, com temas relacionados aplicabilidade da realidade virtual na fisioterapia em pacientes acometidos pela Paralisia Cerebral. Restaram finalmente oito artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

A Paralisia Cerebral (PC) é provocada por disfunções ou lesões no sistema nervoso central e caracteriza-se por alterações posturais que afetam a tonicidade dos músculos e, consequente, as funções relacionadas como déficits de equilíbrio e dificuldades na realização de atividades de vida diária. Apesar de se tratar de uma patologia não progressiva, os sinais da PC podem sim progredir, o que demanda uma necessidade de diagnóstico precoce e início do tratamento fisioterapêutico rapidamente para evitar progressões e limitações mais severas (CESA et al., 2014; RIGHI et al., 2017; MOURA et al., 2017).

Estudos corroboram ao analisar que as desordens posturais e de cognição são oriundas das disfunções em órgão importantes, acarretando em dificuldades de fala, mastigação, respiratórias. E neste sentido, a fisioterapia que vem ganhando novos aliados no tratamento destes pacientes, atua em exercícios de fortalecimento e resistência muscular para evitar maiores danos e minimizar as limitações características da PC. A realidade virtual, por exemplo, estimula os sentidos visuais, táteis, auditivos e sensoriais que, nestas crianças, são afetados (SILVA, IWABE-MARCHEESE, 2015; SCHMIDT et al., 2014; FURTADO et al., 2015; SILVA et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, torna-se evidente a importância da fisioterapia precoce para pacientes portadores da Encefalopatia Crônica Não Progressiva (Paralisia Cerebral), tendo em vista que esta patologia neurológica afeta esferas cognitivas e motoras no indivíduo, provocando alterações na tonicidade muscular e, consequentemente, na biomecânica corporal. A realidade virtual dentro do âmbito terapêutico para estes pacientes provoca reflexos positivos nos sentidos visuais, táteis, auditivos, sensitivos e de equilíbrio, facilitando o fortalecimento muscular para limitar disfunções posturais.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia Cerebral; Fisioterapia; Qualidade de vida.

REFERÊNCIAS:

CESA, Carla Ciceri et al . Avaliação da capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 1266-1272, ago. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-

18462014000401266&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 21 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620146513.

DOMENECH, Ana Carolina Pereira et al . Cerebral palsy: the meaning of physical therapy for mother caregivers. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 29, n. 4, p. 757-766, dez. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000400757&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 21 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.029.004.ao12.

RIGHI, Natiele Camponogara et al . Distribuição da pressão plantar e morfologia do pé de crianças com paralisia cerebral e crianças com desenvolvimento típico. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 321-326, set. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000300321&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 21 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17454624032017.

MOURA, Ricardo et al . Mini-mental state exam for children (MMC) in children with hemiplegic cerebral palsy. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo , v. 11, n. 3, p. 287-296, set. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642017000300287&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 21 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-030011.

SCHMIDT, Kelly Cristine; BRIESEMEISTER, Marianne; RIES, Lilian Gerdi Kittel. Alterações no controle motor mandibular e cervical de crianças com paralisia cerebral.**Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 228-236, fev. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000100228&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 23 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201412812.

FURTADO, Sheyla Rossana Cavalcanti et al . Fortalecimento muscular em adolescentes com paralisia cerebral: avaliação de dois protocolos em desenho experimental de caso único. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 15, n. 1, p. 67-80, mar. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100067&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 23 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100006.

SILVA, Fabiana Pinheiro da et al . Reeducação postural global em um adulto com paralisia cerebral: um estudo de caso. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 90-96, mar. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502015000100090&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 23 set. 2018. http://dx.doi.org/10.590/1809-2950/12636522012015.

SILVA, Rafaela Ribeiro da; IWABE-MARCHESE, Cristina. Uso da realidade virtual na reabilitação motora de uma criança com Paralisia Cerebral Atáxica: estudo de caso.**Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 97-102, mar. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502015000100097&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 23 set. 2018. http://dx.doi.org/10.590/1809-2950/13375322012015.

MÉTODO PILATES COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON

Grasiely Paulino da Silva[1]; Lícia Gabriely de Oliveira Figueirêdo[2]; Maria Jaeli da Silveira Lacerda[2]; Matã Marcílio Leite de Araújo[2]; Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba[3]

[1,2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: grasielypaulino@gmail.com
[3] Professora Mestra em Ciências da Saúde, Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Com a evolução da ciência, o conhecimento sobre a Doença de Parkinson (DP) foi ampliado, entretanto ainda não se sabe seu precedente. A DP é degenerativa, lentamente progressiva e está associada a diminuição do nível de dopamina no sistema nervoso central, precisamente na substância negra, causando alterações motoras, posturais e de equilíbrio. As principais características dessa patologia é a rigidez, tremor, bradicinesiae instabilidade postural (ANDRADE; BASTOTTI; FERRAZ, 2013).

A rigidez do parkinson é diferente da espasticidade, pois é uma lesão extrapiramidal enquanto a segunda é piramidal, e irá afetar os músculos como um todo. O tremor é definido como tremor de repouso, ocorre quando o membro está em repouso,a excitação do músculo será superior a inibição. A bradicinesia é rensponsável pelos distúbios gerais da motricidade, tais como: hipocinesia, diminuíção da mímica facial, disfonia e disartria. A instabilidade postural é a perda de reflexos posturais, como postura ereta, sentar e ficar em pé, adquirindo uma postura de cabeça e tronco fletidos, causando assim alterações de equílibrio que facilita quedas(ANDRADE; BARSOTTI, 2013).

O Parkinson apresenta várias formas de tratamentos e mecanismos que auxiliam na qualidade de vida dos portadores, dentre ele podemos citar o método Pilates. A utilização do método pilates voltada para tais modifiçãoes que acometem os movimentos é de grande pertinência, pois trabalha vários grupos musculares ao mesmo tempo, além do fortalecimemto, estabilização principalmente da coluna, pelve e abdômen melhorando a postura; equilíbrio e alivio de quadros álgicos crônicos (SOUZA; MEIJA,2013).

OBJETIVO

Avaliar os benefícios do método pilates como proposta de intervenção das alterações extrapiramidais em pacientes portadores da doença de Parkinson, através de revisão bibliográfica.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão bibliográfica, onde foram identificados seis artigos científicos, no entanto após os critérios de inclusão, apenas quatro artigos foram analisados para compor o tema determinado, além de acervo encontrado na biblioteca das Faculdades Integradas de Patos. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram: Google Acadêmico, Scielo, Medline e artigos publicados em periódicos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foi utilizada a palavra-chave: parkinson; pilates; intervenção. Os artigos selecionados como critério de inclusão foram: publicação em língua portuguesa, artigos de 2008-2018 e ter como foco principal o uso do pilates em pacientes portadores de parkinson.

RESULTADOS

A literatura pesquisada definiu que os benefícios do método pilates em pacientes parkinsonianos é grande valia diante das disfunções presentes, pois apresenta significante melhoria na mobilidade, equilíbrio, força muscular, capacidade funcional e respiratória.

Para Lima, Miranda, Martins e Fittipaldi (2009), os recursos oferecidos pelo pilates servem para conservar a atividade muscular e a flexibilidade, tornando os pacientes capazes de realizar suas atividades funcionais. Além da melhora da motricidade, benefícios pisicológicos e cognitivos, controle de tronco e transferências.

Segundo Magierski (2013) o pilates trouxe uma melhoria do equilíbrio, flexibilidade nas articulações e postura, previnindo perda da força muscular, redução da amplitude de movimento, hipotensão e osteoporose induzidade pela incapacidade.

Já para Heaase, Machado e Oliveira (2017) houve melhoras significantes, como o ganho de amplitude de movimento, melhora de equilíbrio, aumento da segurança em caminhar e sentar, e alinhamento biomecânico da postura, diminuindo a dor e rigidez.

De acordo com Hartmann et al., (2014) o estudo mostrou resultados relevantes quanto a flexibilidade, força muscular, melhora de equilíbrio estático e dinâmico adquirido e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou a magnitude do método pilates no tratamento de portadores de parkinson, por trazer avanços na qualidade de vida e funcionalidade desses pacientes. Apresentando assim melhorias na motricidade, força muscular, flexibilidade, equilíbrio, desenvolvendo uma melhor postura e diminuindo quadros álgicos. Entretanto, exibe-se uma carência de informações sobre o referente tema. Portanto, é necessário o desenvolvimento de mais pesquisas e estudos para ampliar sua valência.

PALAVRAS-CHAVE: parkinson; pilates; intervenção.

REFERÊNCIAS

COSTA, R.M. Efeitos do método pilates na qualidade de vida de indivíduo com Parkinson: um estudo de caso. 2017. Disponível em:< https ://scholar.google.com.br/scholar?cluster=6145963873956119244&hl=pt-BR&as_sdt=0,5> Acesso em: 18 de set. 2018

HAASE, D.C.B.V.; MACHADO, D.C.; DE OLIVEIRA, J.G.D. Atuação da fisioterapia no paciente com doença de Parkinson. **Fisioterapia em Movimento**, v. 21, n. 1, 2017.

HARTMAN, C; NEVES, M.D; ROLIN, M.M; JUNIOR, A.R.C; BARBOSA, L.C; BEZERRA, J.C.L. Aplicação de um programa de exercícios de pilates em solo em parkinsonianos. v. 84, Special Edition - ARTICLE II – 2014.

LIMA, M.C.C; MIRANDA, A.M; MARTINS, P.P.C; FITTIPALDI, E.O.S.Doença de Parkinson: alterações funcionais e potencial aplicação do método Pilates. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 3, n. 1, p. 33-40, 2009.

MELO-SOUZA, S.E; PAGIOLI NETO, E.; CENDES, F. **Tratamento das Doenças Neurológicas**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA, 2013.

DOENÇA DE PARKINSON: ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA COM ENFOQUE NA REALIDADE VIRTUAL

Sebastião Matheus Lourenço Lima[1]; Helyson Carlos Lucena Araujo[2]; Maria Elizangela Batista Morais[2]; Arnaldo Emmanoell Lacerda Lopes[2] Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3].

[1, 2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail:sebastiaomatheus222@gmail.com
[3] Professora Mestra do Curso de Bacharelado em Fisioterapia

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é um distúrbio neurológico progressivo, em que os sintomas principais incluem tremor de repouso, bradicinesia, hipertonia e instabilidade postural. Esta desordem crônica e degenerativa do sistema nervoso central possui uma maior prevalência na população acima dos 65 anos de idade e em pessoas do sexo masculino (BUENO et al.,2017; FUKUNAGA et al.,2014; PRINGSHEIM et al.,2014).

É relevante destacar que, a cada dia, é mais evidente a utilização das tecnologias da informática aplicadas à saúde, o que torna possível a presença destas técnicas de realidade virtual para procedimentos terapêuticos, pois, estas propiciam movimentação corporal, a visualização dos movimentos realizados, a interação em tempo real com personagens e ambientes tridimensionais (VIEIRA et al., 2014). Estas técnicas associadas ao tratamento fisioterapêutico promovem benefícios na DP ao englobar a orientação e prática de exercícios terapêuticos de alongamento, fortalecimento muscular, marcha, mobilidade, equilíbrio, relaxamento e cognição (GONDIM et al., 2016).

REFERENCIAL TEÓRICO

A doença de Parkinson (DP) apresenta repercussões motoras, cognitivas, comportamentais e sociais que pode implicar na perda da autonomia do paciente, influenciando negativamente na sua qualidade de vida (MUNHOZ et al., 2015; GONDIM et al., 2017).

Além dos sintomas motores, os pacientes podem apresentar outros como depressão, distúrbios do sono, distúrbios cardiorrespiratórios e, principalmente, distúrbios cognitivos que limitam a capacidade de lidar com várias tarefas simultâneas. A combinação de limitações na DP pode comprometer seriamente a capacidade de executar tarefas como caminhar, escrever, virar-se e mover-se na cama (BUENO et al., 2017; MONTEIRO et al., 2018).

Alguns estudos corroboram que os distúrbios de equilíbrio são justificados pelo comprometimento na habilidade do sistema nervoso central em processar aferências vestibulares, visuais e proprioceptivas, que são responsáveis pelas respostas musculares e manutenção do equilíbrio corporal e estes podem se manifestar nos diferentes estágios da doença devido a perda neuronal de células dopaminérgicas da porção compacta da substância negra do mesencéfalo (TERRA et al,. 2016; SILVA et al., 2014).

A fisioterapia está entre as principais formas de tratamento da DP e, por essa razão, há uma busca significante por melhorias nos programas de intervenção nos sinais e sintomas da patologia. A tecnologia pode fornecer vários avanços nos exercícios terapêuticos, pois pode gerar um feedback positivo considerando o fato de que a realidade virtual tem sido uma proposta potencialmente útil para avaliação e reabilitação motora. Tal fato explica-se por facilitar os movimentos necessários aos tratamentos com maior adesão dos pacientes (BUENO et al., 2017; PEEK et al., 2014; RIBEIRO-PAPA et al., 2016).

O tratamento da DP através na realidade virtual pode promover uma maior interação entre as habilidades cognitivas e motoras ao mesmo tempo, o que é exigido para a realização correta das atividades de vida diária. O que o torna mais eficaz e atrativo, facilitando a adaptação e diminuição da dependência dos pacientes. E, apesar de ainda haver poucos estudos sobre a eficácia definitiva da realidade virtual os pacientes que se submetem a esta, apresentam benefícios e melhorias de aprendizagem cognitiva e motora (SANTANA et al., 2015; RIBEIRO-PAPA et al., 2016).

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária acerca da atuação fisioterapêutica no tratamento da Doença de Parkinson com enfoque na realidade virtual como ferramenta acessória.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão literária, realizada entre agosto e setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine, onde, após aplicação dos descritores: “Doença de Parkinson”, “Fisioterapia” e “Realidade Virtual” foram encontrados 34 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em língua portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2013 e 2018, com temas relacionados aplicabilidade da realidade virtual na fisioterapia em pacientes

acometidos pela doença de Parkinson. Restaram finalmente nove artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

A doença de Parkinson (DP) possui comprometimentos neurodegenerativos de forma crônica e progressiva, caracterizada por instabilidade postural, bradicinesia e tremor em repouso, apresentando transformações motoras, cognitivas e comportamentais. A combinação das limitações recorrentes da DP pode comprometer seriamente tarefas como caminhar, escrever e mover-se (BUENO et al., 2017; MUNHOZ et al., 2015; MONTEIRO et al., 2018).

A fisioterapia é umas das principais formas de tratamento da DP e, neste sentido, tem-se buscado avanços e melhorias acompanhando as evoluções tecnológicas. Estudos corroboram ao verificar que a realidade virtual tem sido uma proposta útil para reabilitação motora e cognitiva, pois esta promove uma maior interação entre essas habilidades, tornando o processo de tratamento mais eficaz e atrativo. E, embora existam poucos estudos sobre a eficácia total da realidade virtual na Doença de Parkinson, os pacientes submetidos a este tratamento apresentaram melhorias biopsicossociais (SANTANA et al., 2015; BUENO et al., 2017; RIBEIRO-PAPA et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, então, que as limitações evidentes em portadores da Doença de Parkinson incluem disfunções cognitivas e motoras referentes ao comprometimento que a patologia ocasiona no sistema nervoso central (SNC). E, neste sentido, a realidade virtual tem se tornado uma ampla rede de opções dentro do âmbito fisioterapêutico, provocando melhorias nas esferas biopsicossociais dos pacientes, já que as atividades que antes apresentavam dificuldades de efetuação passam a ser novamente realizadas gradualmente de acordo com o fortalecimento tônico e cognitivo.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Parkinson; Fisioterapia; Realidade virtual.

REFERÊNCIAS:

BUENO, Maria Eduarda Brandão et al . Comparison of three physical therapy interventions with an emphasis on the gait of individuals with Parkinson’s disease.**Fisioter. mov.**, Curitiba

, v. 30, n. 4, p. 691-701, dez. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000400691&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.004.ao04.

TERRA, Marcelle Brandão et al . Impacto da doença de Parkinson na performance do equilíbrio em diferentes demandas atencionais. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 410-415, dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000400410&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/16659423042016.

GONDIM, Ihana Thaís Guerra de Oliveira; LINS, Carla Cabral dos Santos Accioly; CORIOLANO, Maria das Graças Wanderley de Sales. Exercícios terapêuticos domiciliares na doença de Parkinson: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 349-364, abr. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200349&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150040.

GONDIM, Ihana Thaís Guerra de Oliveira et al . Individualized guidance and telephone monitoring in a self-supervised home-based physiotherapeutic program in Parkinson.**Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 30, n. 3, p. 559-568, set. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000300559&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.003.ao14.

MONTEIRO, Douglas et al . Prática mental após fisioterapia mantém mobilidade funcional de pessoas com doença de Parkinson. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 65-73, mar. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000100065&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17192425012018.

BRAZ, Nayara Felicidade Tomaz et al . Eficácia do Nintendo Wii em desfechos funcionais e de saúde de indivíduos com doença de Parkinson: uma revisão sistemática.**Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 100-106, mar. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000100100&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17131825012018.

SILVA, Douglas Monteiro da et al . Efeitos da fisioterapia aquática na qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 17-23, mar. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000100004.

SANTANA, Charleny Mary Ferreira de et al . Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 49-58, Mar. 2015 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100049&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14004.

RIBEIRO-PAPA, Denise Cardoso et al . Motor learning through virtual reality in elderly - a systematic review. **MedicalExpress (São Paulo, online)**, São Paulo , v. 3, n. 2, M160201, Apr. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-04292016000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2016.02.01.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Hugo Batista Ferreira[1], Emanoel dos Santos Nascimento[2], Maria da Conceição Mendes de Sousa[2], Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3]

[1,2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: hugobatista123@hotmail.com
[3]Professora Mestra do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma alteração que ocorre diretamente no sistema nervoso, se tornando de caráter degenerativo, progressivo e por fim, incapacitante. A mesma caracteriza-se por a existência da lesão dos neurônios motores que estão presentes no córtex, tronco cerebral e medula espinhal, levando ao aparecimento de amiotrofia, fasciculações e espasticidade. A fisioterapia, é a profissão que assume um papel de grande importância na área da reabilitação, podendo utilizar de instrumentos que venham a intervir na performance funcional do paciente (COSTA et al., 2016). Sendo assim, esse trabalho tem como objetivo, descrever a atuação do fisioterapeuta no acompanhamento de pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica.

REFERENCIAL TEÓRICO

Estudos epidemiológicos tem permitido a obtenção de descobertas importantes a respeito da ocorrência da ELA. Observa-se que a incidência na população mundial é relativamente semelhante e estão entre 1,5 e 2,5 casos por 100.000 habitantes por ano e apresentando um aumento após os 40 anos, alcançando um pico entre 60 e 75 anos. Já a prevalência dessa doença na população em geral é estimada em torno de seis casos por 100.000 habitantes. Nota-se ainda que o sexo masculino é levemente mais afetado que o sexo feminino, havendo uma proporção em torno de 1,5:1 (JUNIOR et al., 2016).

A atuação da fisioterapia é um dos recursos que mais se destaca no tratamento da ELA e que juntamente com uma atuação efetiva de uma equipe multidisciplinar, visa à melhora da qualidade de vida, bem como minimizar as complicações respiratórias que levam a infecções frequentes. Dentre vários campos vale salientar que especificamente a fisioterapia aquática, interfere no sistema cardiorrespiratório, devido aos princípios físicos da água. Além disso, devido ao empuxo, o paciente é capaz de desempenhar tarefas que não são possíveis de serem

realizadas em solo devido à presença da fraqueza da musculatura (ALBUQUERQUE et al., 2013).

No entanto, a fisioterapia motora assume um papel importante no tratamento da ELA, pois há comprovações que a realização de exercícios diários permite uma manutenção de função por mais tempo. Vale ratificar que o ajuste desses exercícios é de grande importância e deve ser feito após uma análise realizada por um fisioterapeuta, pois o uso excessivo das musculaturas pode evoluir para um aumento da presença de fadiga e consequentemente uma perda de força, e a não utilização da mesma pode evoluir para uma atrofia (COSTA et al., 2016).

Dentre os procedimentos de intervenção da fisioterapia existentes, a facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP) destaca-se como um recurso que pode contribuir e muito para a melhora de pacientes que apresentam fadiga durante a realização dos exercícios físicos. Todavia esse método possui a responsabilidade de enviar e ainda receber informações vindas dos mecanoreceptores, havendo assim vários tipos de estimulações (JUNIOR, 2013)

MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática relacionada a atuação da fisioterapia na Esclerose Lateral Amiotrófica, sendo utilizado como base de dados o Google Acadêmico. Após realizar essas pesquisas foram selecionados 9 artigos sendo excluídos 6 artigos devido não abordarem pontos a serem usados na elaboração deste trabalho.

RESULTADO E DISCUSSÃO

AUTOR/ANO	TÍTULO	RESULTADOS
ALBUQUERQUE et al., 2013	Efeitos da hidroterapia na Capacidade Vital Forçada de Paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica	Apesar da queda da CVF, esperada devido à doença, o paciente foi capaz de realizar as sessões de hidroterapia sem sinais e/ou sintomas de desconforto respiratório. Sugere-se reprodução do estudo em um número maior de sujeitos, utilizando grupo-controle, com o objetivo de gerar indicadores sobre a interferência na capacidade vital forçada de pacientes portadores de ELA.
COSTA et al., 2016	A esclerose lateral amiotrófica e a fisioterapia motora	Diante do exposto concluímos que no processo de tomada de decisão para o pacientes com ELA, o profissional

		fisioterapeuta deve ter em mente o equilíbrio no seu planejamento terapêutico. Tal planejamento deve respeitar de um lado as limitações clínicas do paciente (sinais de fadiga) e por outro lado evitar os efeitos deletérios da imobilidade, explorando sempre que possível as suas potencialidades (independência funcional). Antecedendo o planejamento terapêutico questões relativas à individualidade do paciente, ao estágio de sua doença e as características dos exercícios (intensidade e carga) devem ser discutidas com o paciente e seu cuidador e estarem sempre em concordância com a evolução do seu quadro clínico. Futuros estudos com maior rigor metodológico devem ser encorajados visando um aprimoramento da atuação fisioterapêutica na Esclerose Lateral Amiotrófica.
JUNIOR, 2016	Facilitação neuromuscular proprioceptiva na Esclerose Lateral Amiotrófica	Esse estudo evidenciou que a FNP melhorou a função motora e respiratória do paciente, sendo uma importante técnica na conduta em ELA e possibilitou motivação e refletiu na melhoria da qualidade de vida do paciente. Apesar dos diversos fatores limitantes, relacionados à doença e ao método, este trabalho representa a FNP como uma opção fisioterapêutica nas condutas de pacientes com doença neuromuscular, mesmo com a escassez de estudos semelhantes na literatura.

PALAVRAS CHAVES

Fisioterapia, Esclerose Lateral Amiotrófica, Tratamento

CONCLUSÃO

Por fim, diante da pesquisa realizada vemos que a fisioterapia dentre todas as suas áreas há significativa efetividade na atuação nesse tipo de tratamento, notando então que é de grande importância um acompanhamento do fisioterapeuta no tratamento de pessoas com a esclerose lateral amiotrófica, para que assim a mesma venha evoluir de maneira significativa

como também amenizar a evolução da patologia em seu organismo, portanto a fisioterapia atua visando proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Priscila Santos; CAROMANO, Fátima Aparecida. **Efeitos da Hidroterapia na Capacidade Vital Forçada de Paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica**. Revista Neurociências, v. 3, n. 21, p. 388-391, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Fatima_Caromano/publication/272157389

COSTA, Fabrícia A.; MARTINS, Liziane JNS; SILVA, Nathália PO**. A Esclerose Lateral Amiotrófica e a Fisioterapia Motora**. 2016. Disponível em: https://www.ipg.org.br/ipg/project/ipg/public/uploads/site/downloads/7df03136dec0f63e5b2be9f29600b549.pdf

JUNIOR, Eduardo Linden et al. **Esclerose lateral amiotrófica: artigo de atualização**. Fisioterapia em Ação-Anais eletrônicos, p. 47-62, 2016. Disponível em: http://editora.unoesc.edu.br/index.php/fisioterapiaemacao/article/view/10241

MARINHO JUNIOR, Carlyle et al. **Facilitação neuromuscular proprioceptiva na Esclerose Lateral Amiotrófica**. Fisioterapia & Saúde Funcional, v. 2, n. 1, p. 69-74, 2013. Disponível em: http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/i

OCORRÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) EM ADULTOS JOVENS

Pâmala Maria Gomes Cordeiro[1]; Fernanda Kelly Azevedo Oliveira[1]; Karolaine Fernandes dos Santos Melo[1]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[2];

[1]Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail:pamala.gomescordeiro@gmail.com;
[2]Professora Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;

INTRODUÇÃO

A ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) aumenta de acordo com idade do indivíduo, embora o surgimento do mesmo, em adultos jovens, esteja ocorrendo com uma certa frequência ultimamente. Existe uma estimativa da ocorrência de AVC em jovens adultos calculados, variando para cada 100.000 indivíduos/ano, 7 à 15 são acometidos por esse mal. Existe uma diferença entre o AVC em adultos jovens e idosos, dependendo tanto da etiologia como também no prognóstico, sendo mais promissor nos jovens dado pelas baixas taxas de mortalidade e pela recorrência. Sabendo-se que a probabilidade de sobrevivência e a capacidade funcional no caso de adultos jovens são melhores na comparação com os mais velhos, é levado em consideração pela medicina as consequências para esses jovens nos aspectos socioeconômico e atrelado a isso, a qualidade de vida. Vale ressaltar a preocupação de identificar pessoas que apresentem certo grau de risco, como também os doentes (SANTOS, 2017).

Como a Fisioterapia está inserida em vários contextos que vão desde a prevenção e promoção da saúde até a reabilitação, é importante destacar a atenção sobre o tema, visto que hoje a quantidade de pessoas cada vez mais jovens acometidas pelo AVC tem aumentado.

REFERENCIAL TEÓRICO

O AVC é definido como uma deficiência neurológica acometida por uma lesão aguda que ocorre no Sistema Nervoso Central (SNC). Embora seja uma doença preocupante, ainda não é considerado como prioridade na saúde publica brasileira. De acordo com dados estatísticos, o AVC é colocado nas causas de mortalidade mundial, ficando atrás do câncer e causas externas, além de, ser considerado como o segundo colocado com relação as suas sequelas. Pesquisas realizadas entre os anos de 2003 e 2013 demonstram a redução nos casos de morte por AVC, porém, em 2014 cerca de 7,4 milhões de pessoas ainda foram acometidas

pela doença. No Brasil, os casos de mortes precoces ocasionadas pelo AVC vem diminuindo, em contra partida, houve um aumento no número de anos perdidos por causa da doença (SANTOS, 2017). Com o aumento de incapacitados o governo preocupou-se em campanhas para prevenção e controle da hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo anticoncepcionais, colesterol alto, alcoolismo e tabagismo, visto que, estes são fatores de risco que podem levar a pessoa a ter o AVC. Vale destacar é que todos esses fatores podem ser modificados, e essa modificação vai desde a prevenção até a intervenção, no entanto, existem outros fatores de riscos que não podem ser modificados, como: genética, idade, sexo e raça (FERREIRA et al., 2016)

É definido como adulto jovem o indivíduo com idade que vai desde os 18 anos até os 45 anos de idade. O índice de AVC nessa população é menos frequente comparada a faixa etária mais comum de acometimento da doença (a partir dos 60 anos). O diagnóstico da doença nos adultos jovens é considerado um desafio clínico, tendo em vista que cerca de 30% dos casos permanece sem causa conhecida. A dificuldade que as pessoas enfrentam e sobretudo os jovens depois que passam pela experiência do AVC, não restringem-se apenas as sequelas físicas, vem trazendo junto o impacto na dimensão socioeconômica. Essas pessoas ficam incapacitadas de realizar as tarefas que exerciam anteriormente a doença, e essa limitação tem efeito direto na economia domestica. E as que conseguem serem reinseridas no mercado de trabalho, sofrem com preconceitos. (SANTOS, 2017).

OBJETIVOS

Revisar a literatura acerca da ocorrência de casos de AVC em adultos jovens.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão da literatura, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados nas plataformas SciELO, Acesso Livre, Pubmed e Google Acadêmico onde, após aplicação dos descritores: “AVC”; “Adultos Jovens”; “Ocorrência” sendo encontrados 16 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em língua portuguesa, publicados nos últimos 4 anos e com temas relacionados ao AVC em adultos jovens. Foram excluídos artigos publicados na língua inglesa e não condizentes com o assunto abordado. Restaram finalmente cinco artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As manifestações clínicas do AVC são diversas e esta diretamente ligada ao tipo, localização e a extensão dessa lesão. A ocorrência de alterações motoras, das funções sensoriais e cognitivas tem influencia direta na mobilidade da pessoa acometida pelo AVC, atingindo diretamente a forma como são executadas as atividades de vida diária e a relação do mesmo com o meio. Apesar do choque direto que a doença trás para o indivíduo, por consequência disso, a família acaba sendo vítima da doença de forma indireta (ALVES, 2017).

As dificuldades estão ligadas as partes físicas, emocionais e sociais. Com relação as dificuldades físicas têm haver com a limitação do doente, a prestação de cuidados, o grau de incapacidade e a dependência. As dificuldades emocionais estão atreladas ao aumento da insegurança, preocupação, ansiedade, frustação e diminuição da autoestima. Por ultimo, as dificuldades sociais: isolamento social; troca de papéis, dificuldade de reinserção no mercado de trabalho (ALVES, 2017).

Os indivíduos que sofreram lesões neurológicas têm sua reabilitação realizada por equipe multidisciplinar que irão avaliar e intervir direcionado a incapacidade, proporcionando o reaprendizado das atividades de vida diária, comunicação e psicológico. Portanto faz-se necessário o a adoção de atividades que reinsiram esse paciente na sociedade (ARRAIS, 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante essa revisão, foi notória a falta de interesse em pesquisas voltadas pelo acometimento do AVC na população jovem. Tendo em vista que a maior probabilidade do acometimento da doença está na população idosa. Em contra partida a isso, a vida das pessoas vem mudando drasticamente nos últimos anos. Uma vida agitada com trabalho, estudo, família, vem cobrando cada vez mais das pessoas. Atrelado a isso, uma má qualidade de vida, com o sedentarismo, o alcoolismo, o uso de anticoncepcionais, entre outras coisas, tem levado a casos mais frequentes de pessoas cada vez mais jovens serem vítimas do AVC.

PALAVRAS-CHAVE: AVC; Adultos Jovens; Ocorrência

REFERÊNCIAS:

ALVES, Inês Raquel da Silva Costa. **A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida**. 2017. Tese de Doutorado.

ARRAIS Jr., S. L.; Lima, A. M.; Silva, T. G. **Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico.** 2016. ISSN 2317-5079. Tese de Mestrado.

SANTOS, Catiele dos Reis. **Processo de enfrentamento do acidente vascular cerebral por vitimizados adultos**. 2017. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2017.

FERREIRA, Gizelly da Costa et al. **Acidente vascular encefálico em adultos jovens - revisão da literatura**. 2016. - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC.

TAVARES, Thiago Mendes. **Acidente Vascular Encefálico em Adultos Jovens - revisão da literatura**. 2011. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

Williany Gomes[1], Brunna Mayanny Moura de Freitas[1], Felipe Longo Correia de Araujo[2]

1 Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: wg.aninhagomes@gmail.com.
2 Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A distrofia muscular é uma doença que possui início genético, apresentando uma degeneração progressiva da musculatura estriada (PAULO, 2006).

A fadiga e o enfraquecimento muscularformam a base do quadro clínico, onde na maioria dos casos diminuem a expectativa de vidado indivíduo. É uma doença que não existe cura, porém a fisioterapia tem ajudado bastante a amenizar essa progressividade da doença, com programas de exercícios e dispositivos ortopédicos (SHEPHERD; TONELLI, 2010).

A sintomatologia apresenta-se por volta dos cinco anos, gerando uma grave incapacidade na adolescência, podendo também evoluir ao óbito na terceira década de vida (FLORENCE, 2002). Dificuldades na marcha, causando uma dificuldade de contraçãoda musculatura de membros inferiores, são os primeiros sinais evidenciados (CAROMANO,1998).

A paresia é continua até a perda da marcha, por volta dos onze aos doze anos(ROSES, 1975).

Mesmocom o avanço científico, ainda não existe cura para a doença. O tratamento é feito atravéz do uso de medicamentos esteroidais e visa a medidas para prolongar a mobilidade, diminuir incapacidades e evitar complicações. Enfatiza-se a atuação da fisioterapia, que tem como objetivo principal retardar os acometimentos da doença proporcionando qualidade de vida.

Dentre os recursos fisioterapêuticos, destacamse a cinesioterapia (motora e respiratória) e a fisioterapia aquática(KOURY, 2000; CAMPION, 2000).

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo revisar a literatura sobre a atuação da fisioterapia na distrofia muscular de Duchenne através de uma revisão bibliográfica. Apontando a decorrência da doença e tratamento fisioterapêutico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica, baseada em trabalhos escritos em português, obtidos a partir das bases de dados: BIREME, SCIELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores: Estimulação, psicomotricidade, infantil; bem como publicações realizadas entre 2010 e 2018.

A produção deste estudo foi embasada em 15 artigos científicos previamente selecionados e especificados quanto ao presente estudo.

Foram considerados critérios de inclusão: A importância da apredizagem Psicomotora na Educação Infantil para a prevenção de Dificuldades. Para isso, procurou-se conhecer as bases teóricas da Psicomotricidade, que se faz cogente para o desenvolvimento humano. Em seguida buscou-se o histórico da Educação Psicomotora, sendo assim nomeada por ser aplicada no âmbito escolar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa em questão teve como intuito demonstrar, que a fisioterapia tarda o progredir da doença, por trabalhar em cima de toda musculatura e estimulação do desenvolvimento do individuo.

Com os resultados da pesquisa observou-se efeitos positivos em relação á pratica da fisioterapia, tornando o sujeito mais independente e com melhor qualidade de vida.

Os autores Thompson; Thompson (2002), apontam que a distrofia muscular de duchenne possui sua natureza crescente , se caracterizando por um distúrbio progressista e irreversível, atingindo principalmente a musculatura esquelética, podendo assim trabalhar em cima desse sistema para uma melhor obtenção e retardação do caso.

Segundo Escobar (2004), relata que a fisioterapia é fundamental para a prevenção de distúrbios respiratórios e de contraturas, para a manutenção da força muscular e da mobilidade. E é de bastante importância que o tratamento fisioterapêutico não exceda ao ponto de fadigar o paciente, pois o excesso de trabalho muscular leva a uma aceleração no processo degenerativo.

O autor Grange RW (2007), ressalta que existe algumas dificuldades para tais objetivos, devido á limitações e funções e fraqueza muscular do paciente. Além disso, os métodos empregados na reabilitação são bastante limitados, por causa do cuidado para não fadigar o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A distrofia muscular de duchenne possui sua natureza crescente, se caracterizando por um distúrbio progressista e irreversível, atingindo principalmente a musculatura esquelética.

O diagnóstico precoce e acompanhamento familiar são essenciais na Distrofia muscular de Duchenne. A abordagem multidisciplinar é de extrema importância. Mesmo não havendo uma cura, o tratamento fisioterapêutico é indispensável na prevenção de atrofias e na manutenção, promovendo qualidadede vida e mais funcionalidade para o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia, Duchenne, Distrofia muscular.

REFERÊNCIAS

CAROMANO FA, KUGA LS, PASSARELA J, Sá CSC. Efeitosfisiológicos de sessão de hidroterapia em criançasportadoras de distrofia muscular de Duchenne.

CHEUK DK, WONG V, WRAIGE E, BAXTER P, COLE A,N'DIAYE T, et al. Surgery for scoliosis in Duchennemusculardystrophy.Cochrane Database SystRev.2007;24
distrofia muscular de Duchene (DMD) – Revisão ArqCiênc Saúde Unipar.1999;3:211 – 8.

ESCOBAR-CREDILLO RE, MIRANDA A, LONA S, CASTILLO M. Análisis del patron de interferencia en pacientes con distrofia muscular. RevNeurol. 2004;39:517-20.
FLORENCE, JULAINE M. Doenças neuromusculares na infância e intervenção fisioterapêutica. In: TECKLIN, Jan S. Fisioterapia pediátrica. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2002. p. 189.

GRANGE RW, CALL JA. Recommendations to define exercise prescription for Duchenne muscular dystrophy. Exer Sport Sci Rev. 2007;35(1):12-7.
Muscular Dystrophy Foundation of South África. [Acesso 30 junho 2010]. Disponível em: http://www.mdsa.org.zaCaromano FA. Características do portador de
Muscular Dystrophy Foundation of South África. [Acesso 30 junho 2010]. Disponível em: http://www.mdsa.org.zaCaromano FA. Características do portador de

MYERS, DAVID G. Estresse e saúde. In: MYERS, David G. Introdução à Psicologia Geral. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999. p. 365-366.
Revista de Fisioterapia da Universidade de SãoPaulo.1998;1:49 – 55
Roses AD, Herbstreight MH, Appel SH. Membrane protein kinase alteration in Duchenne muscular dystrophy. Nature. 1975;254:350-1.

THOMPSON JS, THOMPSON MW. GENÉTICA MÉDICA. 6ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 2002.

TONELLI D, PINHO I, SACCO PCN, VIANNA EP,VASCONCELLOS JC, Souza RV, et al. Anestesia empaciente com distrofia muscular de Duchenne.Relato de caso. RevBrasAnestesiol.

SINAIS DA ELA E ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Hadad Monteiro de Oliveira[1]; Laiany Cavalcante Lima[2]; Cassiano Medeiros Linhares[2]; Polyana Borges França Diniz[3]

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: hadadmonteiro@hotmail.com
[3] Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença que causa degeneração progressiva dos motoneurônios, tornando-se impossibilitados de realizar atividades musculares, geralmente estando localizados no córtex-cerebral, no tronco encefálico e corno anterior da medula espinhal (WINHAMMAR et al; 2009).
O seu aparecimento esta ligado a causa multifatorial, alguns autores afirmam que pode esta relacionado com o histórico familiar, mutações genéticas, processos infectológicos (HONORATO; MARTINS, 2008).

Aproximadamnete 20% dos pacientes são cometidos pela patogenia tendo como primeiros sintomas a com fraqueza dos músculos bulbares. A ELA pode se apresentar de duas formas, na forma bulbar progressiva, o exame pode revelar sintomas como: debilidade do palato, diminuição do reflexo do vômito, acúmulo de saliva na faringe, tosse fraca e língua atrófica com faciculações. Por outro lado na forma apendicular, a fraqueza dos músculos das extremidades superiores e a queixa inicial em cerca de 40% dos pacientes; associa-se à atrofia progressiva dos seus músculos (BOURKE SC, 200).

O diagnóstico da esclerose lateral amiotrófica baseia-se nos sinais e sintomas relatados pelo paciente, pelos achados clínicos e por de exames que auxiliaram no desfecho do diagnóstico. De acordo com Pallota et al (2017) o diagnóstico clínico se dar por meio da eletromiografia para investigar o motoneuronio inferior afetado, bem como a ressonância magnética e a estimulação magnética do córtex também servirão de base para mensurar o grau de acometimento do motoneuronios superiores.

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária para identificar os principais sinais da ELA e a atuação da fisioterapia nessa patologia.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura sobre o tema exposto no mês de setembro de 2018, que envolve a recolha e análise de artigos científicos e livros relativos ao tema escolhido, selecionados criticamente através da relevância de seu conteúdo e a partir disso foi desenvolvido o estudo proposto, exposto através de texto narrativo assim como em um quadro contendo: título, autor, objetivos, metodologia, resultados e conclusão. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo e artigos publicados em

periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foi utilizado descritores como: ELA; fisioterapia; tratamento.

RESULTADOS

Simmons (2014) e Lima (2014) afirmam que trata-se de uma doença incurável, o tratamento funciona com o objetivo de amenizar o sinais e sintomas, e aprimorar a funcionalidade, consequentemente aumentando as chances de vida por mais tempo, já nos pacientes mais debilitados, a prioridade no tratamento são as exigências respiratórias.

Com a perda desses motoneurônios ocorre fraqueza muscular, desencadeando atrofias nos diferentes grupos musculares, em casos mais avançados afetando também os músculos respiratórios, alterações na fala e deglutição. Outros sintomas bastante comuns são: fasciculações, cãimbras, fadiga e espasticidade, que interferem nas atividades de vida diárias de pacientes portadores de ELA (BROOKS; SWASH, 2013; MITCHELL et al; 2013).

Os sinais clínicos da Esclerose Lateral Amiotrófica baseiam-se inicialmente com fraqueza nas extremidades dos membros superiores podendo ocorrer assimetricamente, e com o tempo vai acometer todo o membro, ou também pode ser expressada com dificuldade na fala e na deglutição (ROWLAND; SHNEIDER, 2011).

Diante das alterações cineticos-funcionais das pessoas acometidas por ELA, a fisioterapia tem como objetivo desenvolver a independência funcional desses individuos minimizando os riscos de complicações secundárias e assim consequentemente melhorando a sua qualidade de vida (FANCCHINETTI, 2009).

De acordo com os objetivos da fisioterapia, o profissional pode prescrever exercícios que visem melhorar essa perda da função restaurando o tônus muscular. Embora não exista comprovação sobre a restrição de uso de exercícios resistidos em paciente com ELA, alguns estudos mostram que o uso desses exercícios com uma resistência de leve a moderada, deve ser utilizado com precaução, visto que os paciente encontram-se frágeis havendo perda de massa muscular. O que se sabe é que exercícios isométricos trazem bons resultados e auxiliam na manutençao da função, uma vez que se encontra menosprezada (DAL BELLO-HAAS, 2013; LUI, 2013).

CONCLUSÃO

Dado o exposto, concluimos que a intervencão fisioterapêuica traz ao individuo acometido com a ELA benefícios para sua longevidade com qualidade de vida, apresentando retardo da progressão da doença como ganho de força muscular. Ressalta-se apenas a necessidade de novos estudos acerca de técnicas e intervenções com objetivo de inovação ao tratamento da doença.

PALAVRAS-CHAVE: ELA; fisioterapia; tratamento.

REFERÊNCIAS

BROOKS.B.R; SWASH.M; MUNSAT.T.L. Abordagem Fisioterapêutica na Esclerose Lateral Amiotrófica: Artigo de Atualização. **Rev Neurocienc,** v.21. n.2, p.313-318, 2013.

.BOURKE SC, SHAW PJ, GIBSON GJ. Respiratory function vs sleep-disordered breathing as predictors of QOL in ALS**. Neurology**; v,57, p, 2040-4, 2001.

DAL BELLO-HAAS.V; FLORENCE.J.M; KRIVICKAS.L.S. Abordagem Fisioterapêutica na Esclerose Lateral Amiotrófica: Artigo de Atualização. **Rev Neurocienc**, v.21, n.2, p.313-318, 2013.

FACCHINETTI.LD; ORSINI.M; LIMA.M.A.S.D. **Os benefícios do tratamento hidroterapêutico na Esclerose lateral amiotrófica- revisão de literatura.** 2015. 12 f. Especialização (Especialista em Fisioterapia Neurologica)- Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCG), Goiânia-GO, 2015.

HONORATO.E.S; MARTINS.E.F. Intervenção Fisioterápica na Esclerose Lateral Amiotrófica. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. Salvador,** v.5, n.5, p.20-28, jan-jun de 2017.

LUI.A.J; BYL.N.N. Abordagem Fisioterapêutica na Esclerose Lateral Amiotrófica: Artigo de Atualização. **Rev Neurocienc,** v.21, n.2, p.313-318, 2013.

MITCHELL.J.D; BORASIO.G.D. Abordagem Fisioterapêutica na Esclerose Lateral Amiotrófica: Artigo de Atualização. **Rev Neurocienc,** v.21, n.2, p.313-318, 2013.

PALLOTA, R. Intervenção Fisioterápica na Esclerose Lateral Amiotrófica. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde,** Salvador, v.5, n.5, p.20-28, Jan-jun de 2017.

ROWLAND, L. P.; SHNEIDER, N. **Análise da cinemática dos compartimentos da parede torácica nas posições supino e sentada de pacientes com Esclerose lateral amiotrófica.** 2011. 85 f. Dissertação (Mestre em ciências da reabilitação)-Belo Horizonte-MG, 2011.

SIMMONS. Z. **Perfil populacional e qualidade de vida em pacientes com esclerose lateral amiotrófica** (ELA). 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado em ciências médicas) – Universidade de Brasília Faculdade de Ciências Médicas – UnB. Brasília – BR, 2014.

WINHAMMAR.J.M.C; ROWE.D.B; HERDERSON.R.D; KIERNAN.M.C. Importância do atendimento multidisciplinar a pacientes com doença do neurônio motor/esclerose lateral amiotrófica. **ConScientiae Saúde,** v.8, n.2, p.211-217, 2009.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

Ayza Hellen Estevam dos Santos[1], Felipe Longo Correia de Araújo [2], Jéssica de Oliveira Silva [1], Lidiane Gonçalves da Silva[1], Luzia Layanne Nóbrega da Silva [1], Thayssa Sarmento Zuza Silveira[1]

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia.
E-mail[1]: ayzahellen0@gmail.com
[2] Professor Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia Das Faculdades Integradas De Patos.

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) é qualquer agressão ao cérebro, que acarrete lesão anatômica ou comprometimento funcional do crânio, meninges, encéfalo e cerebelo. É causado por um impacto de uma força externa, podendo ocorrer por acidentes automobilísticos, uso de armas brancas e de fogo, e acidentes na prática de esportes (WINKLER P. A. 2004).

Essa lesão é considerada a que mais mata e incapacita crianças, jovens e adultos. O que resulta em uma alteração de consciência e comprometimento das habilidades cognitivas e funcionais. Acomete mais o sexo masculino, entre uma faixa etária de 15 a 24 anos de idade (SOUZA R. J.; ZEDAN R., 2013).

O tratamento do TCE envolve vários componentes, como a organização e qualidade da conduta pré-hospitalar no momento do trauma e o diagnóstico e procedimentos terapêuticos, visando melhorar a prevenção, o tratamento intra-hospitalar e a reabilitação desses pacientes após alta. Sendo assim, o tratamento fisioterapêutico é realizado em dois estágios: intra-hospitalar e ambulatorial (FIGUEIREDO J. C et al, 2009).

REFERENCIAL TEÓRICO

As lesões cerebrais são classificadas em primárias e secundárias. As primárias ocorrem no momento do trauma, devido a ferimentos por projétil de armas brancas ou armas de fogo que penetram o crânio. Já as lesões secundárias ocorrem em virtude de agressões após o momento do acidente, podendo haver interação de fatores intra e extra cerebrais. O local do acidente, alterações clínicas como hipotensão arterial, hipoglicemia, hipóxia respiratória e hipóxia anêmica são os principais fatores de lesão secundária (ANDRADE A. F. et al, 2009).

E as lesões encefálicas no TCE são divididas em difusas e focais. As lesões difusas acometem o cérebro como um todo e decorrem de forças cinéticas que levam a rotação do encéfalo dentro da caixa craniana. As lesões focais são compostas por hematomas intra ou extra cerebrais ou áreas isquêmicas que acometem apenas uma região do cérebro (RUY E. L.; ROSA M. I. 2011).

Existe um método para definir o estado neurológico de pacientes com lesões cerebrais que analisa o nível de consciência e previne futuras sequelas chamado Escala de Coma de Glasgow (ECG). Que atribui os níveis de leve, moderado e grave de desenvolver lesões neurológicas e afirma que o TCE leve é definido como um escore de 14 ou 15, TCE moderado entre 9 e 13 e o TCE grave entre 3 e 8 (GENTILE J. K. A. 2011).

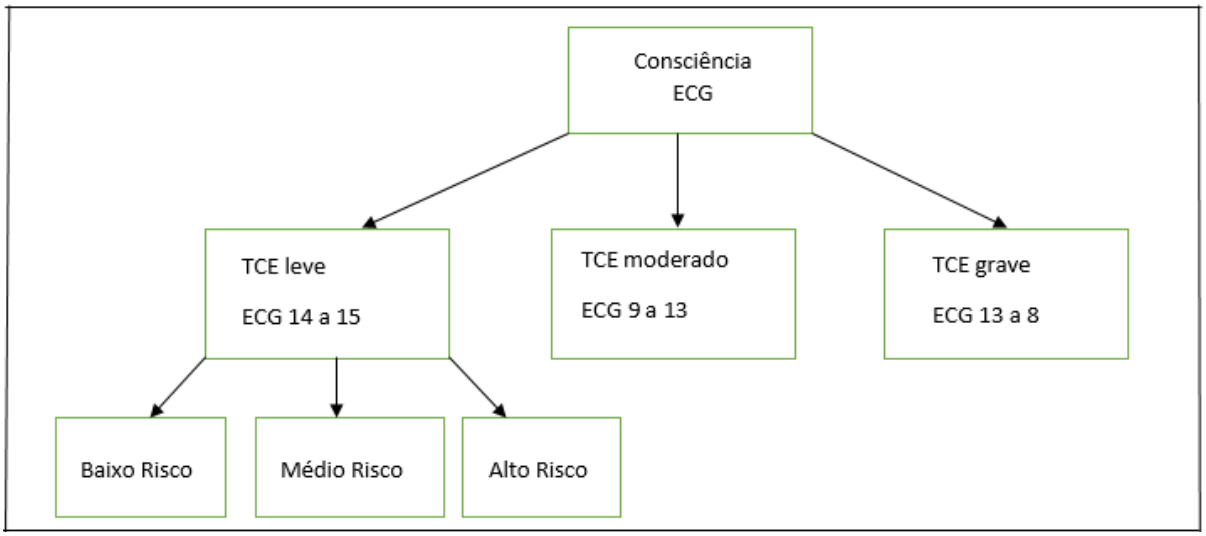


Figura 1 - Estratificação do grau de risco associado ao trauma crânio-encefálico baseado na escala de coma de Glasgow (ECG). ECG = escala de coma de Glasgow; TCE = trauma cranioencefálico.

A reabilitação de pacientes que sofreram TCE é um processo longo e complexo frente à evolução neurológica. Para tanto é de fundamental importância que o fisioterapeuta inicie sua intervenção o mais rápido possível (SOUZA R. J.; ZEDAN R. 2013).

Os pacientes com TCE grave, são geralmente submetidos à monitorização da pressão intracraniana (PIC), e da pressão arterial média (PAM) e tratados de acordo com um protocolo rígido de assistência, que inclui sedação, elevação de cabeceira do leito, ventilação mecânica e fisioterapia respiratória e motora (THIESON R. A. et al, 2005).

Na UTI, o principal objetivo dos cuidados no paciente é evitar o agravo secundário, mantendo estabilidade hemodinâmica e respiratória, com o intuito de manter uma adequada oferta de oxigênio e de nutrientes ao tecido cerebral. A fisioterapia respiratória faz parte do conjunto terapêutico com importante papel na manutenção das vias aéreas, prevenindo sequelas (TOLEDO C. et al, 2008).

Além do tratamento intra-hospitalar na UTI, existe o tratamento ambulatorial, que se dar a partir do momento de alta hospitalar do paciente. Após a alta, se inicia um novo ciclo de reabilitação, visando estimular as funções afetadas pela lesão para a retomada da função. De acordo com Scherer (2007), vítimas de TCE podem apresentar dificuldades na marcha, desestabilização postural, falta de coordenação, função e controle motor, espasticidade e encurtamentos. A restauração da marcha é um dos principais objetivos da reabilitação destes pacientes, sendo necessário o controle postural, equilíbrio e coordenação suficientes para permitir uma deambulação segura (FIGUEIREDO J. C. et al, 2009).

OBJETIVO

Analisar e compreender a atuação da Fisioterapia em pacientes com TCE.

MÉTODOS

Trata-se de um resumo expandido com a utilização de artigos científicos obtidos a partir de dados do Google Acadêmico, Scielo. Usando os descritores: Traumatismo Crânio Encefálico, Lesões cerebrais, Lesões encefálicas, Escala de Coma de Glasgow, Tratamento. Foram analisados 12 artigos científicos e selecionados 7, publicados entre 2005 a 2015, também foi utilizado 1 livro como base de informações.

RESULTADOS

A incidência de TCE foi observada significativamente maior nos homens comparado às mulheres. Acidentes automobilísticos e quedas (principalmente em idosos) foram os maiores responsáveis pelas causas de TCE, nos presentes estudos. A presença de edema cerebral, insuficiência respiratória, contusão cerebral. E como comprometimentos motores: a dificuldade da marcha, desestabilização postural, falta de coordenação, função e controle motor, espasticidade e encurtamentos também foram observados em todas as pesquisas utilizadas. Os objetivos e condutas fisioterapêuticas traçados para os pacientes que sofreram TCE foram: higiene brônquica, reexpansão das bases pulmonares, prevenir escaras de decúbito, manter e melhorar retorno venoso, prevenir contraturas e deformidades articulares e musculares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TCE é uma lesão bastante complexa, que com a falta do tratamento imediato poderá levar o paciente a óbito. A fisioterapia é de extrema importância para pacientes que sofrem TCE, considerando que, quanto mais rápido iniciar o tratamento, mais rápido irá obter melhores evoluções. Porém, é um processo longo que requer bastante dedicação do fisioterapeuta.

PALAVRAS – CHAVES

Traumatismo crânio–encefálico TCE; Lesões Encefálicas; Glasgow; Lesões Cerebrais; Tratamento Fisioterapêutico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE A.F.; PAIVA W.F; AMORIM R.L.O.; FIGUEIREDO E.G.; NETO E.R.; TEIXEIRA M.J. **Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico.** Rev. Assoc. Med. Bras. vol.55 no.1 São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000100020 Acesso em: 25 de Setembro de 2018.

FIGUEIREDO J.C.; CAETANO L.L; FILHO R.M.M.M., MORAIS S.G. **Traumatismo Cranioencefálico: Aspectos Clínicos e Abordagem Fisioterapêutica.** Governador Valadares – MG, 2009. Disponível em: http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Traumatismocranioencefalicoaspectosclinicoseabordagemfisioterapeutica.pdf Acesso em: 30 de Setembro de 2018.

GENTILE J.K.A.; HIMURO H.S.; ROJAS S.S.O.; VEIGA V.C.; AMAYA L.E.C.; CARVALHO J.C. **Condutas no paciente com trauma crânioencefálico.** São Paulo 2011. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2256654_109700.pdf Acesso em: 25 de Setembro de 2018.

RUY E.L.; ROSA M.I. **Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo crânio encefálico**. Extremo Sul Catarinense, 2011. Disponível em: http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/873.pdf Acesso em: 25 de Setembro de 2018.

SOUZA R.J.; ZEDAN R. **Assistência fisioterapêutica a pacientes com traumatismo crânio encefálico (tce) em unidade de terapia intensiva (uti): relato de caso.** Ourinhos/SP, 2013. Disponível em: http://revistapuca.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/4028/1855 Acesso em: 25 de Setembro de 2018.

TOLEDO C.; GARRIDO C.; TRONCOSO E.; LOBO S.M. **Efeitos da fisioterapia respiratória na pressão intracraniana e pressão de perfusão cerebral no traumatismo**

cranioencefálico grave. Rev. bras. ter. intensiva vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400004 Acesso em: 30 de Setembro de 2018.

THIESEN R.A.**;** DRAGOSAVAC D.; ROQUEJANI A.C.; FALCÃO A.L.E.; ARAUJO S.; FILHO V.P.D.; OLIVEIRA R.A.R.A.; TERZI R.G.G. **Influência da fisioterapia respiratória na pressão intracraniana em pacientes com traumatismo craniencefálico grave**. Campinas – SP, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n1/23608.pdf Acesso em: 30 de Setembro de 2018.

WINKLER, P.A. **Traumatismo Crânio-encefálico**. In: UMPHRED D. A. Reabilitação Neurológica. 4ª ed. Barueri – SP: Manole Ltda, 2004.

A EFICÁCIA DO MÉTODO PILATES NA REDUÇÃO DO GRAU DE ESCOLIOSE EM ADOLESCENTES

Maria De Fátima Leite Matias[1]; Yasmim De Sousa Barbosa[1]; Antônio Leite Guimarães Neto[1]; Noelma De Assis Leite[2] ; Ednilda Firmino Pereira[2]

ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM

FISIOTERAPIA[1]. E-MAIL: karolmatias95@gmail.com
Professoras Do Curso De Bacharelado Em Fisioterapia Das Faculdades Integradas De Patos[2]

INTRODUÇÃO

É no período de crescimento onde acontece várias mudanças e transformações no corpo de todo ser humano. Para Ramos, Reis e Esteves (2006) é na infância que se inicia a grande parte dos problemas posturais, principalmente os relacionados aos desvios da coluna vertebral, exibindo fatores etiológicos de origem emocional, sociocultural, traumático ou fator hereditário. Um desses problemas é a escoliose que segundo Perdriolle, 2006, é o desvio da coluna vertebral em forma de "C" ou de "S", que pode se manifestar com sintomas ainda na infância, adolescência ou somente na fase adulta.

No tratamento conservador da escoliose uma das alternativas seria a intervenção fisioterapêutica baseada em um programa de exercícios específicos para essa condição (YAMAM e DALBAYRAK, 2014). Alguns dos métodos utilizados, segundo alguns autores, são os exercícios de estabilização lombo-pélvica, reeducação postural global (RPG), Iso Stretching e Pilates.

OBJETIVOS

Avaliar os efeitos do Método Pilates no controle do grau de escoliose em adolescentes.

REFERENCIAL TEÓRICO

A escoliose é um dos desvios mais severos da coluna vertebral, que se inicia na infância ou na adolescência e aumenta progressivamente em conjunto com a maturação esquelética, provocando deformidades severas e importantes, promovendo alterações estruturadas de seus elementos, especialmente quando está localizada na região tóracolombar (KHOURI et al., 2004; MORAES, 2007 e IUNES et al., 2010).

Segundo Bradford, Lonsteins e Moe, 1994 a escoliose é considerada patológica quando a curvatura é maior que 10º, e, pode ser classificada em idiopática, neuromuscular, congênita e adulta. Kisner e Colby, 1992, classifica mediante sua gravidade, sendo: leve (entre 10º e 20º); moderada (entre 20º e 40º) e severa maior que 40º ou 50º).

O método Pilates foi criado por Joseph Hubertus Pilates na década de 1920 e representa uma fusão entre a abordagem oriental e ocidental, reunindo os princípios da cultura

oriental, inerentes a concentração, respiração, equilíbrio e controle corporal e da cultura ocidental, com o trabalho de força e tônus muscular. Sua aplicação é fundamentada na estabilização estática e dinâmica do corpo através da “Power House” ou centro de força.

Com base nos estudos relacionados sobre a escoliose em adolescentes e a utilização do Método Pilates para o seu tratamento; Segundo Silva e Mannrich (2009) inicialmente o Método Pilates foi desenvolvido para ganhar força muscular; porém, com sua popularidade, ganhou novos objetivos, incluindo definição postural e de ganho de flexibilidade. O método pode ser utilizado em tratamentos de correção postural, ganho de força, onde a técnica pode ser adaptada às disfunções de cada indivíduo, sendo que possui poucas contraindicações.

Trata-se de movimentos que visam a posição neutra da coluna vertebral, minimizando o recrutamento muscular desnecessário, prevenindo a fadiga precoce e a diminuição da estabilidade corporal (MOURA et al., 2014).

RESULTADOS

Os autores Gómez e Garcia, 2009, afirmam que o Pilates é uma das técnicas mais eficazes na reeducação postural. O estudo de Araújo et al, 2010, evidenciou que a prática do método Pilates foi eficaz na redução da dor, aumento da flexibilidade e melhora de alterações posturais, em estudantes do gênero feminino, portadoras de escoliose não estrutural.

Kolyniak et al. (2004), constatou que o Método Pilates influencia na hipertrofia da musculatura flexora e extensora do tronco, observando-se uma hipertrofia relevante desses músculos em relação ao pré-tratamento.

Bertolla et al., 2007, em seu estudo randomizado, com jogadores de futsal juvenil, observou em um total de 6 meses de programa, uma diminuição de 4,3 cm no incremento de flexibilidade com a utilização do Método Pilates. Em um estudo realizado por Segal et al., 2004, em aproximadamente 3 meses, identificou-se com o teste índex-chão uma melhora notável de 3,3 a 4,3 cm após o tratamento utilizando o Método Pilates.

Dillman, 2004, relata que a prática de Pilates proporciona melhora na circulação e no condicionamento físico geral, na flexibilidade, na amplitude muscular, na força e no alinhamento postural adequado. Além disso, promove melhora nos níveis de consciência corporal, coordenação motora e melhora o equilíbrio. Todos esses benefícios citados ajudam a prevenir e reduzir o risco de lesões e proporcionam o alívio das dores.

MÉTODOS

Foi utilizada como método a revisão da literatura, a fim de reunir informações sobre a temática abordada o conhecimento científico produzido sobre o tema em investigação, ou seja, permite a busca, avaliação e sintetização das evidências científicas disponíveis que contribuirão no desenvolvimento de conclusões sobre a temática abordada.

O estudo foi norteado pela questão problema – Qual o efeito do método Pilates no controle do grau de escoliose em adolescentes. A pesquisa foi realizada em bases de dados eletrônicas e livros, o ano das publicações ficou a partir da década de 1990, as palavras-chave utilizadas compreendeu os termos: Pilates, escoliose, adolescente e tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a adolescência observa-se um desenvolvimento mais acelerado do crescimento ósseo o que pode promover um desequilibrado da musculatura acarretando desigualdades e compensações levando a alterações posturais que venham a interferir na qualidade de vida desses adolescentes.

O presente trabalho demonstra que o Método Pilates contribui com a correção das más posturas e as alterações que essas promovem na coluna vertebral. Os estímulos corporais que a técnica promove proporcionam força, flexibilidade, resistência e alinhamento corporal. Trata-se de uma ótima opção para promover de forma ativa a boa postura.

PALAVRAS-CHAVE: Pilates; Adolescentes; Escoliose; Tratamento.

REFERÊNCIAS

RAMOS, E.; REIS, D. C.; ESTEVES, A. C. Análise cinemática da marcha em portador de escoliose idiopática. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 8, n. 3, p. 85-92, 2006.

PERDRIOLLE, R. A escoliose: um estudo tridimensional. São Paulo: Summus, 2006.

IUNES, D. H. et al. Análise quantitativa do tratamento da escoliose idiopática com o Método Klapp por meio da biofotogrametria computadorizada. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 14, n. 2, p. 133-140, 2010.

KHOURI, N. et al. Scoliose idiopathique. Stratégie diagnostique, physiopathologie et analyse de la deformation Idiopathic Scoliosis. Strategy, Pathophysiology, and Deformity Analysis. EMC Rhum Orthoped, v. 1, p. 17-44, 2004.

MORAES, R. R. Atuação do educador físico no ambiente escolar perante a postura da coluna

vertebral de crianças e adolescentes - Revisão de Literatura. 2007. 47 f. Monografia (Licenciatura Plena em Educação Física) - Faculdade de Educação, Universidade do Vale do Paraíba,
Yaman O, Dalbayrak S. Idiopathic Scoliosis. Turk Neurosurg. 2014; 24(5): 646-57

MOURA, P.M.; SILVA M.L.; TEIXEIRA, L.P.; YAMANDA, E.F.; LARA, S. Efeito do método Pilates sobre a escoliose idiopática: estudo de caso. Rev. Scientia Médica. Porto Alegre, v 24, n

VERONESI JUNIOR, J. R.; TOMAZ, C. Efeitos dareeducação postural global pelo método RPG/RFL na correção postural e no reequilíbrio muscular. Revista Fisioterapia e Movimento, v. 21, n. 3, p.127-137, 2008.

SILVA, V. S.; SOUZA, M. T.; CUBAS, J. J. M. Parâmetros de avaliação postural em escolares com faixa etária de 10 a 14 anos. Revista Interfaces, n. 2, p. 41-46, 2010.

Bradford DS, Lonsteins JE, MOE JH. Escoliose e outras deformidades da coluna "O livro de Moe". 2ª ed. (SP): Ed. Santos; 1994

Kisner C, Colby H. A. Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas. 1ª ed. (SP): Manole; 1992.

Gómez VS, García OG. Ejercício físico y Pilates durante el embarazo. Revista Digital, Buenos Aires, 2009; 14(136).

Araújo MEA de, Silva EB da, Vieira PC, Cader SA, Mello DB de, Dantas EHM. Redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural, em universitárias submetidas ao Método Pilates. Rio Claro: Motriz; 2010. 16(4). 958-66.

KOLYNIAK, I. E. G. G.; CAVALCANTI, S. M. B.; AOKI, M. S. Isokinetic evaluation of the musculature involved in trunk flexion and extension: Pilates© method effect. Rev. Brás. Méd. Esporte. 2004. v. 10, nº. 6, nov./dez.

BERTOLA, F. BARONI, B. M. JUNIOR, E. C. P. L. OLTRAMARI, J. D. Effects of a training program using the Pilates method in flexibility of sub-20 indoor soccer athletes. Rev. Bras. Méd. Esporte. 2007. v. 13, nº 4, Jul/Ago.

SEGAL et al. The Effects of Pilates Training on Flexibility and Body Composition: An Observational Study. Arch Phys Med Rehabil. 2004. v. 85, nº. 12, p. 1977-8

SILVA, A. C. L. G; MANNRICH, G. Pilates na Reabilitação: uma revisão sistemática. Revista Fisioterapia em Movimento, n. 22, v. 3, p. 449-455, 2009

DILLMAN, E. O pequeno livro de Pilates: guia prático que dispensa professores e equipamentos. Rio de Janeiro: Record, 2004.

A EFICÁCIA DA CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ianca Brito da Nóbrega[1]; Leydijane Araújo de Sousa[1]; Evanise Azevedo dos Santos[1]; Aucélia Cristina Soares de Belchior [2].

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: ianca_briton@hotmail.com; leydejane_araujo@outlook.com; niceetiago@hotmail.com.

[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é umas das doenças mais acometidas da hipermodernidade, que resulta em muitas outras sequelas decorrentes. Uma das mais importantes é a perca das funções motoras que, em geral, é mais lenta que a do membro inferior (MERRIT; 2002). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é caracterizado como um sinal clínico de rápido desenvolvimento de perturbação focal da função cerebral, de suposta origem vascular com mais de 24 horas de duração (OPAS; 2007).

De acordo com Johnston et al. 2004, as doenças cerebrovasculares exercem forte impacto sobre a saúde da população, pois são doenças mais incapacitantes do que fatais, no entanto, o tratamento pós-AVE deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, integrando intervenções, medicamentosa, apoio psicológico não só ao paciente como também aos seus cuidadores e ainda em especial de extrema importância a intervenção fisioterápica. O Acidente Vascular Encefálico (AVE) tem sido descrito como a terceira causa de morte e principal causa de incapacidade na população adulta mundial (WHO, 2012). Embora cerca de 60% dos indivíduos sobreviventes sejam capazes de deambular após processo de reabilitação (PRESTON et al., 2011).

A diminuição na velocidade da marcha e um padrão assimétrico são alterações importantes decorrentes do AVE. Entre os fatores que levam a estas alterações no desempenho da marcha destacam-se os déficits observados na articulação do tornozelo (HSU et al., 2003; LIN et al., 2006). A fase inicial do AVE segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV, 2010) sintetizou que o AVE deve ser considerado uma urgência neurológica, os exames de Tomografia Computadorizada (TC) e a trombólise deve ser a terapia de primeira escolha.

A atividade de vida diária depende de três funções: física, psicológica e social. A função física engloba aspectos inter-relacionados, que são: equilíbrio, desempenho muscular, flexibilidade, coordenação, estabilidade e resistência física, e os sistemas que controlam esses aspectos desenvolvem adaptações em função das sobrecargas impostas a eles. (KISNER C, COLBY, 2005).

Os tipos de AVE são: Ataque isquêmico transitório (AIT) é caracterizado como breve acontecimento de perda da função cerebral, devido à isquemia, que pode ser localizada em uma porção do sistema nervoso central composto por um determinado sistema vascular (carotídeo direito ou esquerdo, ou vertebrobasilar), e para o qual não se encontra nenhuma outra causa.

Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) Os AVC´s podem ser classificados quanto a sua etiologia em: aterotrombóticos, cardioembólicos, lacunares, hemodinâmicos e venosos. Essa diferenciação é fundamental na prevenção secundária eficiente. O infarto cerebral aterotrombótico ocorre quando a aterosclerose envolve determinados sítios das artérias intra e extracranianas, levando à sua oclusão ou a um de seus ramos. Existem dois mecanismos principais pelos quais a aterosclerose leva ao infarto. Pode haver trombose a partir de uma placa aterosclerótica com obstrução da luz arterial ou fragmentação de uma placa ou trombo aplicado a esta, com embolia artério-arterial (OLIVEIRA, 2014).

OBJETIVO

Comprovar através da revisão bibliográfica a eficácia do tratamento fisioterapêutico por meio da cinesioterapia no tratamento do pós acidente vascular encefálico (AVE).

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura. Esta pesquisa é de natureza descritiva, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica. Relacionada ao tratamento da reabilitação do pós-AVE com o auxílio da cinesioterapia. Os artigos envolvidos neste estudo foram selecionados em pesquisas realizadas nas bases de dados Scielo; Bireme; Google Acadêmico; Lilacs; dentre outros, no período de julho a setembro do corrente ano, utilizando os seguintes descritores : Acidente Vascular Encefálico, Cinesioterapia e Reabilitação.

RESULTADOS

O tratamento fisioterapêutico promove uma melhora sobre os recrutamentos de unidades motoras, melhorando a desempenho motor, melhora na velocidade, destreza e coordenação dos movimentos, e além de promover outros benefícios, melhorando sua qualidade de vida. Sendo assim a cinesioterapia ajuda no recondicionamento físico, na força

muscular, na resistência a fadiga, na flexibilidade, mobilidade, coordenação, equilíbrio e na prevenção de deformidade e dores em geral, que são proporcionadas pelo ato motor.

Logo que a situação clínica do paciente se estabiliza é possível então começar a desenvolver esforços na sua recuperação funcional. A primeira etapa concentra-se em promover a independência motora, dado que muitos deles se encontram seriamente limitados ou mesmo paralisados. Os doentes são solicitados a realizar todo um conjunto de exercícios amplos passivos ou ativos com o objetivo de fortalecer os membros comprometidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento do envelhecimento da população, os casos de pessoas acometidas com AVE vêm crescendo. Essa patologia afeta os sensores motores e também sensitivos, consequentemente a qualidade de vida desses indivíduos. Como a fisioterapia tem papel primordial na reabilitação e a área de cinesioterapia é, no entanto uma das mais utilizadas no tratamento. A necessidade de estudos que mostram os resultados que a fisioterapia com o recurso da cinesioterapia pode fazer na vida de um paciente acometido com essa patologia. Além disso, mostrar a importância de um indivíduo sair do quadro de incapacidade para retornar se em suas atividades de vida diária. O fisioterapeuta pode participar de forma efetiva na equipe, desenvolvendo um trabalho que venha a compor uma nova forma de organizar os serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico; Cinesioterapia; Reabilitação.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, aug. 2007.

ALTAIR, J.P.A. APLICAÇÃO DO KINESIO TAPING® ASSOCIADO À CINESIOTERAPIA NA CORREÇÃO DA MARCHA PÓS ACIDENTE VASCULAR
BOBATH, B. **Hemiplegia em adultos** – avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 1978. p. 20-40.

CÓPIA, R.; PAVANI, C. M. C. M. Tratamento da espasticidade muscular: revisão e estudo das técnicas. **Rev. Fisioter. Mov.** v. 16, n. 13, p.19-28, 2003.

FERLA, F.L., GRAVE, M, PERICO, E. Fisioterapia no tratamento do controle de tronco e equilíbrio de pacientes pós-avc. **Rev. neurociênc.** 2015; 23(2): 211-217.

ENCEFÁLICO, 2012. fisiot._nas_sequelas_crYnicas_resultantes_de_ AVC_isquYmico_-_

HSU, A. L.; TANG, P. F.; JAN, M. H. Analysis of impairments influencing gait velocity and asymmetry of hemiplegic patients after mild to moderate stroke. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 84, n. 8, p. 1185-93, 2003.

HSU, A. L.; TANG, P. F.; JAN, M. H. Analysis of impairments influencing gait velocity and asymmetry of hemiplegic patients after mild to moderate stroke**. Arch Phys Med Rehabil**, v. 84, n. 8, p. 1185-93, 2003.
regaining independent walking? **A systematic review**. Int J Stroke, v. 6, n. 6, p. 531-40, 2011.

JOHNSTON, D.C., HILL, M.D. The patient with transient cerebral ischemia: a golden opportunity for stroke prevention. **Canadian medical association journal**. [serial on the internet] 2004.

KAZKO S. E. **Envelhecimento** [cited 2004 Nov 30];170(7):1134-7. Available from: http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/7/1134.

KISNER, C., COLBY, L.A. **Exercícios Terapêuticos**: Fundamentos e Técnicas. São Paulo: Manole; 2005).

OLIVEIRA, T.R. Caracterização do acidente vascular cerebral. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 84, n. 8, p. 1185-93, 2014.
Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS; 2007.

PRESTON, E. et al. What is the probability of patients who are nonambulatory after stroke

ROCHA, P. A evolução da marcha através de uma conduta cinesioterapêutica em pacientes hemiparéticos com sequela de ave. Arq**. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 25-

SARAIVA, F. P. O., MEIJA, D.P.M. Benefícios da fisioterapia nas sequelas crônicas resultantes de acidente vascular encefálico isquêmico - **revisão bibliográfica** [trabalho de conclusão de curso]**.** Goiânia: Faculdade Ávila; 2013.

SEGURA, D. C. A., BRUSCHI, F. A., GOLIN, T. B., GREGOL, F., BIANCHINI, K. M., 33, jan./abr. 2008. [acesso em 17 set 2018] Disponível em: http://portalbiocursos.com.br.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO VI. **Revista Hipertensão,** v. 13, n.1, p. 1-66, jan.-fev.-mar. 2010.

OS EFEITOS DA REALIDADE VIRTUAL NA REABILITAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Luelma Karolaynne Azevedo e Araújo[1]; Ágatha Lizandra Leite de Oliveira [1]; Isabelle Carlos da Silva[1];Marilia Aires Alves de Lima[1] ; Felipe Longo Correia de Araújo[2].

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia.

[2]Professor Mestre do Curso de Bacharelando em Fisioterapia

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) ocorre devido a uma alteração na circulação encefálica que pode causar alterações definitivas ou transitórias na função de uma ou mais áreas do encéfalo devido a isquemias ou más formações arteriovenosas (Hanchate, Schwamm, Huang, & Hylek, 2013; Planas, 2013; Savitz & Mattle, 2013; Tennant, 2013). As disfunções sensoriomotoras, de linguagem e cognitivas consequentes do AVE podem causar limitações no desempenho funcional com consequências negativas na estrutura e função do corpo, atividades e participação (Faria, Silva, Corrêa, Laurentino, & Teixeira-Salmela, 2012; Fong, Chan, & Au, 2001). Diversas estratégias de tratamento utilizadas pela fisioterapia, tais como terapia por contensão induzida e terapia orientada à tarefa podem auxiliar na restauração das funções afetadas, com o principal objetivo de promover melhora das atividades funcionais visando a maior independência possível do paciente (Brainin & Zorowitz, 2013). No entanto, tais recursos podem tornar-se desmotivadores e repetitivos ao paciente.

REFERÊNCIAL TEORICO

No entanto, tais recursos podem tornar-se desmotivadores e repetitivos ao paciente. Nesse contexto, recentemente, a realidade virtual (RV) tem sido proposta como um novo recurso que pode contribuir para a reabilitação de pacientes neurológicos, pois pode proporcionar interação, motivação e prazer na prática de exercícios específicos para as mais diversas finalidades (Deutsch, 2011; Eng et al., 2007; Laver, George, Thomas, Deutsch, & Crotty, 2011; Levin, 2011; Penasco-Martin et al., 2010; Saposnik et al., 2009, 2010). Deutsch et al. (2011) definiram a RV como uma experiência virtual imersiva, interativa, tridimensional, que ocorre em tempo real, que estimula a participação ativa do paciente mesmo com incapacidade física e cognitiva. Ao interagir com o mundo virtual, o paciente obtém informações online sobre o seu desempenho, bem como as consequências de sua prática, ou seja, o conhecimento dos resultados da atividade motora, o que pode contribuir para a aprendizagem (Cameirao, Badia, Zimmerli, Oller, & Verschure, 2007; Laver et al., 2011; Mirelman, Patritti, Bonato, & Deutsch, 2010). O objetivo quando se escolhe a Realidade Virtual para tratamento é incentivar o uso de funções motoras grosseiras e finas por meio de uma interação do indivíduo com um meio ambiente virtual.

OBJETIVOS

Analisar o efeito da Realidade Virtual na reabilitação de pacientes acometidos pelo AVE.

METODOLOGIA

O presente estudo é caracterizado como revisão literária, sobre os efeitos da realidade virtual na reabilitação do acidente vascular encefálico. Com o uso de artigos científicos referentes ao tema escolhido, foi usada para execução da pesquisa meio eletrônica e bancos de dados da internet como: SCIELO e Google Acadêmico. Para a busca destes artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras chaves: acidente vascular cerebral, reabilitação, tecnologia.

RESULTADOS

Quando se escolhe a Realidade Virtual para tratamento é incentivar o uso de funções motoras grosseiras e finas por meio de uma interação do indivíduo com um meio ambiente virtual. Isso pode conferir benefícios devido a sua capacidade de manter controle simultâneo sobre a realidade e sobre o abstrato, situações que proporciona aprendizado que não poderia com métodos tradicionais.

Efeitos da RV na marcha e equilíbrio	Efeitos da RV na percepção	Efeitos da RV na cognição	Efeitos da RV na função do membro superior

O uso da RV associada a esteira promove melhora significante da marcha, melhorando a noção de espaço, objetivando também no aumento do equilíbrio. Walker et al. (2010)	Apresentam melhora nas percepções: visual, social e musical, auditiva e tátil. Trabalhando a noção de espaço, objetivando melhora nas AVD´S. Kim, Chun, Yun, Song, e Young et al. (2011)	Os efeitos na cognição não são superiores ao da percepção, tem basicamente as mesmas funções, resultando numa melhora de 70% nas AVD´S, utilizando jogos do Nintendo. Kim, e Park et al. (2011)	Aumento do desempenho motor, e também na realização de tarefas funcionais em ambiente real, o que levanta a possibilidade de observar os efeitos do uso da RV em relação à transferência funcional da realização de tarefas em mundo virtual para o mundo real. Park et al (2011)

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos mostraram que o treino em ambiente virtual pode contribuir para a reabilitação de pacientes pós-AVE. Os estudos analisados utilizaram sete sistemas de RV com efeitos positivos na reabilitação de cinco funções diferentes: marcha, equilíbrio, controle do membro superior afetado, cognição e percepção.Foi verificada melhoria na Escala de Equilíbrio, e na velocidade da marcha, entre outras medidas. A utilização para o treino de funções de membro superior demonstrou efeitos positivos nos testes funcionais promovendo melhora no desempenho de atividades de vida diária. Pode-se concluir que a técnica de RV deve ser usada nos pacientes esperando resultados positivos. Quando se é bem utilizada e analisada contribui muito para o aumento da independência desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente vascular cerebral, reabilitação, tecnologia.

REFERÊNCIAS

Realidade Virtual na Reabilitação Motora de Pacientes com Paralisia Após AVC.2015. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=2500> Acesso em: 01 Out. 2018,21h32min.

Realidade virtual para a reabilitação do acidente vascular cerebral. 2017. Disponível em: < https://www.cochrane.org/pt/CD008349/realidade-virtual-para-reabilitacao-do-acidente-vascular-cerebral> Acesso em: 01 Out. 2018, 21h32min.

Realidade virtual na reabilitação do acidente vascular encefálico: Uma revisão sistemática.2014. Disponível em: < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2014000400012> Acesso em: 01 Out.2018,21h32min.

CRIOTERAPIA E CINESIOTERAPIA NO MEMBRO SUPERIOR ESPÁSTICO DECORRENTE DE UM AVE

Talita Dávilla Rodrigues de Almeida Lima[1]; Yasmim Aparecida Rufino de Lacerda[1]; Jaene Carla Nunes Mamede[1]; Yasmim Emilly Costa Dutra[1]; Felipe Longo Correia de Araújo[2]

1- Estudante do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-FIP.
E-mail: domingosr.cajazeirinhas@gmail.com
2- Professor Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-FIP.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE), ou Acidente Vascular Cerebral (AVC), conhecido popularmente por derrame cerebral, obtido pela manifestação de um quadro súbito e insidioso, decorrente de alterações vasculares pontuais ou globais por um período acima das 24h, pode causar déficits neurológicos ou motores. (MEDEIROS, 2016).

A espasticidade é considerada umas das principais complicações vista no paciente com sequelas do AVE. Ela causa limitações nas atividades da vida diária do enfermo e torna-se um fator de risco para o desenvolvimento de deformidades estáticas quando não são tratadas (Cardoso E, Pedreira G, Prazeres A, Ribeiro N, Melo A. 2007).

Segundo a SBDV (Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares) o AVE é responsável por 51,66% das internações no Brasil e apresenta-se como a primeira causa de óbito, chegando a cerca de 90 mil óbitos por ano. (SILVA, 2005).

REFERENCIAL TEÓRICO

O AVE é proveniente da isquemia que é uma oclusão vascular focal, que ocasiona à interrupção do fornecimento de oxigênio e glicose ao tecido cerebral, comprometendo subsequentemente os processos metabólicos do local afetado ou por hemorragia quando ocorre o rompimento de vasos sanguíneos cerebrais. (MEDEIROS, 2016).

As lesões no sistema corticoespinhal são ocasionados devido o acidente vascular cerebral, causando danos sensórios motores de acordo com a extensão da lesão vascular e a localização, determinando o prognóstico funcional do paciente (Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. 2004).

De acordo com a literatura, os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nas causas da espasticidade podem estar relacionados ao equilíbrio entre as influências facilitatórias e inibitórias das vias descendentes que regulam o tônus muscular, possibilitando a desativação

dos músculos flexores e liberação dos músculos extensores das várias articulações (Teive HAG, Zonta M, Kumagai Y. 1998).

Um recurso de grande importância para o tratamento do AVE é a crioterapia, pois são utilizados gelo e exercícios da cinesioterapia nos ventres musculares, para conseguir a inibição de hiperatividade das fibras nervosas que causa a contração excessiva dessa musculatura comprometida, exarcebando o tônus muscular e estimulando os movimentos para recuperar a ADM (amplitude de movimentos) (BOBATH, 1978).

OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito da crioterapia associada à cinesioterapia no padrão postural flexor e no grau de espasticidade do membro superior dos pacientes acometidos por AVE.

METODOLOGIA

Foram utilizadas pesquisas bibliográficas, através de artigos encontrados no Google acadêmico, relacionados ao assunto para que o desenvolvimento do estudo fosse feito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A terapia por meio da crioestimulação e da cinesioterapia foi bastante eficiente na redução do padrão postural flexor do membro superior e do grau de espasticidade nas três articulações, sendo esse efeito observado a cada sessão e ao fim das dez sessões realizadas. Nos atendimentos incluía a aplicação contínua e rápida de gelo na musculatura extensora do punho e dedos (crioestimulação), na direção da contração muscular, por cerca de 1 minuto e 40 segundos, e de métodos de cinesioterapia como mobilização articular de punho e dedos e alongamento dos músculos flexores de punho e dedos no membro superior espástico, sendo realizado 10 minutos de atendimento, duas vezes por semana, durante dez dias, segundo o protocolo de Schappo, Biscaro e Spredemann.

Para Soares, a aplicação continua da crioterapia gera redução da espasticidade devido à diminuição da neurotransmissão de impulsos aferentes e eferentes. O gelo, por sua vez, trabalha diminuindo os reflexos osteotendinosos e cutâneos, acelerando inicialmente a descarga fusal e em seguida favorecendo uma redução nessa descarga, minimizando a

atividade elétrica do músculo. Dessa forma, esse resfriamento, além de diminuir a velocidade da condução nervosa, vai ocasionar a redução do espasmo muscular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com nossa análise, a aplicação local, contínua e rápida da crioterapia (por cerca de 1 minuto e 40 segundos) associada às condutas da cinesioterapia é eficiente na redução do tônus muscular no membro superior espástico dos pacientes diagnosticados com AVE, permitindo dessa forma a diminuição no grau de espasticidade e uma melhora significativa no padrão postural estático do membro superior, observada a partir da redução no grau de flexão das articulações metacarpofalângeas e interfalângeas.

PALAVRAS CHAVES: AVE; CRIOTERAPIA; CINESIOTERAPIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Medeiros JPB. O AVC e o papel do profissional fisioterapeuta. Disponível em: http://interfisio.com.br/?noticia&ID=610&url=O-AVC-e-o-papel-do-profissional-fisioterapeuta. Acesso em 16/08/2016.

Cardoso E, Pedreira G, Prazeres A, Ribeiro N, Melo A. Does botulinum toxin improve the function of the patient with spasticity after stroke? Arq Neuropsiquiatr. 2007;65(3A):592-5.

O' Sullivan SB, Schmitz TJ. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 5. ed. São Paulo: Manole; 2010.

Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfi l dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fi sioterapia da UMESP. Rev Neurociências. 2004;12:117-22.

Teive HAG, Zonta M, Kumagai Y. Tratamento da espasticidade: uma atualização. Arq Neuropsiquiatr. 1998; 56(4):852-8.

Shapoo EW, Biscaro F, Spredemann R. Efeito da crioterapia na extensão passiva de punho de pacientes com traumatismo raquimedular cervical - Estudo de caso. Rev Fisioterapia Brasil. 2003;4:449-53.

Jiménez AI, Maturana AMA. Effects of cryoterapy in spasticity. Fisioterapia. 2003;25(1):15-22.

Roth EJ, Heinemann AW, Lovell LL, Harvey RL, McGuire JR, Diaz S. Impairment and disability: their relation during stroke rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. 1998;79(3):329-35.

GAMETERAPIA: BENEFICIO EM PACIENTES COM PARALISIA CEREBRAL

Antônio Gonçalves Sobrinho Neto[1], Gabrielle Nobrega Feitosa[2], Licya Germana de Sousa Rodrigues Araújo[2], Marcelo Alves Barreto[2], Cristina Costa Melquiades Barreto[3.]

[1,2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: Anttoniofisio@gmail.com

[2,3] Professor Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL - SP e Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é descrita como um grupo de distúrbios de movimento e postura com etiologias e quadros diversos, os quais causam limitações na exploração do ambiente devido a uma lesão não progressiva do sistema nervoso central (SNC) em estágios precoces do desenvolvimento da criança. Assim, uma das maneiras de atuação nesse tratamento é por meio da gameterapia. O conceito de gameterapia surgiu no Canadá por volta de 2006 e trata-se da utilização de videogames, com sensores de movimentos, em sessões fisioterapêuticas, ortopédicas e neurológicas que podem ser utilizados na reabilitação. (DIAS *et al*., 2017). A gameterapia pode ser aplicada em um ambiente fechado na qual o jogador pode sentir-se desinibido para realizar as tarefas do jogo e oferece um *feedback* instantâneo que pode contribuir para o aprendizado e melhora da coordenação motora e equilíbrio. Além disso, este instrumento mantém a atenção e o envolvimento do jogador, pois oferece um ambiente tridimensional diferente e estimulante (SERRA et al., 2017).

REFERNCIAL TEÓRICO

Os indivíduos com PC atingem os seus marcos motores mais tardiamente e muitos dos padrões motores fundamentais, que deveriam emergir em certos estágios do desenvolvimento, podem estar ausentes (DIAS *et al.*, 2017). Geralmente, exigem estratégias de tratamento ao longo de muitos anos, envolvendo uma equipe multidisciplinar. Entre os distúrbios secundários na PC, encontram-se os problemas musculoesqueléticos, contraturas musculares e tendíneas, rigidez articular, deslocamento de quadril e deformidades na coluna que podem se desenvolver ao longo da vida e estão relacionados ao crescimento físico e à espasticidade muscular. A comunicação expressiva e receptiva e a habilidade de interação social podem também estar afetadas na PC por distúrbios primários ou secundários (ROSSI *et al.*, 2015).

Assim, destaca-se que um modo de minimizar as limitações advindas da PC é a viabilização de novas experiências ao sujeito, o que pode ser possibilitado pela utilização de recursos tecnológicos. Dentre esses recursos, há uma progressiva tendência a utilizar videogames, que podem ser usados na reabilitação de incapacidades físicas e/ou cognitivas, visando à viabilização de um ambiente motivador para a recuperação ou desenvolvimento de habilidades e capacidades perceptomotoras. Neste sentido, essa modalidade de Realidade

Virtual (RV) se caracteriza como uma forma de intervenção física, cognitiva ou psicológica que se baseia no uso de jogos e ambientes virtuais para viabilizar função a indivíduos com diferentes deficiências (DIAS *et al.*, 2017).

Entre os dispositivos de realidade virtual com potencial para uso na reabilitação destaca-se o videogame Nintendo Wii, que apresenta comprovada viabilidade, segurança e eficácia no melhoramento do equilíbrio e na função motora de indivíduos com acidente vascular encefálico (AVE), paralisia cerebral (PC), esclerose múltipla e traumatismo crânio encefálico (TCE) (BRAZ et al., 2017). Estes dispositivos necessita que o paciente execute movimentos semelhantes aos praticados nas sessões de danças, esportivas, fisioterápicas e podem ser estimuladas as seguintes habilidades: memória, percepção, construção visoespacial, planejamento, coordenação visomotora e sequenciamento de ações, além de atenção sustentada e visomotora (MORAES et al., 2016).

OBJETIVO

Investigar os benefícios da gameterapia na função motora e no equilíbrio em pacientes que possuem paralisia cerebral (PC).

METÓDOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a seleção e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram às bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Lilacs e SciElo. A busca totalizou em 30 artigos, com busca através dos termos “Gameterapia” e “Nintendo™ Wii®” e em relação aos critérios de seleção foram excluídos os artigos que não apresentavam dados relevantes e que estivessem fora do período de publicação de 2013 a 2018, de modo que quatro artigos compuseram a amostra.

RESULTADOS

Nos estudos Rossi et al., (2015) foram avaliadas 10 crianças e submetidas a gameterapia, no qual foi utilizada a escala de GMFM (Gross Motor Function Measure) que

busca quantificar a função e as mudanças nas atividades funcionais das crianças com PC e alguns outros problemas neurológicos ao longo do tempo e também o EEB (Escala de Equilíbrio de Berg), que serve para avaliar o equilíbrio estático e dinâmico dos sujeitos em 14 situações, que representam tarefas diárias, como levantar-se, andar, inclinar-se para a frente, ficar de pé, e a elas são atribuídos escores de zero (não consegue realizar) a quatro (consegue realizar), e foram obtidas melhoras na função motora, 8 em 10, e no equilíbrio 7 em 10, através do uso dessa realidade virtual (ROSSI et al., 2015). Diante do exposto, percebemos que os resultados do uso da gameterapia como uma forma de tratamento, torna-se uma possibilidade para os pacientes, uma vez que promove a interação entre o paciente e a máquina virtual, ao explorar situações similares às experimentadas no mundo real (*MORAES et al., 2016*).

CONCLUSÃO

Percebemos que por meio desse estudo que a gameterapia apresenta melhoras clínicas para os indivíduos com PC, na qual foram encontrados avanços no equilíbrio, as funções motoras, memoria, percepção, coordenação visomotora dos participantes e entre outros benefícios. No entanto, percebe-se carência de publicações, diante da qual sugerimos mais trabalhos voltados para essa temática bem como destacando a importância dessa área de pesquisa.

PALAVRAS-CHAVES: Realidade virtual; paralisia cerebral; reabilitação.

REFERENCIAS

ROSSI, J. D.; OLIVEIRA, G. C.; BÖCK, T. H. O.; TREVISAN, C. M. Reabilitação na paralisia cerebral com o Nintendo™ Wii® associado ao Wii Fit®. **Revista Científica da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal.** São Paulo. v. 14, n. 2, p.277-282, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/929/92941499012>. Acesso em 06/07/18.

DIAS, T. S.; CONCEIÇÃO, K. F.; A I A OLIVEIRA, SILVA, R. L. M. As contribuições da gameterapia no desempenho motor de indivíduo com paralisia cerebral. **Revista** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.*São Carlos*, v. 25, n. 3, p. 575-584, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0934>. Acesso em 06/07/18.

MORAES, V. B.; ANDRADE, M. M. A.; TOYODA. C. Y.; ARAÚJO. R. C. T. O uso do *videogame* Nintendo® Wii como recurso terapêutico para idosos: uma análise da atividade na

perspectiva da Terapia Ocupacional. **Revista Caderno Terapia Ocupacional.** São Carlos, v. 24, n. 4, p. 705-714, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0640>. Acessado em: 05/04/18.

BRAZ, N. F. T.; DUTRA, L. R.; MEDEIRO, P. E. S.; SCIANNI, A. A.; FARIA, C. D. C. M. Eficácia do Nintendo Wii em desfechos funcionais e de saúde de indivíduos com doença de Parkinson: uma revisão sistemática. **Revista Fisioterapia e Pesquisa.** São Paulo, v. 25, n. 1, p. 100-106, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v25n1/2316-9117-fp-25-01-100.pdf>. Acessado em: 06/07/18

SERRA, M. V. G. B.; HIRAGA, C. Y.; GONÇALVES, D. F.; SILVA, L. H. P.; MARTINS, C. M.; TONELLO, M. G. M. Gameterapia na coordenação motora e integração visomotora em pessoas com síndrome de down. **Revista Saúde e Pesquisa**. *Maringá,* v. 10, n. 2, p. 309-316, maio/agosto 2017. Disponível em:
< http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5891/3057

EFEITOS DO USO DE ÓRTESE EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Victor Guimarães Medeiros[1]; Maria Da Guia de Medeiros Pereira[1]; Jéssica Medeiros Emiliano Machado[1]; Necienne de Paula Carneiro Porto[2].

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: victorguimarae54@hotmail.com;

[2]Mestre em fisioterapia pela UFRN.Professora do curso de fisioterapia FIP. Email: necienne@hotmail.com

INTRODUÇÃO:

O termo paralisia cerebral (PC) designa uma sequela de caráter não progressivo, que acomete o sistema nervoso central imaturo e em desenvolvimento, ocasionando déficits posturais, tônicos e na execução dos movimentos. A definição de PC mais atual propõe que as desordens do desenvolvimento motor, advindas da lesão cerebral primária, são de caráter permanente e mutáveis, ocasionando alterações músculo esqueléticas secundárias e limitações nas atividades. (CHAGAS PSC 2008)

Existem várias classificações para a PC, que se distinguem de acordo com a informação que disponibilizam, incluindo tipo de tônus, distribuição do acometimento no corpo, e nível de independência. Entre as alterações tônicas, a mais comum é a espasticidade, sendo que 75% das crianças com PC apresentam tônus elevado exacerbação dos reflexos tendíneos e da resistência à movimentação passiva rápida. As crianças espásticas, de acordo com a classificação topográfica, podem ser: quadriplégicas, diplégicas, e hemiplégicas. (CHAGAS PSC 2008)

Dentre os tratamentos que são submetidos a Órtese é um deles, sendo um aparelho feito de polipropileno, com tiras de velcro, a mais utilizada para paciente com PC é a órtese conhecida com a sigla AFO, Utilizada abaixo do joelho, por trás da panturrilha, tornozelo e pé, fixado ao segmento corporal com as tiras de velcro. Os objetivos a serem alcançados com a órtese vão depender do prognóstico de marcha da criança e, são diferentes para as crianças que são cadeirantes daquelas que são andadoras, Onde o ortopedista precisa ter sempre em mente, transmitir aos familiares os cuidadores e os objetivos a serem buscados.

REFERENCIAL TEORICO:

Ao se considerar as capacidades motoras dessas crianças, as demandas da tarefa e as características do ambiente, observa-se que, muitas vezes, o padrão de locomoção apresentado por elas representa a melhor solução possível. Entretanto, algumas dessas soluções funcionais podem colocá-las em situação de risco para futuras alterações estruturais, como o aparecimento de encurtamentos, deformidades e prejuízo futuro na dinâmica da marcha. Nesse contexto, as órteses de posicionamento são freqüentemente, utilizadas para auxiliar no

tratamento de crianças portadoras de paralisia cerebral. O suporte mecânico oferecido pelas órteses AFO, por exemplo, visa minimizar ou corrigir o padrão eqüino de marcha assumido por algumas destas crianças, proporcionando benefícios como à melhora da qualidade de deambulação e a prevenção de deformidades de tornozelo e pé (Burtner PA; Radtka SA, 1999).

Elas podem ser fixas ou não articuladas, articuladas ou órteses de reação ao solo, na paralisia cerebral espástica, os tornozelos e pés são segmentos corporais muito acometidos pela hipertonia muscular, sendo sujeitos a deformidades com o crescimento esquelético das crianças. (Maurício Rangel; 2016)

As principais deformidades que são observadas nos pés são os pés equinovalgo, clinicamente são planos e os pés equinocavovaro, ou seja, clinicamente vemos o pé torto neurológico, Sabendo disso, fica fácil entender que os pés e tornozelos precisam de atenção ortopédica precocemente para mante-los livres de deformidades que prejudiquem o desempenho motor da criança. (Maurício Rangel; 2016)

Portanto, as principais funções e objetivos das orteses AFO são, Melhorar o alinhamento dos tornozelos e pés mantendo-os posicionados adequadamente para que a criança possa ser colocada em pé, possa usar calçados e, nas que tem capacidade de marcha, possam ter marcha mais eficiente; Permitir um suporte externo para tornozelos e pés, melhorando a estabilidade para ortostatismo (ficar em pé) e consequente equilíbrio; Diminuir a velocidade de progressão das deformidades com o crescimento esquelético da criança; Nas crianças que caminham, as órteses impedem que a frente do pé arraste no chão no momento, do passo (fase de balanço da marcha), as deformidades nos pés das crianças são complexas e acometem a parte de trás do pé (retropé), o mediopé e a frente do pé (antepé). (Maurício Range; 2016)

OBJETIVO:

Realizar uma revisão literária para informar a importância do uso de órtese em crianças portadoras de PC.

MÉTODOS:

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a recolha e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes

de pesquisa utilizadas para este estudo foram às bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo e a Biblioteca Virtual Médica dos EUA (PubMed), além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos.

RESULTADOS:

Estudos foram desenvolvidos para saber se, com as órteses, os parâmetros radiológicos dos três segmentos do pé acometidos pela deformidade, podem ser corrigidos, ou seja, se as órteses restabelecem as relações ósseas e articulares normais dos pés. (Maurício Rangel)

Os resultados revelam que as deformidades em equinovalgo dos pés (planos), são as que melhor se adaptam as órteses, pois, são deformidades mais flexíveis, podendo ser mantidas alinhadas em posição fisiológica com as órteses, mesmo assim, apenas 45% conseguem restabelecer um parâmetro radiológico, seja do retropé, mediopé ou antepé, quando consideramos os pés tortos neurológicos (equinocavovaro), os resultados são ainda piores**,** com apenas 20% conseguindo restabelecer um parâmetro radiológico, a explicação para isso vem a ser que, essas deformidades tem comportamento mais rígido. (Maurício Rangel; 2016)

Portanto, quando os pés têm deformidades que não são capazes de ser controladas com as órteses, precisa ser corrigido com as cirurgias ortopédicas e com isso, restabelecer as relações articulares normais, tornando-os plantígrados e bem posicionados para sustentar o peso corporal e permitir que a criança fique em pé e troque passos, naquelas que tem capacidade motora. (Maurício Rangel; 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Podemos analisar que o uso de órtese para crianças portadoras de PC é fundamental para seu desenvolvimento, vendo que a principal limitação das órteses vem a ser a incapacidade de corrigir deformidades, ou seja, a melhora do alinhamento do pé ocorre, porém a congruência das articulações do pé, não é corrigida com o aparelho.

PALAVRAS-CHAVE: Órtese, Crianças, Paralisia Cerebral.

REFERÊNCIAS:

Burtner PA, Woollacott MH, Qualls C. Stance balance control with orthoses in a group of children with spastic cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1999; Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10576639, Acesso em: 22/09/2018

Chagas PSC et all; Classif cação da Função motora e do desempenho Funcional de crianças com paralisia cerebral; Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 409-16, set./out. 2008; Disponível em : http://www.redalyc.org/html/2350/235016541011/, Acesso em: 24/08/2018

Cury VCR et all; EFEITOS DO USO DE ÓRTESE NA MOBILIDADE FUNCIONAL DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL; Rev. bras. fisioter. Vol. 10, No. 1 (2006), 67-74 Disponível em: http://w.scielo.br/pdf/rbfis/v10n1/v10n1a09.pdf, Acesso em: 22/09/2018

Radtka SA, Skinner SR, Dixon DM, Johanson ME. A comparison of gait with solid, dynamic, and no ankle-foot orthoses in children with spastic cerebral palsy. Phys Ther 1997; Disponível em : https://academic.oup.com/ptj/article/77/4/395/2633163, Acesso em: 26/09/2018

Rangel; As órteses na criança com paralisia cerebral: Benefícios e limitações; Disponível em: <http://www.criancaesaude.com.br/paralisia-cerebral/drmrangel/as-orteses-na-crianca-com-paralisia-cerebral-beneficios-e-limitacoes/> Acesso em: 23/09/2018.

A IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇAO PRECOCE NA MICROCEFALIA

Karolaine Fernandes dos Santos Melo[1]; Stephany dos Santos de Araújo[2]; Thaciele de Medeiros de Leal[2]; Mateus Clementino Holanda da Silva[2]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3];

[1,2] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: karolainebov@gmail.com;
[3]Professora Mestra do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Microcefalia é uma malformação congênita, onde o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. É caracterizada por um perímetro cefálico inferior a 33 centímetros e dependendo de sua etiologia, pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas, como por exemplo, dificuldades cognitivas, motoras e de aprendizado (BRASIL, 2016). A criança com Microcefalia pode apresentar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor como, dificuldades para firmar a cabeça (controle cervical), sentar, engatinhar, andar, fazer transposições posturais, além de atividades como subir, descer uma escada, pular, correr, entre outras. Também podem ter comprometimentos para o desenvolvimento de ações como agarrar, soltar, manipular brinquedos e objetos (COFFITO, 2016).

REFERENCIAL TEÓRICO

Microcefalia é nome que se dá quando a cabeça de uma pessoa apresenta tamanho menor do que o esperado para a idade. Pode resultar de problemas ocorridos no nascimento ou no transcorrer dos dois primeiros anos de vida (problemas que impeçam o crescimento normal do sistema nervoso central), ou ainda resultar de processos intra-uterinos e ser congênita (que é quando o bebê já nasce com a cabeça pequena (NUNES et al., 2016)

Devido ao distúrbio de desenvolvimento ocasionado por lesões ou más-formações do sistema nervoso central, a criança com microcefalia apresenta, geralmente, como consequência, distúrbio sensório-perceptivo-motor. Assim, para oferecer um tratamento mais amplo, alguns métodos utilizados pela Fisioterapia e pela Terapia Ocupacional podem ser considerados diferenciais (COFFITO, 2016).

A estimulação precoce deve ter seu início tão logo o bebê esteja clinicamente estável e se estender até os três anos de idade (BRASIL, 2016). Atividades de estimulação sensorial e tátil com objetos de diferentes cores, texturas e ruídos são de fácil execução e aquisição pela

família, além de possuir suma importância para auxiliar no desenvolvimento da criança. A experiência de texturas diferenciadas nos pés, mãos e rosto com massinhas, geleias, farinhas, espuma de barbear, tinta, grama, terra, areia também são importantes e diretamente ligadas ao bom desenvolvimento neuropsicomotor precoce (BRASIL, 2016).

OBJETIVO

Revisar a literatura sobre a importância da estimulação precoce no desenvolvimento de crianças com Microcefalia.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão de literatura, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas de artigos selecionados na plataforma SCIELO, PUBMED e Google Acadêmico onde, após aplicação dos descritores: “Zika Vírus”; “Microcefalia”; “Estimulação Precoce”, foram encontrados 15 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em línguas portuguesa, publicados entre os anos de 2009 e 2016. Foram excluídos artigos publicados em inglês que não condiziam com o tema abordado. Restaram finalmente 5 artigos para este estudo, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

O desenvolvimento motor é um acontecimento normal na vida do ser humano. É acompanhado de processos de crescimento, maturação e aquisição da competência, ganho de habilidades e reorganização psicológica. O processo de desenvolvimento permite à criança adquirir novas habilidades no domínio motor grosseiro e fino, emocional e cognitivo (CARVALHO, 2011).

A estimulação precoce de bebês nascidos com microcefalia promove a harmonia do desenvolvimento entre vários sistemas orgânicos funcionais (nas áreas motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, linguística, cognitiva, emocional e social) dependentes ou não da maturação do Sistema Nervoso Central (SNC). É importante considerar o desenvolvimento motor infantil, pois atrasos motores acarretam prejuízos que podem se estender até a fase adulta. Sendo assim, os fatores de risco para atraso no desenvolvimento devem ser eliminados sempre que possível (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009).

A criança com microcefalia deve ser atendida por uma equipe de saúde interdisciplinar constituída por, no mínimo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional (COFFITO, 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que este estudo de revisão foi unânime em apontar sobre a relevância e importância da intervenção precoce em bebês e bebês pré-termo, proporcionando benefícios na cognição, linguagem, autocuidado, coordenação, mobilidade, facilitação do desenvolvimento em estágios posteriores e minimizar os efeitos cumulativos de problemas do desenvolvimento tanto de ordem física como psicológica.

PALAVRAS CHAVES: Zika Vírus; Microcefalia; Estimulação Precoce.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 42 p. Disponível em: <

CARVALHO, Mônica Vieira Portugal de. **O desenvolvimento motor normal da criança de 0 à 1 ano: Orientações para pais e cuidadore**s. 2011. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Meio Ambiente) Fundação Oswaldo Aranha Centro Universitário de Volta Redonda Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, Volta Redonda, 2001.

COFFITO. Sistema COFFITO/CREFITOs. **Diagnóstico: Microcefalia. E agora?** 2016, 12 p. Disponível em: http://www.coffito.org.br/site/files/noticias/2016/CartilhaMicrocefalia_Final.pdf> http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/protocolo-sas-2.pdf> Acesso em 04 de Junho de 2016b

NUNES, Magda Lahorgue et al. Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. 230 240, 2016

WILLRIC, H. Aline; AZEVEDO, Camila Cavalcanti Fatturi de; FERNANDES, Juliana Oppitz. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção**. Rev Neurociências,** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 51- 6, 2009.

A APLICAÇÃO DA CRIOTERAPIA APÓS A ATIVIDADE FÍSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Janiele Gomes da Silva[1], Gabriela de Alvarenga Guimarães[2], Havenna Kelly de Melo Morais[3], Prof. ME. Sêmio Wendel Martins Melo[4], Profa. Ma. Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba[5]

[1], [2], [3] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia.
E-mail: bruna1ramalho@hotmail.com
[4,5]Professores Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A crioterapia é a denominação para o tratamento caracterizado pela exposição do corpo (ou de parte dele) a baixas temperaturas, podendo ocorrer com aplicação líquida, sólida ou gasosa. Essa prática é comum no meio esportivo, com o propósito de otimizar a recuperação de atletas ou não atletas após um evento altamente estressante fisiologicamente, que seria explicada pelo fato da vasoconstrição em decorrência da diminuição abrupta da temperatura corporal limitar a inflamação, diminuindo o fluxo de citocinas inflamatórias para diversos tecidos do corpo (MAWHINNEY et al., 2017; HOHENAUER et al., 2015; KNIGHT, 2000).

O exercício de alta intensidade está associado a estresses mecânicos e/ou metabólicos que levam à redução da capacidade de desempenho do músculo, dor e inflamação (WHITE e WELLS, 2013). A aplicação de crioterapia após a atividade física, para prevenir ou para tratar o desconforto/dor muscular, é uma prática comum entre desportistas e fisioterapeutas (BLEAKLEY et al., 2012).

Existem muitas estratégias com o intuito de prevenir ou minimizar a dor muscular de início retardado, e a fadiga após o exercício (BLEAKLEY et al. 2012). Das diferentes formas de crioterapia comumente usadas após um esforço intenso para acelerar a recuperação, a imersão em água fria é a mais popular na literatura e na prática (HAUSSWIRTH et al., 2011; BLEAKLEY et al., 2012), havendo certas evidências de que esta forma de crioterapia reduz o desconforto muscular após o exercido (HAUSSWIRTH et al., 2011), quando comparada com intervenções passivas que incluem repouso ou recuperação sem intervenção (BLEAKLEY et al., 2012).

A imersão em água fria utiliza temperaturas inferiores a 15°C (BLEAKLEYet al., 2012) ou entre 4 e 16ºC, com uma duração de 30 a 120 segundos, podendo ser repetida

algumas vezes durante 20 minutos (HAUSSWIRTH et al., 2009). Este tipo de crioterapia baseia-se em 2 mecanismos. O primeiro tem como princípio o fato da pressão hidrostática favorecer o movimento dos gazes e fluidos e, assim, contribuir para a diminuição do edema. O segundo mecanismo está relacionado com a temperatura do banho. O frio, ao baixar a temperatura da pele, promove uma vasoconstrição, reduzindo o processo inflamatório (HAUSSWIRTH et al., 2011; BEAKLEYet al., 2012), havendo certas evidências de que esta forma de crioterapia reduz o desconforto muscular após o exercido (HAUSSWIRTH et al., 2011), quando comparada com intervenções passivas que incluem repouso ou recuperação sem intervenção (BEAKLEY et al., 2012).

REFERENCIAL TEÓRICO

As alterações fisiológicas agudas induzidas pelas várias modalidades de crioterapia podem ser um contributo para a recuperação nas horas ou nos dias que se seguem ao exercício (WHITE; WELLS, 2013). A mudança fundamental promovida pela terapia com frio é a redução da temperatura dos tecidos, que posteriormente exerce efeitos locais no fluxo sanguíneo, edema das células e velocidade de condutância do metabolismo e condução neural. Portanto, a crioterapia causa redução da temperatura central e alterações cardiovasculares e endócrinas (WHITE; WELLS, 2013).

OBJETIVO

Analisar o estudo dos efeitos da crioterapia nos músculos após a atividade física, através de uma revisão sistemática.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, baseado em cinco artigos científicos pesquisados pelo google acadêmico, que foram publicados durante o período 2000 a 2012. Os conceitos analisados foram a crioterapia pós-exercício e os principais autores contribuintes para esse trabalho foram Beakley, Lewys e Knight. (2012)

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Sabe-se que a recuperação ativa acelera a velocidade de remoção do lactato do músculo e da circulação sanguínea e, no caso de um grupo específico de músculos, uma carga dinâmica leve subsequente pode acelerar os processos de recuperação, o que é compreensível, tendo em vista a irrigação sanguínea mais intensa no músculo e, com ela, a aceleração do processo recuperativo (HOLLMAN e HETTINGER, 2005).

No entanto, apesar dos vários estudos apoiarem a realização da crioterapia como estratégia de recuperação, segundo Nedelec, McCall, Carling, Legall, Berthoin, Dupont, outros aspectos devem ser considerados. Segundo os autores a crioterapia reduz do fluxo sanguíneo periférico, que em tese, pode melhorar o retorno venoso e a eficiência cardíaca, no entanto, essa redução do fluxo sanguíneo periférico pode apresentar algumas limitações para os sujeitos no que se refere, apesar de não ter comprovação científica, a disponibilidade de glicose para o músculo durante a recuperação e, portanto, pode alterar a taxa de síntese de glicogênio no pós-exercício. Além disso, segundo os autores a imersão em água fria utilizada de forma periódica pode dificultar as adaptações induzidas pelo exercício.

A imersão em água fria não interfere com o equilíbrio, não provoca alterações significativas no tempo de reação nem na amplitude muscular, mas dificulta a percepção posicional. A imersão favorece a recuperação da lesão muscular e da força muscular (potência), mas sem interferir no desempenho muscular. Reduz a sensação de desconforto, contudo não existe consenso quanto à redução da fadiga. A imersão em água fria/gelo reduz significativamente a temperatura da pele, corpo e dos músculos e diminuiu a frequência cardíaca, mas não interfere com os valores da pressão arterial.

Em grupo de atletas do gênero masculino existem estudos mostrando as comparações nas técnicas de recuperação sobre a remoção do lactato sanguíneo. Fachineto, Brandão e Erlo (2013), compararam os métodos de recuperação ativa. A recuperação ativa se fez de maneira mais rápida, eficiente e gradativa, ao ser comparada com a crioterapia. Citam que os valores de pico pós-treino chegaram a alcançar 12,6 mmol/L e já aos 6 minutos de recuperação ativa os valores haviam decaído gradativamente, atingindo valores de 7,0 mmol/L.

A recuperação passiva é muito utilizada pelos treinadores por ser de fácil aplicação (CANEPPELE e PEDROZO, 2011). No entanto, ela é menos eficiente na remoção do lactato sanguíneo em comparação à recuperação ativa, por exemplo, a própria crioterapia.

Já dizia Powers e Howley (2005) que a remoção do lactato é mais rápida quando se realiza um exercício leve contínuo (recuperação ativa) em comparação a recuperação passiva. Isso se dá devido ao fato de o exercício leve aumentar a oxidação do lactato pelo músculo em atividade. Finalizam afirmando, que a intensidade do exercício em que a recuperação ativa é

realizada tem grande influência na velocidade da remoção do lactato sanguíneo e para a presente pesquisa a velocidade de corrida entre 70 a 75% da frequência cardíaca máxima das atletas se mostrou eficaz.

CONCLUSÃO

Apesar de muita polêmica sobre o assunto, estudos, já comprovaram que a vasodilatação que ocorre após algum tempo de aplicação do gelo, identificada primeiramente por Lewys, não supera o estado de repouso anterior ao início da crioterapia. Ou seja, o incremento do fluxo de sangue após alguns minutos de crioterapia existe, porém não representa um aumento da circulação sanguínea local quando comparado ao fluxo normal. Assim, como enfatizado por Knight (2000), o efeito do gelo sobre a circulação é a vasoconstrição. E provavelmente seja este efeito vasoconstritor que melhor explique a ineficiência da crioterapia de imersão em incrementar a velocidade de remoção do lactato sanguíneo.

Pode-se concluir que, embora não havendo diferença, a recuperação ativa se demonstrou mais eficiente, em menor período de tempo, para a remoção do lactato sanguíneo quando comparada a recuperação passiva e com gelo (crioterapia). Sabe-se que a crioterapia, embora não contribua com a remoção do lactato sanguíneo é eficiente na diminuição do dano tecidual bem como na sua reparação. Assim, é importante que os treinadores também conciliem a crioterapia em seus programas de recuperação de atletas.

PALAVRAS – CHAVES: Crioterapia; exercício; gelo; músculo; recuperação;

REFERENCIAS

MAWHINNEY, C. et al. Water mediates greater reductions in limb blood flow than whole body cryotherapy. Medicine and Science in Sports an Exercise, v. 49, n. 6, p. 1252-60, 2017.

Bleakley, C., McDonough, S., Gardner, E., Baxter, D., Hopkins, T., Davison, G., e Costa, M. (2012). Cold-water immersion (cryotherapy) for preventing and treating muscle soreness after exercise.

Hausswirth, C., Louis, J., Bieuzen, F., Pournot, H., Fournier, J., Filliard, J., e Brisswalter, J. (2011). Effects of whole-body cryotherapy vs. far-infrared vs. passive modalities on recovery from exerciseinduced muscle damage in highly-trained runners

Hollmann, W.; Hettinger, T. Medicina do Esporte. São Paulo. Manole. 2005. p.710.

Fachineto, S.; Brandão, D.; Erlo, T. Efeitos da recuperação ativa e da crioterapia sobre o lactato sanguíneo e a creatina quinase (CK). EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. Vol. 18. Num. 182. 2013

Caneppele, M.; Pedrozo, S. C. Influência da terapia do banho frio na recuperação após exercício de alta intensidade. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. Vol. 16. Num. 156. 2011.

Powers, S.; Howley, E. Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. São Paulo. Manole, 2005. p. 646.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM OSTEOARTRITE

Jair Pereira da Silva Júnior[1]; Welington Barbosa Guilherme Xavier[2]; Paulo Gabriel da Silva Lacerda[2]; Manuela Vitória da Silva Anjos[2]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3]

[1] [2]Estudante do curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: jair.juniorpereira@gmail.com;
[3]Professora Mestre do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

De acordo com o Colégio Americano de Reumatologia (ACR), a osteoartrite (OA) é definida como um grupo heterogêneo de condições, acarretando sinais e sintomas de origem articular, que vem a serem associados a defeitos da integridade articular e mudanças no osso subcondral. Entre as conhecidas doenças reumatológicas, a OA é a mais comum e frequentemente atinge os processos articulares presentes nas mãos. (SOUZA et al; 2018).

Os indivíduos com OA são, em seu predomínio, assintomáticos. Quando sintomáticos, progridem em um padrão que inclui os seguintes indícios: dor articular de grande duração e intensidades variáveis de acordo com o estado da doença; rigidez matinal de curta duração; crepitação óssea; disfunção física; edema; frouxidão ligamentar; diminuição ou perda da amplitude de movimento; contraturas capsulares; fragilidade muscular; inaptidão para marcha; espasmo; fibrose; e alteração da propriocepção e equilíbrio. (BARDUZZI et al; 2013).

REFERENCIAL TEORICO

A osteoartrite, quando vem a ser prejudicial às articulações das mãos, podem ser caracterizadas pela progressiva lesão associada à dor, degeneração do osso subcondral, cartilagem articular e estruturas adjacentes; a OA das mãos acomete principalmente as articulações interfalângicas proximais (IFP) e distais (IFD) e carpometacarpal (CMC). (SOUZA et al., 2018). Também é importante salientar a importância do equilíbrio, que vem a depender da interação da visão, da sensação vestibular e periférica, dos comandos centrais e respostas neuromusculares e, particularmente, da força de um músculo e do tempo de reação do mesmo. (WIBELINGER et al; 2013).

A doença em questão possui causas degenerativas, na qual suas consequências trazem um grande impacto socioeconômico. Cerca de 40% dos adultos com idade acima de 70

anos apresentam OA, e 80% dos que apresentam a doença possuem algum tipo de diminuição da ADM. Clinicamente, a OA apresenta grande variação nos sinais e sintomas, sendo os mais frequentes a rigidez, o desconforto e a dor, podendo causar deformidades. (SANTOS et al; 2015).

Uma grande aliada é a fisioterapia aquática que pode ser considerada como uma das principais intervenções terapêuticas no tratamento da OA. As propriedades físicas e fisiológicas da água possibilitam a execução de exercícios dificilmente feitos em solo, e que, associados à maior amplitude de movimento e à temperatura alterada da água, agregam a mobilidade articular, o controle musculatorio e a resistência, aliviando dores e agilizando o processo de recuperação funcional. (MIOTTO et al; 2013)

Na Atualidade, podemos perceber também que muitos novos recursos tecnológicos vêm sendo utilizados, nos quais ocorre uma interface entre o indivíduo e a máquina, interagindo componentes do videogame com os canais sensórios motores, fazendo com que haja uma simulação de um ambiente real. Os benefícios deste método incluem correção do equilíbrio, postura, melhora da locomoção, funcionalidade de membros superiores e inferiores, além de auxiliarem na motivação para o paciente em questão. (WIBELINGER et al; 2013).

OBEJTIVO

Realizar uma revisão literária acerca da atuação fisioterapêutica no tratamento de pacientes com osteoartrite (OA).

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão literária, realizada entre agosto e setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine, onde, após aplicação dos descritores: “Osteoartrite”, “Fisioterapia” e “Tratamento” foram encontrados 20 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em língua portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2013 e 2018, com temas relacionados à osteoartrite. Foram excluídos artigos publicados posteriormente à 2013 e que não possuíam relação com o tema abordado. Restaram, por fim, 5 artigos os quais compuseram a amostra desta revisão.

RESULTADOS

A OA em si vem a ser uma doença progressiva e irreversível, que acarreta aos indivíduos um grande incremento da fadiga, redução da força muscular, da amplitude de movimento e da resistência, devido à dor e ardor ocasionados pela doença. (SOUZA et al; 2018)

A atuação da fisioterapia associada aos cuidados médicos pode evitar que o impacto da OA cause maiores lesões e leve à limitação funcional. Assim, a intervenção fisioterapêutica deve seguir vários objetivos, tais como: alívio da dor, prevenção da perda de trofismo, força muscular e aumento de amplitude de movimento. Além disso, outros benefícios como a melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida (QV) podem ser alcançados por meio da execução de um adequado programa terapêutico. (WIBELINGER et al; 2013)

Pode-se observar que a fisioterapia traz benefícios com relação ao tratamento da OA, pois pode auxiliar os pacientes com a doença e aliviar a dor, aumentar a capacidade funcional das articulações acometidas e a independência nas atividades de vida diária e, em última análise, melhorar sua qualidade de vida. (MIOTTO et al; 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que as diversas técnicas existentes na fisioterapia são de extrema importância na reabilitação de indivíduos com osteoartrite. Esta patologia compreende sinais e sintomas degenerativos pelos quais, se não forem tratados, acarretarão em perda de funcionalidade local dos membros afetados. Sugere-se, porém, que sejam realizados novos estudos experimentais referentes à OA, para que se obtenham evoluções nas técnicas e atuação fisioterapêuticas.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoartrite; Fisioterapia; Tratamento.

REFERÊNCIAS

SOUZA, Isabelle Ferreira da Silva et al . Osteoartrite de mãos e exercícios de fortalecimento muscular: uma atualização e revisão integrativa da literatura. **BrJP**, São Paulo , v. 1, n. 1, p. 66-71, mar. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-

31922018000100066&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 ago. 2018. http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180014.

WIBELINGER, Lia Mara et al . Efeitos da fisioterapia convencional e da wiiterapia na dor e capacidade funcional de mulheres idosas com osteoartrite de joelho. **Rev. dor**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 196-199, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000300009.

SANTOS, João Paulo M. et al . Análise da funcionalidade de idosos com osteoartrite. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 161-168, jun. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502015000200161&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 set. 2018. http://dx.doi.org/10.590/1809-2950/13922922022015.

BARDUZZI, Glauber de Oliveira et al . Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos a fisioterapia aquática e terrestre. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 26, n. 2, p. 349-360, jun. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000200012.

MIOTTO, Cascieli et al . Tratamento fisioterapêutico das artralgias. **Rev. dor**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 216-218, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000300013.

INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Jackeline Stefhany Ferreira Simões[1]; Laryssa Leandro Gomes[2]; Márcia Kaiane Vieira de Sousa[2]; Maria de Fatima Luana Leite de Oliveira[2]; Aucelia Cristina Soares de Belchior[3]

[1,2]Estudantes de Graduação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia
E-mail: jack.stefhany@gmail.com
[3]Professora Doutora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é definido como uma patologia inflamatória crônica, autoimune, multissistêmica e de origem desconhecida. O desencadeamento da doença está relacionado a condições ambientais, genéticas e hormonais (SALÍCIO et al., 2013).

Essa doença geralmente arremete articulações, pele e rins apresentando sintomas, como febre, cefaleia, náusea, feridas no corpo, sensibilidade à luz solar, entre outros. Dependendo da quantidade de sistemas corporais afetados, o LES pode ser fatal, atingindo o aparelho locomotor e ocasionando lesões na pele, que se agravam através do uso de bebidas alcoólicas e exposição aos raios solares. A fisioterapia é muito importante para as pessoas que têm LES, pois minimiza os sintomas e diminui a chance de novas crises por meio de exercícios musculares (GAVA;PEREIRA, 2017).

REFERENCIAL TEÓRICO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) acomete com maior frequência pessoas do gênero feminino, sendo 10 a 12 mulheres para cada homem, principalmente nas faixas etárias de 15 a 64 anos. Por ser uma patologia multissistêmica, o LES inclui como consequência diminuição da mobilidade e força, rigidez articular e quadro álgico (SALÍCIO et al., 2013).

Tem como critérios para ser reconhecida a presença de eritema malar, lesão discoide, úlceras orais, fotossinsibilidade, artrite, sorosite, alteração renal (nefrite), distúrbio neurológico, alterações hematológicas, alterações imunológicas e fator antinuclear (FAN). Para elaborar o diagnóstico do LES, é necessário que o paciente manifeste 4 dos onze sintomas supracitados (GAVA, DE OLIVEIRA, PEREIRA, 2017).

Como tratamento fisioterapêutico, é preciso recuperar e aprimorar o condicionamento musculoesquelético do paciente através da retificação da disfunção e exercícios específicos

para determinada área do corpo (NOGUEIRA et al., 2009), a fim de proporcionar a qualidade de vida para os pacientes, assim como a capacidade para realizar atividades físicas sem intervir no convívio social (SALÍCIO et al., 2013).

OBJETIVO

Averiguar a eficácia de programas de reabilitação e tratamento na intervenção da fisioterapia no lúpus eritematoso sistêmico.

MÉTODOS

Foram identificados 12 artigos diretamente em concomitância ao tema, sendo utilizados 4 a partir dos critérios de busca. A pesquisa foi restrita ao idioma português. A partir dos seguintes descritores: Revista de trabalhos acadêmicos da FAM, Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ConScientiae Saúde, Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi visto que o método pilates e a cinesioterapia promovem sim uma melhora positiva na vida de um paciente com lúpus. O pilates proporciona uma melhoria no fortalecimento muscular, ganho de amplitude de movimento, condicionamento cardiorrespiratório, apresentando também resultados positivos no equilíbrio, flexibilidade e coordenação (GAVA; PEREIRA, 2017).

Na cinesioterapia há um avanço na recuperação desse paciente, tendo também um ganho na amplitude de movimento, além de estimular o mesmo a utilizar habilidades nas atividades realizadas (NOGUEIRA et al., 2009).

Conclui-se que é crucial a presença do profissional de fisioterapia para favorecer uma melhor qualidade de vida a esses pacientes (NOGUEIRA et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a pesquisa, o Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença inflamatória crônica de origem autoimune, sendo um mais frequente em pessoas mestiças e afrodescendentes.

É uma doença que não tem cura. Espera-se que com o avanço da medicina, possam ser obtidos melhores tratamentos para essa patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Lúpus Eritematoso Sistêmico, Fisioterapia, Tratamento.

REFERÊNCIAS

SALÍCIO, V.A.M.M et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, atendidos no Hospital Universitário em Mato Grosso-Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, n° 36, abr/jun 2013. http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1883 Acesso: 29/05/2018;

NOGUEIRA, C.F et al. Influência da cinesioterapia na qualidade de vida de portadores de lúpus eritematoso sistêmico. **ConScientiae Saúde**, 2009; 8 (1): 11-17. http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewArticle/1511 Acesso: 29/05/2018;

GAVA, A.T; DE OLIVEIRA, J.B; PEREIRA, C.B. **Os benefícios da fisioterapia respiratória e do método de Pilates sobre a função pulmonar em uma voluntária portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico**: estudo de caso. Revista de Trabalhos Acadêmicos da FAM: TCC 2016/V.2, n°1- NOV, 2017. http://faculdadedeamericana.com.br/revista/index. Acesso: 29/05/2018;

DELFINO, J.A.S; PEREIRA, W.M.G; GUIMARÃES, R.B. Lúpus Eritematoso Sistêmico-Relato de caso. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, vol.2, n°6, ano 2, 2014. http://interfaces.leosampaio.edu.br Acesso: 29/05/2018.

A IMPORTÂNCIA DA PSICOMOTRICIDADE DENTRO DA EDUCAÇÃO INFANTIL - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Da Guia de Medeiros Pereira [1]; Samara Campos de Assis [2]; Victor Guimarães Medeiros; Jéssica Medeiros Emiliano Machado [1];

[1] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: Daguia.mp@gmail.com;
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: samaraassis@fipoline.edu.br

INTRODUÇÃO

A psicomotricidade é a ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas. É sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto (PEREIRA).

Segundo Major (2011) o período da Educação Pré-escolar é caraterizado por acentuadas mudanças ao nível físico, motor, linguístico, comportamental, emocional. Neste âmbito é presumível que este período desempenhe um papel significativo ao nível do comportamento sócio-emocional e da formação do autoconceito da criança.

Definir uma abordagem pedagógica que se utiliza da atividade corporal lúdica (que não é racionalizada nem competitiva) para as crianças significa reconhecer o lúdico como característica fundamental do ser humano, focalizando, dessa maneira, o brincar como a principal atividade infantil (FALKENBACH, 2002).

REFERENCIAL TEÓRICO

A história da psicomotricidade está vinculada à história do corpo, onde a partir da sua existência apareceram perguntas em relação ao desenvolvimento humano, como ocorriam suas funcionalidades e qual a relação existente entre alma e corpo; por que deveríamos diferenciá-los? (BARTHES, LEVIN, 2003)

O nosso corpo sofre diversas alterações desde os tempos de civilização ocidental, grega e idade média (FALCÃO, 2012**),** até os dias atuais, e sempre vão surgir dúvidas sobre ele, onde a sociedade exigirá respostas, e para encontrá-las vamos ter que investir na ciência em si, englobando o ser humano e toda sua formação.

A educação psicomotora pode ser vista como preventiva, na medida em que dá condições à criança desenvolver melhor em seu ambiente. É vista também como reeducativa quando trata de indivíduos que apresentam desde o mais leve retardo motor até problemas mais sérios. É um meio de imprevisíveis recursos para combater a inadaptação escolar (FONSECA, 2004). Ou seja, não tem idade especifica para se utiliza-la.

Segundo Negrine (1995) um dos argumentos que justificam a educação psicomotora na educação básica durante a fase pré-escolar é a evidência sobre seu papel na prevenção das dificuldades de aprendizagem. Pois, é durante esse período que a personalidade de cada indivíduo vai sendo moldada. É o momento em que a criança constrói os principais instrumentos internos de que servirá primeiramente de maneira inconsciente e depois conscientemente para interagir-se com a sua realidade externa.

Assim, através da interação com o meio, a criança descobre, inventa, resiste, pergunta, argumenta e socializa-se. O que exige um bom acompanhamento daqueles que estão presentes nessa construção simbólica (pais, professores, etc.) e no seu desenvolvimento físico, cognitivo e afetivo. Le Boulch menciona que a educação psicomotora é uma preparação para a vida das crianças:

OBJETIVO

Realizar uma revisão literária para observar a presença da psicomotricidade na sociedade, e sua importância e evolução na educação infantil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistêmica da literatura, que envolve consulta em vários artigos, relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisas utilizadas para esse estudo foram as bases de dados disponíveis na internet: Google Acadêmico, Scielo e artigos publicados em periódicos e em anais de congresso.

RESULTADOS

Com base neste contexto, percebemos a importância das atividades motoras na educação, pois elas contribuem para o desenvolvimento global das crianças. Entretanto, as

crianças passam por fases diferentes umas das outras e cada fase exige atividades propicias para cada determinada faixa etária, (DOS SANTOS, COSTA, 2015).

Segundo Negrine (1995) um dos argumentos que justificam a educação psicomotora na educação básica durante a fase pré-escolar é a evidência sobre seu papel na prevenção das dificuldades de aprendizagem.

Enfim, e pela psicomotricidade e pela visão que a criança descobre o mundo dos objetos, e é manipulando-os que ela redescobre o mundo: porém esta descoberta a partir dos objetos só será verdadeiramente frutífera quando a criança for capaz de segurar e de largar, quando ela tiver adquirido a noção de distância entre ela e o objeto que ela manipula, quando o objeto não fizer mais parte de sua simples atividade corporal indiferenciada (OLIVEIRA, 2000).

PALAVRAS-CHAVES: psicomotricidade, educação infantil, desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

BATAGLION; Familiares de crianças com deficiência: percepções sobre atividades Reabilitação; 2016; http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3101.pdf; acesso em: 15 de agosto 2018.

DORNELES; A Psicomotricidade Como Ferramenta da Aprendizagem; 2012; https://periodicos.ufsm.br/remoa/article/viewFile/6186/3686; acesso em: 15 de agosto de 2018.

SANTOS; Psicomotricidade método dirigido e método espontâneo na Educação Pré-escolar; 2015; https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13394/4/ANDREIA_SANTOS.pdf; acesso em 15 de agosto de 2018.

ROSSI; Psicomotricidade método dirigido e método espontâneo na Educação Pré-escolar; Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas; Minas Gerais; Nº 01; 05/2012; disponível em:http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/Considera%C3%A7%C3%B5es-sobre-a-Psicomotricidade-na-Educa%C3%A7%C3%A3o-Infantil.pdf; Acesso em 15 de agosto de 2018.

DOS SANTOS; A PSICOMOTRICIDADE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: Um enfoque psicopedagógico; 2015; https://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/278_1.pdf; acesso em 15 de agosto de 2018.

A BIOMECÂNICA DA FRATURA E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Maria da Conceição Nunes dos Santos[1], Aderivânia Márcia de Oliveira[2], Isadora Serafim Araújo[2], Jaila Francelino Dantas[2], Leidson dos Santos Costa[2], Sêmio Wendel Martins Melo[3]

[1] Estudante do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos– FIP. E-mail: ms647961@gmail.com
[2] Professor Doutorando em Ciência do Movimento Humano (Área do Desporto), Professor da Faculdade Integrada de Patos – FIP, Professor da Universidade Estadual da Paraíba – UEP e Professor do Instituto de Ensino superior Múltiplo – IESMC.

INTRODUÇÃO

A função do tecido ósseo é estruturar e sustentar o corpo, sendo assim considerado um órgão fisiológico e uma estrutura anatômica. Os acontecimentos envolvidos no processo de reparação óssea são de extrema complexidade, pois incluem uma série de eventos agindo em prol da cura do osso; tais eventos são: síntese de gene, maior atividade de células e proteínas, atuando na reparação e/ou regeneração em resposta a uma lesão ou procedimento cirúrgico (AL-AQL et al., 2008).

As fraturas representam um sério problema de saúde pública de alta incidência e elevado custo socioeconômico para o sistema de saúde, configurando assim causa de mortalidade e morbidade. O osso é um dos poucos tecidos que podem cicatrizar sem que haja a formação de uma cicatriz fibrosa, a fim de evitar falhas no processo de cicatrização de fraturas, diversos estudos tem sido realizados. Tais estudos têm fornecido informações sobre as etapas que regulam o processo biológico da cicatrização das fraturas, bem como orientação para novas pesquisas, sendo portanto uma ferramenta importante para a compreensão do processo de cicatrização óssea (BONNARENS & EIHORN, 1984).

REFERENCIAL TÉORICO

Como a biomecânica oferece diferentes formas de análise para diferentes pontos de vista, diversos autores são, ora divergentes, ora complementares, ao descrever seu foco de estudo. Hay (1976), Brüggemann et al. (1991) e Amadio (1989, 1996), citados por Amadio (2000) e Okuno (2003), entre outros, indicam que a biomecânica é a ciência responsável pelas mais diversas formas de análise do movimento humano. Sendo assim, Amadio e Serrão (2007) afirmam que a biomecânica é a ciência, derivada das ciências naturais, que se ocupa das análises físicas de sistemas biológicos, ou seja, está presente em todos os movimentos do

ser humano, desde o comprimento da passada a angulação dos movimentos ao se alongar, do simples gesto de levar o garfo com comida à boca, até a disputa de uma medalha olímpica em qualquer modalidade. Com isso, a biomecânica visa, por meio dos conceitos da física clássica, analisar e compreender os complexos movimentos do corpo humano. Na biomecânica, por meio de suas diferentes metodologias de análise (antropometria, cinemática, dinamometria, simulação computacional, modelamento muscular e eletrofisiologia), o principal objetivo é estudar os padrões de movimentos.

Através da biomecânica e de suas áreas de conhecimento correlatas analisa-se as causas e fenômenos do movimento, entendendo melhor a complexidade dos mesmos. Sendo assim, vale destacar a grande importância da biomecânica para a fisioterapia, pois seus métodos, técnicas e procedimentos têm demonstrado um crescimento cada vez mais abrangente e significativo, com ações nas áreas de saúde na reabilitação e prevenção, nos esportes, características de regulação de equilíbrio e mecanismos de "biofeedback", entre outros. Assim, o movimento humano pode ser conceituado a partir de um sistema de comportamento físico marcado por normas, regras e convenções culturais, cujo sistema assenta suas condições em respostas anátomo-fisiológicas e biomecânicas do corpo. Desta maneira, a biomecânica estrutura-se como um ramo de grande interação com áreas diversas que se aplicam ao estudo do movimento, em especial, ao do movimento do corpo humano, como ocorre no Esporte, na Educação Física, na Física, na Engenharia e especialmente na Fisioterapia.

OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho através de uma revisão sistemática foi avaliar a biomecânica das fraturas e o processo de reabilitação, visando estabelecer uma relação entre ambas.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi feito um levantamento bibliográfico, utilizando-se uma busca da literatura por meio de consulta nas bases de dados eletrônicos Scielo. Os artigos selecionados foram analisados de modo a preencher os requisitos anteriores e classificados de acordo com a necessidade pela busca do tema em relação à sua definição, biomecânica da fratura, as etapas do trauma, bem como a relação entre a biomecânica no processo de remodelação, consolidação e regeneração do tecido esquelético.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 20 artigos que correlacionaram a biomecânica ao processo de cicatrização óssea. Por meio desses artigos foi possível estabelecer alguns parâmetros correlacionando os processos fisiológicos envolvidos na regeneração do tecido ósseo com a biomecânica e a importância desta e de outros fatores que devem ser levados em conta durante a escolha do tratamento.

CONSIDEREÇÕES FINAIS

Nesse estudo, evidenciamos que uma profunda compreensão dos processos biomecânicos e fisiológicos envolvidos no processo de cicatrização de fraturas é fundamental para decidir-se o melhor tipo de conduta a ser seguida pelo profissional responsável pelo tratamento, bem como para a obtenção de melhores resultados. Visto que o corpo humano possui 206 ossos que fazem sua composição e diferenciam-se entre si, o tipo de conduta fisioterapêutica a ser realizada deve levar em conta uma série de fatores, tais como: a idade do individuo, o tipo de trauma e densidade óssea, a fim de evitar futuras e possíveis complicações.

PALAVRAS CHAVES: Fratura; Biomecânica; Reabilitação.

REFERÊNCIAS:

AMADIO, A. C. Métodos de avaliação: biomecânica do esporte. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOMECÂNICA, 11. 18-12 jun. 2005. Anais... João Pessoa: Sociedade Brasileira de Biomecânica, UFPB, 2005. AMADIO, A. C.; BARBANTTI, V. J. (Orgs.). A biodinâmica do movimento humano e suas relações interdisciplinares. São Paulo: Estação Liberdade, Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, 2000.

AMADIO, A. C.; SERRÃO, J. C. Contextualização da biomecânica para investigações do movimento: fundamentos, métodos, e aplicações para análise da técnica esportiva. Revista Brasileira de Educação Física e Esportes, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 61-85, dez. 2007.

AMADIO, A.C.; SERRÃO, J.C.; ÁVILA, A.O.V. Considerações sobre aplicação dos conhecimentos da biomecânica a partir dos métodos para avaliação e análise do movimento humano. In: LEBRE, E.; BENTO, J. (Eds.). **Professor de educação física:** ofícios da profissão. Porto: FCDEF-UP, 2004. p.319-46

BALBINO, C. A.; PEREIRA, L. M.; CURY, R. Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 27-51, 2005.

CAMERON, M. H. **Agentes físicos na reabilitação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FEITOSA, S. M.; TOMA, R. L.; RENNO, A. C. M. Os efeitos osteogênicos do ultra-som e do laser terapêutico de baixa intensidade no processo de consolidação de fraturas: uma revisão bibliográfica. **Fisioterapia Especialidades**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 44-49, 2007.

HAMILL, J.; KNUTZEN, K.M. **Bases biomecânicas do movimento humano**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

HOPPENFELD, S.; MURTHY, V. L. Tratamento e reabilitação de fraturas. Barueri, SP: Manole, 2001.

MOHAMED, O.; PERRY, J.; HISLOP, H.: Relationship between wire EMG activity, muscle length and torque of the hamstrings. **Clinical Biomechanics**, Bristol, v.17, p.569-79, 2002.

NIGG, B.M.; HERZOG W. **Biomechanics of musculo-skeletal system**. New York: John Wiley, 1994.

OKUNO, O.; FRATIN, L. Desvendando a física do corpo humano. São Paulo: Ed. Manole, 2003.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES ORTOPÉDICAS EM ADOLESCENTES COM SOBREPESO E OBESOS

Elayne Batista Pereira[1]; Iamara Batista da Silva [1]; Jaila Francelino Dantas [1]; Felipe Longo Correia de Araujo[2].

1.Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia.Email: elayne_santana2007@hotmail.com
2.Professor das Faculdades Integradas de Patos. Email: felipearaujo@fiponline.edu.br

INTRODUÇÃO

A obesidade é tida hoje como um problema de saúde pública e sua prevalência, em todas as faixas etárias, vêm aumentando em todo o mundo. No Brasil, dados do IBGE de 2014 mostram que 15% das crianças entre 5 e 9 anos e 25% dos adolescentes, têm sobrepeso ou obesidade.

O aumento desses índices está relacionado principalmente a fatores ambientais, como a redução do tempo dedicado às atividades físicas e as mudanças de hábitos alimentares.

O aumento do peso faz com que a criança tenha uma série de complicações ortopédicas, dentre elas problemas de coluna, joelho, articulações, calcanhar, etc.

REFERENCIAL TEÓRICO

A obesidade constitui-se num problema de saúde pública cada vez mais prevalente, pois se tem mostrado agora uma preocupação epidemiológica mesmo nos países que ainda estão em desenvolvimento (ENES; SLATER, 2010). O nível econômico influência na prevalência de sobrepeso, uma alimentação saudável torna-se menos acessível para uma família com condição socioeconômica baixa, assim a obesidade torna-se mais apresentável nesta população (NASCIMENTO, 2011).

Um dos fatores mais importantes relacionados às alterações posturais em crianças e adolescentes é o excesso de peso (Brandalize, 2010). Nas últimas décadas, os índices de sobrepeso e obesidade infantil têm crescido rapidamente, de forma preocupante (Coelho, 2013).

Hábitos incorretos neste período favorecem a aquisição de posturas inadequadas que podem resultar em sérios prejuízos na saúde atual e futura desses indivíduos (Coelho, 2013).

A obesidade tem diversas causas. Dentre seus fatores predisponentes estão: fatores genéticos, fatores individuais, fatores ambientais e doenças.

Balaban e Silva (2004) relataram que as consequências da obesidade infantil podem ser notadas em curto prazo, como as desordens ortopédicas, os distúrbios respiratórios, o diabetes, a hipertensão arterial e as dislipidemias, além dos distúrbios psicossociais, e em longo prazo, com o aumento da mortalidade por todas as causas e por doenças coronarianas. As desordens ortopédicas mais comuns da população com sobrepeso ou obesidade são os joelhos valgos, pés planos e a hiperlordose lombar, devido à diminuição de atividade motora e as forças anormais do excesso de peso sobre o aparelho locomotor, que alteram a postura corporal (ESCRIVÃO et al., 2000; BANKOFF et al., 2003).

No ano de 2014, um estudo foi desenvolvido na Suíça em um centro para crianças obesas onde 744 participantes apresentavam sobrepeso, obesidade e obesidade, foram então analisados dados laboratoriais e de exame físico encontrando uma maior prevalência de alterações ortopédicas (54%), seguida das metabólicas (42%) e alterações cardiovasculares(31%). Dentre as complicações ortopédicas a alteração genu valgum foi a mais prevalente (33%), seguido de pés planos (28%) e hiperlordose (25%) (MAGGIO et AL; 2014).

1-PÉ PLANO

O pé plano pode ser definido clinicamente pelo mau alinhamento de várias articulações do pé, levando ao rebaixamento ou ausência do arco longitudinal medial. O Arco plantar durante o crescimento sofre diversas mudanças; no lactente devido ao excesso de panículo adiposo e a postura geralmente em decúbito levam ao achatamento do arco plantar, conforme a criança se desenvolve e adquire a marcha o arco plantar se acentua e assume sua forma arqueada. O pé plano fisiológico pode ser encontrado até aproximadamente 7 anos de idade (BACHIEGA, 2006).

2-JOELHOS

O valgismo dos joelhos é a alteração mais comumente encontrada em adolescentes obesos, ela ocorre devido ao excesso de peso e protrusão do abdome que leva a rotação anterior da pelve com consequente rotação interna do fêmur ocasionando assim o joelho valgo, além disso, o acumulo de gordura na região das coxas leva a um afastamento ainda maior do maléolo medial e distribuição irregular do peso sobre a articulação dos joelhos o que com o passar dos anos gera crescimento assimétrico e deformidade fixa (CAMPOS, 2002).

3-COLUNA

A coluna é o segmento que apresenta a maior variedade de patologias relacionada ao excesso de peso, dentre elas podemos citar aumento da inclinação da cabeça, cifose torácica, escoliose e hiperlordose lombar (DE SÁ PINTO, 2006).

Das alterações encontradas as articulações mais ocorridas são joelhos e pés, sendo o joelho em valgo e o pé plano as mais prevalentes. Além das alterações citadas a obesidade esta relacionada com uma maior gravidade de fraturas traumáticas e complicações, e também se relaciona com maior frequência de dor e menor qualidade de vida.

OBJETIVO

Mostrar as principais alterações ortopédicas que acometem adolescentes com sobrepeso e obesidade.

MÉTODO E DISCUSSÃO

Foram consultadas as bases de dados ocorreu um levantamento sobre os artigos do Google acadêmico e Scielo e livros referentes ao tema. Após esse levantamento foi realizada uma seleção do material referente ao presente trabalho. O material foi lido e organizado de acordo com desenvolvimento do mesmo, de modo a redigir o texto com maior eficiência e qualidade.

RESULTADOS

Pôde-se observar que os adolescentes com sobrepeso e obesos tem uma maior predisposição a apresentar complicações ortopédicas, e os principais problemas relatados foram as alterações posturais, como hiperlordose lombar, joelhos valgos e pés planos e dores músculo-esqueléticas. Os principais fatores que causam esses problemas não são bem marcantes, mas geralmente ocasionados pelo aumento da sobrecarga articular pertinente à fragilidade óssea em fase de crescimento e à diminuição da estabilidade postural, o que acarreta ao aumento das necessidades mecânicas regionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se após a apresentação acima, que as alterações ortopédicas mais comuns em adolescentes com sobrepesos e obesos se dão na coluna, nas articulações dos joelhos e tornozelos, devido a uma maior carga em que os mesmos são submetidos diariamente.

PALAVRAS-CHAVE: Sobrepeso; Obesidade; Alterações Ortopédicas; Adolescentes.

REFERÊNCIAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: setembro de 2018.

BALABAN, G.I; SILVA, G.A.P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro.2004.

BANKOFF, A.D.P; ZAMAI, C.A.; SCHIMDT, A.; CIOL, P.; BARROS, D.D. Estudo das alterações morfológicas do sistema locomotor: Postura corporal X Obesidade. Revista da Educação Física/uem. Maringá. 2003.

BRANDALIZE, M.; LOPES, M.F.A.; BENTO, P.C.; LEITE, N. Alterações posturais em crianças e adolescentes obesos e não-obesos. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano. 2011.

ESCRIVÃO, M.A.M.S.; OLIVEIRA, F.LC.; TADDEI, J.A.A.C.; LOPEZ, F.A. Obesidade exógena na infância e adolescência. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. 2000.

MAGGIO et al.Medical and non-medical complications among children and adolescents with excessive body weight. BMC Pediatrics 2014.

BACHIEGA CMMV. A prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares e a influencia nas alterações posturais do aparelho locomotor BOTUCATU, 2006.

CAMPOS FS, SILVA AS, FISBERG M. Descrição fisioterapêutica das alterações posturais de adolescentes obesos. Braz Pediatr News. 2002.

DE SÁ PINTO AL , DE BARROS HOLANDA P M, RADU A S, VILLARES SM, LIMA FR. Musculoskeletal findings in obese children. Journal of Paediatrics and Child Health , 2006.

ENES, Carla Cristina and SLATER, Betzabeth. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. Rev. bras. epidemiol. 2010, vol.13.

NASCIMENTO, V.G.; SCHOEPS, D.O.; SOUZA, S.B.; SOUZA, J.M.P.; LEONE, C. Risco de sobrepeso e excesso de peso em crianças de pré-escolas privadas e filantrópicas. Rev. Assoc Med Bras, São Paulo, v.57, n.6, p. 657-661, 2011.

OS EFEITOS DA CRIOTERAPIA NA FISIOTERAPIA

Elayne Batista Pereira[1]; Júnior Cézar De Lucena Barros [1]; Márcia Kayane [1]; Sêmio Wendel Martins Melo[2].

1.Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia.Email: elayne_santana2007@hotmail.com
2.Professor Doutorando em Ciências do movimento Humano das Faculdades Integradas de Patos. Email: semiomeloedf@gmail,com

INTRODUÇÃO

Crioterapia, palavra derivada do grego Krios que significa Frio em conjunção com Terapia que é Tratamento, ou seja, "tratamento com frio", é um ramo da fisioterapia que abrange várias técnicas específicas utilizando o frio nas formas sólida, líquida, e gasosa, tendo como objetivo terapêutico a retirada do calor do corpo, induzindo os tecidos a um estado de hipotermia, para favorecer urna redução da taxa metabólica local (RODRIGUES, 1995).

Para Brisotti (2006), o frio age como agente analgésico, diminuindo a velocidade de condução nervosa, além de reduzir edema e a hiperemia pela ação vasoconstritora, e nas articulações inibi a atividade da colagenase; já no tecido muscular, diminui o espasmo, por reduzir a velocidade de disparo das fibras do fuso muscular.

Durante o tratamento com a crioterapia, o calor é retirado do corpo, levando o organismo a respostas locais e gerais, de acordo com a duração, a modalidade e a superfície exposta a área a ser tratada. O tempo de aplicação varia de acordo com as características de cada organismo, a patologia e o local de aplicação.

REFERENCIAL TEÓRICO

A crioterapia constitui todo e qualquer uso de gelo ou aplicações de frio para fins terapêuticos, que em geral, resulta na retirada do calor local e diminuição da temperatura corporal. (Knight,2000). Logo, o termo crioterapia engloba todas as técnicas específicas que fazem uso do frio como recurso terapêutico.

As técnicas utilizadas na crioterapia resfriam os tecidos conduzindo as moléculas mais quentes e de maior energia dos tecidos corpóreos para as moléculas mais frias e de menor energia da modalidade terapêutica, removendo energia térmica dos tecidos, alcançando assim seu objetivo (LOW & REED 2001; ANDREWS et al, 2000; STARKEY, 2001).

Essa troca de energias está relacionada com as diferentes técnicas utilizadas, com o tempo de aplicação, temperatura inicial, diferença de temperatura entre o agente refrigerante e o tecido a ser refrigerado, está relacionada também com a localização e profundidade do tecido em relação à superfície. (Low & Reed,2001).

A utilização da crioterapia pode causar diferentes sensações, tais como formigamento, dor, cócegas e a perda da sensação tátil (GUIRRO & GUIRRO, 2002).

Entre os efeitos fisiológicos locais da crioterapia estão a vasoconstrição com consequente diminuição da circulação local, redução da taxa de metabolismo celular devido à necessidade reduzida de oxigênio, redução da produção de resíduos celulares, diminuição da inflamação, da dor e do espasmo muscular (KNIGHT, 2000 e STARKEY, 2001).

Os efeitos sistêmicos (quando o corpo inteiro está exposto ao frio) incluem a vasoconstrição geral em resposta ao resfriamento do hipotálamo posterior, redução das frequências respiratória e cardíaca, tremores e aumento do tônus muscular (STARKEY,2001).

Uma das principais funções da crioterapia no sistema circulatório é a diminuição do fluxo sangüíneo devido a vasoconstrição.Este efeito acarreta um controle da hemorragia inicial intratecidual e limita a extensão da lesão (KNIGHT, 1995; LEHMANN, 1982).

No sistema muscular a técnica de crioterapia é utilizada, principalmente em patologias neurológicas e lesões esportivas. Com a diminuição da temperatura ocorre uma diminuição de ação muscular e um relaxamento dos mesmos, diminuindo assim, a espasticidade e facilitando os movimentos do corpo humano. (SWENSON,1996).

OBJETIVO

O presente trabalho busca mostrar os efeitos da Crioterapia no organismo, utilizados na Fisioterapia.

MÉTODO E DISCUSSÃO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica e utilizou como procedimento metodológico uma revisão com base na de literatura atual. Inicialmente ocorreu um levantamento sobre os artigos do Google acadêmico e Scielo, pblicados de 1999 a 2018, e livros referentes ao tema. Após esse levantamento foi realizada uma seleção do material pertinente ao presente trabalho. O material então foi lido, estudado e organizado de acordo com desenvolvimento do mesmo, de modo a redigir o texto com maior eficiência e qualidade.

RESULTADOS

A pesquisa com uso do descritor “Crioterapia”e “Fisioterapia” na base de dados Google acadêmico demonstrou que a maioria dos artigos publicados, mostram os benefícios do uso do tratamento, por ser um método de fácil acesso, barato e não apresentar efeitos colaterais, resultando na eficácia da Crioterapia em inflamação aguda, dor aguda ou crônica, edema e dor pós-cirúrgica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se após a apresentação acima, a eficácia da aplicação da crioterapia no tratamento Fisioterapêutico, onde os estudos comprovaram que o frio reduz os impulsos, promovendo o relaxamento muscular. É um recurso de grande valor, já que o efeito de relaxamento que é conseguido com o resfriamento dura por um bom tempo, e neste intervalo, o fisioterapeuta pode executar exercícios, proporcionando ao paciente uma maior amplitude para se movimentar.

Observamos também que a utilização da crioterapia gera diversos efeitos no organismo, porém ainda existem várias contestações em relação à comprovação da ocorrência desses efeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Crioterapia; Efeitos no organismo; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

RODRIGUES, A. Crioterapia. 1ª ed., São Paulo: Cefespar, 1995.

BRISOTT, Ivelise Paula Fiori. Ocorrência de Moléstia Degenerativa Osteoarticular em pacientes atendidos em clínica de fisioterapia. 2006. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

KNIGHT, Kenneth L. Crioterapia no Tratamento das lesões esportivas. Sao Paulo: Manole, 2000

LOW, J.; REED, A. Eletroterapia Explicada: princípios e prática. São Paulo: Manole, 2001.

STARKEY, C. Recursos Terapêuticos em Fisioterapia. São Paulo: Manole, 2001.
ANDREWS; H; Wilk. Reabilitação Física das Lesões Desportivas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Guirro R, Abib C, Maximo C. Os efeitos fisiológicos da crioterapia: Uma revisão. Rev Fisioter USP 1999.

KNIGHT, K.L. Cryotherapy in sport injury management. Indiana, Human Kintics, 1995.

LEHMANN, J.F.; DeLAUTER, B.J., Therapeutic Heat and Cold.3ª ed.,Baltimore, 1982.

SWENSON, C.; SWÄRD, L.; KARLSSON, J., Cryotherapy in sports medicine. Sacnd J Medicine Sci Sport, 1996, 6 (4).

VISÃO FISIOTERAPÊUTICA E PSICOPEDAGÓGICA NO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Paulo Gabriel da Silva Lacerda[1]; Welington Barbosa Guilherme Xavier[2]; Jair Pereira da Silva Júnior[2]; Manuela Vitória da Silva Anjos[2] Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3]

[1] [2]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia; e-mail: paulogabrielpg85@gmail.com
[3]Professora Mestre, do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

Entende-se por transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), uma doença neuropsiquiátrica que resulta em distúrbios comportamentais, com etiologia multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais, comumente diagnosticada na infância e que pode persistir até a vida adulta. O mesmo se revela por meio de sinais de hiperatividade, distúrbios de atenção ou concentração, impulsividade e agitação, que se manifesta em, no mínimo, dois ambientes (casa e escola, por exemplo). Nestes indivíduos podem-se observar também perturbações motoras tais como dificuldades de equilíbrio, noção de espaço e tempo, esquema corporal (NIEHUES; NIEHUES, 2014). Como consequência, pessoas diagnosticadas com esse transtorno tendem a apresentar prejuízos no âmbito acadêmico, profissional, familiar e social (OLIVEIRA; DIAS, 2018).

Sabe-se que o TDAH é uma das principais justificativas de insucesso escolar, sendo que o mesmo atinge aproximadamente 7% das crianças no Brasil, em sua maior parte do sexo masculino, retratado pelas autoridades médicas internacionais como um problema de saúde pública (NIEHUES; NIEHUES, 2014). Sua prevalência mundial é de cerca de 5,29% em crianças e adolescentes, o que estabelece uma grande procura por atendimento médico e psicopedagógico (SCHMIDEK, et al., 2018). A psicoeducação tem por objetivo amplificar o conhecimento do paciente/familiar sobre seu problema a fim de aumentar a compreensão da sua condição, ajudar na tomada de decisões com base em informações confiáveis e proporcionando maior adesão ao tratamento (OLIVEIRA; DIAS, 2018).

REFERENCIAL TEÓRICO

Com base nos sintomas, os indivíduos com TDAH podem ser classificados em três subtipos: predominantemente desatenta (TDAH-D), predominantemente hiperativa/impulsiva (TDAH-H) e combinada (TDAH-C) (EFFGEM, et al., 2017).

À dependência de internet (DI), em adolescentes está associada aos sintomas elevados de TDAH e mais relacionado ao gênero masculino. Alguns estudos longitudinais consideram também que o TDAH pode ser um preditor para a DI, devido ao maior tempo gasto com jogos do que com outras tarefas. Assim, o uso do computador e internet deveria ser monitorado de forma mais criteriosa nessa população (SCHMIDEK, et al., 2018).

A avaliação do transtorno ainda é essencialmente clínica, baseada em critérios bem definidos, como os que constam no Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM). Todavia, sabe-se que a avaliação unicamente através do uso exclusivo desse manual, não é suficiente para que seja confirmado o diagnóstico de TDAH, já que sua interpretação pode ser meramente subjetiva, sendo então essencial a participação de uma equipe multidisciplinar para que o diagnóstico seja fidedigno. O diagnóstico fisioterapêutico se dá pela avaliação do desenvolvimento motor da pessoa, com o uso de exames específicos que avaliam o desenvolvimento das habilidades motoras globais, percepção, equilíbrio, concentração e atenção, uma vez que pessoas com TDAH possuem grandes chances de apresentar distúrbios voltados ao desenvolvimento da coordenação motora (EFFGEM, et al., 2017).

O tratamento medicamentoso mais utilizado, após o diagnóstico do TDAH, é o metilfenidrato conhecido popularmente como ritalina. Além do tratamento medicamentoso é necessária uma abordagem múltipla e global que vise intervenções psicossociais para melhorar a qualidade de vida destes indivíduos (NIEHUES; NIEHUES, 2014).

OBJETIVO

Revisar a literatura sobre a visão fisioterapêutica e psicopedagógica no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

METODOLÓGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no mês de setembro de 2018, utilizando artigos selecionados nas plataformas Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine e Google acadêmico, onde, após aplicação de forma aleatória dos descritores: “TDAH”, “Fisioterapia” e “Psicoeducação” foram encontrados 213 artigos. Utilizando-se como critério de seleção artigos escritos em língua portuguesa, publicados nos últimos cinco anos e com temas relacionados aos transtornos de déficit de atenção, restando finalmente, quatro artigos os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

A fisioterapia utiliza como uma das formas de tratamento, o Programa de Estimulação Psicomotora (PEP), que ajuda a criança com TDAH a minimizar o comportamento hiperativo e organizar a psicomotricidade. No PEP são avaliadas: praxia fina e global, equilibração, noção do corpo, organização espaço-temporal, lateralização e tonicidade e os trabalhos são voltados para o planejamento e programação das ações a fim de colaborar para o tratamento da psicomotricidade. Tratamentos como esses se tornam efetivos pois atuam diretamente na organização das emoções, cognições e percepções (EFFGEM, et al., 2017).

A equoterapia vem se mostrando bastante eficaz como alternativa pedagógica para minimizar a ansiedade e aumentar a concentração em crianças com TDAH, pois a interação cavalo-criança-ambiente além de uma atividade prazerosa é um fator importante para a evolução e desenvolvimento das crianças, sendo uma ferramenta auxiliar. Em um grupo de criança analisadas, pode-se observar melhoras físico-motoras e cognitivas, tais como melhora na concentração e autoestima, e quando associados aos saltos os ganhos são ainda maiores. Indiretamente, os resultados da equoterapia auxiliam no desempenho escolar, assim os resultados alcançados com o cavalo devem ser associados ao trabalho de sala de aula e articulados na sociedade (NIEHUES; NIEHUES, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos nesta revisão que, o tratamento terapêutico associado a equoterapia traz benefícios significativos aos portadores de TDAH, interferindo em sua psicomotricidade, assim como, no psicossocial, estimulando a motivação e adesão ao tratamento. O contato com o animal e com o meio natural passa para o paciente a sensação de liberdade, independência e capacidade, trazendo ganhos no processo de ensino aprendizagem, minimização da agressividade, aceitação de norma e regras, envolvendo até a redução da dependência de internet. Contudo, ressalta-se a importância e necessidade da realização de novos estudos sobre a temática e tratamento multidisciplinar, a fim de estabelecer um diagnostico e tratamentos mais adequados de acordo com a especificidade de cada paciente.

PALAVRAS-CHAVES: TDAH, Fisioterapia, Psicoeducação.

REFERÈNCIAS

EFFGEM, Virginia et al . A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH - processo diagnóstico e práticas de tratamento. **Constr. psicopedag.**, São Paulo , v. 25, n. 26, p. 34-45, 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542017000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 set. 2018.

NIEHUES, Janaina Rocha; NIEHUES, Mariane Rocha. Equoterapia no Tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Implicações Pedagógicas. **Rev Neurocienc 2014**; 22(1), p. 121-126. Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2201/2201revisao/902revisao.pdf>. acesso em 06 set. 2018.

SCHMIDEK, Helena Cristina Medeiros Vieira et al . Dependência de internet e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH): revisão integrativa. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 67, n. 2, p. 126-134, jun. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000200126&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000195.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia. Psicoeducação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: O Que, Como e Para Quem Informar?.**Trends Psychol.**, Ribeirão Preto , v. 26, n. 1, p. 243-261, Mar. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000100243&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.1-10pt.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NA HANSENÍASE

Maria Elizangela Batista Morais[1]; Paulo Gabriel da Silva Lacerda[2]; Arnaldo Emmanoell Lacerda Lopes[2]; Helyson Carlos Lucena Araújo[2]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3]

[1,2]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: elizangelamorais85@gmail.com;
[3] Professora Mestra do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo Mycobacterium leprae. Por se tratar de uma doença granulomatosa, pode ser descrita clinicamente de várias maneiras, podendo atingir pessoas de todas as idades e gêneros (MOURA et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a hanseníase como uma doença negligenciada, prevalente em países em desenvolvimento (LEAL et al., 2017). Essa doença atinge cerca de 1.500.000 pessoas no mundo, embora tenha ocorrido a implementação de estratégias de controle e eliminação como problema de saúde pública (PINHEIRO et al., 2017).

O processo de transmissão dessa enfermidade ocorre do indivíduo portador da doença para pessoas que mantém o contato íntimo e prolongado, através da inalação dos bacilos pelas vias aéreas superiores, podendo levar de 2 a 7 anos em um período de incubação (MOURA et al., 2017).

A atuação fisioterapêutica no tratamento das complicações causadas pela hanseníase é de fundamental importância desde a prevenção até a reabilitação, visto que o fisioterapeuta utiliza recursos que auxiliam no processo de fortalecimento muscular, reparo de úlceras, prevenção de deformidades e amputações, promovendo a este paciente melhores condições físicas (TAVARES et al., 2013).

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Tavares et al. (2013) a hanseníase é uma doença diretamente ligada à pobreza, condições sanitárias e de habitação, sendo resultante da falta de acessibilidade aos sistemas de saúde, pois o diagnóstico é eminentemente clínico e seu tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de maior complexidade tecnológica.

As alterações imunológicas causadas pela bactéria provocam deformidades cutâneas, neurológicas, viscerais, oculares e otorrinolaringológicas. Destacam-se as lesões teciduais e desmielinizantes nos nervos periféricos dos membros superiores e inferiores, causando perda de sensibilidade cutânea e dores, podendo evoluir para atrofias, paresias e paralisias musculares, além de deformidades, promovendo a incapacidade física (MOURA et al., 2017).

De acordo com estudos de Pinheiro et al. (2017) as sequelas podem surgir antes, durante ou após o tratamento da hanseníase com a utilização do tratamento poliquiomioterápico (PQT) específico, havendo possibilidade da piora do quadro por possíveis reações imunológicas. Isso leva a uma redução significativa nas atividades de vida diárias de 57,4% dos indivíduos acometidos, sendo mais susceptíveis a acidentes, queimaduras e amputações (MOURA et al., 2017).

O tratamento fisioterapêutico em hanseníase constitui uma formação ampla, tendo enfoque nos cuidados gerais, relatando e orientando a comunidade em geral sobre a doença e suas respectivas complicações. É de grande importância o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento como um todo, visando à prevenção, avaliação, reabilitação das incapacidades físicas e acima de tudo a reintegração à sociedade (TAVARES et al., 2013).

OBJETIVO

Revisar a literatura acerca da abordagem fisioterapêutica em indivíduos portadores da hanseníase.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão da literatura, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library Online, onde, após a aplicação dos descritores: “hanseníase” “fisioterapia” e “tratamento” foram encontrados 65 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em língua portuguesa publicados entre os anos de 2013 e 2018, com temas relacionados à hanseníase e a abordagem fisioterapêutica acerca de sua epidemiologia. Foram excluídos artigos publicados na língua inglesa e não condizentes ao assunto abordado. Restaram finalmente 5 artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

A hanseníase atinge pele e nervos e apresenta quatro formas clínicas: tuberculóide, dimorfa, virchowiana e indeterminada. Os sinais e sintomas mais evidentes da doença são manchas, dores musculares, espessamento de nervos, falta de sensibilidade, câimbras, limitações na visão, marcha com dificuldade e encurtamentos de nervos, músculos e articulações (MARTINS; IRIAT, 2014).

De acordo com as características epidemiológicas da hanseníase, bem como suas complicações funcionais no organismo, é essencial a inclusão do profissional fisioterapeuta em uma equipe multidisciplinar (TAVARES et al., 2013). A fisioterapia pode atuar diretamente nessa disfunção em razão das incapacidades geradas. Pode proporcionar melhora da força e do trofismo muscular por meio de exercícios terapêuticos, como sugere o Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde. Isso é realizado buscando o retorno da funcionalidade através dos tratamentos terapêuticos que reduzem os sintomas, como dor, edemas e limitações articulares, incluindo orientações de autocuidados, melhorando a capacidade funcional e, consequentemente, a qualidade de vida desses indivíduos (MOURA et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a fisioterapia e os exercícios terapêuticos agem diretamente na redução das alterações funcionais e manifestam resultados positivos em indivíduos que são portadores da hanseníase. Os estudos mostram que apesar da hanseníase causar diversas complicações no organismo, as técnicas de tratamento da fisioterapia são de grande eficácia, impedindo o processo de agravamento das incapacidades físicas a partir do planejamento de intervenções necessárias de acordo com a peculiaridade de cada indivíduo, melhorando assim, sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Fisioterapia; Tratamento.

REFERÊNCIAS

MOURA, Elcemir Galvão e Silva de; et al. Relação entre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a limitação de atividades e restrição à participação de indivíduos com hanseníase. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.355-361, jul.2017. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1414462X2017000300355&lng=pt&nrm=iso>.

LEAL, Danielle Rodrigues; et al. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 209-228, Mar. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500209&lng=en&nrm=iso>.

TAVARES, Joelcy Pereira; BARROS, Jardel de Sousa; SILVA, Karla Camila Correia; BARBOSA, Elienay; REIS, Geovane Rossone; SILVEIRA, Janne Marques. Fisioterapia no atendimento de pacientes com hanseníase: um estudo de revisão. **Revista Amazônia**. 2013;1(2): p 37-43.

PINHEIRO, Mônica Gisele Costa; MIRANDA Francisco Arnoldo Nunes de; SIMPSON, Clélia Albino; CARVALHO, Francisca Patrícia Barreto de; ATAIDE, Cáthia Alessandra Varela; LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho. Compreendendo a “alta em hanseníase”: uma análise de conceito. **Rev Gaúcha de Enfermagem.** 2017;38(4):e63290.

MARTINS, Patricia Vieira; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.273-289, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100273&lng=en&nrm=iso>.

RELAÇÃO DA VITAMINA D COM A DOR CRÔNICA

Thaciele de Medeiros Leal[1]; Mateus Clementino Holanda da Silva[2]; Stephany dos Santos Dantas de Araújo[2]; Karolaine Fernandes dos Santos Melo[2]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3];

[1,2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; E-mail: thaciele.leal2@gmail.com;
[3] Professora Mestra, do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO:

A vitamina D é um tipo de vitamina importante principalmente para o corpo humano, mantendo a força muscular e afastando doenças crônicas como a depressão e é encontrada principalmente em carnes e peixes. A dor crônica descrita como "aquela que persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão" pode ser associada a vários fatores, como depressão, incapacidade física e funcional, isolamento social, alteração na dinâmica familiar e desesperança. Pode acarretar fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação e dificuldade de concentração (OLIVEIRA, MORAES, SANTOS; 2013).

REFERENCIAL TEÓRICO:

A vitamina D, ou colecalciferol, é um hormônio esteroide, sua principal função consiste na regulação da homeostase dom cálcio, formação e reabsorção óssea, através da sua interação com as paratireoides, os rins e os intestinos. A principal fonte da vitamina D é representada pela formação endógena nos tecidos cutâneos após a exposição à radiação ultravioleta B. (AENSON et al., 2007).

Estudos epidemiológicos mostram que a deficiência de vitamina D poderia estar associada a risco aumentado de neoplasia de cólon e próstata, doença cardiovascular e infecções. (RUIZ-IRASTORZA et al., 2008). A relação entre déficit da vitamina D e dor crônica parece ser frequente, mas outros pontos ainda estão por explicar e merecem importância, como uma possível ação da vitamina D em transtornos do humor, do tipo ansiedade e depressão, que, frequentemente, acompanham os quadros dolorosos crônicos. Sugere-se, ainda, que a vitamina D proporcione atividade anti-inflamatória, diminuindo algumas citocinas pró-inflamatórias e, assim, diminuindo a dor (OLIVEIRA, MORAES, SANTOS; 2013).

OBJETIVO:

Revisar a literatura acerca da influência da vitamina D em pacientes com dor crônica.

METODOLOGIA:

O estudo trata-se de uma revisão da literatura, realizada entre 2007 e 2016, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo - Scientific Eletronic Library OnLine. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos em língua portuguesa e com temas relacionados à dor crônica e participação da vitamina D. Foram excluídos artigos publicados na língua inglesa e não condizentes com o assunto abordado, restando cinco artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

A vitamina D é bastante conhecida pela sua função no desenvolvimento e na manutenção do tecido ósseo, bem como pela manutenção da homeostase normal do cálcio e do fósforo. (SCHUCH, GARCIA, MARTINI; 2009). Os baixos níveis de 25-hidroxivitamina D (25OHD) também podem contribuir para a inflamação crônica, desregulação imune e miopatia esquelética, com uma consequente redução na qualidade de vida nas dores autoimunes. (SAMPAIO-BARROS et al., 2016).

Devido a esses achados, um grande número de pessoas tem sido submetido com maior frequência à suplementação diária dessa vitamina. Os suplementos de vitamina D podem estar na forma de ergo calciferol ou cole calciferol em vários tipos de dosagens e apresentações. Nesse contexto, apesar de raro, acabamos nos deparando com um importante efeito colateral: a intoxicação pela vitamina D (GUERRA et al., 2016). A avaliação do déficit de vitamina D deveria estar mais presente nas consultas médicas geriátricas, principalmente naquelas em que existem queixas de dor crônica neuropática e musculoesquelética, por meio da sua dosagem e suplementação, considerando-se que tem baixo custo e ainda poderia ser benéfica no tratamento da dor, além de bem tolerada nas doses habitualmente utilizadas. Entende-se que nem todos aqueles que apresentam déficit da vitamina D desenvolvam quadros de dor musculoesquelética. A probabilidade dessa ocorrência aumenta quanto menor forem os seus níveis. Pode-se esperar que a vitamina D fosse de grande valia no tratamento da síndrome dolorosa crônica (OLIVEIRA, MORAES, SANTOS; 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas possuem associação com a vitamina D, pois a carência desta causa uma desregulação imune e esquelética, afetando também o lado emocional das pessoas. Pode-se concluir, então, que a vitamina D apresenta uma influência positiva em relação a várias doenças, pois a corroboração dos estudos mostram que, apesar de algumas doenças serem duradouras, esta vitamina auxilia suplementarmente os sistemas corpóreos, trazendo melhorias de bem-estar para pacientes crônicos.

PALAVRAS-CHAVE: Vitamina D; Doenças crônicas; Dor Crônica; Colecalciferol.

REFERÊNCIAS:

OLIVEIRA, Welington Saraiva de; MORAES, Niele; SANTOS, Fania Cristina. Vitamina D e dor crônica em idosos. **Rev. dor**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 223-225, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 maio 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000300015.

MARQUES, Cláudia Diniz Lopes et al . A importância dos níveis de vitamina D nas doenças autoimunes. Rev. Bras. Reumatol, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 67-80, Fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 29 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042010000100007.

SCHUCH, Natielen Jacques; GARCIA, Vivian Cristina; MARTINI, Ligia Araújo. Vitamina D e doenças endocrinometabólicas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 53, n. 5, p. 625-633, July 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000500015.

SAMPAIO-BARROS, Marília M. et al . Baixos níveis séricos de vitamina D na esclerose sistêmica difusa: correlação com pior qualidade de vida e alterações capilaroscópicas graves. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 56, n. 4, p. 337-344, Aug. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042016000400337&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2018. http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2016.05.006.

GUERRA, Vanessa et al . Hipercalcemia e prejuízo de função renal associados à intoxicação por vitamina D: relato de caso. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 38, n. 4, p. 466-469, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-

28002016000400466&lng=en&nrm=iso>. access
on 28 May 2018. http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160074.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NAS ATROFIAS MUSCULARES ESPINHAIS – AME

Karla Érika de S. Azevedo Lucena [1]; Antônio Leite Guimarães Neto[1]; Uany da Cruz vale[1]; Yasmin de Sousa Barbosa[1]; Necienne de Paula Carneiro Porto[2]

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: Karlaerika.ob@hotmail.com;
[2] Professoras Especialistas do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A atrofia muscular espinhal é definida como uma doença hereditária autossômica recessiva, degenerativa, que afeta o corpo do neurônio motor no corno anterior da medula espinhal. Essa doença caracteriza-se clinicamente por fraqueza, atrofia e hipotonia muscular, com predomínio nas porções proximais dos membros, associada a fasciculações e arreflexia tendínea (VASCONCELLOS et al., 2013).

Todos os músculos são acometidos pelo processo de atrofia neurogênica, com exceção do diafragma, os músculos das extremidades e os músculos oculares. Apresentam respiração diafragmática paradoxal e com pouca expansibilidade torácica. Ocorre a rápida instalação de contraturas musculares, que acometem os músculos adutores das coxas e rotadores internos dos ombros, conferindo-lhes atitude característica e levando às deformidades torácicas, como o tórax em forma de sino (ROSSATO et al., 2017).

REFERENCIAL TEÓRICO

As Atrofias Musculares Espinhais são classificadas de acordo com a época de início e a gravidade do comprometimento motor, sendo dividida em três formas: amiotrofia espinhal progressiva do tipo I ou Werdnig Hoffman; amiotrofia espinhal progressiva do tipo II ou Forma Intermediária; amiotrofia espinhal progressiva do tipo III ou Doença de Kugelberg-Welander. Existe ainda um quarto grupo, que alguns pesquisadores classificam como a forma adulta da amiotrofia espinhal progressiva ou tipo IV, enquanto outros preferem apontar essa forma tardia como uma manifestação benigna do tipo III (VASCONCELLOS, et al., 2013).

Trata-se de uma doença que merece atenção multidisciplinar, incluindo a fisioterapia, que através de um atendimento diferenciado fornece suporte para a melhora da qualidade de

vida do paciente, diminuindo os efeitos deletérios da doença, além de melhorar as condições pulmonares, otimizar o mecanismo de depuração mucociliar para facilitar a mecânica respiratória, prevenir e corrigir as complicações pulmonares e as alterações da relação ventilação/perfusão (VASCONCELLOS, et al., 2013).

OBJETIVO

Analisar a abordagem da fisioterapia, em pacientes portadores de atrofias musculares espinhais.

MÉTODOS

Foi realizado uma revisão de literatura, com informações coletadas a partir de artigos científicos encontrados nas bases de dados Biblioteca Virtual Scielo, Biblioteca Virtual Médica dos EUA (PubMed), Google Acadêmico e livros, nos idiomas português e inglês. Foram usados os seguintes descritores: Atrofia muscular espinhal; Fisioterapia; Doenças neuromusculares; Doenças da medula espinhal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

AUTOR (ANO)	RESULTADOS
KLIEGMAN 2014	A fisioterapia é muito importante para todos os casos de atrofia muscular, porque permite manter a circulação sanguínea adequada, evitar a rigidez das articulações, diminuir a perda de massa muscular e melhorar a flexibilidade. Levantar pesos, fazer exercícios com elásticos ou praticar exercícios de musculação são alguns exemplos do que pode ser realizado em caso de atrofia muscular.
LIMA 2010	O modo que a fisioterapia apresenta para lidar com tais complicações respiratórias é de caráter precoce e preventivo, e objetiva manter a complacência dos pulmões, favorecer a abertura das vias respiratórias, tornar oportuna a adequação da ventilação e perfusão alveolar, considerando os gases sanguíneos presentes dentro da normalidade, e além de tudo, conceder ao paciente uma

	conveniente qualidade de vida (QV). Demais pesquisadores reconhecem que quando iniciada precocemente, a fisioterapia consegue precaver ocorrências de insuficiência respiratória aguda (IRpA), tal como internações e submissão ao procedimento cirúrgico de traqueostomia (TQT).
FREITAS 2011	Programas de exercícios fisioterapêuticos compostos de atividades de intensidade leve e moderada podem melhorar o desempenho motor, se o quadro de fraqueza e fadiga não for grave. Exercícios de alta intensidade não se mostraram eficazes ao ponto de serem considerados de eleição para indivíduos com doenças neuromusculares. Em alguns casos, os mesmos podem contribuir para a redução da força e aumento da fadiga. As órteses e os equipamentos de assistência e suporte podem ser utilizados no gerenciamento da fraqueza.
ORSINI et al. 2008	A atuação do fisioterapeuta depende muito do estágio da AME e de suas alterações. Na parte motora, a cinesioterapia global com exercícios e treinos de controle motor, juntamente com o alongamento muscular, mobilização articular e ajustes posturais são ações aceitas pelos profissionais. No plano respiratório, a TEP (terapia de expansão pulmonar) e a THB (técnicas de higiene brônquica) são meios eficazes para liberar obstruções das vias aéreas e pulmões. E ainda que haja um elevado comprometimento dos músculos da respiração, o proceder para realização do treinamento da musculatura respiratória não deve jamais funcionar de maneira exaustiva, pelo contrário, a ação do profissional deve priorizar, sobretudo, a otimização da QV (qualidade de vida) dos pacientes, sem maiores desgastes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos, concluímos que a fisioterapia tem uma extrema importância no tratamento dessa doença, tendo o objetivo de retardar o progresso da mesma, bem como tornar o paciente, o mais funcional possível. Além de contribuir para prevenção da insuficiência respiratória, complicação mais temida nesta doença, podendo aumentar a sobrevida e a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Ame; Atrofias musculares.

REFERÊNCIAS

FREITAS, Marcos,; et al. Uma revisão das principais abordagens fisioterapêuticas nas atrofias musculares espinhais. **Rev.Neurocienc**., v 16, n 1, p. 46-52, 2008.

LIMA, M. B. et al. Atuação da fisioterapia na doença de Werdnig-Hoffmann: relato de caso. **Rev. Neurocienc**., São Paulo, v. 18, n. 1, p.50-54, 2010.

ORSINI, M.; et al. Uma revisão das principais abordagens fisioterapêuticas nas atrofias musculares espinhais. **Rev. Neurocienc**., v. 16, n. 1, p. 46-52, 2008.

VASCONCELLOS, J. M. G. A.; CARRAPATOSO, B. C.; FERNANDES, A. B. S. A fisioterapia na amiotrofia espinhal progressiva tipo I: uma revisão de literatura. **Rev. Neurocienc**., v.21, n. 3, p. 402-407, 2013.

LIDERANÇA: TRAÇOS CARACTERÍSTICOS QUE DEFINEM UM LÍDER

Ana Paula Alves da Costa[1]; Bianca Santos Medeiros[1]; Maísa Araújo da Silva[1]; Marcia Bezerra Maia[1]; Viviane Valeria de Caldas Guedes Garcia[2]

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos;
E-mail: costa.anapaula96@gmail.com
[2] Fisioterapeuta, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia e professora das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A liderança é caracterizada como a força e a capacidade de influenciar e dirigir grupos com o objetivo de alcançar metas organizacionais (BRITO; ALBUQUERQUE, 2012). Para atingir uma boa liderança é necessário possuir algumas virtudes como: humildade, conhecimento, ética, autoconfiança, compreensão, inteligência e entusiasmo (YAMAFUKO; SILVA, 2015).

A principal atividade do líder é a produção de mudança, baseando-se o estabelecimento da direção estratégica da empresa, comunicar sobre seus planejamentos e motivá-los para que suas metas sejam alcançadas (PEDRUZZI JUNIOR et al., 2014).

O tema liderança, crescentemente, ganha importância aos olhos dos que se encontram na posição de ser um líder, tanto quanto aos que estão em posição de ser liderado. Tendo em vista tal importância, é fundamental buscar um maior entendimento sobre o conceito de liderança, especificando os traços comuns de maior importância para um líder (PEDRUZZI JUNIOR et al., 2014).

REFERENCIAL TEÓRICO

Constantemente verificamos que o termo liderança é confundido com uma boa administração, ter uma boa administração significa alcançar os objetivos traçados em meio a planos e projetos de estruturas organizacionais, já a liderança diz respeito a capacidade de influenciar um grupo para alcançar esses determinados objetivos (PEDRUZZI JUNIOR et al., 2014).

De acordo com Brito e Albuquerque (2012), os traços que à liderança procura para a diferenciação de um líder são: traços físicos, sociais, intelectuais e a personalidade. A inteligência, aparência, autoconfiança e os valores são características individuais de um líder.

Chiavenato (2003) descreve os traços que caracterizam e definem o papel de um líder, podendo ser traços físicos como a aparência, estatura e a energia, por exemplo; traços no âmbito intelectual como capacidade de se adaptar, entusiasmo e autoconfiança; no âmbito social como habilidades interpessoais, administrativas e de colaboração e/ou ainda traços voltados a própria atividade do trabalho, como iniciativas, persistência, habilidade e realização.

OBJETIVO

A referente pesquisa teve como objetivo descrever os traços e características de um líder.

MÉTODOS

Sua metodologia foi através de um levantamento na literatura sobre Liderança através da leitura minuciosa dos estudos encontrados, selecionando apenas os mais recentes e didáticos, consultados nos seguintes bancos de dados: LILACS, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google Acadêmico. Para a realização desta pesquisa foram encontrados 20 artigos relacionados, sendo selecionado apenas 7 para desenvolver a pesquisa. Tendo como critérios de inclusão: publicações de iniciações científicas e artigos científicos, compreendidos entre os anos de 2003 a 2015. Sendo utilizados os seguintes descritores: Liderança; Traços de líder e Gestão em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A definição de liderança surge ao longo do tempo e vem se adaptando a cada época de acordo com a necessidade, assim como a maioria dos estudiosos demonstraram. Sendo então caracterizada pelas literaturas como um método de influenciar pessoas e agrupamento de pessoas com o propósito de alcançar objetivos comuns, tanto na perspectiva grupal quanto pessoal, prezando por relacionamentos saudáveis, adequados à assistência mútua, priorizando o constante refinamento das capacidades, com objetivo de atingir uma liderança eficaz (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Relacionado às características e habilidades dos líderes, a chave para a aquisição da liderança ativa e dinâmica na maioria dos estudos foi citada como a sendo a comunicação,

seguida de confiança, saber ouvir, promover bons relacionamentos interpessoais, motivação a liderança, amadurecimento, encargo, conhecimento profissional, feedback, intermediário de conflitos, flexibilidade, dialogo, esperteza emocional, motivador de transformações, gerando portanto eficiência na gestão (ROQUETE et al., 2015).

Lanzoni e Meirelles (2013) destaca a liderança como elemento organizacional que integra diálogo, idealização, relações interpessoais, compromisso com a efetividade e a resolução de conflitos.

Portanto, a liderança é tida como um método relevante, que motiva e gera potência nos indivíduos, lhes oferecendo uma direção e harmonia para seus esforços. Embora seja conhecido em todo o mundo, o conceito e aplicabilidade da liderança ainda é de difícil definição, pois envolve principalmente as relações entre pessoas além da comunicação e interesse pessoal (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2011, p.2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que os líderes com características diversas obtiveram êxito em situações também especiais. Assim entende que não existe melhor estilo de liderança, mas sim o estilo apropriado para determinada situação. O que se pode definir é que o líder é uma pessoa que serve seus liderados, mostrando-lhes os caminhos a serem seguidos a fim de atingirem a um objetivo comum.

PALAVRAS-CHAVE: Liderança; Traços de líder; Gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

BRITO, E. T; ALBUQUERQUE, R. A. F. Liderança e a sua interferência no trabalho em equipe nas organizações. **IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2012.

CARDOSO, M. L. A. P.; RAMOS, L. H.; D'INNCENZO, M.; Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.45, n.3, p. 730-737, 2011.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

LANZONI, G. M. M; MEIRELLES, H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 66, n. 4, p. 557-563, 2013.

PEDRUZZI JUNIOR, A; et al. Liderança: evolução das suas principais abordagens teóricas. **X Congresso Nacional de Excelência em Gestão**, 2014.

ROQUETE, F. F; et al. Liderança em Saude: uma revisão integrativa de literatura. **XIII Conferencia Iberoamericana de Educacion em Enfermeria**, 2015.

YAMAFUKO, E. L; SILVA, J. J. Liderança nas organizações. **Colloquium Humanarum**, v. 12, n. Especial, p. 86-93, 2015.

MICROAGULHAMENTO E SEUS BENEFÍCIOS

Camilla de Freitas Lima[1]; Daiane Fábrica dos Santos[2]; Jakelyne Joyce Félix da silva[3]; Jéssica Domingos de Lucena[4]; [5] Rubya Karine Diniz Dutra

[1],[2],[3] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
E-mail: camillafreitaslima97@gmail.com
Fisioterapeuta, professora das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

O microagulhamento surgiu na década de 90 na Alemanha, mesmo sendo um equipamento já desenvolvido, começou a se destacar por todo o mundo apenas em 2006. O sistema roller, é composto por um rolo em forma de tambor pequeno, cravejado por diversas agulhas com 0,1mm de diâmetro em aço inoxidável cirúrgico, em diferentes milímetros de comprimento que variam de 0,5 á 3,0 mm, paralelamente em diversas fileiras. (DODDABALLAPEER,2009)

Segundo Doddaballapeer, este instrumento de uso estético e dermatológico tem ação fisiológica de induzir a produção de colágeno via percutânea, sendo assim, sua ação funcionara através de microlesões na pele, provocando o processo inflamatório local que desencadeia a proliferação celular naquela região, aumentando a síntese de colágeno, elastina e ouras substancias, restabelecendo a integridade da pele.

O procedimento induz resultados satisfatórios em diversas disfunções estéticas, melhorando á circulação da área tratada, estimulando colágeno sem efeito ablativo na pele, a cicatrização do procedimento ocorre de forma rápida e sem efeitos colaterais, alem disso, é uma técnica de baixo custo que varia o numero de seções de acordo com a necessidade do paciente e trabalha melhorando o aspecto geral do tecido (LIMA; TAKANO, 20013) (PIATTI,2013).

O respectivo estudo tem como objetivo, reunir informações de caráter cientifico que comprovem e detalhe á eficácia no microagulhamento no uso estético.

REFERENCIAL TEÓRICO

O procedimento de microagulhamento decorre da acupuntura, que foi desenvolvida na medicina oriental chinesa. Em meados de 1960 na França, surgiram os primeiros esboços da

técnica chamados de *Nappage,* que era referente a pequenas incisões na pele para administração de fármacos que objetivavam o rejuvenescimento facial. Em 1995, Orentreich reformulou a técnica, nomeando por *subcision* que utilizava de agulhas para tratamento de rugas periorais. Já em 2006, Fernandes desenvolveu a técnica de indução de colágeno (TIC), que visava melhorar cicatrizes e rugas finas através de um rolo com agulhas em aço (GARCIA,2013).

O microagulhamento estimula a maior e mais acelerada produção de colágeno na pele a partir de estimulo mecânico, com um rolo composto por microagulhas (PIATTI,20013). Com isso, são possibilitados fatores de crescimento, que aumentam a proliferação celular, através dos fibroblastos e consequentemente as síntese de proteína.(KLAYN et al., 2009) o mecanismo de ação da técnica é dividido em três etapas: indução percutânea de colágeno, cicatrização e maturação. (LIMA E TAKANO,20013)

Durante o procedimento o rolo é passado na pele de 15 á 20 vezes em todos os sentidos, ou seja, horizontal, diagonal e vertical, o que ocasiona um quadro de hiperemia a sangramento leve, onde pode cessar espontaneamente. A duração da técnica varia de acordo com dimensão da área a ser tratada, em torno de 15 á 20 minutos, onde será recomendado um intervalo de 6 semanas entre uma sessão e outra. (DOSSABALLAPUR,2009) A composição deste equipamento é da seguinte forma, rolo de polietileno E inúmeras microagulhas de aço inoxidável estéreis, quais são posicionadas em fileiras totalizando entre 192 e 540 unidades(PIATTI,2013; LIMA E TAKANO,2013)

O microagulhamento possui inúmeros beneficios, tais como: potencializar a ação dos princípios ativos cosmetológicos administrados ou ate mesmo a utilização da técnica isolada para promoção da melhora na textura, na coloração e no brilho de pele envelhecida (LIMA et al., 2015). Facilita também o transporte de macromoléculas, entre outras substancias hidrofílicas para a pele, com quantidade ideal para resultados rápidos e eficazes em poucas seções de tratamento (KALIL et al.,2015). A técnica mostrou-se eficaz no tratamento de cicatrizes atróficas de acne (KALIL et al., 2015), Sendo incluído recentemente nas diversas formas de tratamento da alopecia por permitir fatores de crescimento derivados de plaquetas e epidérmicos, por ativar através de lesões a regeneração, ativar células tronco no bulbo e elevar a expressão de genes que induzem o crescimento de cabelo (HASSAN,2015).

OBJETIVO

Analisar os benefícios do microagulahamento para disfunções dermatológicas na fisioterapia.

MÉTODOS

O presente trata-se de uma revisão sistematizada, nas bases de dados SCIELO, LILACS, BVS, Google acadêmico utilizando os descritores: microagulhamento, benefícios, estética. Foram selecionados 7 artigos que obedeceram os critérios de inclusão: Artigos completos em português, publicados a menos de 7 anos, que abordassem o microagulhamento e seus benefícios para fisioterapia.

RESULTADOS

Autores/ Ano de publicação	Resultados
LIMA; SOUZA; GRIGNOLI, 2015	Potencializa a permeação de princípios ativos cosmetologicos através de microcanais que facilitam a absorção do ativo de forma eficaz, sendo essa um dos principais benéficos do microagulhamento.
KALIL et al, 2015	Demonstra a eficácia do microagulhamento no tratamento de cicatrizes de acne. Com vantagens de: rápida execução, baixo custo e fácil abordagem em áreas de difícil acesso.
LIMA; TAKANO, 2013	Para estimulação capilar, o microagulhamento gera ruptura e remoção do colágeno subepidérmico danificado, permitindo a substituição por novas fibras de colágeno e elastina, além do aumento da microcirculação. Recentes estudos estão utilizando múltiplas micropunturas que atinge a derme. Assim, ocorre perda da integridade da barreira cutânea para dissociação dos queratinócitos, modulação do sistema inflamatório (citocinas), vasodilatação dérmica e estimulação tecidual.
TIZATTO; CARRER, SCHUSTER, 2015	Apesar dos avanços no tratamento dos pacientes queimados, as sequelas resultantes desse tipo de injúria ainda são bastante prevalentes e a busca por terapias que minimizem as sequelas tem crescido consideravelmente. Há na literatura diversos estudos que discorrem sobre técnicas que amenizem as sequelas deixadas pelas queimaduras. Dentro dos tratamentos disponíveis, o microagulhamento tem se apresentado como estratégia de importantes resultados.

CONCLUSÃO: após o estudo, podemos evidenciar o microagulhamento e seus respectivos benefícios de acordo com cada indicação.

PALAVRAS-CHAVE: microagulhamento, benefícios, estética.

REFERÊNCIAS

De moura, maria cristiana; miranda, jackeline; esquisatto, laura cristina maretto. O uso de ácidos e ativos clareadores associados ao microagulhamento no tratamento de manchas hipercrômicas: estudo de caso.

DODDABALLAPUR, Satish. Micronneding With Dermaroller. Journal of Cutaneus and Aesthetic Surgery. 2009; Jul-Dec; 2(2): 110–111. Obtido via internet: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918341/?report=printable >

DONADUSSI, Márcia. Sistemática da literatura sobre a efetividade clínica do plasma rico em plaquetas para o tratamento dermatológico estético, 98 folhas, Dissertação de mestrado, Medicina e ciências da saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. LIMA, E.V.A., LIMA, M.A.; TAKANO, D. Microagulhamento estudo experimental e classificação da injúria provocada, 2013. Santa Casa de Misericórdia. Recife, Pernambuco. Disponível em: /www. surgicalcosmetic.org.br>.

KALIL et al. Estudo comparativo, randomizado e duplo-cego do microagulhamento associado ao drug delivery para rejuvenescimento da pele da região anterior do tórax, 2015.

MILANI, Barbosa Giovana, et. al. Fundamentos da Fisioterapia dermato-funcional: revisão de literatura. Revista Fisioterapia e Pesquisa. 2006; 13 (1):p. 37-43. Obtido via internet: < http://files.comunidades.net/dermatofuncional/Fundamentos_da_fisioterapia_dermatofuncional_reviso_de_literatura.>.

PETERSEN VITELLO KALIL, Célia Luiza et al. Tratamento das cicatrizes de acne com a técnica de microagulhamento e drug delivery. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 7, n. 2, 2015.

OS EFEITOS DO MÉTODO PILATES EM INDIVÍDUOS COM LOMBALGIA

Milene Gomes André[1], Priscila Campos de Sousa[1], Elvis Costa Crispiniano[2]

[1] Estudante de Fisioterapia E-mail: mileneegomes2@hotmail.com
[2]Professor Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A lombalgia se refere a um estado doloroso da coluna espinhal sendo considerada um fator constante de inabilidade funcional. A dor lombar é um distúrbio músculo esquelético simples da modernidade que comumente está ligada com causas congênitas, inflamatórias, estados traumáticos, com causas peculiares, como obesidade, postura indevida, debilidade dos músculos abdominais e espinhais, falta de condicionamento físico, falta de atividade física e condições ocupacionais. Estudos demonstram que 60% a 90% dos indivíduos serão acometidos pela lombalgia em um determinado momento da sua vida, principalmente adultos jovens. Na tentativa de amenizar a dor bem como a tensão muscular, a população tem buscado o método Pilates como uma das técnicas de exercício físico para o tratamento conservador.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

A coluna vertebral é uma estrutura óssea, constituída por vertebras organizadas num eixo longitudinal, divididas em cervicais, torácicas, lombares, sacrais e coccígeas. A coluna permite flexibilidade, dá sustentação e resistência ao corpo, oferecendo proteção para a medula espinhal e serve como suporte para a cabeça, promovendo movimentos por todo o corpo.

Entre cada uma das vértebras da espinha dorsal, encontram-se os discos intervertebrais que atuam como absorvedores de impacto na coluna. A dor lombar ou lombalgia é uma das indisposições mais comuns, caracterizada por uma condição clínica dolorosa na região lombar inferior, lombosacral ou sacroilíaca. A região lombossacra sustenta mais peso que as regiões cervicais e torácicas. Esta patologia pode apresentar diversas causas como condições congênitas, degenerativas, longevidade, sedentarismo e com a má postura no local de trabalho ocasionando maior desgaste e estresse das estruturas.

Dentre as diversas atuações da fisioterapia, o método pilates é bastante utilizado para tratamento da lombalgia. O método Pilates foi desenvolvido pelo alemão Joseph Hubertus Pilates, com o objetivo de tratar suas próprias moléstias como a asma e a má postura e o colocou em prática inicialmente para tratar doentes e acidentados durante o período da 1ª Guerra Mundial.

Os exercícios do método Pilates tem como foco o trabalho dos músculos posturais, pois ajudam a manter o balanço corporal que é fundamental para dar suporte à coluna. Particularmente, este método é capaz de estimular a circulação, com benefícios positivos que melhoram a respiração, reeducação postural, favorecendo o condicionamento físico, aumentando a flexibilidade e a amplitude muscular e melhorando o alinhamento postural do corpo.

De acordo com (Gladwell, 2006) O Método Pilates se apresentou como exercício específico de estabilização dos músculos abdominais e que incorporou atividades funcionais que melhoraram a dor crônica lombar de causa não específica em indivíduos ativos quando comparados aos que passaram por nenhuma intervenção.

OBJETIVO

Verificar os efeitos que o método pilates proporciona nos indivíduos com lombalgia.

MÉTODOS

Esta pesquisa tem como fonte artigos eletronicamente disponibilizados na internet, na busca foram empregue palavras-chave: “Lombalgia, “Pilates”, “Pilates na dor lombar”. Com a finalidade de absorver informações do tema, identificou-se dados do investigado sistematicamente com relação à examinação com convicções quanto ao que tratou-se. No qual, foram recolhida informações de relação com o tema, sendo indagados os aspectos mais

indicativos, com o propósito de serem apresentados. Do material da pesquisa descoberto, foram designadas as referências na qual auxiliam para a execução do objetivo de pesquisa.

RESULTADO DOS MÉTODOS

Um dos principais objetivos do pilates é a melhoria da postura e alongamento, mas também podemos contar com o aumento de força, maior controle muscular, melhora da capacidade respiratória, aumento da flexibilidade, tonifica e define a musculatura, ajuda na correção da postura, entre outros.

Em um estudo realizado por Meira et al., (2012), em que analisaram a utilização do método Pilates no tratamento da lombalgia, foi detectada a eficácia na melhora da dor, por restaurar a função da coluna lombar por meio do ganho de força, da melhora do desempenho motor, do alinhamento postural do tronco, da resistência, da amplitude de movimento e do equilíbrio. De acordo com estudos realizados por Bernardino (2010) e Amorim et al., (2012) constataram que o método Pilates é eficaz para tratar principalmente os músculos posturais, melhorar a respiração, alongar e fortalecer os músculos profundos do tronco que aliviam e previnem as dores da coluna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas informações disponíveis observa-se que o método pilates, proporciona alguns benefícios nos indivíduos com queixa de dor lombar, sendo este método de ampla importância oferecendo resultados satisfatórios, que melhoram de forma significativa a qualidade de vida dessa população.

PALAVRAS CHAVE: Lombalgia; Método Pilates; Dor.

REFERÊNCIAS

FARIA, Marcela Borges Maia; FARIA, Wellerson Costa. **O efeito do método Pilates no tratamento da dor lombar crônica inespecífica: uma revisão de literatura.** Conexão ciência (Online), v. 8, n. 1, p. 75-84, 2013. Disponível em: http://cienciadotreinamento.com.br/wp-content/uploads/2017/04/O-EFEITO-DO-METODO-PILATES-NO-TRATAMENTO-DA-DOR-LOMBAR-CR%C3%94NICA-INESPEC%C3%8DFICA-%E2%80%93-UMA-REVIS%C3%83O-DE-LITERATURA.pdf. Acessado em: 29/09/2018 às 09h45min.

PEREIRA, Marina Junqueira et al. **Efeitos do Método Pilates na lombalgia: Estudo de 2 casos.** Trabalho de Conclusão de Curso.(Graduação). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Poços de Caldas, 2008. Disponível em: http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/03/tapoio-pilates-e-lombalgia-estudo-de-caso.pdf. Acessado no dia 29/09/2018 às 10h20min.

SANTOS, Thaíse Freitas. **A eficácia do método Pilates no tratamento de lombalgia em gestantes.** 2014. Disponível em: http://cienciadotreinamento.com.br/wp-content/uploads/2017/04/O-EFEITO-DO-METODO-PILATES-NO-TRATAMENTO-DA-DOR-LOMBAR-CR%C3%94NICA-INESPEC%C3%8DFICA-%E2%80%93-UMA-REVIS%C3%83O-DE-LITERATURA.pdf. Acessado no dia 29/09/2018 às 10h50min.

CARVALHO, André Luis Maciel; MEJIA, Dayana Priscila Maia. **A estabilização segmentar vertebral através do Método Pilates na dor lombar.** 2012. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/101/29-A_estabilizaYYo_segmentar_vertebral_atravYs_do_mYtodo_Pilates_na_dor.pdf. Acessado no dia 29/09/2018 de 2às 12h15min.

GALDINO, Iuanny Ibiapina et al. **Efeitos do método pilates em pacientes com lombalgia crônica inespecífica: revisão sistemática.** REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS **E** SAÚDE-RICS, v. 2, n. 3, 2015. Disponível em: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/view/3149/2329. Acessado no dia 29/09/2018 às 11h56min.

PENA, Jussara Gonçalves; CHIAPETA, Andrês. **BENEFÍCIOS DO PILATES EM PACIENTES COM LOMBALGIA**. ANAIS SIMPAC, v. 7, n. 1, 2017. Disponível em: https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/547. Acessado no dia 29/09/2018 às 14h30min.

FERREIRA, Tatiane Narde; MARTINS, Patrícia Cândida de Matos Lima; CAVALCANTI, Daniella da Silva Porto. **O MÉTODO PILATES EM PACIENTES COM LOMBALGIA**. SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO, v. 2, n. 1, p. 56-65, 2016. Disponível em: http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/190. Acessado no dia 29/09/2018 às 16h14min.

REABILITAÇÃO POR MEIO DA DANÇA EM PACIENTES COM SEQUELAS DE AVC

Iamara Batista da Silva[1]; Elayne Batista Pereira[2]; Jaila Francelino Dantas[2]; Professora Samara Campos de Assis[3]

[1,2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: iamarabatistaaa@outlook.com
[3] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Segundo a Revista Brasileira Ciência e movimento, o acidente vascular cerebral (AVC), pode ser causado por um entupimento ou rompimento dos vasos que levam sangue ao cérebro, trazendo lesões celulares e danos neurológicos. O AVC isquêmico é induzido por oclusão de um vaso ou redução da pressão de perfusão cerebral e o hemorrágico é o extravasamento de sangue para fora dos vasos. (HABIB, GARETT 2000).

De acordo com Araújo, a terapia com dança, também conhecida como dançaterapia é uma técnica usada para transmitir estímulos nas áreas antes inativas do nosso organismo resultando num autoconhecimento físico que motiva os pacientes a se esforçarem mais a cada seção, vencendo os limites impostos pelas sequelas da doença.

REFERENCIAL TEORICO

Pacientes portadores de sequelas de AVC possuem disfunções motoras e cognitivas, trazendo a necessidade de reabilitação, sendo essa cansativa, e podendo acarretar na desistência da reabilitação. A dançaterapia é uma atividade divertida e motivadora, além de um grande recurso fisioterapêutico que permite desenvolver aspectos motores, psicológicos e sociais. As aulas de dança são projetadas a partir de uma abordagem da Educação Somática e

da Teoria Dinâmica de Sistemas de Aprendizagem Motora para o ensino da dança a pacientes de AVC. (BUCHANAN, 2001)

Whitall, sugeriu utilizar durante a terapia os princípios da dança clássica, realizando passos com auxílio de peso alternado, treino de marcha, movimentação de direções diversas sempre aumentando a dificuldade e sendo inserido a bilateralidade aprimorando com isso a assimetria da movimentação corporal do paciente, estímulos auditivos para ajuda na iniciação e velocidade da dança, sendo também adicionadas ferramentas utilizadas em outras categorias da dança, como no ballet.

A execução de um mesmo movimento repetido, além de auxiliar na melhora do aprendizado motor, a repetição proporciona segurança interna para o paciente. É importante a qualidade do movimento em nível individual, permitindo ser utilizados exercícios, visando etapas graduais de aprendizado motor, abordagem para trabalhar na inibição de padrões patológicos de movimento, além de descobrir novos padrões funcionais de movimento, buscando a coordenação motora através de exercícios baseados em diferentes técnicas de dança, incentivando a consciência corporal na busca do relaxamento e da tensão adequada para a realização de cada movimento (WOLFF, VITIELLO, HAAS, 2011).

OBJETIVO

Avaliar os efeitos da dança na reabilitação de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC).

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica, onde foram analisados artigos de sites e nas bases de dados Scielo, Pubmed, PEDro, Medline utilizando as seguintes palavras chaves: reabilitação, dança, AVC. A partir desse levantamento foram encontrados 12 artigos, onde apenas 8 foram selecionados, nos períodos de 2000 a 2014. Alguns critérios foram utilizados para a inclusão como: a eficácia da dança no tratamento, podendo estar nas línguas portuguesa e inglesa.

RESULTADOS

A dança, como terapia, foi recentemente utilizada com diversos propósitos e para uma infinidade de patologias (AKTAS, 2009). Tendo como resultados uma melhor adequação do

tônus muscular, melhora na saúde mental, equilíbrio corporal, capacidade funcional, interação social e outros. Sendo assim, através da dança é possível abordar as necessidades e peculiaridades de um corpo com deficiência como nos pacientes com AVC.

Estudos demonstram a utilização de movimentos nos quais os pacientes exploravam todo o meio ambiente e seu corpo, e era proposto que cada um expressasse suas emoções livremente, e a música contribuindo como estímulo auditivo facilitando e tornando o movimento benéfico e produtivo. (WITHALL, et ALL, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após analises dos artigos, foi possível concluir que a dança demonstrou ser mais um recurso eficiente no tratamento do AVC. Além da contribuição física e mental, a dança proporciona melhora na qualidade de vida na execução da AVD's do paciente portador de sequelas de AVC. Onde trouxe benefícios como o autoconhecimento e independência pessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação, dança, AVC, sequelas.

REFERÊNCIAS

BRASÍLIA, **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v.10, n.1, p.47-54, janeiro 2002;

COSTA FZ, SILVA DLA, ROCHA VM. S**everidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços**. São Paulo, Ciencia & Saúde Coletiva, 16(Suplente 1):1341-1348, 2011;

HABIB M, (2000) **Bases Neurológicas dos Comportamentos**. LISBOA: CLIMEPSI

BUCHANAN, P. A. EULRICH, B. D. 2001. **The Feldenkrais Metthod: a dynamic approach to changing motor behavior.** RQES: December

ARAÚJO M, POSTÓL MK, BRUCKHEIMER AD, HOUNSELL MS, WOELNER SS, SOARES AV. **Realidade Virtual: efeitos na recuperação do membro superior de pacientes hemiparéticos por acidente vascular cerebral**. Santa Catarina, Arquivos Catarinenses de Medicina 2014 jan-mar; 43(1): p. 15-20;

WOLFF, S. S. 2010. **Momento de Transição: em busca de uma nova "Eu" dança.** Tese (Doutorado). Campinas, UNICAMP. 118 f.

WHITALL, J. et al. (2000). **Repetitive bilateral arm training with rhythmic auditory cueing improves motor function in chronic hemiparetic stroke, Stroke**, v. 31, n. 10, p. 2390-2395.

CALIL, **Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com seqüela de AVC.**

WOLFF1, VITIELLO, HAAS, 2011. **A dança e a Reabilitação neurológica.**

EFEITOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA EPICONDILITE LATERAL DO COTOVELO

Maria de Fatima Luana Leite de Oliveira[1]; Márcia Kaiane Vieira de Sousa[2]; Silvânio dos Santos Araújo[2]; Semio Wendel Martins Melo[3].

[1,2] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia
Email: mariadefatimal.oliveira@gmail.com
[3] Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos
Email: semiomeloedf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A epicondilite lateral do cotovelo, também chamada de cotovelo de tenista, é uma patologia que afeta os tendões extensores de origem no epicôndilo lateral (COHEN; FILHO, 2012), causando uma degeneração angiofibroblástica. Atinge principalmente homens e mulheres entre 35 e 50 anos, e é ocasionada por movimentos frequentes e demasiados de pronação/supinação e dorsiflexão do punho (MARTYNETZ, et al 2013). O diagnóstico é realizado através de exames físicos, radiografia, ressonância magnética ou eletroneuromiografia (LECH; PILUSKI; SEVERO, 2003). O tratamento da epicondilite lateral do cotovelo é baseado no tratamento conservador, o qual inclui a fisioterapia e o uso de medicamentos e, em último caso, o paciente é encaminhado para a cirurgia (SILVA, 2010).

REFERENCIAL TEÓRICO

A epicondilite lateral do cotovelo é uma patologia muito frequente, em que os músculos extensores de punho são utilizados excessivamente e lesados em consequência à uma fadiga de sobrecarga (SILVA, 2010). A lesão repercute em pequenas rupturas do músculo, acompanhada de fibrose e produção de tecido de granulação. Deve-se considerar a

existência de dois grupos propensos a desenvolver essa doença: pacientes jovens que praticam esportes, como o tênis, e os pacientes de meia idade (LECH; PILUSKI; SEVERO, 2003). A dor na área do epicôndilo lateral é um sintoma recorrente cujo aumento é inevitável, espalhando-se para ombro, mão, punho e antebraço (SILVA, 2010). Existem algumas possibilidades para diagnosticar a patologia em estudo, como através de exame físico no qual palpa-se o epicôndilo lateral, medial, olécrano e o músculo extensor de punho. Deverá ser realizado o teste de Cozen, em que se houver a presença de dor, ele é positivo para epicondilite lateral do cotovelo (COHEN; FILHO, 2012). Os exames radiológicos também são usados para complementar o diagnóstico. Para o tratamento fisioterapêutico é aplicado o laser, ultrassom e posteriormente exercícios de flexão e extensão do membro afetado (SILVA, 2010). Se a dor não melhorar o paciente será submetido ao processo cirúrgico, no qual haverá o ressecamento do tecido angiofibroblástico (LECH; PILUSKI; SEVERO, 2003).

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo apresentar as causas da epicondilite lateral do cotovelo e seu tratamento, enfatizando a importância da fisioterapia como um dos principais recursos na recuperação de pacientes com essa patologia.

MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura com artigos no período de 2003 à 2013, através da plataforma google acadêmico. Foram identificados 4 artigos diretamente em concomitância ao tema, sendo utilizados todos a partir dos critérios de busca.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo SILVA, 2010, descrito no artigo Lesões do membro superior no esporte, ele faz as seguintes recomendações para prevenção da epicondilite lateral em tenistas: Evitar lançar a bola de tênis durante a partida com precisão, aprender a realizar o complemento dos golpes (saque, direita, esquerda e voleio) de forma adequada, evitar jogar com bolas muito velhas, preferir cordas de tripa sintética ou tripa natural, usar raquetes com perfil largo na cabeça, pois elas têm área maior de vibração central mínima, aproveitar a força de flexão dos joelhos na hora do saque.

Já no artigo Epicondilite lateral do cotovelo, descrito por COHEN; FILHO,2012, ele sugere duas formas de tratamento. O TRATAMENTO INCRUMENTO: A alteração da atividade esportiva ou laborativa é efetiva no controle da dor. O uso de anti-inflamatórios não hormonais, crioterapia, ultrassom e laser são adjuvantes para obtermos analgesia. A eficiência do ultrassom foi avaliada de forma sistemática, comparando-o ao uso de placebo, não havendo diferença estatística nos resultados. Existe certa popularidade acerca da utilização de um imobilizador funcional (brace) no cotovelo. E o TRATAMENTO CIRÚRGICO: A técnica descrita originalmente por Nirschl, em 1979, foi modificada ao longo do tempo e, hoje, se realizam incisões menores (entre 1,5 e 3cm) e com apenas uma perfuração óssea na região anterolateral do côndilo lateral e não no epicôndilo lateral propriamente dito. O cotovelo é inicialmente imobilizado por cerca de sete dias. Os exercícios isotônicos e isocinéticos são iniciados após três semanas utilizando-se o imobilizador funcional para controle da expansão muscular, que deverá permanecer por dois a três meses e até mesmo durante as atividades da vida diária. O retorno à prática esportiva deverá ser gradual, iniciando-se após oito semanas e atingindo níveis próximos do ideal ao redor de seis meses. Peart et al compararam a técnica aberta com a artroscópica, mas através de trabalho retrospectivo e não randomizado, e não encontraram diferenças estatisticamente significativas, apesar de que, no grupo tratado pela técnica artroscópica, o tempo para retorno às atividades laborativas e o de fisioterapia tenham sido menores.

No ponto de vista de MARTYNETZ, et al 2013, abordado no artigo Avaliação de pacientes submetidos ao tratamento artroscópico da epicondilite lateral refratária ao tratamento conservador. Foi realizado um estudo e segundo os estudos revisados, a maioria dos pacientes submetidos ao procedimento declara-se satisfeita com os resultados da cirurgia. Baker e Baker obtiveram 28 (93%) entre seus 30 pacientes que afirmaram que se submeteriam à cirurgia novamente.3 Miyazaki et al.,9 na análise do pós operatório de 20 pacientes com média de seguimento de 20 meses, encontraram apenas um paciente insatisfeito com os resultados, porque apresentou como complicação cirúrgica distrofia simpático-reflexa. Esses dados mostram que a técnica empregada apresentou resultado clínico satisfatório para os pacientes, principalmente no controle álgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com análise dos artigos acima citados, conclui-se que após o diagnóstico de epicondilite lateral através de exames físicos, radiografia e outros, a fisioterapia pode tratar de

forma significativa e relevante, mantendo assim um tratamento conservador para com o paciente acometido.

PALAVRAS-CHAVE: Epicondilite, cotovelo, fisioterapia.

REFERÊNCIAS:

LECH, Osvandré; PILUSKI, Paulo César Faiad; SEVERO, Antônio Lourenço. Epicondilite lateral do cotovelo. Rev Bras Ortop, v. 38, n. 8, p. 421-36, 2003. Disponível em: < http://lech.med.br/img_pdf/produtos_down_94.pdf >. Acesso em: 27 set. 2018.

MARTYNETZ, Fábio Alexandre et al. Avaliação de pacientes submetidos ao tratamento artroscópico da epicondilite lateral refratária ao tratamento conservador. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 48, n. 6, p. 532-537, 2013. Disponível em: < https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102361613001380 >. Acesso em: 27 set. 2018

SILVA, Rogerio Teixeira Da. Lesões do membro superior no esporte. Revista Brasileira de Ortopedia, 2010. Disponível em: < http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/5559/S0102-36162010000200003.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Acesso em: 27 set. 2018

COHEN, Marcio; MOTTA FILHO, Geraldo da Rocha. Epicondilite lateral do cotovelo. Rev bras ortop, v. 47, n. 4, p. 414-20, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162012000400002 >. Acesso em: 27 set. 2018

WATER PILATES E SEUS BEBEFÍCIOS NA REABILITAÇÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Priscila Lopes de Medeiros Silva[1], Ana Lívia Vieira da Costa Nóbrega[2], Aline Guimarães Carvalho[3]

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: cilinhamedeiros@hotmail.com
[2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: analiviafisio@hotmail.com
[3] Professora Mestre e Doutoranda do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos e da Faculdade de Integração.

INTRODUÇÃO

Tudo começou com Joseph Pilates, alemão que viveu entre 1880 e 1967, desenvolveu uma série de exercícios e equipamentos para ajudar os feridos de guerra a recuperarem a mobilidade e a força. Depois, ele emigrou para Nova York e seu método passou a fazer sucesso entre os bailarinos por proporcionar, ao mesmo tempo, tonificação, força e alongamento dos músculos (GONZALEZ, 2006). Utilizando os efeitos físicos e fisiológicos da imersão em piscina aquecida este método foi desenvolvido e adaptado em ambiente aquático (Water Pilates) com a finalidade de proporcionar de maneira inovadora um tratamento para diversas patologias e o condicionamento físico (AVANTE, 2007). Como benefícios do Water Pilates preconizam-se: elegância no movimento, controle respiratório, aumento da auto-estima, proteção das articulações, equilíbrio entre corpo e mente, aumento da força muscular, prevenção de contusões, consciência corporal, fortalecimento abdominal, alinhamento de coluna, melhora da coordenação motora, alongamento e maior controle corporal, correção postural, aumento da flexibilidade, estimulação do sistema circulatório e oxigenação do sangue, aumento da concentração, relaxamento, estabilização do tronco, equilíbrio de tônus muscular (ROQUE, 2011).

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Os princípios de Pilates sobre os quais também estão na base do Water Pilates são: concentração, centragem, respiração, controle, fluidez, precisão, isolamento Integrado. Em todos estes princípios reside uma base comum: a especificidade de cada ser humano numa dimensão biopsicosocial, isto é, a capacidade desta modalidade se adaptar e se direcionar às diferentes características de cada praticante (ROQUE, 2011). Segundo Sousa (2011) o método é indicado para pessoas de qualquer idade, portadoras de algum tipo de lesão, seja da mais simples a mais complexa, e é contraindicado no caso de hemorragias, taquicardia ou algum caso de debilidade. Tem a finalidade de proporcionar de maneira inovadora um tratamento para diversas patologias e condicionamento físico. A utilização da água como meio para desenvolver o Pilates mostrou, nesse estudo, melhora dos sintomas. Este resultado pode ser explicado pela teoria das terapias aquáticas, que de acordo com Becker e Cole.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa sobre o método Water Pilates e seus benefícios no processo de reabilitação.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica a partir de quatro artigos publicados, os quais analisaram o estudo do benefício na reabilitação no Método Water Pilates. Os estudos utilizados nesta pesquisa foram retirados das bases de dados e revistas indexadas como Scielo e Pubmed. Os dados encontrados para esta pesquisa foram analisados mediante a sistematização de alguns elementos, como autor, objetivo, método e resultados, onde os resultados foram apresentados de forma descritiva e em quadro para melhor entendimento destes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os autores selecionados para este artigo foram 4, descritos no quadro abaixo:

AUTORES	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
BIANCHI et al., 2016	Comparar a eficácia dos métodos Pilates solo e Water Pilates,	Foram incluídos 20 pacientes do sexo feminino, com idade	Na comparação dos resultados finais obtidos nos dois grupos não foi

	na qualidade de vida e dor de pacientes com lombalgia.	entre 18 a 25 anos, que apresentavam queixa de dor na região lombar. As participantes foram avaliadas, antes e após os protocolos de tratamento, em relação à qualidade de vida.	observada diferença estatisticamente significante em nenhuma das variáveis (p>0,05
AVANTE, MARZO et al., 2007	Aplicar a técnica de Water Pilates e avaliar os resultados obtidos referente ao seu quadro álgico, amplitude de movimento (ADM) do quadril, e mobilidade de tronco.	Um paciente do sexo feminino, 32 anos com diagnóstico de espondilite anquilosante, realizando por 20 sessões de 45 minutos cada. Necessitando de uma ficha de avaliação, contendo dados pessoais, avaliação física e teste de Schober; escala visual e analógica da dor (EVA), fita métrica; goniômetro; simetógrafo; piscina aquecida em temperatura de 33ºC, barra paralela, aquatub e step	Observamos nos resultados aumento de 6,66% na inclinação lateral de tronco, manutenção da postura em relação à vista lateral da pelve de anteversão para a normalidade, e um resultado mais expressivo na abdução do quadril com cerca de 25%, melhora de 23,07% na mobilidade de tronco e uma escala de dor inicial de 09 reduzida para 03 na reavaliação final.
GARABINI et al., 2011	Avaliar a eficácia com relação à pré e pós-intervenção fisioterapêutica da Aplicação do Método Water Pilates na Síndrome Dolorosa nos Membros Superiores de Origem Ocupacional	Trata-se de um estudo do tipo interventivo, prospectivo e longitudinal, com 24 pacientes avaliados através do questionário de qualidade de vida, Questionário Nórdico de Sintomas Oste-omusculares, Escala de Holmes-Rahe, Escala de Walton, Indicadores do Stress e a avaliação do teste de flexibilidade muscular pelo banco de Wells.	A utilização do método promoveu aumento significativo nos índices de flexibilidade muscular, redução dos agentes estressores e melhora da qualidade de vida.
SOUSA, I. P. 201	Verificar os efeitos do Water Pilates sobre a alteração postural em uma jovem de 20 anos com escoliose	Abordagem é quali-quantitaiva. Quanto à natureza é classificada como aplicada. No que tange aos objetivos é	O método é indicado para qualquer qualquer idade, portadoras de algum tipo de lesão, seja da mais simples a

	congênita em S, retificação da cifose dorsal e aumento da lordose lombar.	considerada exploratória e descritiva e bibliográfica e de estudo de caso no que se refere aos procedimentos de coleta de dados.	mais complexa, e é contraindicado no caso de hemorragias, taquicardia ou algum caso de debilidade

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa dos artigos para a realização deste trabalho, foi notório a escassez de estudos sobre PA, no entanto os artigos que foram encontrados e utilizados para a realização desta pesquisa demostraram o quanto esse método ainda vem crescendo e nos estudos analisados, confirmou os seus benefícios.

REFERÊNCIAS

AVANTE, A. MARZO, S. Aplicação de Water Pilates no tratamento da espondilite anquilosante. São Samuel: 2007. Bacharel em Fisioterapia: Trabalho de Conclusão de Curso. SS: 2007 Disponivel em: < http://www.aquabrasil.info/Pdfs/Aplic_water_pilat_espondiliete.pdf>. Acesso em 16 de Abril de 2011.

BECKER B.E, COLE A.J. Terapia aquática moderna. São Paulo: Editora Manole. 2000.
BIANCHI, A.B.; et al. Estudo comparativo entre os métodos Pilates no solo e Water Pilates na qualidade de vida e dor de pacientes com lombalgia. Cinergis, Santa Cruz do Sul, 17(4):282-286, ISSN: 2177-4005 out./dez. 2016.

GARABINI, M.C.; et al. Aplicação do método Water Pilates na síndrome dolorosa nos membros superiores de origem ocupacional. Ter Man. 9(41):92-97, 2011.

GONZALEZ, P.R. 2006 Curso do método de Water Pilates, Sistema de Treinamento Aqua Training. México.

ROQUE, M. Water pilates. Aquabrasil. Disponível em: <http://www.aquabrasil.info/waterpilates.shtml>. Acesso em 19 de julho. 2010. Acesso em 16 de abril de 2010.

SOUSA, E.I.P. Os efeitos de water pilates sobre a alteração postural - um estudo de caso. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para a obtenção do grau de Bacharel no curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC; 2011.

CRIOTERAPIA NO TRATAMENTO DAS LESÕES NO ESPORTE

Jaíla Francelino Dantas[1]; Elayne Batista Pereira[2] Iamara Batista da Silva[3]; Sêmio Wendel Martins Melo[4]; Mayara Leal Almeida Costa[5]

[1,2,3]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: jailadantas3@gmail.com
[4] Professor do Departamento de Fisioterapia e Educação Física das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: semiomeloedf@gmail.com
[5] Professor do Departamento de Fisioterapia e Educação Física das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: mauleal@gamil.com

INTRODUÇÃO

Traumas moderados e graves nos tecidos moles estão presentes na maior parte das lesões causadas por esportes. O tecido muscular esquelético é o mais afetado nesses tipos de traumas e a maior incidência de lesões musculares em humanos é consequente de contusões produzidas por mecanismo de impacto. A Crioterapia é uma modalidade terapêutica bastante utilizada no tratamento de lesões, aliado a cinesioterapia (CHIARELLO; DRIUSSO; RADL; 2005).

Segundo Knight (2000), hoje a crioterapia é aplicado por vários profissionais da área da saúde na prevenção e reabilitação de várias patologias. A Crioterapia é mais ativo na fase aguda do processo de cura, logo após a lesão, causando uma diminuição da temperatura, edema e dor (PRENTICE, 2002).

REFERENCIAL TEÓRICO

O aumento da demanda de exercícios modernos e competitivos provocou o aumento simultâneo no risco de lesões traumáticas, causando preocupações para os praticantes de atividades físicas (KETTUNEN et al, 2001). Para Cohn (et AL, 1989), a lesão é caracterizada

por uma série de fatores, entretanto o aumento da lesão pode ser amenizado com certas intervenções, tais como frio local.

A crioterapia local pode facilitar a recuperação de tais lesões, sendo que a vasoconstrição induzida pelo frio reduz a formação de edemas, bem como a intensidade do dano celular local, por meio da redução do quadro hemorrágico, e das demandas metabólicas no tecido lesado, produz efeitos analgésicos e promove a restauração estrutural e funcional, favorecendo o processo de reabilitação (DEAL et al, 2002).

De acordo com Kitchen & Bazin, a redução da dor que acompanha o resfriamento, pode dever-se a fatores diretos ou indiretos, como a redução do edema e uma diminuição do espasmo muscular. O frio também pode ser utilizado como contra irritante, funcionando através do mecanismo de portão da dor. A intensidade da crioterapia para reduzir dor e espasmo muscular é de 12 a 15 minutos (BARREIRA, CAMARGO, 2003).

O termo cinesioterapia, significa o tratamento das doenças através do movimento. A cinesioterapia ativa é a área da fisioterapia que utiliza o movimento provocado pela atividade muscular do paciente com uma finalidade precisamente terapêutica (COIMBRA, 2002).

A crioterapia associada com a cinesioterapia pode ser usada para não permitir a elevação da atividade enzimática intra-articular e controlar a dor e o espasmo (CHIARELLO; DRIUSSO; RADL, 2005).

OBJETIVO

Analisar o uso da crioterapia aliado a cinesioterapia no tratamento de lesões traumáticas no esporte.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica, onde foram analisados artigos de sites e nas bases de dados Scielo, Pubmed, PEDro, Medline utilizando as seguintes palavras chaves: crioterapia, cinesioterapia, esportes e lesões traumáticas. A partir desse levantamento foram encontrados 14 artigos, onde apenas 11 foram selecionados, nos períodos de 1989 a 2004, devido ao pequeno número de trabalhos publicados sobre o tema. Alguns critérios foram utilizados para a inclusão como: importância e eficácia do tratamento, podendo estar nas línguas portuguesa e inglesa.

O processo de síntese baseou-se na análise temática: leitura exploratória de cada artigo para desenvolver uma compreensão do conteúdo e contexto das evidências; análise de conteúdo com identificação dos temas recorrentes ou proeminentes nos diferentes estudos; análise comparativa dos temas recorrentes com integração interpretativa dos resultados em novas categorizações temáticas que englobam e transpõem os significados dos estudos constituintes da amostra.

Kitchen & Bazin (1998), constataram que apesar do gelo ser comumente aplicado e das evidências de seu efeito analgésico no tratamento de dor e edema nas lesões, há uma completa ausência de experimentos que comparem gelo/frio com um grupo controle ou sem tratamento.

RESULTADOS

Segundo a Revista Paulista de Educação Física (RODRIGUES; PEDRINELLI; 1993), o uso do gelo associado à compressão e à elevação do membro lesado, recomenda-se o gelo no tratamento das lesões traumáticas musculoesqueléticas. Quando usado corretamente, diminui a quantidade de tecido lesionado, edema, espasmo muscular, a dor, e o tempo de incapacidade, permitindo rápida recuperação da lesão.

Os exercícios de alongamento muscular podem ser usados no ambiente terapêutico para ganho de amplitude articular de movimento. Em humanos, flexibilidade inadequada é um fator contribuinte para as lesões musculares, especialmente quando se trata dos músculos isquiotibiais (GAMA, MEDEIROS, DANTAS, SOUSA, 2007). Normalmente os seus objetivos incluem reduzir os riscos de lesões, minimizar a dor muscular tardia e melhorar o desempenho muscular geral, fator importante na capacidade funcional do indivíduo (FARIAS, DIAS, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidenciado a eficácia da aplicação do gelo no tratamento das lesões no esporte, juntamente com a cinesiotetapia, como a sua importância na reabilitação do processo inflamatório no trauma . É necessário que estudos mais aprofundados sobre o tema sejam desenvolvidos para que se possa aproveitar ainda mais dos seus benefícios, principalmente em relação a temperatura, dor e edema. Com isso, os profissionais da área poderão proporcionar a

seus pacientes melhor qualidade no tratamento e uma reabilitação mais precoce, possibilitando o retorno dos mesmos para suas atividades diárias e esportivas.

PALAVRAS-CHAVE: Crioterapia; cinesioterapia; esportes; lesões traumáticas.

REFERÊNCIAS

KNIGHT, K. L. **Crioterapia no Tratamento das Lesões Esportivas.** São Paulo: Manole, 2000.

PRENTICE, W. E. **Modalidades Terapêuticas em Medicina Esportiva**. São Paulo: Manole, 2002.

KETTUNEN JÁ, **Lower-limb function among former elite male athletes.** Am J Sports Med 2001.

COHN BT, Draeger RI, Jackson DW. **The effects of cold therapy in the postoperative management of pain in patients undergoing anterior cruciate ligament reconstruction**. Am J Sports Med,1989.

ERNST E, FIALKA V. **Ice freezes pain? A review of the clinical effectiveness of analgesic cold therapy**. J Pain Symptom Manage 1994;9:56-9.

DEAL DN, TIPTON J, ROSENCRANCE E, CURL WW, SMITH TL. **Ice reduces edema. A study of microvascular permeability in rats**. J Bone Joint Surg Am 2002;84-A:1573-8.

OLSON JE, STRAVINO VD. **A review of cryotherapy**. Phys Ther 1972;52:840-5.

KITCHEN, S; BAZIN, S. ***Eletroterapia de Clayton***. 10. ed. São Paulo: Manole, 1998.

BARREIRA VG, CAMARGO EC. **Efeitos fisiológicos e a aplicabilidade da crioterapia: uma atualização bibliográfica. fisio ter** 2003;7(36):22-8.)

GUIRRO, R.; ADIB, C.; MÁXIMO, C. **Os Efeitos Fisiológicos da Crioterapia: uma revisão.** Rev. Fisioter. Univ. São Paulo, v 6, n 2, p.164-70, jul/dez, 1999.

PLACZEK, J. D.; BOYCE, D. A. **Segredos em Fisioterapia Ortopédica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

COIMBRA IB, PASTOR EH, GREVE JMD, PUCCINELLI MLC, FULLER R, CAVALCANTE FS, et al. **Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite** (artrose). Rev Bras Reumatol 2002.

MARQUES AP, KONDO A. **A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura.** Rev Bras Reumatol 1998.

GAMA ZAS, MEDEIROS CAS, DANTAS AVR, SOUSA TO. **Influência da freqüência de alongamento utilizando facilitação neuromuscular proprioceptiva na flexibilidade dos músculos isquiotibiais**. Rev Bras Med Esporte 2007.
FARIA JC, MACHALA CC, DIAS RC, DIAS JMD. **Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos**. Acta Fisiátrica 2003.

CHIARELLO, Berenice; DRIUSSO, Patrícia; RADL, André Luis Maierá. **Fisioterapia Reumatológica**.. Barueri, SP: Manole, 2005
,https://www.revistas.usp.br/rpef/article/download/138758/134091. acesso em 28 de setembro de 2018.

RODRIGUES, Rubens Lombardi; PEDRINELLI, André; **Revista paulista de Educação Física**. 18 ed,1993

BENEFÍCIOS DO MÉTODO PILATES EM ALGIAS DA COLUNA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Antônio Leite Guimarães Neto[1]; Karla Érika de S. Azevedo Lucena[1]; Uany da Cruz Vale[1]; Yasmin de Sousa Barbosa[1]; Ednilda Firmino Pereira[2].

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: netoantonio837@gmail.com;
[2]Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: ednildafisio@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O Método Pilates, foi criado por Joseph Humbertus Pilates, um alemão que era portador de várias doenças que o deixava com a força muscular reduzida (MARÉS, 2012). Joseph Pilates utilizou de seus conhecimentos adquiridos em atividades físicas e esportivas para reabilitar as pessoas feridas, por meio do controle consciente dos movimentos corporais. Iniciou com o uso de molas das camas de hospital, que auxiliavam na melhora do tônus, trofismo e flexibilidade, porque geravam resistência, principalmente em indivíduos que permaneciam imobilizados por muito tempo (COSTA, 2013).

Em 1923, a técnica foi levada aos Estados Unidos da América para, então, ser praticada por bailarinos e atletas. Logo após, houve a expansão do Pilates por todo o mundo. O método recebe esse nome em homenagem ao seu criador (BERTOLA et al., 2007; MARÉS et al., 2012).

Em alguma época da vida, de 70 a 85% de todas as pessoas sofrerão de dores na coluna. As dores crônicas da coluna vertebral devem ser tratadas como um problema de saúde pública, pois esta morbidade é uma das mais importantes causas de absenteísmo nos países desenvolvidos (SILVA, et al, 2010).

REFERENCIAL TEÓRICO

O método Pilates é caracterizado por um conjunto de movimentos onde a posição neutra da coluna vertebral é sempre respeitada, melhorando a coordenação e a respiração com o movimento do corpo. Os princípios utilizados pelo método são: centralização, concentração, precisão, controle, respiração e fluidez, tendo o abdômen como centro de força (DETOGNI, et al., 2016).

Os exercícios que compõem esse método, envolvem contrações isotônicas (concêntricas e excêntricas) e, principalmente, isométricas, com ênfase no que Joseph Pilates denominou de centro de força. Este centro de força é composto pelos músculos abdominais, glúteos e paravertebrais lombares, que são responsáveis pela estabilização estática e dinâmica do corpo (DETOGNI, et al., 2016).

O método pode ser aplicado de duas formas, com auxílio de aparelhos e no solo, chamado de Mat Pilates, que utiliza apenas o peso corporal. As duas técnicas podem ser utilizadas separadamente, onde os exercícios são sistematizados e organizados de forma a se complementarem, ou com a junção dos dois tipos de exercícios (DUTRA; CARDOSO, 2018).

OBJETIVO

Analisar os principais benefícios do método pilates em algias da coluna, através de uma revisão sistemática.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão sistemática, cujos dados foram obtidos por meio de artigos consultados nas plataformas digitais Scielo, Bireme e Google Acadêmico. Com os seguintes descritores: Pilates; Método Pilates; Benefícios; Algias da coluna; Coluna vertebral.

RESULTADOS

Silva et al, (2010) relataram que é necessário exercitar-se quando se sofre de dor na coluna, e o pilates é um método que ajuda a diminuir problemas como músculos encurtados, perda de mobilidade articular e fraqueza, que contribuem para a dor; e prevenir as complicações musculoesqueléticas secundárias da dor, como a fraqueza (astenia). O alongamento no pilates, portanto, tem sido usado para diminuir a dor e a tensão muscular.

O método Pilates vem sendo utilizado no tratamento de patologias relacionadas à coluna vertebral, trazendo entre outros benefícios a melhora das funções e da dor do paciente. Por meio de exercícios é possível proporcionar aumento da força dos músculos estabilizadores da coluna, melhora da flexibilidade da cadeia posterior e maior resistência muscular do corpo como um todo. Estes são fatores importantes a serem recuperados em pacientes com patologias na coluna (SOUSA; LOPES, 2015).

Pode-se observar de acordo com os autores que a incapacidade de estabilização da coluna vertebral causada pelo desequilíbrio entre a função dos músculos extensores e flexores do tronco é um importante fator para o desenvolvimento de distúrbios da coluna lombar, diante disto Rossi (2011), descreve que o método Pilates tem sua importância no tratamento das lombalgias pelo fortalecimento do músculo transverso do abdominal (foco de atuação do Método), que tem a função de estabilização da coluna vertebral, tendo em vista que os quadros de lombalgia podem ter relação com fraqueza abdominal, comprometendo a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, podendo contribuir para a diminuição da dor (ROSSI, 2011).

A aplicação do Método Pilates tem resultados positivos na diminuição da dor em mulheres com quadro de lombalgia e/ou lombociatalgia, o que está de acordo com outros estudos que demonstram que o Método Pilates promove a contração da musculatura abdominal, especialmente o transverso do abdômen, o que leva a uma melhor estabilização da coluna vertebral (ZORZI; LIBERALI, 2010).

A literatura aponta que o método Pilates tem alguns benefícios que ajudam a prevenir lesões e proporcionar um alívio de dores crônicas. Dentre esses benefícios podemos citar: estimular a circulação, melhorar o condicionamento físico, a flexibilidade, a amplitude muscular, o alinhamento postural, melhorar os níveis de consciência corporal e a coordenação motora (ARAÚJO, et al, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudado, pode-se concluir que o método pilates tem benefícios no tratamento das algias gerais da coluna, principalmente pelo fortalecimento dos músculos abdominais e aumento da flexibilidade muscular. Embora ainda haja escassez de evidências sobre seus efeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Pilates; Método Pilates; Benefícios; Algias da coluna; Coluna vertebral.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO; SILVA, et al. Redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural, em universitárias submetidas ao método Pilates. Motriz, Rio Claro, v.16 n.4 p.958-966, out./dez. 2010.

COSTA, et al. Eficácia do método Pilates considerando dor e incapacidade em pacientes com dor lombar crônica não específica: uma revisão sistemática com metanálise. Braz. J. Phys. Ther. vol.17 no.6 São Carlos Nov./Dec. 2013.

DETOGNI et al. Efeitos do Método Pilates na postura corporal estática de mulheres: uma revisão sistemática. Fisioter. Pesqui. vol.23 no.3 São Paulo July/Sept. 2016.

DUTRA et al. Método Mat Pilates no tratamento do quadro álgico na lombalgia crônica. Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP, 4(1):15-24, 2018.

MARÉS, et al. A importância da estabilização central no método Pilates: uma revisão sistemática. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 25, n. 2, p. 445-451, abr./jun. 2012.

ROSSI, Luciano Pavan; BRANDALIZE, Michelle; GOMES, Anna Raquel Silveira. Efeito agudo da técnica de reeducação postural global na postura de mulheres com encurtamento da cadeia muscular anterior. Fisioter Mov. 2011 abr/jun;24(2):255-63.

ZORZI; LIBERALI. Método pilates como recurso analgésico em pessoas com diagnóstico de lombalgia/lombociatalgia. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo, v.4, n.20, p.196-202. Mar/Abr. 2010. ISSN 1981-9900.

MÉTODO PILATES COMO FORMA DE TRATAMENTO PARA AS DISFUNÇÕES NA COLUNA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nathalha Héllem Clementino Nicolau[1;] Lívia de Sousa Alencar[1]; Regina Oliveira Bezerra[1;]
Kayo Francisco Josino Leite[1] ; Charles Garrido de Araujo Junior
Eva Jamine de Lucena Aráujo Munguba[2]

[1]Estudantes de Graduação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: kayojosino.kj@gmail.com
[2]Professor Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

O método Pilates surge como forma de condicionamento físico particularmente interessado em proporcionar bem estar geral ao indivíduo (BLUM,2002). Também é possível proporcionar aumento da força dos músculos estabilizadores da coluna, melhora da flexibilidade da cadeia posterior e maior resistência muscular do corpo como um todo (KLOUBEC, 2010); estes são fatores importantes a serem recuperados em pacientes com patologias na coluna (KALICHMAN e HUNTER, 2008).

A dor lombar é uma das disfunções musculoesqueléticas mais comuns da atualidade, e geralmente está associada a fatores individuais, como fraqueza dos músculos abdominais e espinhais, postura inadequada, excesso de peso, falta de condicionamento físico, sedentarismo, além de fatores ocupacionais (SONCHARD, 2007).

Entre as principais patologias da coluna estão: Exercícios praticados de maneira errada ou com carga muito alta; Má postura; Sedentarismo; Hérnia de disco; Ciática; Artrose; Lombalgia; Dorsalgia; Espondilite anquilosante; Espondilolistese; Alterações na coluna como lordose, escoliose e cifose; Estenose espinhal; Aneurisma na aorta; Síndromes de dor músculo-esquelética, como fibromialgia ou polimialgia; Infecções dos ossos da coluna vertebral como osteomielite; Quedas; Estresse; entre outros (MUSCOLINO 2004).

Sendo uma técnica utilizada pela fisioterapeuta no tratamento dessas disfunções, torna-se essencial que se conheça as indicações, contra-indicações e formas de aplicação para empregar o método de forma adequada de acordo com cada alteração.

Busca-se, com esse estudo, estimular pesquisas científicas que possam ampliar as informações sobre o assunto diretamente, diante da escassez de trabalhos científicos sobre o mesmo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A constatação de que o número de praticantes de Pilates tem aumentado muito nas últimas décadas só vem incentivar e respaldar a necessidade do embasamento científico aos profissionais que atuam nessa área (ROSA; LIMA, 2009).

A literatura aponta como vantagens do método Pilates: estimular a circulação, melhorar o condicionamento físico, a flexibilidade, o alongamento e o alinhamento postural. Pode melhorar os níveis de consciência corporal e a coordenação motora. (SACCO et al, 2005; SPECTOR BLUM, 2002; MUSCOLINO; CIPRIANI, 2004; SEGAL, 2004; ANDERSON**,** 2000; BERTOLLA et al, 2007; FERREIRA et al, 2007; KOLYNIAK; CAVALCANTI; AOKI, 2004; APARÍCIO; PÉREZ, 2005).

Segundo Joseph Pilates, os benefícios do método Pilates só dependem da execução dos exercícios com fidelidade aos seus princípios (CAMARÃO, 2004; MENDONÇA; SILVA; SACCO et al, 2005; PIRES; SÁ, 2005; BERTOLLA et al, 2007).

Assim, o método Pilates se baseia em fundamentos anatômicos, fisiológicos e cinesiológicos, e é compreendido em seis princípios, que serão discutidos com base nas referências Muscolino e Cipriani (2004), Segal e colaboradores (2004), Craig (2003), Latey (2001) e Lange e colaboradores (2000).

Vários estudos discutem as diferentes formas de alongamento, comparando sua eficácia. No método Pilates elas são realizadas concomitantemente (ativo, passivo, estático, dinâmico) e, provavelmente, seus efeitos se somam. O alongamento ativo aumenta a flexibilidade dos músculos encurtados enquanto, concomitantemente, melhora a função dos músculos antagonistas, resultando em trauma de tecido diminuído (TREVISOL; SILVA, 2009).

O estudo realizado por Segal, Hein e Basford (2004) avaliou 47 pessoas quanto à flexibilidade, composição corporal e percepção de saúde. Foram realizados exercícios básicos de Pilates, uma vez por semana, durante dois meses. A flexibilidade foi avaliada pelo teste conhecido como "distância dedochão”, com média de aumento de 4,1cm. Segundo os autores, embora muitas das variáveis não tenham modificado consideravelmente e devem ser alvo de mais pesquisas, o Pilates mostrou-se eficaz para o incremento da flexibilidade.

Bertolla e colaboradores (2007) estudaram os efeitos de dois programas para ganho de flexibilidade em 11 atletas juvenis de futsal do Rio Grande do Sul. Para tal, utilizaram exercícios de solo do método Pilates em sessões de 25 minutos com freqüência de três vezes

por semana durante quatro semanas. A análise de flexibilidade foi feita através do teste no banco de Wells (sentar e alcançar). Este estudo mostrou aumento significativo da flexibilidade dos atletas.

Outra indicação para o uso do Pilates como forma de reabilitação foi pesquisada por Levine e colaboradores (2007). Segundo este estudo, o Pilates pode ser usado tanto no período pré-operatório quanto no pós-operatório de artroplastia de quadril e joelho. No pré-operatório, o método ajuda a aumentar força, mobilidade e amplitude de movimento da articulação acometida e das adjacentes, maximizando a função e a flexibilidade. Após artroplastia total de quadril ou joelho, o método foi utilizado com os mesmos objetivos do período pré-operatório. De acordo com o estudo, o Pilates foi eficaz nessa população por permitir exercícios precoces e que respeitassem os limites de movimentação, como também auxiliar no aumento de resistência dos músculos adjacentes. Nos pacientes que foram submetidos à artroplastia total do quadril, os autores aconselham que a flexão de quadril seja limitada a 90º, a adução não ultrapasse a linha mediana e a rotação interna seja mínima.

OBJETIVO

Analisar a relevância do Método Pilates nas principais patologias da coluna.

MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura no período de 2000 a 2009, realizada no mês de setembro do corrente ano, nas plataformas *PubMed*, *SciELO* e *SIBiUSP*. A partir dos seguintes descritores: “Método Pilates”, “Tratamento” e “Patologias da coluna”. Foram identificados 20 artigos diretamente em concomitância ao tema, sendo utilizados 05 a partir dos critérios de busca. A pesquisa foi restrita aos idiomas português e inglês.

RESULTADOS E DISCUÇÕES

Através da presente revisão bibliográfica, onde foram relatados estudos recentes referentes ao método Pilates como forma de tratamento para as principais disfunções na coluna, pode-se observar que é de grande relevância para o paciente a prática do Pilates como forma de tratamento e prevenção de agravos, pois observou-se uma melhora da dinâmica corporal (ANDERSON et.al 2000), mais estabilidade lombar e flexibilidade (BERTOLLA

et.al 2007), as vantagens do método Pilates incluíram: estimular a circulação, melhorar o condicionamento físico, a flexibilidade, o alongamento e o alinhamento postural. Pode melhorar os níveis de consciência corporal e a coordenação motora. (SACCO et al, 2005; BLUM, 2002; MUSCOLINO; CIPRIANI, 2004; SEGAL, 2004; ANDERSON; SPECTOR, 2000; BERTOLLA et al, 2007; FERREIRA et al, 2007; KOLYNIAK; CAVALCANTI; AOKI, 2004; APARÍCIO; PÉREZ, 2005). O alongamento ativo aumenta a flexibilidade dos músculos encurtados enquanto, concomitantemente, melhora a função dos músculos antagonistas, resultando em trauma de tecido diminuído (TREVISOL; SILVA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dados obtidos no presente estudo, prova-se que o método pilates é de grande relevância no tratamento de pacientes com patologias da coluna, em especial patologias de caráter compressivo, que provoquem perda da dinâmica corporal, rigidez articular ou perca de equilíbrio e propriocepção. Sendo assim indica-se a prática do pilates para estes pacientes visando aumento da qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE: Método de Pilates; Disfunções; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

1. ANDERSON, D.; SPECTOR, A. **Introducion to Pilates-based rehabilitation**. Orthopedic Physical Therapy Clinics of North America. Vol. 9, Num. 3, p. 395. 2000.

2. APARICIO, E; PÉREZ, J. **O autêntico método Pilates**: a arte do controle. São Paulo: Editora Planeta Brasil. 2005.

3. BARRA, B.S.; ARAÚJO, W.B. O efeito do método Pilates no ganho da flexibilidade. Linhares, 2007. 37p. Monografia para obtenção de título de Bacharel em Educação Física – **Faculdade de Ciências Aplicadas Sagrado Coração** (UNILINHARES), Linhares, 2007.

4. BERTOLLA, F.; BARONI, B.M.; JUNIOR, E.C.P.L.; OLTRAMARI, J.D. Efeito de um programa de treinamento utilizando o método Pilates na flexibilidade de atletas juvenis de futsal. R**ev Bras Méd Esporte** vol.13 no.4 Niterói July/Aug. 2007.

5. BLUM, C. L. Chiropractic and Pilates therapy for the treatment of adult scoliosis. **J Manipulative Physiol Ther**. 25(4): E3. 2002.
6. CAMARÃO T. **Pilates no Brasil**: corpo e movimento. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

7. CURCI, L.B. A utilização do Método Pilates para melhoria da flexibilidade corporal e maior tolerância ao exercício (estudo de caso). [Monografia]. Cascavel (PR): **Faculdade Assis Gurgacz**. 2006.

8. CURI, V.S. **A influência do método pilates nas atividades de vida diária de idosas**. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2009.

9. FERREIRA, C.B.; AIDAR, F.J.; NOVAES, G.S.; VIANNA, J.M.; CARNEIRO, A.L.; MENEZES, L.S. **O método Pilates sobre a resistência muscular localizada em mulheres adultas**. Motricidade 3(4): 76-81. 2007.

10. GALLAGHER, S.P.; KRYZANOWSKA, R. **O Método Pilates de condicionamento físico**. São Paulo. The Pilates Studios Brasil São Paulo. 2000.

11. GÓMEZ, V.S.; GARCÍA, O.G. Ejercicio físico y Pilates durante El embarazo. **Revista Digital** – Buenos Aires – Ano 14 – N 136. Setembro. 2009.

12. KOLYNIAK, I.E.G.; CAVALCANTI, S.M.B.; AOKI, M.S. Avaliação isocinética da musculatura envolvida na flexão e extensão do tronco: efeito do método Pilates. **Rev Bras Med Esporte** v.10 n.6 Niterói nov./dez. 2004.

13. KOPITZKE, R. **Pilates: a fitness tool that transcends the ages**. Rehab Manag. 20(6):28-31. 2007.

14. LANGE, C.; UNNITHAN, V.; LARKAM, E.; LATTA, M.P. **Maximizing the benefits or Pilates-inspired exercise for learning functional motor skills. Journal of Bodywork Movement Therapies**. Vol. 4, Num. 2, p. 99-108. 2000.

15. LATEY, P. **The Pilates method: history and philosophy** - Journal of bodywork and movement therapies, v.5, n.4, abril/junho. 2001.

16. LEVINE, B.; KAPLANEK, B.; SCAFURA, D.; JAFFE, W.L. **Rehabilitation after total hip and knee arthroplasty**: a new regimen using Pilates training. Bull NYU Hosp Jt Dis. Vol. 65, Num. 2, p. 120-5. 2007.

17. MARIN, M.N. Pilates en la escuela. **Revista Digital** - Buenos Aires – Ano 14 - Nº 132 – Maio. 2009.

18. MENDONÇA, A.L.S.; SILVA, D.M. **Efeitos do Método Pilates nas algias e nas curvaturas da coluna vertebral**. Um estudo de caso. Disponível em: <http://www.frasce.edu.br/nova/prod_cientifica/pilates.pdf>. Acesso em: 01/10/2018.
19. MIRANDA, L.B.; MORAIS, P.D.C. Efeito do método pilates sobre a composição corporal e flexibilidade. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**. São Paulo, v.3, n.13, p.16-21. Jan/Fev. 2009.

20. MUSCOLINO, E.; CIPRIANI, S. **Pilates and "power-house**" I. Journal of Bodywork and Movement Therapies. Vol. 8, Num. 1, p. 15. 2004a. 21. NUNES Jr., P.C.; TEIXEIRA, A.L.M.; GONÇALVES, C.R.; MONNERAT, E.; PEREIRA, J.S. Os efeitos do Método

Pilates no alinhamento postural: estudo piloto. Fisioterapia Ser, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 210- 215, jul/ago/set. 2008.

21. PIRES, D.C.; SÁ, C.K.C. Pilates: notas sobre aspectos históricos, princípios, técnicas e aplicações. **Revista Digital** - Buenos Aires - Ano 10 - N° 91 – Dezembro. 2005.

22. PRADO, J.; HAAS, A.N. **A influência do Método Pilates na flexibilidade de mulheres adultas** [Monografia]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2006.

23. QUADROS, D.L.T.; FURLANETTO, M.O. **Efeitos da intervenção do pilates sobre a postura e a flexibilidade em mulheres sedentárias**. Disponível em: <http://www2.ufrgs.br/xiipalops/Problemas/1011443_16_1084.pdf> Acesso em: 01/10/2018.

24. RODRIGUES, B.G.S. **Método Pilates**: uma nova proposta em reabilitação física. Setembro. 2006. Disponível em: <http://www.efisioterapia.net/descargas/pdfs/pilates.pdf> Acesso em 01/10/2018.

25. ROSA, H.L.; LIMA, J.R.P. Correlação entre Flexibilidade e Lombalgia em Praticantes de Pilates. **R. Min. Educ. Fís**., Viçosa, v. 17, n. 1, p. 64-73. 2009.

26. RYDEARD, R.; LEGER, A.; SMITH, D. Pilates-based therapeutic exercise: effect on subjects with nonspecific chronic low back pain and functional disability: a randomized controlled trial. **J Orthop Sports Phys Ther**. Vol. 36, Num. 7, p. 472-84. 2006.

27. SACCO, I.C.N.; ANDRADE, M.S.; SOUZA, P.S.; NISIYAMA, M.; CANTUÁRIA, A.L.; MAEDA, F.Y.I.; PIKEL, M. Método pilates em revista: aspectos biomecânicos de movimentos específicos para reestruturação postural – Estudos de caso. **R. bras. Ci e Mov**. 13(4): 65-78. 2005.

28. SEGAL, N.A.; HEIN, J.; BASFORD, J.R. **The effects of Pilates training on flexibility and body composition: an observational study**. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 85, Num.12, p.1977-81. 2004.

29. SILVA, Y.O.; MELO, M.O.; GOMES, L.E.; LOSS, J.F. Análise da resistência externa e da atividade eletromiográfica do movimento de extensão do quadril realizado segundo o método Pilates. **Rev. bras. fisioter**. vol.13 no.1 São Carlos jan./fev. 2009.

30. TREVISOL, F.C.; SILVA, S. Aula inicial de pilates promove efeito agudo na flexibilidade da musculatura isquiotibial. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v.3, n.14, p.161-170. Março/Abril. 2009.

31. VAD, V.; MACKENZIE, R.; ROOT, L. **The role of back builders exercise program in low backpain**. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol.84, Num.9, p.19-20. 2003.

32. VITI, P.P.; LUCARELI, P. **Avaliação postural antes e após 75horas/aulas do método Pilates em fisioterapeutas e educadores físicos**. Centro Universitário São Camilo. Disponível em: <http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/pilat004.pdf>. Acesso em: 01/10/2018.

A DOR E SUA RELAÇÃO NA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM HÉRNIA DE DISCO LOMBAR

Isadora Serafim Araújo [1], Ádson José dos Santos[2], Leidson dos Santos Costa[2], Maria da Conceição Nunes dos Santos[2], Maria Thayse Alves Torres[2], Aline Guimarães de Carvalho[3]

[1] Estudante do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-FIP.
E-mail: isadoraserafim83@gmail.com
[2] Professora Graduada em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Especialista em Fisioterapia na Geriatria e Gerontologia e Fisioterapia na Dermato Funcional.

INTRODUÇÃO

A hérnia de disco lombar surge como resultado de diversos pequenos traumas na coluna, que vão com o passar do tempo lesando as estruturas do disco intervertebral; podendo também ocorrer como consequência de um trauma severo sobre a coluna. A herniação ocorre quando o núcleo do disco intervertebral migra de seu local, do centro do disco para a periferia, em direção ao canal medular, ocasionando a compressão das raízes nervosas.

O quadro clássico de hérnia de disco é caracterizado pela dor, de início aguda, na região onde a hérnia está localizada, podendo irradiar-se para outras partes do corpo de modo a acometer membros superiores e inferiores. Devido à redução da mobilidade de movimento decorrente das dores provocadas pela herniação, o individuo acaba ficando incapacitado de realizar suas atividades diárias, o que pode desencadear consequências sobre sua saúde emocional e levar ao isolamento social.

Sendo a hérnia de disco uma das principais causas de cirurgia de coluna entre a população adulta, bem como de aposentarias precoces e dispensa do trabalho, é imprescindível buscar por métodos de tratamento que visem não somente o alivio aos sintomas, como também alternativas para proporcionar funcionalidade ao paciente permitindo aos acometidos por esta patologia independência em suas atividades diárias.

O presente trabalho intenta não somente avaliar a dor e sua relação na incapacidade funcional de pacientes com hérnia de disco lombar, como também buscar por alternativas que visem o alivio dos sintomas, com enfoque em propiciar mobilidade ao paciente. Para a realização do mesmo foi feito um levantamento bibliográfico utilizando-se de artigos cuidadosamente selecionados de modo a preencher os diversos requisitos.

REFERENCIAL TEÓRICO

A hérnia de disco lombar, ou hérnia discal lombar, diagnóstico mais comum dentre as alterações degenerativas da coluna lombar e principal causa de cirurgia de coluna entre a população adulta, consiste de um deslocamento do conteúdo do disco intervertebral – núcleo pulposo – através de sua membrana externa, o ânulo fibroso, geralmente ocorrendo póstero-lateralmente em virtude da falta de ligamentos que sustentem o disco nessa região (MIXTER WJ., BARR JS., 1934).

Embora alguns raros casos sejam assintomáticos, suas manifestações clínicas mais comuns envolvem dor na coluna que, geralmente surge no lugar onde a hérnia está localizada, dor essa que pode seguir o trajeto dos nervos da região e irradiar-se para outros locais atingindo os membros superiores e inferiores. Outras manifestações comuns incluem formigamento, dormência na região acometida pela hérnia, diminuição da força, atrofia muscular das mãos e rigidez, dor na região interescapular e em casos mais graves alteração funcional do intestino ou da bexiga por compressão de nervos (SANTOS M., 2003; ORTIZ J, ABREU AD., 2000; RENCK DÉCIO VALENTE, GOMES LAURA DE MORAES, LOPES JÚNIOR JOÃO IVAN., 2009).

Barros el at. (19995) define a expressão hérnia de disco como um termo coletivo comumente usado para descrever um processo em que ocorre a ruptura do anel fibroso, com subsequente deslocamento da massa central do disco nos espaços intervertebrais, comuns ao aspecto dorsal ou dorsolateral do mesmo. Esse processo ocorre mais frequentemente em pacientes entre 30 e 50 anos, embora também possa vir a acometer pessoas idosas e adolescentes e mais raramente crianças (GARRIDO 1993; MAYER ET AL., 1996; OBUKHOV ET AL., 19996; BORTOLLETO ET AL., 1998).

Diversos fatores de risco ambiental tem sido sugeridos na tentativa de explicar o surgimento dessa afecção, tais como hábitos de carregar peso, dirigir e fumar, além do processo natural de envelhecimento (URBAN & ROBERTS, 1995). Em contraponto, um estudo realizado por Battie et al (1995b) mostrou que esses fatores tem efeitos modestos no aparecimento da herniação, resultados esses que reforçam a teoria de que a etiologia de tal afecção está relacionada a fatores genéticos como a predisposição natural que certos indivíduos possuem para o desenvolver a doença.

As dores decorrentes da hérnia discal lombar podem ocasionar aposentadorias precoces, mobilidade reduzida de movimento, perda de força progressiva na coluna e até mesmo estresse e desequilíbrio emocional, uma vez que os quadros de dores agudas e incessantes

tendem a deixar o individuo incapacitado de realizar suas atividades cotidianas levando-o a se isolar socialmente e emocionalmente (HELFENSTEIN JÚNIOR M, GOLDENFUM MA., 2010).

OBJETIVOS

Avaliar a dor e sua relação na incapacidade funcional de pacientes com hérnia de disco lombar. Por meio de uma revisão sistemática tendo por base a literatura buscou-se alternativas para alivio dos sintomas presentes no quadro clinico, enfocando em propiciar funcionalidade ao paciente.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi feito um levantamento bibliográfico, utilizando-se uma busca da literatura por meio de consulta nas bases de dados eletrônicos Scielo. Os artigos selecionados foram analisados de modo a preencher os requisitos anteriores e classificados de acordo com a necessidade pela busca do tema em relação à sua definição, etiologia, quadro clínico, entre outros, incluindo possíveis formas de alívio dos sintomas a fim de proporcionar funcionalidade ao paciente, que foi o foco deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já foi supracitado, o presente trabalho visa avaliar a dor e sua relação na incapacidade de pacientes com hérnia de disco lombar. Não obstante, buscou-se por métodos a fim propiciar funcionalidade ao individuo. Foram identificados 12 artigos que correlacionaram a dor, as consequências a longo prazo de uma hérnia discal não tratada e a incapacidade funcional provocada pela herniação. Por meio desses artigos foi possível definir alguns parâmetros, correlacionando as repercussões que a dor pode vir a causar na vida do paciente, uma vez que essa patologia constitui um problema de saúde pública mundial, sendo uma das razões mais frequentes de dispensa do trabalho por incapacidade. Foram utilizados somente sites especializados na área da saúde, como OMS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Quando não é devidamente tratada a hérnia de disco pode levar não somente a um maior desgaste da coluna como também a perda de movimentos e incapacidade motora. Uma vez diagnosticada, a doença pode ser tratada por meio de medicamentos, sessões diárias de fisioterapia e exercícios bem orientados como pilates e musculação. O tratamento

fisioterapêutico por sua vez, consiste em exercícios de alongamento e fortalecimento (Reeducação Postural Global, Pilates Clínico e Hidroterapia); uso de aparelhos eletrônicos (ultrassom, corrente galvânica, TENS e laser) utilizados como anti-inflamatórios que ajudam a aliviar os sintomas, diminuindo a dor e o desconforto lombar e o uso do calor por meio de bolsas e toalhas aquecidas ou luz de infravermelho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciamos que a hérnia de disco é uma patologia que deve ser tratada com seriedade, uma vez que constitui um sério problema de saúde pública, afetando diretamente os aspectos sociais, emocionais e econômicos de seus portadores e quando não é devidamente tratada e diagnosticada pode levar a complicações mais graves como perda de movimentos levando a incapacidade motora e em casos mais graves de tetraplegia. Salientamos a importância da terapêutica preventiva por meio de cuidados simples para o alivio dos sintomas do quadro clinico, orientando ao paciente que mantenha hábitos de vida saudáveis como praticar atividades físicas sempre com prescrição médica, manter uma postura correta, eliminar o cigarro e controlar o peso. Hábitos esses que podem ajudar a retardar o desgaste dos discos intervertebrais.

PALAVRAS CHAVES: Dor; Hérnia; Funcionalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLAS, S.J., CHANG, Y., KAMMANN, E., KELLER, R.B., DEYO, R.A., SINGER, D.E. Long term disability and return to work among patients who have a herniated lumbar disc: the effect of disability compensation. J Bone Joint Surge Am 82: 4-15, 2000.
BARROS F, T. & BASILLE JR., R. Coluna vertebral. Diagnóstico e Tratamento das Principais Patologias. Sarvier Editora, São Paulo, 1995, 59-75.

BATTIE, M.C., HAYNOR, D.R., FISHER, L.D., GILL, K., GIBBONS, L.E., VIDEMAN, T. Similarities in degenerative findings on magnetic resonance images of the lumbar spines of identical twins. J Bone Joint Surge Am 77: 1662-1670, 1995 a.

BORTOLLETO, A.; PRATA, S. & BONFIM DOS SANTOS, G. Hérnia discal em crianças e adolescentes: relato de cinco casos. Ver. Bras. Orto. 33: 811-814, 1998.

GARRIDO, E. Lumbar disc herniation in the pediatric patient. Neurosurg Clin N Am 4: 149-152, 1993.

HELFENSTEIN JÚNIOR M, GOLDENFUM MA, Siena C. Lombalgia ocupacional. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo. 2010; 56 (5).

IGUTI, A. M. H.; LUIZ, E. Lombalgias e trabalho. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/26287. Acesso em 26/08/2018.

KHADILKAR A, ODEBIYI DO, BROSSEAU L, WELLS GA. Transcutaneous Eletrical Nerve Stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4): CD003008.

LONG. D. M., B. Persistent back pain and sciatica in the United States: patient characteristics. J Spinal Disord 9: 40-58, 1996.

MAYER, H.M., MELLOROWICZ, H., DHILMANN, S.W. Endoscopic discectomy in pediatric and juvenile lumbar disc hearniations. J. Pediatr Orthop B 5: 39-43, 1996.
MISTER WJ, BARR JS. Rupture of intervertebral disc with involvement of the spinal canal. N Engl J Med. 1934;211;210-4.

OBUKHOV, S.K., HANKENSON, L., MANKA, M., MAWK, J.R. Multilevel lumbar disc herniation in 12 years old twins. Childs Nerv Syst 12: 169-171, 1996.

ORTIZ J, ABREU AD. Tratamento cirúrgico das hérnias discais lombares em regime ambulatorial. Revista Brasileira de Ortopedia. Nov/Dez 2000; 14(11/12): 115-6.

RENCK DÉCIO VALENTE, GOMES LAURA DE MORAES, LOPES JÚNIOR JOÃO IVAN. Hérnia lombar adquirida secundária do tipo Grynfeltt: relato de caso. Radiol Bras (serial on the Internet). 2009; 42(2): 137-138.

SANTOS M. Hérnia de Disco: uma revisão clínica, fisiológica e preventiva. Revista digital. Buenos Aires. 2003;65.
URBAN, J.P., ROBERTS, S. Development and degeneration of the inter-vertebral discs. Mol Med Today1: 329-335, 1995.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: MISSÃO, VISÃO E VALORES

Jéssica Domingos de Lucena[1]; Camilla de Freitas Lima [1]; Daiane Fabricia dos Santos[1]; Jakelyne Joyce Félix da Silva[1]; Viviane Valéria de Caldas Guedes Garcia [2]

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
[2] Fisioterapeuta, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia e docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

Empresas e instituições vivem tempos de ruptura e mudanças constantes. A necessidade de inovar e transformar para se adaptar ás mutações do ambiente toma a atuação das pessoas determinante para o desempenho e resultado das organizações. O envolvimento das equipes profissionais com os objetivos e estratégias organizacionais é fator fundamental para direcionar o comportamento e desempenho humano e para a concretização desses objetivos, desde que sejam conhecidos e compartilhados por todos (MACHADO, 2009).

De acordo com OLIVEIRA (2007), planejamento estratégico é o processo administrativo que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção, a qual visa aperfeiçoar o grau de interação com o ambiente e atuar de forma inovadora e diferenciada, garantindo que as decisões do dia-a-dia se adaptem aos interesses de longo prazo das intistituições.

A filosofia institucional, valorizada como premissa básica do gerenciamento estratégico, ao estabelecer Missão, Visão e Valores fornece ás instituições os instrumentos orientadores e balizadores planejar uma gestão de qualidade (MACHADO, 2009).

Planejar de forma estratégica cada passo a ser seguido na organização é um processo essencial, porque traça as diretrizes para o estabelecimento dos planos de ação que resultarão em vantagens competitivas. Quando aplicado através das ferramentas de Filosofia Institucional - Missão, Visão e Valores -, atinge sua eficácia máxima, se entendido e realizado por todas as pessoas da organização (SCOTT et al., 1998).

REFERENCIAL TEÓRICO

Mas, afinal, o que são Missão, Visão e Valores? Para que servem? Como elaborar cada um desses componentes? Scott, Jaffe e Tobe (1998) entendem essa trilogia da seguinte forma:

Missão é o propósito central para o qual a organização é criada. Ela deve ser resumida num enunciado claro, conciso e encorajador, que chame a atenção para uma direção, enfatizando o propósito da singularidade da instituição.

Visão é a representação da excelência. É aquilo que a pessoa, o grupo ou a empresa quer criar em sua melhor hipótese de futuro. É uma descrição evocativa de uma possibilidade. A visão não é algo longínquo, que seja impraticável, mas uma forma de estabelecer um cenário que nos impulsione. A criação dessa imagem do futuro exige a capacidade de ampliar a compreensão das possibilidades e das novas iniciativas.

Valores são os princípios, os padrões de comportamento, as atitudes que as pessoas consideram naturalmente válidos e de máxima importância.

Com isso, as empresas passaram a serem vistas como um conjunto de indivíduos e de relações de interdependências que estes mantêm entre si, em função de normas, valores, crenças e objetivos comuns. O homem social é um ser complexo, que ao mesmo tempo é condicionado pelos sistemas sociais em que se insere e motivado a agir por necessidades de ordem biológica e psicossocial. Os valores orientadores do comportamento de cada indivíduo são de um lado: derivados das necessidades que constituem a fonte de valores sociais; de outro: transmitidos ao indivíduo pelos sistemas sociais que participa (WELCH, 2005).

OBJETIVO

O referente estudo tem como objetivo conceituar Missão, Visão e Valores através de um levantamento de referenciais teóricos.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um resumo expandido, com ênfase no levantamento de Referências teóricas de artigos encontrados no site Google Acadêmico, que apresenta como objetivo o fornecimento de conceitos utilizando os descritores: Missão, Visão e Valores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Welch (2005) afirma que este conjunto de termos que compõe a Filosofia Institucional é muito difundido; contudo, pouco compreendido e nem sempre aplicado como propriedade.

Para o autor, Missão, Visão e Valores são conceitos por vezes distorcidos, pois são palavras abstratas.

Para Cobra (1992), A construção do conjunto de Missão, Visão e Valores só é útil se praticada no cotidiano, em todas as esferas da organização e se for demostrado ser efetivamente esse o conjunto de regras que orientam a conduta do pessoal e da instituição.

De acordo com Serra, Torres, A. e Torres, M. (2003) O alinhamento entre os Valores, Missão e visão do grupo e os do indivíduo gera a força de um grupo comprometido com a Filosofia Institucional comum. Se estes Valores não estão alinhados, em determinado momento, as pessoas experimentam tensão e frustração. O alinhamento significa que as pessoas no grupo criam sua própria Filosofia Institucional que se encaixa com a Missão e Visão da organização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir com essa revisão que a importância do estabelecimento de metas e objetivos como a Missão, Visão e Valores de uma organização, vai além de simplesmente escrever algumas linhas e coloca-las no site ou mural da empresa. A criação da Missão, Visão e Valores da organização tem que ser definida de forma que todos os envolvidos no processo, colaboradores, acionistas, fornecedores e sociedade, compreendam a sua importância e coloquem em pratica sua filosofia. È dever do gestor, cobrar para que essas metas e objetivos sejam alcançadas.

PALAVRAS-CHAVE: Missão, Visão e Valores.

REFERÊNCIAS

COBRA, Marcos Henrique Nogueira. **Administração de Marketing**. São Paulo: Atlas, 1992.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento** Estratégico: conceitos, metodologia e práticas. 24 ed. São Paulo: Atlas, 2007a.

SCOTT, Cynthia; D.; JAFFE, Dennys T.; TOBE, Glenn R. **Visão, Valores e Missão Organizacional**: Constuindo a organização do futuro. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

SERRA, Fernando A. Ribeiro; TORRES, Alexandre Pavan; TORRES, Maria Cândida S. **Administração Estratégica**: conceitos, roteiro prático e casos. Rio de Janeiro: Reichmann, 2003.

WELCH, J. **Paixão por Vencer**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2005.

CARACTERIZAÇÃO DA SÍNDROME CRI DU CHAT: REVISÃO SISTEMÁTICA

Antônio Gonçalves Sobrinho Neto[1], Gabrielle Nobrega Feitosa[2], Ayza Hellen Estevam dos Santos[2], Danilo de Lucena Rodrigues[2], Renan Alves da Silva Júnior[3]

[1,2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: Anttoniofisio@gmail.com
[3] Fisioterapeuta, Doutorando em Saúde Materno-infantil, mestre em psicobiologia, docente das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Cri Du Chat (CdCS)*, foi descrita pela primeira vez em 1967 pelo geneticista francês Lejeune e cols. O choro do recém-nascido portador da doença assemelha-se ao miado de um gato, característica particular que deu nome a essa Síndrome (SANTOS, REZENDE, BORGES, 2010). O diagnóstico pode ser feito, logo após o nascimento, com base no choro peculiar, provavelmente causado pelo desenvolvimento anormal da laringe ou uma variedade de distúrbios neurológicos (PEREIRA *et al.*, 2013).

REFERENCIAL TEÓRICO

A CdCS foi descrita em 1963 pelo cientista francês Dr. Jérôme Lejeune. É uma anomalia cromossômica causada pela perda do braço curto do cromossomo 5p e, portanto, é também denominada de síndrome do cromossomo 5. A perda de material genético pode ser parcial, apenas um pequeno fragmento ou total, com perda de todo braço curto desse cromossomo. A anomalia afeta cerca de um em 50 mil nascidos no mundo e 1% dos indivíduos com deficiência intelectual (CASEIRO *et al.*, 2013).

A Síndrome é muito rara e os afetados podem ser diagnosticados com segurança se manifestarem atrasos neuromotor e mental graves, choro característico, fendas palpebrais com obliquidade antimongolóide, microcefalia, pregas epicânticas internas, alterações dos membros (como clinodactilia, zigodactilia e sindactilia) prega palmar transversa ou transicional e orelha malformada ou de implantação baixa (OTTO, OTTO, FROTA-PESSOA, 2004).

Pode-se ainda acrescentar deficiência intelectual e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor severo como características constantes em todos os casos. As crianças começam a andar tardiamente, normalmente após os três anos, e geralmente esse andar é

desajeitado e aparentemente inábil. Os limites no desenvolvimento cognitivo podem variar de moderadas a severas. Muitas crianças com a síndrome podem desenvolver habilidades sociais normalmente vistas em crianças de cinco a seis anos de idade e grau de independência moderado nas tarefas de autocuidado (CASEIRO *et al.*, 2013). Anos atrás, era comum colocar crianças com CdCS em instituições, juntamente com outras crianças com deficiências intelectuais graves. Durante a década de 1980, a pesquisa mostrou que, quando as crianças eram criadas em ambiente familiar, onde se beneficiavam de programas de intervenção precoce, elas apresentavam um progresso notável que excedia em muito as expectativas dos médicos que haviam feito os primeiros diagnósticos (HERNÁNDEZ, CHANG, HERNÁNDEZ *et al.*, 2014).

Por essa razão, a intervenção junto à família foi de fundamental importância para o desenvolvimento da criança, especialmente em relação à melhora no desempenho das atividades de vida diária que antes eram desempenhadas pelos familiares (CASEIRO *et al.*, 2013). Tanto as crianças como os adultos com esta Síndrome são geralmente amigáveis e desfrutam de interação social. Com uma educação precoce e consistente, e terapia física e de linguagem adequada, as crianças atingem seu potencial e podem apresentar uma vida plena e significativa (HERNÁNDEZ, CHANG, HERNÁNDEZ *et al.*, 2014).

OBJETIVO

Realizar uma revisão sistemática para descrever as principais características da Síndrome Cri-du-Chat.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a seleção e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram às bases de dados disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Lilacs e a biblioteca SciELO. A busca totalizou em 11 artigos, com busca através dos descritores “Síndrome Cri du Chat” e “Síndrome do miado de gato” e livros disponíveis no acervo da Biblioteca Central Flávio Satyro, das Faculdades Integradas de Patos – FIP. A busca totalizou em quatro artigos e um livro, os quais compuseram a amostra. Em relação aos critérios de seleção foram excluídos artigos que não tinham relevância para esta temática.

RESULTADOS

Apesar da limitação devido à deficiência intelectual e retardo neuropsicomotor que a criança com Síndrome de Cri-du-Chat pode apresentar, a estimulação precoce possibilita a ela melhor desenvolvimento, adaptação e aceitação da sociedade. Nos estudos de Caseiro et al (2013) podemos perceber que um individuo com essa síndrome pode sim ter um desenvolvimento, adaptação e aceitação da sociedade quando trabalhado por uma equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, pedagogo e outros), possibilitando que a criança evolua na coordenação motora grossa e fina, nas habilidades cognitivas e nas perceptivas, nas atividades de vida diária e nas relações interpessoais, assim podemos perceber que a incapacidade não é o fruto somente de uma condição de saúde, mas como consequência da influência e dos efeitos de fatores sociais, psicológicos e ambientais. Nesse estudo relata-se que a intervenção familiar, foi de suma importância, bem como o ambiente motivador como a escola e também o brincar auxiliou bastante no tratamento de indivíduos com CdCS. Porém, foi enfatizado em seu estudo que mesmo depois de todo o processo, era necessário que o paciente retornasse periodicamente a cada seis meses para avaliação e novas orientações (CASEIRO *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

Percebemos que por meio desse estudo que a Síndrome de Cri-du-Chat provoca inúmeras consequências ao afetado, mas ao longo da pesquisa mostrou-se que muitos desses indivíduos podem ter uma vida social normal e que as condições motoras, físicas, cognitivas, perceptivas e psicológicas podem ser trabalhadas e assim possibilitar uma condição de vida melhor aos afetados pela síndrome. No entanto, percebe-se que há uma carência de publicações nesta temática e sugerimos que mais trabalhos científicos sejam elaborados, bem como destacando a importância dessa área cientifica.

PALAVRAS-CHAVES: Deleção cromossômica, Síndrome do miado do gato; microcefalia.

REFERÊNCIAS

01. CASEIRO, G.; MANHO, F.; SILVA, D. B. R.; PFEIFER. L. I. Intervenção da Terapia Ocupacional na Síndrome de Cri-du-Chat: estudo de caso. Revista Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. *São Carlos*, v. 21, n. 1, p. 141-147, 2013. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.018>. Acessado em: 01/08/2018.

02. HERNÁNDEZ, E. E. S.; CHANG, V. J. T.; HERNÁNDEZ, M. B. Síndrome de 5p menos. Presentación de un caso. Medisur, Cienfuegos, v. 12, n. 4, p. 650-654, agosto 2014. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000400009&lng=es&nrm=iso>. Acessado em: 01/08/2018.

03. OTTO, P. G.; OTTO, P. A.; FROTA-PESSOA, O. Genética Humana e Clínica. 2 ed. SãoPaulo: Roca, 2014. 360 p.

04. PEREIRA, J. T.; OLIVEIRA, R. S.; LINDEMANN, D.; ARAÚJO, F. B.; RODRIGUES, J. A. Cri-du-Chat syndrome: conservative dental treatment in an 8-year old child.. Revista Odonto. Canoas, v. 19, n. 36, junho 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-44422013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 01/08/2018.

05. SANTOS, K. M.; REZENDE, D. C.; BORGES Z. D. O. Manejo anestésico de paciente com síndrome de *Cri Du Chat* (miado do gato). Relato de caso. Revista Brasileira de Anestesiologia. v. 60, n 6, p. 632-633, Dezembro 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000600009#end>. Acessado em: 03/08/2018.

BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabrielle Nobrega Feitosa[1], Antônio Gonçalves Sobrinho Neto[2], Licya Germana de Sousa Rodrigues Araújo[2], Monara Stefanny da Nóbrega Araújo[2], Cristina Costa Melquiades Barreto[3].

[1].[2]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: gabrielle201107@gmail.com
[3]Professora Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL - SP e Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma desordem do neurodesenvolvimento com início precoce e curso crônico, não degenerativo (SAMPAIO *et al.*, 2015). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), uma em cada 160 crianças possui TEA, das quais são acometidos principalmente indivíduos do sexo masculino, com uma proporção de três a quatro meninos para cada menina (FRANZOI *et al.*, 2016). Tal transtorno caracteriza-se fundamentalmente por prejuízos na interação social, na comunicação e no comportamento — estereotipado. Desse modo, a musicoterapia — técnica terapêutica, na qual a relação terapêutica entre musicoterapeuta e paciente e entre esse e a música constituem-se como componentes curativos de determinada necessidade (FRANZOI *et al.*, 2016) — apresenta-se como uma ferramenta interessante de tratamento, já que, possui potencial de atuar principalmente sobre a interação social e comunicação do paciente com TEA.

REFERENCIAL TEÓRICO

Sobre o TEA ainda não há consenso quanto ao local de origem no cérebro humano, vários estudos descrevem ou propõem a existência de alterações diversas no sistema nervoso central que poderiam explicar o autismo ou, pelo menos, parte das alterações significativas nas interações sociais, comportamento e comunicação (SAMPAIO *et al.*, 2015). Indivíduos com TEA possuem prejuízo na reciprocidade social e emocional, redução do contato visual durante as trocas sociais, falta ou atraso na aquisição da linguagem, dificuldade em iniciar e sustentar conversas com parceiros sociais, uso idiossincrático da linguagem, comportamentos repetitivos, deficiências percepto-motoras, ansiedade, agressividade, depressão, hiperatividade, acessos de raiva e comportamentos autolesivos (SRINIVASAN; BHAT,

2013). Assim, visando a melhora da qualidade de vida de pacientes com TEA e sabendo das suas particularidades, é necessário que o recurso utilizado para o seu tratamento desperte curiosidade e seja uma atividade prazerosa, fatores esses que são possíveis com a utilização da musicoterapia, já que, a presença de uma pulsação regular e previsível na música desencadeia a sensação de prazer em pessoas com TEA, fazendo com que o estímulo ao qual estão sendo expostos seja visto como não ameaçador ou aversivo (BERGER, 2002 *apud* SAMPAIO *et al*., 2015). No entanto, simultaneamente e relacionados ao pulso musical, vários outros elementos musicais são apresentados na música favorecendo a flexibilidade e a variação (HURON, 2006 *apud* SAMPAIO *et al*., 2015). Além dos benefícios citados anteriormente, a musicoterapia também promove o rompimento de padrões de isolamento, favorece a comunicação verbal e não verbal, reduz os comportamentos estereotipados, estimula a autoexpressão e a manifestação da subjetividade (FRANZOI *et al.*, 2016), diminui comportamentos patológicos (hiperatividade, autoagressividade, tensões emocionais, etc), rompe barreiras impostas pelos comportamentos obsessivos — ajudando a pessoa com autismo a assimilar mudanças e variações — auxilia o paciente a ultrapassar ou remover obstáculos emocionais e/ou cognitivos existentes, desenvolve e amplia a comunicação através de uma linguagem não-verbal que requer compreensão, codificação e decodificação de símbolos convencionalizados (CRAVEIRO, 2003 *apud* SAMPAIO *et al*., 2015).

OBJETIVO

Apresentar os benefícios da musicoterapia na melhora da comunicação e da interação social de pacientes com TEA.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada a partir da revisão de literaturas, seguindo o processo de busca, análise e seleção de artigos científicos que se relacionam com o assunto escolhido. A fonte de busca utilizada para o recolhimento das informações presentes nessa pesquisa foi a internet, por meio das bibliotecas virtuais Lilacs e SciElo e da revista *Frontiers in Integrative Neuroscience* (Frontiers em neurociência integrativa). Os termos empregados para chegar nos artigos científicos fixados foram “musicoterapia” e “Transtorno do Espectro Autista”. Ao fim, foram revisados 19 artigos científicos, dos quais, três serviram como base para o desenvolvimento desse trabalho.

RESULTADOS

Srinivasan e Bhat (2013) constataram que intervenções incorporadas baseadas no ritmo, multissistêmicas baseadas no canto, na produção musical, na ação conjunta e na sincronia social podem ser usadas para aliviar os déficits da comunicação social e as comorbidades percepto-motoras e comportamentais de crianças com TEA. Já Sampaio et al., (2015), concluiu que o paciente, além de, apresentar avanço em áreas do desenvolvimento não-musicais, também, desenvolveu habilidades musicais, embora este não seja o objetivo primário da musicoterapia. Por fim, Franzoi et al., (2016), assim como os citados anteriormente, relatou que a musicoterapia é eficiente em pessoas que possuem o TEA, principalmente no que se refere à interação social e à comunicação.

CONCLUSÃO

Por meio desse estudo, foi perceptível que a musicoterapia possui a capacidade de atuar como recurso viável no tratamento de pacientes com TEA, já que, contribuiu tanto na melhoria das características fundamentais do Transtorno do Espectro Autista — interação social, na comunicação e no comportamento — quanto em características secundárias como: deficiências percepto-motoras, tensões emocionais e entre outros. No entanto, ainda se faz necessária uma maneira de mensurar quantitativamente os avanços alcançados em tratamentos musicoterapêuticos, para que o avanço do paciente seja melhor visualizado. Por fim evidenciamos a importância desse recurso tanto para o paciente quanto para a sua família.

PALAVRAS-CHAVES: Musicoterapia; Transtorno do Espectro Autista; Estimulação Acústica.

REFERÊNCIAS

FRANZOI, M. A. H.; SANTOS, J. L. G.; BACKES, V. M. S.; RAMOS, F .R. S. Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com Transtorno do Espectro do Autismo em um centro de atenção psicossocial. Texto & Contexto - Enfermagem. Florianópolis. v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160001020015> . Acesso em: 13/07/2018.

SAMPAIO, R. T.; LOUREIO, C. M. V.; GOMES, C. M. A. A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática

clínica. Per Musi. Belo Horizonte. n. 32, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/permusi2015b3205> . Acesso em: 13/07/2018.

SRINIVASAN, Sudha; BHAT, Anjana. A review of “music and moviment” therapies for children with autism: embodied interventions for multisystem development. Frontiers in Integrative Neuroscience. Connecticut. v.7, n. 22, 2013. Disponível em: < https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00022> . Acesso em: 13/07/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Folha informativa - Transtornos do espectro autista. Brasília: 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5651:folha-informativa-transtornos-do-espectro-autista&Itemid=839> . Acesso em: 15/08/2018.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM MIELOMENINGOCELE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Regina Oliveira Bezerra[1]; Marília Aires de Lima[1]; Silvânio dos Santos Araújo[1]; Willian Alves da Costa[1]; Samara Campos de Assis[2].

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
E-mail: reginaabelo17@gmail.com
[2] Professor Mestre em Ciências da Saúde do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Dentre as doenças do defeito de fechamento do tubo neural a mielomeningocele é a mais frequente. O defeito ocorre entre a terceira e a quinta semana de vida intra-uterina, devido à falha na fusão dos elementos posteriores da coluna vertebral. É visualizado uma bolsa revestida por epiderme, que contém em seu interior medula espinal e raízes nervosas, ambas displásicas, e envoltas por liquido cérebro-raquidiano (ROCCO; SAITO; FERNADES, 2007).

A mielomeningocele ocorre aproximadamente, entre 1 de 1000 nascidos vivos, é considerada como a segunda causa de deficiência motora infantil, afeta os sistemas: nervoso, músculo-esquelético e genito-urinário. A carência do ácido fólico é considerado fator de risco mais importante para os defeitos do fechamento do tubo neural, pode ocorrer em qualquer região da medula, mas 75% tem localização lombo-sacra (BRANDÃO et al., 2009).

A gravidade e o grau de incapacidade dependem do local em que ocorreu a lesão medular, bem como dos outros fatores neurológicos, principalmente a hidrocefalia, que geralmente está associada. O quadro motor e cognitivo influenciam o desenvolvimento sensório-motor e a independência funcional (Ferreira et.,al 2017).

REFERENCIAL TEÓRICO

A meningomielocele é um dos tipos mais comuns de defeito do tubo neural, levando à exposição da medula ao ambiente externo, indivíduos afetados pela doença podem apresentar graus variados de défice motor, incontinência fecal e urinária, além de alterações do sistema nervoso central decorrentes da herniação dos elementos da fossa posterior para o canal medular (BEVILACQUA; PEDREIRA, 2015).

A criança com mielomeningocele pode apresentar incapacidades crônicas graves, como paralisia dos membros inferiores, hidrocefalia, deformidades dos membros e da coluna vertebral, disfunção vesical, intestinal e sexual, dificuldade de aprendizagem e risco de desajuste psicossocial. O tratamento de crianças com mielomeningocele requer intervenção clínica e cirúrgica precoce. A cirurgia de correção da mielomeningocele tem como finalidade diminuir a exposição da medula espinhal e raízes ao meio ambiente e a perda liquórica, o que possibilita a reparação nervosa e melhora funcional. Os maiores problemas estão relacionados com a possibilidade de levantar, deambular e controlar voluntariamente os sistemas vesical e intestinal (FERREIRA et al.,2018).

Há de se ressaltar a influência do nível da lesão sobre a manifestação clínica apresentada, diante disto a fisioterapia irá atuar de acordo com o transtorno que a doença causou. Mas sempre com o intuito de prevenir e aumentar o grau de independência funcional da criança.

São utilizados como tratamento: exercícios; alongamento que apresentam o tônus normal ou aumentado, devido à sua tendência à retração, tração, massoterapia, mobilizações, órteses, treino de equilíbrio e ficar em pé. São inúmeras formas de tratamento do paciente acometido pela mielomeningocele esse tratamento é ofertado de forma multidisciplinar, dada a complexidade dos acometimentos gerados por esta patologia (SANTOS et al., 2010).

OBJETIVO

Examinar os métodos beneficiários da fisioterapia e como ela atua nos pacientes portadores de mielomenigocele

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura no período de 2000 a 2017, realizada no mês de agosto do corrente ano, nas plataformas PubMed, SciELO e Google Acadêmico. A partir dos seguintes relatores: “Mielomeningocele” e “Atuação da fisioterapia na mielomenigocele”. Foram identificados 22 artigos diretamente em concomitância ao tema, sendo utilizados 8 a partir dos critérios de busca. A pesquisa foi restrita aos idiomas português e inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para Viega (2013), a fisioterapia se mostra um instrumento de extrema importância ao portador de mielomeningocele, sobretudo na faixa etária de zero a cinco anos, pois, é nessa fase que acontece o desenvolvimento motor mais intensamente.

O tratamento fisioterapêutico, de elevada importância na recuperação dos sintomas instalados, que tem como objetivos, promover independência funcional, prevenir deformidades secundárias, prevenir úlceras de decúbito, prevenir deficiências cognitivas secundárias, corrigir deformidades, promover aprendizado das habilidades motoras, ajustes posturais, deambulação independente ou treinamento do uso de cadeira de rodas, fortalecimento muscular (SANTOS, 2010).

No período Neonatal, que vai ser avaliar: sensibilidade, motricidade, postura em repouso, vai ser trabalhado estímulos, movimentos ativos, anormalidades, deformidades e reflexos, para programar um programa de reabilitação adequado. No período pré-escolar, fisioterapeuta vai fazer com que a criança tenha independência funcional muscular. Estratégias como, colocar a criança em posição ortostática, ainda que a marcha não seja atingida. No período escolar, criança pode preferir usar a cadeira de rodas para facilitar seu deslocamento, e desse modo, cabe ao fisioterapeuta ensinar-lhe as habilidades necessárias para a sua independência.

A incontinência e controle vesical desses pacientes se isso ocorrer deve-se treinar a criança para a realização da drenagem vesical. O treinamento da evacuação também bem sucedido, pois o paciente passa a ser capaz de evacuar em intervalos regulares. Na adolescência e fase adulta vai ser implantada o uso de órteses e orientações multidisciplinar (SANTOS, 2010).

Recursos utilizados na fisioterapia são: Hidroterapia, que é indicada no sentido de proporcionar alívio do espasmo muscular, melhorar a circulação sanguínea, reeducar os músculos, aumentar a amplitude de movimentos, fortalecer os músculos.

A cinesioterapia, que são exercícios que podem ser aplicados ativamente ou passivamente, vai depender do paciente. (RIELLY, 2011).

A Equoterapia, método terapêutico e educacional que o elemento ativo é o cavalo, essa técnica possibilita vivenciar inúmeros acontecimentos simultaneamente, envolvendo movimentos de mãos, pés e panturrilha, bem como, trabalha disciplina e educação (SIQUEIRA 2010).

A Estimulação precoce de 0 a 5 anos, atua desde o nascimento da criança que vai sendo acompanhada ate os 5 anos de idade é utilizada de forma preventiva, pode evitar déficits psicomotores e vem sendo substituída por Estimulação Essencial ao desenvolvimento. Ou seja, ao passar das fases da criança vai tendo acompanhamento e tratamento específico como foi falado anteriormente (CABRAL, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia abrange uma gama de recursos para o tratamento da mielomeningocele, sendo bastante eficaz para essas crianças. Trazendo benefícios desde o nascimento e acompanhamento até a fase adulta. É importante priorizar os recursos fisioterapêuticos tais como: hidroterapia, cinesioterapia, equoterapia e estimulação precoce, pois estão dentro dos fatores de acompanhamento dessas crianças, pois são esses recursos que vão atuar de forma positiva no desenvolvimento dessas crianças portadoras de mielomeningocele.

PALAVRAS-CHAVES: Mielomienigocele; Fisioterapia; Benefícios.

REFERÊNCIAS

COLLAGE, L; et al. **Desempenho funcional de crianças com mielomeningocele.** Santos-SP, 2008.

SANTOS, Azevedo, FABIANA. **Avaliação da Abordagem Fisioterapêutica no Tratamento de Paciente Pediátrico Portador de Mielomeningocele.** Vassouras, 2010. 6p.

FERREIRA, F., et al., **Independência funcional de crianças de um a quatro anos com mielomeningocele.** São Paulo-SP, 2017.

ROCCO, F., et al, **Perfil dos pacientes com mielomeningocele da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) em São Paulo – SP, Brasil.** São Paulo-SP, 2007.

FERREIRA, R., et al., **Independência funcional de crianças de um a quatro anos com mielomeningocele.** Fisioter Pesqui, 2017.

BELIVACQUA, Silva, N., PEDREIRA, Denise, L, A., **Cirurgia fetal endoscópica para correção de mielomeningocele: passado, presente e futuro.** São Paulo-SP, 2015.
SANTOS, Carlos, M,T., et al., **Reabilitação da mielomeningocele.** 2007.

VIEGA, Delia, P., **Estimulação no desenvolvimento precoce em crianças de 0 a 5 anos com mielomeningocele.** Arquimeires-RO, 2013.

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES DO TRATO URINÁRIO INFANTIL: REVISÃO DE LITERATURA

Luana Karla Nóbrega de Medeiros[1]; Valter Richardson da Silva Costa[1]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[2].

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: luanakarla.jesus@hotmail.com;
[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: valtersl@hotmail.com;
[2] Professora Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O extravio de urina em crianças é uma circunstância habitualmente designada na prática clínica pediátrica. Essa disfunção meramente é levada em consideração quando associada às infecções do trato urinário inferior (ITUI), principalmente as de repetição, pelo fato de refletirem grande risco para o trato urinário superior e a saúde em geral. Trata-se de um problema de ordem social, que pode propiciar isolamento da criança em relação a outras crianças ou aos próprios familiares (ROBINSON et al., 2014).

De acordo com Rodríguez (2004) a disfunção do trato urinário inferior (DTUI) indica uma função vesical anormal para a idade da criança, se estabelecendo como um distúrbio no período de enchimento ou esvaziamento vesical, cuja origem pode ser neurogênica, miogênica ou funcional, mas nem sempre sintomática. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia do tratamento fisioterapêutico nas disfunções do trato urinário infantil.

REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme a Sociedade Internacional de Continência Infantil (ICCS) as crianças até os quatro anos de idade devem ter conseguido a continência urinária diurna, e até os cinco anos a continência urinária noturna. Devido à existência de causas desconhecidas, em algumas crianças pode ocorrer o retardo do amadurecimento neurofisiológico das vias da micção. (NEVÉUS, 2006).

Na criança, quando ocasionado um atraso do alcance da inibição cortical responsável por inibir o músculo detrusor, no decorrer da fase de enchimento vesical a ampliação exacerbada da pressão no centro da bexiga pode gerar o principio dos sintomas como urgência, urge-incontinência e enurese noturna. Desta forma, estas contrações não inibidas do músculo detrusor de maneira obstinada provocam hipertrofia do músculo da bexiga, redução da capacidade funcional e elevação da instabilidade vesical (FRANCO, 2007).

Nevéus (2006) aborda que o tratamento dos pacientes com disfunção urinária pode ser farmacológico e/ou cirúrgico, treinamento com alarmes, uroterapia, no qual tanto as crianças quanto seus pais são instruídos sobre o posicionamento miccional, prevenção de constipação, hábitos urinários, ingestão de líquidos, preenchimento do diário miccional e o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP), podendo ser seguido ou não por eletroestimulação e biofeedback. Essas modalidades de tratamentos são consideradas seguras e aceitáveis para as crianças, sendo selecionada de acordo com a falha funcional em questão.

No entanto, para obtenção de bons resultados com a terapia conservadora da fisioterapia nessas disfunções, ainda não se tem muita evidência científica de quais técnicas são as mais utilizadas e mais eficazes para tratar a disfunção urinária infantil. A diversidade de técnicas para uma encadeação relativamente pequena de disfunções pode indicar falta de potencialização terapêutica.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica onde se teve como base o GOOGLE ACADÊMICO. Foram encontrados 8 artigos no período de 2008 à 2018, referente a temática, sendo exclusos 4, devido não abordarem sobre o tratamento fisioterapêutico nas disfunções urinárias infantis.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

AUTOR/ANO	TÍTULO	RESULTADOS
CAMPOS, 2008	Estudo comparativo entre tratamento fisioterapêutico e farmacológico em crianças com enurese polissintomática	A fisioterapia associada a mudanças comportamentais conseguiu comprovar sua eficácia nas crianças, sendo assim, uma nova alternativa de tratamento nos casos de perdas urinárias na infância. As crianças que receberam o tratamento fisioterapêutico apresentaram resultados significativamente superiores quando comparado ao farmacológico.
DE ALCANTARA, 2015	Estimulação elétrica nervosa transcutânea para tratamento de urgência ou urge-incontinência	A eletroestimulação realizada em duas sessões semanais demonstrou efetividade e metade dos pacientes

	urinária em crianças e adolescentes: ensaio clínico fase II	apresentou regressão da incontinência urinária a partir da 12ª sessão, porém, é necessário maior número de pacientes para confirmação dos resultados obtidos.
HALATE, 2017	Fisioterapia na disfunção urinária infantil: revisão sistemática da literatura nacional	Dentre as técnicas mais utilizadas estão TMAP, a uroterapia e a eletroestimulação, de forma isolada ou associadas como exercícios de propriocepção e de conscientização do assoalho pélvico com a terapia comportamental e treino miccional, tanto para tratamento da DTUI infantil de origem neurogênica ou não-neurogênica, apresentando resultados promissores e encorajando o uso dos mesmos na pratica clinica.
LATORRE, 2018	Fisioterapia na disfunção miccional infantil: revisão sistemática	A uroterapia comportamental é largamente utilizada no tratamento da disfunção miccional infantil, no entanto quando associada à fisioterapia do assoalho pélvico, especialmente com biofeedback, apresenta resultados mais significativos.

PALAVRAS-CHAVE:

Disfunções; Trato urinário infantil; Fisioterapia.

CONCLUSÃO

Pode-se observar no presente estudo uma elevada escassez de embasamento cientifico nessa temática, tendo em vista que a Fisioterapia tem apresentado resultados significativos sobre as disfunções do trato urinário infantil, principalmente quando tratado precocemente.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Renata Martins et al. Estudo comparativo entre tratamento fisioterapeutico e farmacologico em crianças com enurese polissintomatica. 2008.

DE ALCANTARA, Amanda Carolina Almeida et al. Estimulação elétrica nervosa transcutânea para tratamento de urgência ou urge-incontinência urinária em crianças e

adolescentes: ensaio clínico fase II. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 3, p. 422-426, 2015.

FRANCO, Israel. Overactive bladder in children. Part 1: pathophysiology. **The Journal of urology**, v. 178, n. 3, p. 761-768, 2007.

HALATE, Mayara Vieira Souza; NUNES, Erica Feio Carneiro; LATORRE, Gustavo Fernando Sutter. Fisioterapia na disfunção urinária infantil: revisão sistemática da literatura nacional. **Ciência em Movimento**, v. 19, n. 38, p. 47-53.

Latorre GFS, Barbosa RP, Lahera T, Nunes EFC. Fisioterapia na disfunção miccional infantil: revisão sistemática. **Rev Ciênc Méd**. 2018;27(1):47-57. http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a3841

NEVÉUS, Tryggve et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. **The Journal of urology**, v. 176, n. 1, p. 314-324, 2006.

ROBINSON, Joan L. et al. Urinary tract infections in infants and children: diagnosis and management. **Paediatrics & child health**, v. 19, n. 6, p. 315-319, 2014.

RODRÍGUEZ, Eugenio. Las disfunciones miccionales en la infancia. **Revista chilena de pediatría**, v. 75, n. 6, p. 512-519, 2004.

A ULTILIZAÇÃO DA PSICOMOTRICIDADE NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE DOWN

Márcia Kaiane Vieira De Sousa[1]; Junior César de Lucena Barros[2]; Maria de Fatima Luana Leite de Oliveira[2]; Elayne Batista Pereira[2]; Samara Campos de Assis[3]

[1] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia; kayane_kaay@outlook.com
[3]Professora, Mestranda do Curso de Bacharelado em Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é o distúrbio cromossômico mais comum e a principal causa de deficiência mental congênita, o qual trás grandes riscos de patologias associadas ao indivíduo. A criança com esta síndrome apresenta um déficit cognitivo, com dificuldade de abstração, em fazer associações e conclusões que dependam de raciocínio e matemática. Cabe ressaltar que é de suma importância o trabalho terapêutico para o desenvolvimento cognitivo, na aprendizagem, no déficit de cognição, adaptação, socialização, autonomia, autoestima entre outros (Schwartzman ,1999).

REFERENCIAL TEORICO

A síndrome de Down (SD), ou trissomia do cromossomo 21, é caracterizada como uma condição genética, que leva seu portador a apresentar uma série de características físicas e mentais específicas. (GONÇALVES, 2003, p.01)

E que causa deficiência mental em graus variados, ocorrendo em 1 a cada 691 nascimentos. O diagnóstico geralmente é realizado pelos achados fenotípicos, ou melhor, pela aparência facial. De fato, é a associação de sinais discretos observados na face dos pacientes que permitem o diagnóstico, principalmente nos recém nascidos. Porém, para não haver dúvidas, o diagnóstico definitivo é alcançado com o estudo cariótipo. (TOLMIE, 1996, p.02). Os indivíduos com SD têm um perfil cognitivo e comportamental distintos. Eles também têm uma frequência mais alta de quadros clínicos associados, inclusive defeitos cardíacos congênitos, defeitos gastrointestinais e anormalidades tireoidianas, hematológicas, auditivas e visuais.

Por isso o acompanhamento fisioterapêutico com o importante papel de fornecer, em especial, o desenvolvimento mental e motor, proporcionando maior longevidade e melhor qualidade de vida.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo enfatizar importância do tratamento fisioterapêutico, detectando a possibilidade do profissional fisioterapeuta auxiliar no processo de desenvolvimento da criança com Síndrome de Down em todos os seus aspectos, e da psicomotricidade em crianças portadoras de síndrome de Down.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de Agosto de 2018, iniciado com busca por artigos na plataforma Scielo e Bireme, utilizando como descritor o termo psicomotricidade, síndrome de Down, fisioterapia. Foram selecionados Oito artigos escritos em língua portuguesa, publicados nos últimos dez anos, de modo que foram filtrados quatro artigos para compor a amostra. Os artigos foram lidos e seus resultados avaliados e descritos conforme a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Título	Autor(es)	Ano	Resultado
PSICOMOTRICIDADE PARA CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN	CASTRO, C. H. F. de; LIMA, S. R	2013	Esse protocolo adotado por Godzicki, Silva e Blume (2010) utilizou como amostra somente crianças com Síndrome de Down e apenas um tipo de ação motora, o sentar independente. Já o trabalho de Basso (2011) utilizou um programa de intervenção composto por várias atividades e envolveu no grupo outras crianças com deficiência, além da Síndrome de Down. O único trabalho que realizou um programa de atividades psicomotoras para um grupo composto, inteiramente por crianças com Síndrome de Down, foi feito pelos autores Santos, Weiss e Almeida, 2010. Este fato justifica a carência de programas de intervenção que inclua vários elementos psicomotores e voltados, especificamente, a criança com Síndrome de Down.

A PSICOMOTRICIDADE UTILIZANDO A TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS COMO RECURSO EM ADOLESCENTE DOWN: UM ESTUDO DE CASO	PRIANTI, S. M.; CABANAS, A.		Avaliações/reavaliações demonstraram um ganho pequeno, quantitativamente em áreas como lateralização, cognição, aspectos psicofuncionais, reintegração terapêutica, linguagem e dificuldade de expressão, praxia fina. Em outras áreas há um ganho quantitativo e qualitativo num nível bom, como em EIC, verificado através dos desenhos da figura humana realizados. Na equilibração há uma melhora na qualidade dos movimentos verificados através de fotos; o antes e o depois no andar com chinelo Toc-Toc e o pular corda – antes não conseguia passar a corda pela cabeça.
A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOMOTRICIDADE EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN	SOUSA, C. M. C. de A.	2014	As principais descobertas dos estudos que descrevem o desenvolvimento motor de bebês com síndrome de Down incluem: atrasos no surgimento e inibição dos reflexos primitivos e posturais, hipotonia e hiperflexia e atrasos substanciais no alcance dos marcos motores.O conjunto das aptidões motoras, sociais e cognitivas permite à criança explorar o universo de maneira mais organizada. Logo, um atraso no desenvolvimento motor da criança pode se relacionar com um atraso nos demais campos, incluindo a estruturação da inteligência sensório motor.
Intervenção Fisioterapêutica na Síndrome de Down	JANAINA, H.; ROCHA, L.; KALANE, M.; CAMELO, N. S.; LIMA, W.; CARVALHO, L.		A fisioterapia respiratória atua na prevenção e tra tamento, usa recursos terapêuticos que visam o conforto respiratório do paciente. Fazendo manutenção de higiene brônquica, prevenindo complicações por hipersecreção que podem acarretarprejuízo à ventilação da criança.Massagens com o vibrador ou com as mãos ajudam a dar maior tonicidade na musculatura orofacial. Brinquedos coloridos e sonoros estimulam a visão, a audiçãoe a coordenação de movimentos no bebê. A hidroterapia poderá ser útil aos portadores da SD, pois o ganho de força muscular para pacientes com Síndrome de Down pode ser conseguido através da resistência da água ao movimento, o que pode ser incrementado com o aumento da velocidade durante a execução destes e, consequentemente possibilitar o trabalho muscular.O trabalho de fortalecimento e equilíbrio muscular e determinadas posturas pode utilizar a turbulência da água, provocada em diferentes velocidades, permitindo o desafio do equilíbrio para diferentes tipos de déficits motores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto que o tratamento fisioterapêutico associado a psicomotricidade, têm grande eficácia em pacientes com síndrome de down. Desta forma nos estudos observados mostram um considerável aumento do equilíbrio, ganhos motores e correção no atraso neuropsicomotor, além de prevenção de complicações pulmonares e melhora na qualidade de vida do indivíduo, sendo assim aconselha-se mais estudos com um banco de dados maior.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down; Fisioterapia; Psicomotricidade**.**

REFERÊNCIAS

CASTRO, C. H. F. de; LIMA, S. R. Psicomotricidade para crianças com Síndrome de Down. **Anais...** XVIII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE) V Congresso Internacional de Ciências do Esporte (CONICE), Brasília-DF. 2013, p. 1-3.

JANAINA, H.; ROCHA, L.; KALANE, M.; CAMELO, N. S.; LIMA, W.; CARVALHO, L. **Intervenção Fisioterapêutica na Síndrome de Down,** p. 1-10.

PRIANTI, S. M.; CABANAS, A. A Psicomotricidade utilizando a terapia assistida por animais como recurso em adolescente Down: um estudo de caso. **Anais...** XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, p. 1736 – 1739.

SAMPAIO, P. L. G.; FRNAKLIN, D. V.; FREIRE, K. L. M.; PEDROSO, N. de S. Perfil motor de crianças com Síndrome de Down entre 08 e 11 anos de idade na APAE de Santarém/PA. Fed**. Nac. das Apaes** - Fenapaes Brasília/DF, v. 1, n. 2, p. 37 – 54, 2013.

SOUSA, C. M. C. de A. **A contribuição da psicomotricidade em crianças com Síndrome de Down.** 2014. 66f. Monografia (Licenciatura em Educação Física a Distância) - Universidade de Brasília – FEF EAD/UNB, Piritiba- Ba, 2014.

PILATES COMO AUXÍLIO MOTOR DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Ana Catarina Sampaio Lucena[1]; Bárbara Maevelly da Silva Borges[2]; Bervely Lima Nunes[2]; Mariana Candeia de M. Gonçalves[2];
Aline Guimarães Carvalho[3].

[1,2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia;
[3] Professora mestre do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

O Pilates é um método composto por exercícios físicos e alongamentos que utilizam o peso do próprio corpo na sua execução. Além disso, ele é também uma técnica de reeducação do movimento que visa trabalhar todo o corpo, trazendo equilíbrio muscular e mental. Esse Método trabalha vários grupos musculares ao mesmo tempo, através de movimentos suaves e contínuos, com ênfase na concentração, no fortalecimento e na estabilização dos músculos centrais do corpo (abdômen, coluna e pelve).

A síndrome de Down é uma alteração genética produzida pela presença de um cromossomo a mais no par 21. Esta modificação genética afeta o desenvolvimento do indivíduo, determinando algumas características físicas e cognitivas. As pessoas com esta alteração devem praticar atividade física para seu bem-estar físico e emocional. Em relação ao prognóstico, verifica-se que a prevalência da condição tem aumentado na população geral em consequência do aumento de sua sobrevida. Tratamentos e terapias, em especial a estimulação precoce com fisioterapia e fonoterapia, mostram uma inequívoca contribuição para melhor desenvolvimento e desempenho social do portador da síndrome de Down.

È examente por meio dessa estimulação precoce com fisioterapia que o pilates se encaixa. O mesmo ajuda no desenvolvimento da capacidade motora das crianças com Sindrome de Down, ajudando-as a se desenvolver e facilitando suas AVD (atividades de vida diárias).

OBJETIVOS

Gerais: Melhora da capacidade motora e cognitiva das crianças portadoras da Síndrome de Down;

Específicas: Facilitar as atividades de vida diárias; melhora das funções cognitivas das crianças; melhora da marcha; estabilização da coluna.

METODOLOGIA

O objetivo é utilizar exercícios físicos e alongamentos com o peso do próprio corpo na sua execução. Além disso, visa promover uma reeducação do movimento, trabalhando todo o corpo. Com isso, busca trazer equilíbrio muscular e mental as crianças portadoras da Síndrome de Down.

Por meio do Pilates, os fisioterapeutas promoveriam uma maior capacidade motora e cognitiva das ações destes indivíduos, melhorando assim diversas atividades de vida diária e consequentemente sua integração no âmbito social.

Para chegar este método o autor e os coautores buscaram a apresentação direta e simplificada do tema visando chamar a atenção dos leitores e despertar neles o interesse pelo tema proposto.

RESULTADOS

O Comitê da Organização Mundial da Saúde enfatiza a importância dos procedimentos de intervenção precoce no desenvolvimento da criança com síndrome de Down e outras deficiências. Ludlow e Allen e Coriat et al estudaram o efeito da estimulação psicomotora sobre o QI de crianças com síndrome de Down, comparadas a grupos controle com a mesma síndrome e evolução espontânea. As duas investigações foram semelhantes em metodologia e os resultados mostram diferenças significativas entre os dois grupos estudados, favorecendo o desenvolvimento das crianças estimuladas. Ludlow e Allen verificaram QI médio de 82,7 no grupo estimulado e 66,4 nos controles. Além disso, as crianças estimuladas foram mais facilmente integradas na pré–escola e o acompanhamento escolar nos cinco anos posteriores mostra que uma proporção considerável continuou os estudos em escolas regulares (40% em relação a 29% no grupo controle), não obstante a resistência dos professores em aceitar crianças Down em suas classes.

Tais estudos referidos nessas pesquisas permitem elaborar a hipótese de que, por meio da experiência ativa obtida por estimulação, pode ser construído um novo padrão de comportamento em pessoas com síndrome de Down, levando a modificações funcionais.

CONCLUSÃO

O avanço do desenvolvimento motor da criança portadora de Síndrome de Dawn é possível devido ao auxílio exercido pelo pilates na fase inicial da doença, na infancia. Já que o método utilizado pelo mesmo é formado por seis princípios: concentração, controle, centramento, movimento fluído, respiração e precisão, incluindo exercícios no solo ou em aparelhos específicos.

Os exercícios do método produzem contrações musculares tanto concêntricas quanto

excêntricas, mas principalmente isométricas, do chamado "powerhouse", centro de força do corpo, formado por músculos do abdômen, glúteos e paravertebrais da coluna lombar. Gerando assim um impulso no desenvolvimento motor da criança portado da trissomia no cromossomo 21.

PALAVRAS-CHAVE: Auxílio motor; Infantil; Pilates; Síndrome de Down

REFERÊNCIAS

Cooley WC, Graham JM. Down syndrome: An update and review for the primary pediatriacian. Clin Pediat 1991;30:233-53.

Coriat LF, Theslenco L, Wakman J. The effects of psycho-motor stimulation on the IQ of young children with trisomy 21. Proc Inst Cong Int Assoc Sci Study Ment Defic 1968;377.

Down JL. Observations on the ethnic classification of idiots. London Hospital Clinical Lectures and Reports 1886;3:259-62. 2.

Ludlow JR, Allen LM. The effect of early intervention and preschool stimulus on the development of the Down's syndrome child. J Ment Defic Res 1979;23:29-44.

World Health Organization. Organization of services of the mentally retarded. Geneva: WHO; 1968. [Technical Report Series; 392]

World Health Organization. The mentally subnormal child. Geneva: WHO; 1954. [Technical Report Series; 75]

RELAÇÃO ENTRE A FISIOTERAPIA E O DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Thaciele de Medeiros Leal[1]; Mateus Clementino Holanda da Silva[2]; Stephany dos Santos Dantas de Araújo[2]; Karolaine Fernandes dos Santos Melo[2]; Samara Campos de Assis[3]

[1,2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; thaciele.leal2@gmail.com;
[3] Professora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia

INTRODUÇÃO

A síndrome de Down (SD) é uma anomalia cromossômica mais frequente, devido principalmente a trissomia do cromossomo 21 e tem como características essenciais o retardo mental, dismorfias (braquicefalia, inclinação palpebral superior, epicanto, achatamento de base nasal, protrusão da língua, prega única palmar, dentre outras), e hipotonia muscular de intensidade variável, que pode afetar de diversas maneiras o desenvolvimento neuropsicomotor de seus portadores (RIBEIRO et al., 2007). Crianças portadoras da (SD) apresentam um déficit de desenvolvimento quando comparadas a crianças sem qualquer tipo de síndrome ou patologia associada (HASEGAWA et al., 2018). O desenvolvimento motor está relacionado a movimentos essenciais como: levantar a cabeça, rolar, sentar-se, ficar em pé, andar, correr, pular e escalar, sendo o desenvolvimento um processo contínuo realizado de acordo com as necessidades de cada tarefa a ser desempenhada, sendo este diferente para cada indivíduo (AVELAR,2005). Esse desenvolvimento depende da biologia, do comportamento e do ambiente e não apenas da maturação do sistema nervoso, à medida que a criança adquire comportamentos motores ela experimenta sensações que lhe são próprias (VICTOR DA FONSECA, 1998). O tratamento fisioterapêutico está voltado para a elaboração de sugestões que estejam de acordo com as necessidades do paciente e com as dificuldades referentes às adequações posturais frequentes na Síndrome de Down, como os atrasos motores, principalmente o sentar e o ficar em pé (TORQUATO, et al., 2013)

REFERENCIAL TEÓRICO

A Síndrome de Down (SD), tem como principais características físicas faciais a braquicefalia (diâmetro fronto-occipital bastante reduzido), fissuras nas pálpebras inclinadas superiormente, pregas epicânticas (pregas de pele que cobrem os cantos interiores das pálpebras), tais como os asiáticos, base do nariz chata, face com diminuição definida na

atividade de formação de tecidos em sua porção medial e sua língua é hipotônica e levemente deslocada para frente (TRINDADE, NASCIMENTO; 2016). Há uma enorme dificuldade nos dias atuais para que as crianças mantenham o interesse pelas brincadeiras que auxiliariam o seu desenvolvimento motor. Esse desinteresse se deve muito por conta das tecnologias atuais cada vez mais adiantadas (videogames, computadores, entre outros aparatos eletrônicos) que são inseridas cada vez mais cedo na infância e contribuem negativamente para a aquisição e aperfeiçoamento de habilidades motoras, principalmente motricidade grossa (RODRIGUES, et al; 2013). Oliveira (2014), salienta que crianças com SD tendem a apresentar déficits motores, fazendo-se necessárias diferentes intervenções, podendo influenciar positivamente no desenvolvimento de habilidades motoras. Fica evidente, que a pratica de atividades físicas podem contribuir para trabalhos em grupo e a exploração de diversos movimentos, além de estimular a expressão corporal de forma lúdica, com jogos e brincadeiras que favoreçam o domínio psicomotor (SOUZA; 2014). A fisioterapia se propõe realizar treino de marcha, mudanças posturais, equilíbrio estático e dinâmico mediante técnicas e recursos específicos em solo (TORQUATO, et al., 2013). Os mesmos autores relatam que o fato das crianças repetirem e praticarem as atividades motoras durante a sua movimentação espontânea de interação com o meio ambiente contribui para a formação dos mecanismos plásticos do SNC e reforça seus engramas motores para a função que está sendo estimulada.

OBJETIVO

Abordar a atuação da fisioterapia no desenvolvimento da criança com síndrome de Down.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão de literatura na qual foram utilizados como base artigos científicos que relataram a intervenção fisioterapêutica em crianças portadoras da síndrome, bem como artigos que discorriam sobre a necessidade da intervenção fisioterapêutica nessa população. Livros que acrescentaram ao estudo por abordar o tema tratado também foram utilizados como fonte. Os artigos utilizados para enriquecimento dos resultados da pesquisa encaixam-se na maioria entre os anos de 2013 e 2018.

RESULTADOS

Clinicamente a Síndrome de Down é caracterizada por atraso mental, hipotonia em diversos graus, que prejudicam o desenvolvimento do esquema corporal e apresentam alterações no equilíbrio, noção espacial, coordenação motora e na marcha (LEITE, et al; 2018). O desenvolvimento motor é um processo contínuo e demorado e, pelo fato de as mudanças mais acentuadas ocorrerem nos primeiros anos de vida, existe uma tendência em se considerar o aprendizado do desenvolvimento motor como sendo apenas o estudo da criança, basicamente pela aquisição, estabilização e diversificação das habilidades básicas (TORQUATO, et al; 2013). O déficit no controle postural da criança com SD pode afetar a vivência de novas experiências, por conseguinte interferir no seu desenvolvimento global, inclusive no processo de aprendizagem. A promoção de estímulos ao desenvolvimento motor da criança com SD, portanto, com ênfase na aquisição e melhora do controle postural, é fundamental (LEITE, et al; 2018). O desempenho inferior das crianças com SD em relação às crianças sem a síndrome, tanto para a força de preensão quanto para a destreza manual, pode ter sido influenciado por fatores como déficit intelectual, hipotonia, crescimento físico que cessa mais cedo, resultando em pequena estatura e características antropométricas da mão (PRIOSTI et al., 2013).

CONCLUSÃO

Ao final da pesquisa, concluiu-se que a atuação da fisioterapia é essencial para um bom desenvolvimento dessa população, proporcionando através do estudo da síndrome, uma melhor qualidade de vida a essas crianças. Um indivíduo bem estimulado de fato terá mais chances de atingir objetivos impostos.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças; Síndrome de Down; Fisioterapia; Desenvolvimento motor.

REFERÊNCIAS

TORQUATO, Jamili Anbar et al . A aquisição da motricidade em crianças portadoras de Síndrome de Down que realizam fisioterapia ou praticam equoterapia. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 26, n. 3, p. 515-525, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000300005.

LEITE, Jessica Cristina et al . Controle Postural em Crianças com Síndrome de Down: Avaliação do Equilíbrio e da Mobilidade Funcional. **Rev. bras. educ. espec.**, Bauru , v. 24, n. 2, p. 173-182, abr. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382018000200173&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382418000200002.

TRINDADE, André Soares; NASCIMENTO, Marcos Antonio do. Avaliação do Desenvolvimento Motor em Crianças com Síndrome de Down. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília , v. 22, n. 4, p. 577-588, dez. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382016000400577&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382216000400008.

FONSECA, V da. Psicomotricidade: filogênese, ontegênese e retrogênese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

AVELAR, L.C. A Psicomotricidade e o desenvolvimento infantil. Monografia, Pós graduação Lato Sensu. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2005.

RIBEIRO, C, T, M. et al., Perfil do atendimento fisioterapêutico na Síndrome da Down em algumas instituições do município do Rio de Janeiro. Rev Neurocienc 2007;15/2:114–119.

Hasegawa, J. ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. Ciência Atual. Rio de Janeiro. Volume 11, Nº 1. 2018 | inseer.ibict.br/cafsj | Pg. 02-14

A INTERVENÇÃO DO CONCEITO BOBATH NAS CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Maria Ivanira Machado de Oliveira[1], Talita Abrona dos Santos Lima[1],Pedro Paulo Brasílio Alves[1], Laysa Gabrielle silva Medeiros[2], Samara Campos de Assis[2]

[1]Acadêmicas do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos
E-mail: ivaniramoliveira@hotmail.com
[2]Professoras do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é definida como uma lesão ou dano no Sistema Nervoso Central (SNC) ainda em desenvolvimento, de caráter não progressivo podendo acontecer no período pré-natal, perinatal e pós-natal e ocorre devido a uma alteração que afeta o sistema nervoso central, é desencadeada por um transtorno na regulação do tônus e da movimentação da criança (DANTAS et al, 2010).

Sendo uma estratégia bastante utilizada para o tratamento dessa população, o Conceito Bobath apresenta uma abordagem de resolução de problemas em indivíduos com distúrbios de função, movimento e controle postural, visto que, a PC é caracterizada principalmente pela disfunção motora, que ira provocar um alteração no desenvolvimento motor da criança interferindo no desempenho funcional (MILLER e CLARK, 1998).

REFERENCIAL TEORICO

A paralisia cerebral (PC) é caracterizada por uma alteração dos movimentos controlados ou posturais dos pacientes, aparecendo cedo, sendo secundária a uma lesão, danificação ou disfunção do sistema nervoso central (SNC) e não é reconhecido como resultado de uma doença cerebral progressiva ou degenerativa (LEITE, 2014).

O conceito Bobath inclui manuseios específicos para estimular os receptores proprioceptivos articulares e musculares. Esta técnica é identificada por uma maneira reservada de observar, analisar e interpretar o desempenho motor em uma dada tarefa, sempre respeitando a sequência necessária de aquisição de habilidades dentro do progresso neuropsicomotor normal. (DIAS, 2007)

A intervenção com o conceito Bobath objetiva inibir os padrões motores patológicos e facilitar a reaprendizagem dos movimentos apropriados levando o indivíduo a experimentar padrões mais funcionais. Nesse método de reabilitação, o fisioterapeuta auxilia no posicionamento das articulações, corrige posturas erradas e assimetrias do tronco e membros inferiores (VEDOATO; CONDE; PEREIRA, 2008).

OBJETIVOS

Revisar a literatura acerca dos efeitos da aplicação do conceito bobath em crianças acometidas com Paralisia Cerebral.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, realizada através das bases de dados SCIELO, google acadêmico , nos idiomas inglês e português, na qual foi realizada uma pesquisa eletrônica para levantamentos de estudos, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: Método Bobath, Paralisia Cerebral, Benefícios. Foram excluídas as revisões de literatura e estudos que utilizavam termos inespecíficos, ao que se pretendia com a pesquisa.

RESULTADOS

Os artigos pesquisados referem se ao Conceito Neuroevolutivo Bobath, como um método onde os pontos chaves para o controle postural influenciam as respostas motoras automática, modificando movimentos e posturas inadequadas, permitindo que sejam capazes de realizar o movimento de maneira mais correta possível.

Segundo os autores estudados os resultados são perceptíveis pelo surgimento dos padrões de movimento com maior controle e a otimização da execução, resultantes da interação dos sistemas somatossensoriais, vestibular e visual, integrados com a cognição e os fatores ambientais, isto por que a reabilitação segundo o conceito Bobath tem um impacto positivo na redução da espasticidade e na melhora da função motora grossa dos pacientes com PC (MAYSTON, M. J, 2001).

CONCLUSÃO

No presente estudo há indícios de que o Conceito Neuroevolutivo Bobath é eficaz, devido aos resultados positivos na redução da espasticidade, melhora da amplitude de movimento articular e do controle de tronco, favorecendo o desenvolvimento motor de crianças com paralisia cerebral.

PALAVRAS-CHAVE: Conceito Bobath, Benefícios, Paralisia Cerebral.

REFERÊNCIAIS

BOBATH B, Bobath K, **Desenvolvimento Motor nos Diferentes Tipos de Paralisia Cerebral,** 1 ed. São Paulo, Manole, 1989.

BRASILEIRO, I. C.; MOREIRA, T. M. M. **Prevalência de alterações funcionais corpóreas em crianças com paralisia cerebral.** Acta Fisiatr. 2008.

DIAS, AAS**. Revisão bibliográfica sobre o método Bobath – à luz da fisioterapia na encefalopatia crônica da infância tipo diplegia espástica de 0 (zero) a 3 anos**. Rio de janeiro, 2007.

DANTAS, M. S. A. et al. (2010). **Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família.** Texto & Contexto Enfermagem, 19(2), 229-37.
LEITE, Jaqueline Maria Resende Silveira; PRADO, Gilmar Fernandes. **Paralisia cerebral: Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos**.2014.

MAYSTON, M. J. **The Bobath Concept Today**. 2000. _____. **People with cerebral palsy: effects of and perspectives for therapy**. Neural Plast, , 2001.

MILLER, G; CLARK, G. D. **The Cerebral Palsies: causes, consequence and management.** Butterworth-Heinemann, 1998.

VEDOATO, RT; CONDE, AR; PEREIRA, K. **Influência da intervenção fisioterapêutica na função motora grossa de crianças com paralisia cerebral diplégica: estudo de caso**. ConScientiae Saúde, 2008.

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA DOENÇA DE PARKINSON

Palloma Germaynne Soares da Silva[1], Danilo de Lucena Rodrigues[1], Emilly Maria Araújo Olinto[1], Isabelle Savana Freires de Sousa[1], Kamylla Alves Florentino Matias da Silva[1], Felipe Longo Correia de Araújo[2]

[1] Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: pallomasoares97@gmail.com
[2] Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: felipearaujo@fiponline.edu.br

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson é uma afecção crônica e progressiva do sistema nervoso, caracterizada pelos sinais cardinais de rigidez, acinesia, bradicinesia, tremor e instabilidade postural, é a segunda enfermidade neurodegenerativa mais frequente das desordens de movimento, acometendo o sistema nervoso central. (Baumann CR. 2012; O'sullivan SB, et.al 2004),

A fisioterapia é empregada como tratamento adjunto aos medicamentos ou a cirurgia utilizada na DP. A reabilitação deve compreender exercícios motores, treinamento de marcha (sem e com estímulos externos), treinamento das AVD´s, terapia de relaxamento e exercícios respiratórios, outra meta é educar o paciente e a família sobre os benefícios da terapia por exercícios. Devem ser avaliados os sintomas neurológicos, a habilidade para andar, a atividade da vida diária, a qualidade de vida e a integração psíquica. (Nieuwboer A et al.; Kwakkel G., De Goede et al. 2007)

REFERENCIAL TEÓRICO

A doença de Parkinson foi definida pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson, o qual descreveu seis casos de pacientes com "paralisia agitante" que não apresentavam "nenhum prejuízo dos sentidos e do intelecto" (BOTTINO, 2006).

A DP afeta um em cada mil indivíduos acima de 65 anos e um em cada cem após os 75 anos, a maior incidência dos casos se manifestará entre 50-70 anos. Na atualidade, consideram-se como fatores etiológicos mais importantes a combinação de predisposição genética com fatores tóxicos ambientais, ou seja, a chamada "causa multifatorial". (GOULART et al; 2005; CARDOSO et al., 2001).

O tremor é tido como o sintoma inicial da DP, é observado em condições de repouso que diminui ou desaparece com o início de alguma ação, podendo aparecer novamente

quando o paciente mantiver uma ação ou postura mais prolongada. A bradicinesia e acinesia são caracterizadas por uma inabilidade para iniciar e realizar movimentos e a rigidez muscular decorre do aumento da resistência que os músculos oferecem ao movimento passivo, como consequência, os músculos tornam-se mais tensos e contraídos e o doente sente-se rígido e com pouca mobilidade. (Lana RC; et.al 2007; LODOVICI, 2006).

OBJETIVO

Verificar a importância e eficácia da fisioterapia no tratamento de pacientes com a doença de Parkinson.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica com artigos científicos obtidos a partir de dados do Scielo e Google Acadêmico utilizando palavras-chave: Doença de Parkinson, tratamentos, fisioterapia. As buscas foram concentradas em artigos publicados apenas no idioma de português entre os anos de 2007 a 2018. Foram no total de doze artigos, dos quais foram cinco excluídos e sete estavam nos critérios de inclusão da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Kwakkel et al. (2007) fizeram levantamento das publicações sobre reabilitação na DP. Identificaram seis revisões e 23 estudos controlados clínicos envolvendo 1063 pacientes. Concluíram que, houve melhora na postura, balanço, marcha, atividades relacionadas à marcha, porém os sintomas que haviam sido treinados mais intensamente foram os que maios obtiveram bons resultados.

Cardoso e Pereira (2001) concluíram que a diminuição da amplitude torácica foi o fator determinante das alterações respiratórias restritivas dos parkinsonianos, limitando a elevação das estruturas do tórax e a expansibilidade pulmonar. Dessa forma, um programa de fisioterapia respiratória direcionado para o aumento da amplitude torácica promove a melhora da função respiratória e da capacidade funcional desses pacientes.

A intervenção fisioterápica inclui a terapia convencional e ocupacional, terapia com estímulos visuais, auditivos e somato-sensitivos. Os estímulos facilitariam os movimentos, o início e continuação da marcha, o aumento do tamanho dos passos e a redução da freqüência e intensidade dos congelamentos. (Nieuwboer et al. 2001)

A fisioterapia é empregada como tratamento adjunto aos medicamentos ou a cirurgia utilizada na DP. Mesmo assim ainda existem dúvidas acerca deste tratamento coadjuvante. Seu valor subestimado talvez se deva à comparação com o tratamento medicamentoso. (Nieuwboer et al. 2007)

Na intervenção fisioterápica poderiam ser realizados treinamentos em esteira com suporte do peso, treinamento do equilíbrio, treinamento com exercícios de alta intensidade e terapia muscular ativa. Todo o exercício tem como objetivo melhorar a função do movimento, como levantar, andar, sentar, as atividades motoras, bradicinesia, e redução das quedas. (Suchoversky.O et al 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que os exercícios fisioterápicos são de grande importância no tratamento da doença de Parkinson. A fisioterapia tem o intuito de prevenir as incapacidades motoras e favorecer a funcionalidade das AVD´s, buscando retardar o progresso da doença visando sempre a qualidade de vida do portador.

PALAVRAS - CHAVE: Doença de Parkinson; tratamentos; fisioterapia.

REFERÊNCIAS

Baumann CR**. Epidemiology, diagnosis and differential diagnosis in Parkinson's disease tremor, Parkinsonism Relat Disord** [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 23]; 18(1):90-2. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353802011700293 [Links]

BOTTINO, C. **Doença de Parkinson.** Disponível em: <http://www.neurociencias.org.br/Display. Php? Área=Textos texto=Parkinson>. Acesso em: 08/05/2006.

CARDOSO, S. R.; PEREIRA, J. S. **Análise funcional da complacência torácica na doença de Parkinson. Fisioterapia Brasil, v. 2, n. 1, p. 41-46, jan./fev.** 2001. Disponível em: file:///C:/Users/Cliente/Downloads/259-1014-1-PB%20(1).pdf

GOULART, F. et al. **O impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson. Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 1, p. 49-55, out./ dez. 2005. Disponível em: http:// file:///C:/Users/Cliente/Downloads/259-1014-1-PB%20(1).pdf

Kwakkel G.,De Goede, C. J. T.,Vab Wegen, E. E. H. **Impact of physical therapy for Parkinson's disease: a critical review of the literature.** Parkin Relat Disord 2007, 13: 478-87. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n2/a0002.pdf
Lana RC, Alvares LMRS, Nasciutti-prudente C, Goulart FRP, Teixeira salmela LF, Cardoso FE. **Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do pdq-39. Rev Bras Fisioter** 2007; 11:397-402. Disponível em: http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/revisao%2019%2004/570%20revisao.pdf

LODOVICI, P. **A musicoterapia como coadjuvante à doença de Parkinson.** 2006, 224 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-S.P., 2006. Disponível em: http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000004/00000414.pdf
Nieuwboer A et al. **Cue training in the home improves mobility in Parkinson's disease: the RESCUE trial. J Neurol Neurosurga Psychiatr** 2007, 78: 134-40. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n2/a0002.pdf
Nieuwboer A et al. **The effect of a home physiotherapy program for persons with Parkinson's disease. J Rehab Med** 2001: 33: 266-272. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n2/a0002.pdf

O'sullivan SB, Schimitz TJ. **Doença de Parkinson. Fisioterapia: avaliação e tratamento.** São Paulo: Manole, 2004, p.747-73. Disponível em: http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/revisao%2019%2004/570%20revisao.pdf
Suchoversky O et al**. Practice parameter Neuroprotective strategies and alternative therapies for Parkinson disease (an evidence base review).** Neurology 2006, 66: 976-82. Disponível em: http://www.fisiobh.com.br/artigos/Fisioterapia%20Parkinson.pdf

EFEITOS DA FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA MELHORA DO EQUILÍBRIO EM IDOSOS

Francyara Sousa Silva[1]; Gabrielle Dantas de Medeiros Fernandes[2]; Pedro Paulo Basílio Alves[2]; Renata Justino Santana[2], Tacia Geni Rodrigues Dantas Fernandes[2]; Giglielli Modesto Rodrigues Santos [3].

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: francy_gel@hotmail.com
[2]Professora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-FIP. Giglielli Modesto Rodrigues Santos

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem aumentado nos últimos tempos, resultado no declínio das taxas de nascimentos, crescimento da perspectiva de vida, afinando progressivamente a base da pirâmide populacional (OLIVEIRA, 2006).

No processo de envelhecimento os fatores biológicos começam a ficar progressivamente debilitados, como as alterações neuromusculares que incluem o desequilíbrio corporal estático e dinâmico, fraqueza muscular e mobilidade articular (REBELATO, 2006).

O desequilíbrio é um dos fatores que mais restringe a população idosa acarretando na redução da autonomia social, aumento de quedas e fraturas, deixando o idoso com uma capacidade funcional reduzida e limitada (OLIVEIRA, 2013).

A fisioterapia aquática pode recuperar o equilíbrio do idoso com técnicas de adaptação ao meio aquático, alongamento muscular, exercícios para equilíbrio estáticos, dinâmicos e fortalecimento muscular (RESENDE, 2008).

REFERENCIAL TÉORICO

O desequilíbrio é um fator que limita a vida do idoso cerca de 80% dos casos, atribuindo a um comprometimento do sistema de equilíbrio como um todo. Podendo levar os idosos à diminuição de sua autonomia social, reduzindo suas atividades de vida diária, favorecendo a predisposição de quedas e fraturas, ocasionando sofrimento, imobilidade corporal e medo de cair (RUWER, 2005).

Os benefícios da fisioterapia aquática na restauração do equilíbrio do idoso promove redução do impacto acometido as cartilagens, pela técnica de flutuação, exercícios aeróbicos,

capacidade de deambulação rápida, realização completa de movimentos articulares, ganho de resistência respiratória e fortalecimento muscular (CAROMANO, 2001).

Os resultados da fisioterapia aquática são significantes na melhora do equilíbrio do idoso, proporcionando uma melhor prevenção ao risco de quedas. O ambiente aquático se torna ideal, proporcionando suporte e estabilidade, potencializando os efeitos da fisioterapia para a recuperação do equilíbrio do idoso (CARREGARO, 2008).

OBJETIVO

Identificar os efeitos da fisioterapêutica aquática na melhora do equilíbrio em idosos

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas de artigos selecionados na plataforma SCIELO, PUBMED onde, após aplicação dos descritores: “Fisioterapia aquática”, “equilíbrio” e “idoso”, foram encontrados 16 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em línguas portuguesa publicados entre os anos de 2008 e 2017, com temas relacionados efeitos da fisioterapia aquática na melhora do equilíbrio em idosos. Foram excluídos artigos que não possuíam resumo ou abordassem a fisioterapia aquática associada a outra terapêutica para melhora do equilíbrio. Após aplicação dos critérios, 04 (quatro) artigos compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

Tabela I: Resultados obtidos nas análises dos artigos

Titulo	Autor(es)	Ano	Resultados
Efeito de um programa de fisioterapia aquática no equilíbrio e capacidade funcional de idosos.	SIQUEIRA, F.A.	2017	A melhoria no equilíbrio deve-se à atração molecular no meio líquido que, quando posta em movimento, gera uma resistência (viscosidade) que é responsável pelo suporte oferecido aos idosos durante a hidroterapia. Isto sugere uma melhora do equilíbrio dentro da água, o que reflete em uma melhora em solo
Hidroterapia	SOARES, R.R.	2016	A terapia aquática favorece a

como método de tratamento e melhoria de força, flexibilidade e equilíbrio de idosas.			condição de equilíbrio, pois aumenta o aprimoramento das recepção de informação sensorial por esta fora do solo (terra), ativando assim os músculos antigravitacionais para melhora da postura.
Análise da influência do exercício físico em idosos com relação a equilíbrio, marcha e atividade de vida diária.	FIGLIOLINO, J.A.M.	2009	Observar que os idosos praticantes de atividade física apresentam melhor equilíbrio, marcha e independência nas AVD's, possibilitando menos quedas.
Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosas	RESENDE, SM; RASSI, CM	2008	Utilizou a Escala de Equilíbrio de Berg, para traçar um protocolo voltado ao equilíbrio do idoso, o qual mostrou uma resposta significativa para a recuperação do equilíbrio e evitou possíveis quedas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia aquática com suas técnicas tem resposta positiva no equilíbrio da pessoa idosa, evitando possíveis complicações como as quedas, possibilitando o idoso ser mais ativo e ter sua capacidade funciona estabelecida. Entretanto vê a preocupação com novos estudos enfatizados na fisioterapia aquática para que o fisioterapeuta possa da mais qualidade de vida a pessoa idosa.

PALAVRAS CHAVES: Fisioterapia aquática, Equilíbrio e Idoso.

REFERÊNCIAS

CARREGARO, R.L. et al Efeitos fisiológicos e evidências científicas da eficácia da fisioterapia aquática **Rev Movimenta;** Brasília/DF. v. 1, n. 1. 2008. Disponível em < file:///c:/users/franciscofrancinaldo/downloads/efeitos_fisiologicos_e_evidencias_cientificas_da_e.pdf> acesso 24 Set, 2018.

CAROMANO, F.A. et al. Fundamentos da hidroterapia para idosos. **Rev Arq. Ciênc. Saúde Unipar;** São Paulo v. 5, n. 2 Aug 2001. Disponível em<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/1125/988> acesso 24 Set, 2018

FIGLIOLINO, J.A.M. et al . Análise da influência do exercício físico em idosos com relação a equilíbrio, marcha e atividade de vida diária. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 12,n. 2,p. 227-238,Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000200227&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Sept. 2018.

OLIVEIRA, A.P.C. et al. Efeitos da hidroterapia no equilíbrio em idosos: uma revisão bibliográfica narrativa. Repositório institucional, Fev., 2013. Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3850/1/EFEITOS%20DA%20HIDROTERAPIA%20NO%20EQUIL%C3%8DBRIO%20EM%20IDOSOS%20UMA%20REVIS%C3%83O%20.pdf> acesso 24 Set, 2018

OLIVEIRA. J.A. Terceira Idade e Cidade: O envelhecimento populacional no espaço Intra Urbano de Santos. 187f. [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Sociologia, Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Mestrado em Sociologia, 2006

REBELATTO, J.R. et al . Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas.**Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 10, n. 1, p. 127-132, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100017&lng=en&nrm=iso>. acesso 24 Set 2018.

RESENDE, S.M. et al. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosas.**Rev. bras. Fisioter.** São Carlos, v. 12, n. 1,p. 57-63, Feb. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000100011&lng=en&nrm=iso>. acesso 24 Sept.2018.

RUWER, S.L; et al. Equilíbrio no idoso. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**,São Paulo , v. 71,n. 3,p. 298-303, Junho 2005 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000300006&lng=en&nrm=iso>. acesso 24 Set. 2018.

SIQUEIRA, A.F. et al. Efeito de um programa de fisioterapia aquática no equilíbrio e capacidade funcional de idosos **Rev Saúde e Pesquisa**, Maringá/PR v. 10, n. 2, 2017. Disponível em <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5892/3060> acesso 24 Set, 2018

SOARES, A.C.L,. et al. Hidroterapia como método de tratamento e melhoria de força, flexibilidade e equilíbrio de idosos. **Rev Simpac fina**; - Viçosa-MG. v. 8, n. 1, Dez. 2016. Disponível em<https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/684/837> acesso 24 Set, 2018

BENEFÍCIOS DA REALIDADE VIRTUAL EM PACIENTES COM A DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO SISTEMÁTICA.

Flaviana Machado Marinho[1], Gabrielle Nobrega Feitosa[2], Licya Germana de Sousa Rodrigues Araújo [2], Shayna Mirelly de Lucena Alves[2], Aline Guimarães Carvalho[3]

[1].[2] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP.
E-mail: flavianamm17@gmail.com
[3]Docente do curso bacharelado de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma desordem crônica, progressiva e degenerativa do sistema nervoso central (BRAZ et al., 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 1% da população mundial com idade superior a 65 anos possui a doença, que, por sua vez, pode causar tremores, instabilidade postural, rigidez articular, lentidão na execução dos movimentos e entre outros. Desse modo, por ser uma doença neurodegenerativa e afetar principalmente a parte motora do paciente, a realidade virtual — tecnologia computadorizada que simula estímulos do ambiente real para promover uma interação entre indivíduo e máquina a partir de feedback sensorial, cognitivo, psicológico e motor (SAPOSNIK et al., 2010) —mostra-se como uma ferramenta viável de tratamento, já que, poderá promover maior interação das habilidades motoras e cognitivas simultaneamente (POMPEU et al., 2012 apud SANTANA et al., 2015).

REFERENCIAL TEÓRICO

A DP, além de alterações motoras, apresenta sintomas não motores, que, dentre eles estão disfunções neuropsiquiátricas, distúrbios do sono, depressão, algumas disfunções sensoriais e alterações cognitivas, como dificuldades de concentração, atenção, alterações nas funções executivas e memória recente, dificuldades no raciocínio de cálculos e em atividades que requerem orientação espacial (SANTANA et al., 2015). Tendo em vista o comprometimento motor e não motor que pacientes com a DP possuem, é perceptível a necessidade de um método de tratamento que contribua na melhora desses dois fatores agravantes de forma conjunta, assim, a realidade virtual, por meio de jogos, está se mostrando a cada estudo publicado uma ferramenta eficaz que abrange tanto o melhoramento físico quanto cognitivo, já que, as demandas motoras e cognitivas presentes nos jogos exigem que os pacientes treinem habilidades específicas e comprometidas pela doença; outros aspectos dos jogos refletem elementos importantes para o aprendizado motor como a repetição, motivação e retroalimentação e que, possivelmente, potencializaram esse treino; eles também

contam com a presença de elementos facilitadores do movimento, como as pistas visuais e auditivas (MENDES et al., 2015), além de, dispor de capacidade para registrar as medidas objetivas de desempenho e o poder para motivar o paciente a realizar sua capacidade máxima (SANTANA et al., 2015). Todos esses fatores citados, atuam no indivíduo com a DP proporcionando bem-estar, melhora na independência na realização das atividades de vida diária (AVD), do desconforto corporal, da emoção e da comunicação (FONTOURA et al., 2017).

OBJETIVO

Averiguar os efeitos do tratamento com realidade virtual não submersa na qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através de uma revisão literária.

MÉTODOS

Refere-se a uma pesquisa executada a partir da revisão de literaturas, seguindo o processo de procura, análise e seleção de artigos científicos que se associam com o assunto escolhido. A fonte de busca utilizada para a seleção das informações existentes nessa pesquisa foi a internet, por meio da biblioteca virtual SciElo, da revista Acta Fisiatrica e o site Portal Saúde. Os termos aplicados para chegar nos artigos científicos fixados foram “Doença de Parkinson”, “Realidade virtual”, “Qualidade de vida”, “Aprendizagem” e “Terapia de exposição à realidade virtual”. Por fim, foram revisados quinze artigos científicos, dos quais seis auxiliaram como base para o crescimento desse trabalho.

RESULTADOS

Na pesquisa de Mendes et al. (2015), foram relatadas melhoras significativas nas pontuações de escalas clínicas que avaliam aspectos de marcha e/ou equilíbrio. Os pacientes mostraram elevadas taxas de melhora nos desempenhos nos jogos selecionados, o que sugere que os jogos utilizados provavelmente apresentam alto potencial terapêutico. Nos estudos de Santana et al. (2015), o tratamento com realidade virtual não imersiva melhorou a qualidade de vida dos idosos com doença de Parkinson, com ênfase para a percepção de qualidade de vida relacionada ao bem-estar emocional e estigma, seguidos de mobilidade e cognição. Já na pesquisa de Fontoura et al. (2017), foi observado melhora significativa no domínio das AVD, redução na incapacidade motora, especialmente nos itens de rigidez e flexibilidade dos membros inferiores.

CONCLUSÃO

Nesse estudo, conclui-se que, a utilização da realidade virtual como um recurso adicional na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson é válida, devido melhora significativa no quadro clínico dos pacientes relatados nos artigos científicos, que serviram de embasamento para o presente resumo expandido.

PALAVRAS-CHAVE

Doença de Parkinson. Realidade virtual. Qualidade de vida. Aprendizagem.

REFERÊNCIAS

BRAZ, N. F.T. et al. Eficácia do Nintendo Wii em desfechos funcionais e de saúde de indivíduos com doença de Parkinson: uma revisão sistemática. Revista Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo: v. 25, n. 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17131825012018>. Acessado em: 17/09/2018.**

FONTOURA. V. C. B. et al. Papel da reabilitação com realidade virtual na capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson. **Revista Acta Fisiátrica**. Pernambuco: v. 24, n. 2, 2017. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20170017>. Acessado em: 17/09/2018.

MENDES,F. A. S. et al. Pacientes com a Doença de Parkinson são capazes de melhorar seu desempenho em tarefas virtuais do Xbox Kinect®: uma série de casos. Revista Motricidade**. Portugal. v. 11, n. 3, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.3805>. Acessado em: 17/09/2018.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacientes com Parkinson contarão com novos medicamentos no SUS. Brasília: 2017. Disponível em: < http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41873-pacientes-com-parkinson-contarao-com-novos-medicamentos-no-sus http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2014/10/conheca-os-sintomas-do-mal-de-parkinson> . Acessado em: 17/09/2018.

SANTANA, C. M. F. et al. Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: v. 18, n. 1, 2015. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14004> . Acessado em: 17/09/2018.

SAPOSNIK, G. et al. Effectiveness of Virtual Reality Using Wii Gaming Technology in Stroke Rehabilitation. **Revista Stroke**. Canadá: V. 41, n. 7, p. 1477-1484. 2010. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.110.584979>. Acessado em: 17/09/2018.

CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE IDOSO: O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA.

Maísa Araujo da Silva[1]; Ana Paula Alves da Costa[1]; Bianca Santos Medeiros[1]; Giglielli Modesto Rodrigues Santos[2]

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
[2] Fisioterapeuta, professora das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

As alterações dos sistemas orgânicos fisiológicos do corpo humano relacionadas à idade são problemas importantes de saúde pública em rápida expansão na população idosa. Uma compreensão das alterações fisiológicas e do seu impacto sobre a função é o primeiro passo crucial para o desenvolvimento de medidas terapêuticas ou preventivas racionais para abordar esses problemas (GUCCIONE, 2002, p. 27).

Essas perturbações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento causam uma perda gradual, que podem iniciar na vida adulta. Os idosos tornam-se cada vez mais limitados na sua capacidade de realizar atividades de vida diária, devido a equilíbrio precário, resistência diminuída, fraqueza generalizadas ou quedas repetidas. (GUCCIONE, 2002, p. 27).

Inúmeros dos nossos idosos envelhecem em condições ideais de autonomia e independência, porém o risco de desenvolvimento de distúrbios agrava com a idade. À medida que a idade se prolonga, um gradativo número de idosos passará por dificuldades acrescidos de autonomia (CARVALHO; MARTINS, 2016).

O envelhecimento dos indivíduos idosos resultou em mudanças no perfil social, físico e psicológico, demandando estratégias e estruturas que beneficiem a atenção e o cuidado dos idosos, tais como: a manutenção dos seus direitos como cidadão, a disponibilidade de fundos públicos à sua saúde e a proteção social, o direito ao lazer, e a introdução de políticas públicas de saúde voltadas aos aspectos paliativos, preventivos e curativos (FREITAS, 2010).

REFERENCIAL TEÓRICO

A Organização Mundial da Saúde define Cuidados Paliativos como: “Medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”. (JÚNIOR; REIS, 2007).

O caráter preventivo é um dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos. Antecipar possíveis complicações é responsabilidade de todos profissionais envolvidos, implementando as medidas preventivas necessárias. A literatura científica afirma a efetividade das técnicas e recursos fisioterapêuticos em inúmeras patologias que são comumente desenvolvidas por idosos que se encontram restritos ao leito por tempo prolongado, como a pneumonia por aspiração, úlceras de pressão, osteoporose, fraturas, fadiga muscular e várias outras (JÚNIOR; REIS, 2007).

O paciente terminal é aquele que está em um nível além da capacidade da terapia curativa e que precisa de um tratamento paliativo tendo como principal objetivo, na geriatria, a presença do paciente em estado terminal se torna cada vez mais frequente, pelo grande número de doenças crônicas nesses pacientes, junto com alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que alteram gradualmente o organismo, tornando mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas (TAMBORELLI, 2010).

OBJETIVO

O referente estudo tem como objetivo demonstrar o papel da fisioterapia nos cuidados paliativos no paciente idoso.

MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de trabalhos científicos, consultados nos seguintes bancos de dados: scielo, bvs (Biblioteca Virtual em Saúde) e google acadêmico. Foram encontrados 1.210 artigos, dos quais, foram selecionados 6 para desenvolver a pesquisa. Tendo como critérios de inclusão: publicações de iniciações científicas e artigos científicos, compreendidos entre o período de 2000 a 2016, que tratassem de intervenção fisioterapêutica. Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: Cuidados paliativos, idoso e fisioterapia geriátrica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fisioterapeuta tem um papel fundamental no controle da dor de pacientes sem possibilidade de cura, podendo utilizar métodos e recursos não invasivos exclusivos de sua

profissão, que são imensamente úteis no controle da dor, fazendo com que sua atuação colabore com o tratamento multiprofissional. (TAMBORELLI et al., 2010).

Segundo Júnior e Reis (2007) a abordagem multidisciplinar é importante para os cuidados paliativos porque implica em demonstrar que nenhuma profissão consegue abranger todos os aspectos envolvidos no tratamento de pacientes terminais, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para promover uma assistência completa.

De acordo com Carvalho e Martins (2016) os profissionais precisam ter uma especial atenção aos doentes terminais e suas famílias, e há uma preocupação maior pela humanização e consciência nas ações tomadas. A necessidade de fornecer mais atenção é considerada importante para o conforto do paciente idoso.

.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na geriatria o papel do fisioterapeuta é ajudar o paciente na manutenção de vida ativa até a morte, treinar habilidades remanescentes, promover atividade corporal, manter a funcionalidade dos pacientes. No entanto, houve totalidade por parte dos autores revisados que poucos estudos fundamentam a prática da fisioterapia junto aos pacientes em fase terminal de suas doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, idoso e fisioterapia geriátrica.

REFERÊNCIAS

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAMBORELLI, V; et al. O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais. **Geriatria & Gerontologia**, v. 4, n. 3, p. 146-153, 2010.

JÚNIOR, L. C. R; REIS, P. E. A. M. Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento**, v. 20, n. 2, p. 127-135, 2007.

CARVALHO, M. S; MARTINS, J. C. A. O Cuidado Paliativo a Idosos Institucionalizados: Vivência dos Ajudantes de Ação Direta. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 745-758, 2016.

FREITAS, D. C. C. V. Vulnerabilidade e resiliência em idosos institucionalizados. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 13, 2010

OS EFEITOS DO MÉTODO PILATES NO APRIMORAMENTO DO EQUILÍBRIO EM IDOSOS

Daiane Fabrícia dos Santos[1]; Camilla de Freitas Lima[1]; Jakelyne Joyce Félix da Silva[1]; Jéssica Domingos de Lucena[1]; Giglielli Modesto Rodrigues Santos[2]

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
Email: daiane.fabricia12@gmail.com
[2] Fisioterapeuta, professora das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no mundo é uma realidade já presente. A estimativa para 2025 é que o Brasil se torne o sexto país do mundo com maior percentual de idosos. Assim, torna-se cada vez mais importante aprofundar conhecimentos em geriatria e a gerontologia, em aspectos que irão facilitar a promoção de saúde e a reabilitação das condições clínicas patológicas ou não, que ocorrem no processo de envelhecimento e poderão, de certa forma, interferir na capacidade funcional do idoso, assim como comprometer seu equilíbrio postural dentre outras funções (PERRACINI, 2009).

A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade) defini equilíbrio como uma das várias funções do corpo humano e que compreende a interação de três sistemas perceptivos: o vestibular, o proprioceptivo e o visual. O primeiro é responsável pelas acelerações e desacelerações angulares rápidas; o proprioceptivo permite a percepção do corpo e membros no espaço e às sensações dos músculos e funções de movimento; e o visual oferece referência para a verticalidade, por possuir duas fontes complementares de informações: a visão, que situa o indivíduo no seu ambiente e a motricidade ocular, que situa o olho na órbita através da coordenação cefálica (PERRACINI, 2009; CRUZ, 2010).

Com o envelhecimento, estes sistemas são afetados e várias etapas do controle postural podem ser suprimidas, diminuindo a capacidade compensatória do sistema, e levando o idoso a um aumento de instabilidade postural (MACIEL et al., 2005).

Com isso, se buscam soluções para diminuir e/ou erradicar esta disfunção que acomete tanto os idosos e, nessa conjuntura, apresenta-se uma nova modalidade de exercitar o corpo como o Pilates, que é baseado num conceito chamado de Contrologia, o qual, abarca o controle consciente dos movimentos musculares físicos através de uma completa coordenação entre corpo, mente e espírito, fazendo uso dos princípios específicos: Concentração, consciência, controle, centro de força, respiração e movimento harmônico (SACCO, 2005; SILVA et al., 2009).

REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento consiste na degeneração progressiva dos sistemas corporais, que afeta a capacidade de funcionamento do corpo. Esses fatores contribuem significativamente para a perda de força, flexibilidade, resistência e capacidade cardiorrespiratória, que por sua vez causam prejuízo no desempenho motor, repercutindo negativamente na autonomia funcional de idosos (ABREU et al., 2005).

Neste contexto surge outro fator de grande relevância epidemiológica, econômica e social que são as quedas, e suas consequências podendo culminar em óbito, principal causa nos idosos a partir de 65 anos. Assim sendo, o conhecimento dos fatores que geram ou estão associados ao déficit de equilíbrio e, consequentemente, predispõem a pessoa idosa às quedas, é fundamental para reduzir a frequência delas, bem como as suas complicações (GUERRA et al., 2005).

Estudos demonstram que a prática da atividade física, visando o reforço muscular, melhora da flexibilidade e do condicionamento aeróbico, como o método Pilates, pode oferecer efeitos positivos no equilíbrio e autonomia de idosos (VALE,2009).

O método de Pilates consiste em exercícios físicos cuja característica principal é o trabalho resistido e o alongamento dinâmico, realizados em conjunto com a respiração. O método visa o reforço dos músculos localizados no centro do corpo (abdominais, para-vertebrais, glúteos e músculos do assoalho pélvico) (ANDERSON, 2000).

O Pilates está associado ao aprimoramento do desempenho motor, da estabilidade corporal e da postura ao fortalecimento e melhora da flexibilidade desses músculos. Assim, os benefícios do método Pilates compreendem a melhora da força, flexibilidade, postura, de habilidades motoras, alongamento, estimulação da circulação sanguínea, consciência corporal, coordenação motora e equilíbrio (KLOUBEC, 2010).

OBJETIVO

O referente estudo tem como objetivo demonstrar os efeitos do método Pilates no aprimoramento do equilíbrio em idosos.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de trabalhos científicos utilizando os descritores: Idosos, Equilíbrio, Pilates; Consultados no banco de dados do Google Acadêmico com seleção de 5 artigos. Como critérios de inclusão foram adotados: artigos publicados nos anos de 2000 a 2015, escritos em português, que apresentasse disponível o artigo completo e que abordassem: Autonomia funcional e os benefícios do método Pilates quanto ao equilíbrio de idosos; Como critérios de exclusão, artigos de outras bases que não as mencionadas, e que não corroborassem com o assunto principal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Rosa et al (2012) e Hyun et al (2014), relataram que os exercícios realizados no método Pilates conseguem trabalhar de forma efetiva a musculatura mais profunda, onde irá melhorar significativamente o equilíbrio muscular, o realinhamento da postura, a concentração, a respiração, melhorando a mobilidade física do idoso, interferindo positivamente em sua forma de executar ações motoras e diminuindo conseqüentemente o número de quedas, afirmando ainda que os resultados ajudaram tanto no equilíbrio estático como dinâmico, aumentando a capacidade de equilíbrio estático através da ativação orgânica dos músculos profundos do tronco.

Rodrigues et al (2009), e Rodrigues et al (2010), observaram que o trabalho de força oferece melhora da mobilidade física do idoso, assim o trabalho com exercícios resistidos no método Pilates contribuiu no aprimoramento do equilíbrio estático em idosos, devido à estabilização postural que é alcançada pelo constante trabalho dos músculos posturais, especialmente os abdominais e paravertebrais que são o centro do corpo e, portanto, garantem a estabilidade postural.

Segundo Rodrigues et al (2009), Rosa et al (2012), e Mesquita et al (2015), o método Pilates também promove constante estímulos proprioceptivos que o indivíduo recebe ao respeitar princípios como concentração, precisão e controle, sendo associadas à manutenção do equilibro, o que pode justificar a melhora do equilíbrio em idosos, influenciando na consciência corporal, que pode repercutir na relação espaço-tempo e na habilidade de executar outra tarefa enquanto mantém o equilíbrio. Esses estímulos proprioceptivos junto com o fortalecimento muscular e o controle postural advindos do método Pilates influenciam no equilíbrio do idoso.

Analisando todos os artigos pesquisados, notamos que a maioria seguiu um protocolo de tempo básico, 2 vezes por semana com sessões de 60 minutos cada, além disso, o Método Pilates provou ser eficaz para essa população, pois houve melhora no equilíbrio estático e dinâmico. Alguns estudos mostraram que essa melhora do equilíbrio foi proporcionada pelo ganho de força muscular, flexibilidade, resistência, aumento dos estímulos proprioceptivos e controle e correção da postura. Outros dois estudos analisaram além do equilíbrio, a marcha e as quedas, e novamente o uso do método foi positivo para melhorar equilíbrio e consequentemente reduziu as quedas e melhorou a marcha das pessoas idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nesta revisão de literatura, analisamos os efeitos do Método Pilates na melhora do equilíbrio de pessoas idosas. O método Pilates pode trazer benefícios para a "terceira idade", é possível sua utilização para melhora da funcionalidade do idoso, assim sendo uma forma de prevenção de quedas, melhorando a qualidade de vida e os deixando mais independentes. Devem-se levar em conta as limitações individuais e a intervenção deve sempre ser executada e supervisionada por profissionais habilitados, dando o suporte necessário a segurança dos participantes do programa de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, equilíbrio e Pilates.

REFERÊNCIAS

ABREU, P.C.S, VALE, R.G.S, DANTAS, E.H.M. **Envelhecimento:** atividade física para a saúde, a autonomia, o condicionamento e a qualidade de vida**.** In: Dantas EHM, Fernandes Filho J. Atividade física em ciências da saúde. São Paulo: Shape; 2005. p.161-83.

ANDERSON, B.D., SPECTOR, A. Introdução ao Pilates baseado reabilitação. **Orthop Phys Ther Clin N Am.2000**; 9: 385-410.

CRUZ, A. O.; ELIZABETH M. de; MELO S. I. L. “Análise Biomecânica do Equilíbrio do Idoso”. **Acta Ortop. Bras.** v. 18, n. 2, 2010.

KLOUBEC, J. A. “Pilates para Melhoria da Resistência Muscular, Flexibilidade, Equilíbrio e Postura ”. **Jornal de pesquisa de força e condicionamento.** v. 24, n.3, p. 661-667. 2010.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R., O. “Prevalência de fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos”. **R. Bras. Ci e Mov.** v. 13, n.1, p.37-44. 2005.

PERRACINI, Monica R; FLÓ, Cláudia M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SACCO, I. C. N. et al. “Método Pilates em revista: aspectos biomecânicos de movimentos específicos para reestruturação postural - Estudos de caso”. **R. bras. Ci e Mov**. v. 13, n. 4, p. 65-78. 2005.

SILVA, A. C. L. G.; MANNRICH, G. “Pilates na Reabilitação: uma revisão sistemática”. **Fisioterapia Mov.** v. 22, n.3, p. 445-449. Jul/Set. 2009.

VALE. R.G.S. Avaliação da autonomia funcional do idoso. **Fit Perform J.** v.4, n.1, p.4, 2005.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS: UMA ABORDAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Vanessa Monteiro Nunes de Assis[1] ; Francisca Franciely Medeiros Borges[1]; Joamma Rayssa Vieira Gomes[1]; Giglielli Modesto Rodrigues Santos[2].

[1]Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: vanessamonteiro50@gmail.com
[2]Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002), os cuidados paliativos (CP) são "uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento rigoroso da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual".

O aumento da longevidade e das doenças crônicas e progressivas têm tido um impacto crescente na organização do sistema de serviços de cuidados continuados e, dentro destes, os de cuidados paliativos, são uma necessidade consensualmente reconhecida (ANCP, 2006). Dentro da população geriátrica em expansão, o segmento de idosos acima dos 75 anos é o que mais cresce, o que nos leva a nos depararmos com idosos vivendo em situação de carência em saúde, dependência funcional e restrição ao leito.

Uma vez que a situação de fragilidade do idoso chega a um nível irreversível, a equipe de saúde tem por objetivo o alívio do sofrimento deste paciente (MCCOUGHLAN, 2009). A dor é considerada um dos mais temidos no final da vida. O sofrimento causado por ela é incessante e toca todos os aspectos da qualidade de vida (atividade, apetite, sono, entre outros). O alívio da dor tem um papel de destaque em pacientes terminais, buscando, acima de tudo, o bem-estar e o conforto deles (URA, 2002).

A perda da funcionalidade e surgimento da dor acompanha a trajetória da maioria das doenças que ameaçam a continuidade da vida (ANCP, 2006). A avaliação da dor é extremamente importante no ambiente clínico, tornando possível a adoção de uma medida de tratamento ou conduta terapêutica. De acordo com Júnior e Reis (2007) é a especificidade da avaliação e do diagnóstico que determinam a escolha das técnicas, assim como a sua adequação à resposta do paciente.

A fisioterapia possui um grande arsenal de técnicas que complementam o tratamento de dor em pacientes terminais, muitas delas já comprovadas, porém outras precisam de mais

estudos aprofundados. Deste modo a fisioterapia complementa todo o tratamento paliativo (FRYMARK; HALLGREN; REISBERG, 2011) desempenhando um papel fundamental na medida em que promove o controle da sintomatologia, maximiza as capacidades funcionais remanescentes, promove educação e orientação aos cuidadores (JÚNIOR; REIS, 2007).

OBJETIVO

Pretendeu-se a partir da revisão literária, identificar condutas fisioterapêuticas relacionadas ao controle da dor em cuidados paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão literária com critérios de inclusão, estudos publicados em português e inglês, que abordassem os cuidados paliativos na dor em idosos, e exclusão estudos que impossibilitassem revisão do material completo. Definiu-se as informações a serem extraídas daqueles selecionados; Análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados. Com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas nas plataformas Scielo, revistas e Google Acadêmico, quatro artigos se enquadraram nos critérios delimitados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mccoughlan, (2009) relata que as principais causas de dor no idoso (especialmente a dor crônica) são: doenças osteomioarticulares (principalmente degenerativas), fraturas, doenças vasculares periféricas, neuropatia diabética, síndrome dolorosa pós-acidente vascular encefálico (AVE), neuropatias periféricas, polimialgia reumática e, principalmente, doenças neoplásicas. A assistência à dor e o sofrimento são pontos centrais na filosofia dos CP.

Este tipo de cuidado envolve a tentativa de respeitar a vontade e dignidade da pessoa até seu último momento bem como a assistência profissional para alívio dos sintomas físicos, psíquicos e espirituais, sendo que a equipe dos CP deve ser multiprofissional. (MCCOUGHLAN, 2009).

O declínio funcional é vivenciado por muitos pacientes em CP e o que certamente causa repercussões diferentes aspectos de suas vidas. A reabilitação em CP tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos enfermos, auxiliando-os a atingir seu pleno potencial físico, psicológico, social, vocacional e cognitivo, com o mínimo de dependência, independentemente da expectativa de vida. (JORDHOY, 2007).

Os métodos como mobilizações articulares, alongamentos e massoterapia também podem ser utilizados para complementar o tratamento da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual, prevenindo rigidez e deformidades articulares e agindo também para diminuir a ansiedade, muito comum nesses pacientes. É importante ressaltar que, antes de utilizar qualquer técnica, se deve avaliar e levar em conta a contraindicação de cada recurso fisioterapêutico, respeitando a individualidade de cada paciente, observando e analisando as patologias apresentadas por eles. (URA, 2002)**.**

Resende et al., 2006 expõem a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) como método que utiliza a corrente elétrica para induzir analgesia. Demonstram que a TENS de alta frequência, induz analgesia por liberação de opioides endógenos, estabelecendo que é possível pacientes em uso crônico de fármacos de alta potência analgésica se beneficiarem da analgesia induzida pela corrente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fisioterapeuta é um profissional independente, capaz de estabelecer uma avaliação global tendo por base o modelo biopsicossocial, realizando o seu próprio diagnóstico e estipulando objetivos realistas de forma a ir ao encontro das necessidades do indivíduo e sua família.

Decorrente do exposto percebe-se as possibilidades de participação qualificada, para o fisioterapeuta, na atenção à saúde do idoso, no cuidado paliativo, utilizando-se de ferramentas de atuação específicas de sua formação profissional, como cinesioterapia e recursos eletrotermoterapêuticos.

Por meio deste estudo de revisão bibliográfica, fica demonstrado o papel essencial da fisioterapia no cuidado paliativo. No entanto, houve unanimidade por parte dos autores lidos de que há pouquíssimos trabalhos que fundamentem a prática do fisioterapeuta junto aos pacientes em fase terminal de suas doenças.

PALAVRAS-CHAVES: Idosos, Fisioterapia, Cuidados paliativos, Geriatria.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**. Organização de serviços em cuidados paliativos: Recomendações na ANCP**. [online]. Disponível: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_ de_Servicos.pdf. 2006.

BRASIL. **Organização Mundial da Saúde.** Palliative care. [artigo da Internet], 2002. [acesso em 18 de setembro de 2018]. Disponível em: http://www.who.int. 2018.

FRYMARK, U., HALLGREN, L. REISBERG, A. Physiotherapy in palliative care – A clinical handbook. **Stockholms Sjukhem,** Sweden, 2009.

JORDHOY, M.S., NGER RINGDAL, G., HELBOSTAD, J.L., OLDERVOLL, L., LOGE, J.H., KAASA, S. Assessing physical functioning: a systematic review of quality of life measures developed for use in palliative care. **Palliat Med**. v.21, n.8, 2007.

JÚNIOR, L., REIS, P. Cuidados paliativos no paciente idoso: O papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento.** v.20, n.2, p.127-135, 2007.

MCCOUGHLAN, M. **A necessidade de cuidados paliativos**. In: Pessini L, Bertachini L (org) Humanização e Cuidados Paliativos. 4th ed. São Paulo: Edições Loyola; p. 167-79, 2009.

RESENDE, M.A., GONÇALVES, H.H., SABINO, G.S., PEREIRA, L.S.M., FRANCISCHI, J.N. Redução do efeito analgésico da estimulação elétrica nervosa transcutânea em ratos tolerantes à morfina**. Rev Bras Fisioterapia.** v.10, n.3, p.291-296. 2006.

URA, C. **Cuidados paliativos em enfermaria de geriatria: uma visão fisioterápica** [monografia]. São Paulo (SP): Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira; 2002.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOR DE PACIENTES GERIÁTRICOS: UMA ABORDAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Vanessa Monteiro Nunes de Assis[1] ; Francisca Franciely Medeiros Borges[1]; Joamma Rayssa Vieira Gomes[1]; Giglielli Modesto Rodrigues Santos[2].

[1]Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: vanessamonteiro50@gmail.com
[2]Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002), os cuidados paliativos (CP) são "uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento rigoroso da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual".

O aumento da longevidade e das doenças crônicas e progressivas têm tido um impacto crescente na organização do sistema de serviços de cuidados continuados e, dentro destes, os de cuidados paliativos, são uma necessidade consensualmente reconhecida (ANCP, 2006). Dentro da população geriátrica em expansão, o segmento de idosos acima dos 75 anos é o que mais cresce, o que nos leva a nos depararmos com idosos vivendo em situação de carência em saúde, dependência funcional e restrição ao leito.

Uma vez que a situação de fragilidade do idoso chega a um nível irreversível, a equipe de saúde tem por objetivo o alívio do sofrimento deste paciente (MCCOUGHLAN, 2009). A dor é considerada um dos mais temidos no final da vida. O sofrimento causado por ela é incessante e toca todos os aspectos da qualidade de vida (atividade, apetite, sono, entre outros). O alívio da dor tem um papel de destaque em pacientes terminais, buscando, acima de tudo, o bem-estar e o conforto deles (URA, 2002).

A perda da funcionalidade e surgimento da dor acompanha a trajetória da maioria das doenças que ameaçam a continuidade da vida (ANCP, 2006). A avaliação da dor é extremamente importante no ambiente clínico, tornando possível a adoção de uma medida de tratamento ou conduta terapêutica. De acordo com Júnior e Reis (2007) é a especificidade da avaliação e do diagnóstico que determinam a escolha das técnicas, assim como a sua adequação à resposta do paciente.

A fisioterapia possui um grande arsenal de técnicas que complementam o tratamento de dor em pacientes terminais, muitas delas já comprovadas, porém outras precisam de mais

estudos aprofundados. Deste modo a fisioterapia complementa todo o tratamento paliativo (FRYMARK; HALLGREN; REISBERG, 2011) desempenhando um papel fundamental na medida em que promove o controle da sintomatologia, maximiza as capacidades funcionais remanescentes, promove educação e orientação aos cuidadores (JÚNIOR; REIS, 2007).

OBJETIVO

Pretendeu-se a partir da revisão literária, identificar condutas fisioterapêuticas relacionadas ao controle da dor em cuidados paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão literária com critérios de inclusão, estudos publicados em português e inglês, que abordassem os cuidados paliativos na dor em idosos, e exclusão estudos que impossibilitassem revisão do material completo. Definiu-se as informações a serem extraídas daqueles selecionados; Análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados. Com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas nas plataformas Scielo, revistas e Google Acadêmico, quatro artigos se enquadraram nos critérios delimitados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mccoughlan, (2009) relata que as principais causas de dor no idoso (especialmente a dor crônica) são: doenças osteomioarticulares (principalmente degenerativas), fraturas, doenças vasculares periféricas, neuropatia diabética, síndrome dolorosa pós-acidente vascular encefálico (AVE), neuropatias periféricas, polimialgia reumática e, principalmente, doenças neoplásicas. A assistência à dor e o sofrimento são pontos centrais na filosofia dos CP.

Este tipo de cuidado envolve a tentativa de respeitar a vontade e dignidade da pessoa até seu último momento bem como a assistência profissional para alívio dos sintomas físicos, psíquicos e espirituais, sendo que a equipe dos CP deve ser multiprofissional. (MCCOUGHLAN, 2009).

O declínio funcional é vivenciado por muitos pacientes em CP e o que certamente causa repercussões diferentes aspectos de suas vidas. A reabilitação em CP tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos enfermos, auxiliando-os a atingir seu pleno potencial físico, psicológico, social, vocacional e cognitivo, com o mínimo de dependência, independentemente da expectativa de vida. (JORDHOY, 2007).

Os métodos como mobilizações articulares, alongamentos e massoterapia também podem ser utilizados para complementar o tratamento da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual, prevenindo rigidez e deformidades articulares e agindo também para diminuir a ansiedade, muito comum nesses pacientes. É importante ressaltar que, antes de utilizar qualquer técnica, se deve avaliar e levar em conta a contraindicação de cada recurso fisioterapêutico, respeitando a individualidade de cada paciente, observando e analisando as patologias apresentadas por eles. (URA, 2002)**.**

Resende et al., 2006 expõem a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) como método que utiliza a corrente elétrica para induzir analgesia. Demonstram que a TENS de alta frequência, induz analgesia por liberação de opioides endógenos, estabelecendo que é possível pacientes em uso crônico de fármacos de alta potência analgésica se beneficiarem da analgesia induzida pela corrente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fisioterapeuta é um profissional independente, capaz de estabelecer uma avaliação global tendo por base o modelo biopsicossocial, realizando o seu próprio diagnóstico e estipulando objetivos realistas de forma a ir ao encontro das necessidades do indivíduo e sua família.

Decorrente do exposto percebe-se as possibilidades de participação qualificada, para o fisioterapeuta, na atenção à saúde do idoso, no cuidado paliativo, utilizando-se de ferramentas de atuação específicas de sua formação profissional, como cinesioterapia e recursos eletrotermoterapêuticos.

Por meio deste estudo de revisão bibliográfica, fica demonstrado o papel essencial da fisioterapia no cuidado paliativo. No entanto, houve unanimidade por parte dos autores lidos de que há pouquíssimos trabalhos que fundamentem a prática do fisioterapeuta junto aos pacientes em fase terminal de suas doenças.

PALAVRAS-CHAVES: Idosos, Fisioterapia, Cuidados paliativos, Geriatria.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**. Organização de serviços em cuidados paliativos: Recomendações na ANCP**. [online]. Disponível: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_ de_Servicos.pdf. 2006.

BRASIL. **Organização Mundial da Saúde.** Palliative care. [artigo da Internet], 2002. [acesso em 18 de setembro de 2018]. Disponível em: http://www.who.int. 2018.

FRYMARK, U., HALLGREN, L. REISBERG, A. Physiotherapy in palliative care – A clinical handbook. **Stockholms Sjukhem,** Sweden, 2009.

JORDHOY, M.S., NGER RINGDAL, G., HELBOSTAD, J.L., OLDERVOLL, L., LOGE, J.H., KAASA, S. Assessing physical functioning: a systematic review of quality of life measures developed for use in palliative care. **Palliat Med**. v.21, n.8, 2007.

JÚNIOR, L., REIS, P. Cuidados paliativos no paciente idoso: O papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento.** v.20, n.2, p.127-135, 2007.

MCCOUGHLAN, M. **A necessidade de cuidados paliativos**. In: Pessini L, Bertachini L (org) Humanização e Cuidados Paliativos. 4th ed. São Paulo: Edições Loyola; p. 167-79, 2009.

RESENDE, M.A., GONÇALVES, H.H., SABINO, G.S., PEREIRA, L.S.M., FRANCISCHI, J.N. Redução do efeito analgésico da estimulação elétrica nervosa transcutânea em ratos tolerantes à morfina**. Rev Bras Fisioterapia.** v.10, n.3, p.291-296. 2006.

URA, C. **Cuidados paliativos em enfermaria de geriatria: uma visão fisioterápica** [monografia]. São Paulo (SP): Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira; 2002.

ENVELHECIMENTO E QUEDAS: A FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Jéssica de Oliveira Silva[1], Ayza Hellen Estevam dos Santos[1], Lidiane Gonçalves da Silva[1], Luzia Layanne Nóbrega da Silva[1], Thayssa Sarmento Zuza Silvera[1], Mayara Leal Almeida Costa[2]

[1]Estudantes do Curso Bacharelado em Fisioterapia.
E-mail: jessiccaoliveirasilva@gmail.com
[2]Professora Doutoranda em Ciências da Saúde pela FCMSCSP e Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser compreendido como um conjunto de mudanças morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas. Diante de tais mudanças, os indivíduos apresentam uma perda gradual da capacidade de adaptação ao meio ambiente, com isso pode acontecer o aparecimento de doenças ou agravamento das mesmas, alterando as funções motoras e cognitivas (SOUZA; OLIVEIRA, 2015).

De acordo com Martins; Dascal e Marques (2013) ressaltam que entre as diversas mudanças que acontecem no processo de envelhecimento, os distúrbios referentes ao equilíbrio estão entre os mais preocupantes devido ao grande índice de quedas, o que pode acarretar perda de autossuficiência e independência para a execução de atividades da vida diária.

Na visão de Tavares et al. (2009) e Streit et al. (2011) os exercícios podem favorecer a resistência, o equilíbrio estático e dinâmico dos idosos, sendo que isso pode ajudar na diminuição do risco de quedas e elevar o funcionalismo de atividades de vida diárias ou instrumentais de vida diária.

REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme Helrigle et al. (2013) as modificações do equilíbrio corporal estão entre as reclamações mais comuns da população idosa e compõem um problema médico de grande destaque. Estima-se que a dominância de queixas associadas ao equilíbrio chegue a 85% da população acima de 65 anos.

Segundo Santos e Santos (2010), o exercício físico em idosos, quando praticado adequadamente, pode proporcionar diversas vantagens, dentre elas o aumento na capacidade funcional, redução da incidência de infecções, melhora da saúde cardiovascular, adição de massa muscular, melhora do aspecto psicológico, entre outros.

Com isso, Leiva-Caro et al. (2015) e Santos et al (2015) destacam que a atuação do fisioterapeuta na atenção primária, possui grande relevância no desenvolvimento de atividades com a intenção de estimular hábitos saudáveis, como no caso da atividade física, alimentação equilibrada e orientações domiciliares que intervenham na organização do ambiente com o intuito de reduzir riscos de quedas.

OBJETIVO

Verificar as principais abordagens da fisioterapia na promoção e atenção à saúde do idoso, na melhora do equilíbrio e a diminuição na possibilidade de quedas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica com artigos científicos obtidos a partir de dados do Scielo, Google Acadêmico e Bireme, utilizando as palavras-chave: Idosos, Quedas, Tratamento, Fisioterapia. As buscas foram concentradas em artigos científicos publicados entre os anos de 2009 a 2018. Foram no total de 15 artigos dos quais 10 foram excluídos e 5 estavam nos critérios de inclusão da pesquisa.

RESULTADOS

Foram encontrados 15 artigos entre os temas a fisioterapia na prevenção de quedas em idosos. A causa mais apontada para esse acontecimento é o processo de envelhecimento e as suas possíveis mudanças fisiológicas e caso haja falta de cuidados com os mesmos, as consequências podem levar essas pessoas à incapacidade e até a morte.

A fisioterapia atua em todos os níveis de atenção e de prevenção a saúde do idosos, torna-se indispensável na qualidade de vida dos idosos, visto que, possibilita cuidados com a função motora e a diminuição de agravos, além de reduzir as chances de quedas (GUIMARÃES,2004).

Estudos como os de Alcalde et al. (2016), Oliveira et al. (2014) e Gimenes et al. (2015) declaram que exercícios em meio aquático são eficazes para ajudar idosos com diminuição da capacidade funcional, carência de equilíbrio e restrições físicas inerentes ao crescimento da idade.

Ledur et al (2009) e Moraes et al (2012) apontam que a cinesioterapia possibilita uma melhora no aspecto social, na saúde mental e física, concedendo maior independência e qualidade de vida do idoso.

Os exercícios resistidos devem ser realizados com sessões de 8 a 10 exercícios com 8 a 12 repetições para cada grupo, sendo pelo menos 2 vezes por semana, com duração de 60 minutos e sessões de relaxamento com mínimo de 48 horas entre cada uma, para que o músculo possa se recuperar (TRIBEES; VIRTUOSO, 2005).

O fisioterapeuta deve fazer orientações a esses idosos para que mudem e/ ou adaptem seu espaço físico; incentivar a realização de programas que trabalhem a conscientização da sociedade sobre medidas que diminuam os riscos como reduzindo a altura de calçadas muito altas ou mal estruturadas, melhorar os calçamentos públicos, instalações de rampas e corrimãos que facilitem o trânsito de todos entre outros (ZINNI; PUSSI, 2003; SILVA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se em todos os artigos a coerência quanto a importância da fisioterapia na promoção, manutenção da saúde e no equilíbrio e na prevenção de quedas em idosos, precavendo as incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento e promovendo melhoras nos aspectos de flexibilidade, melhora da estabilidade postural, funcionalidade e aumento da resistência muscular, reduzindo o risco de quedas.

Programas de exercícios físicos e orientações são essenciais para aperfeiçoa a independência física e melhora a qualidade de vida dos idosos, uma vez que minimiza a ocorrência de quedas e as complicações decorrentes da mesma.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Quedas; Saúde; Envelhecimento; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS:

ALCADE, G.E.; GUIMARÃES, L.E.; PIANNA, B.; DE ALMEIDA, A.D.; ARCA, E.A.; LIMA, M.A.X.C.; FIOELLI, A. **Impacto do programa de fisioterapia aquática na mobilidade funcional de idosos da comunidade.** Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901x, v.19, n. 4, p. 243-253, 2016.

ANTES, D.L.; CONTREIRA, A.R.; KATZER, J.L.; CORAZZA, S.T. **Propriocepção do joelho em jovens e idosas praticantes de exercícios físicos.** Fisioter Pesq. 2009; 16(4): 306-10.

GIMENES, C.; ARCA, E.A.; PAULINO, M.A.; NICOLAU, N.V.; BUITONI, B.; PONTES, T.P.; BARRILE, S.R. **Redução da pressão arterial e circunferência abdominal e melhora da capacidade funcional de idosas hipertensas submetidas a Programa de Fisioterapia Funcional.** Kairós Gerontologia Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901x, v. 18, n. 1, p. 77-92, 2015.

GUIMARÃES, L.H.C.T.; GALDINO, D.C.A.; MARTINS, F.L.M.; ABREU, S.R.; LIMA, M.; VITORINO, D.F.M**. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico**. Rev. Neurociênc.2004;12(3):130-133.

HELRIGLE, C.; FERRI.L, P.; NETTA, C.P.O.; BELEM, J.B.; MALYSZ, T. **Efeitos de diferentes modalidades de treinamento físico e do hábito de caminhar sobre o equilíbrio funcional em idosos**. Fisioterapia e Movimento. Curitiba. v. 26, p. 321-327, 2013.

LEIVA-CARO, J.A.L.; SALAZAR-GONZÁLES, B.C.S.; GALLEGOS-CABRIALES, E.C.G. et al. **Relação entre competência, usabilidade, ambiente e risco de quedas em idosos.**

MARTINS, R.M.; DASCAL, J.B.; MARQUES, I. **Equilíbrio postural em idosos praticantes de hidroginástica e karratê.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 61-69, 2013.

MORAES, K. et al. **Efeitos de três programas de treinamento de força na qualidade de vida de idosas.** Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2012; 17 (3): 181-7.

OLIVEIRA, A.S.; TREVIZAN, P.F.; BESTETTI, M.L.T.; DE MELO, R.C. **Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 17, n. 3, p. 637-645, 2014.

SANTOS, V.C.; SANTOS, A.C. **Exercício físico e seus efeitos sobre o sistema imune dos idosos.** Saúde e Pesquisa, v. 3, n. 2, 2010.

SILVA, D.L**. Abordagem Fisioterapêutica quanto a Prevenção de Quedas em Idosos**, 2014.

SOUSA, E.M.S.; OLIVEIRA, M.C.C**. Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para promoção do envelhecimento ativo.** Revista Brasileira de Geriatria de Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 405-415, 2015.

STREIT, I.A.; MAZO, G.Z.; VIRTUOSO, J.F.; MENEZES, E.C.; GONÇALVES, E. **Aptidão física e ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos.** Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2011; 16(4): 346-52.

TAVARES, A.C.; SACCHELI, T. **Avaliação da atividade funcional em idosos submetidos à cinesioterapia em solo.** Rev Neurocienc. 2009; 17 (1): 19-23.

ZINNI, J.V.S.; PUSSI, F.A. **O papel da fisioterapia na prevenção da instabilidade e quedas em idosos. 2003**. Trabalho apresentado no VII Congresso Internacional da UNICASTELO – Universidade Camilo Castelo Branco – UNICASTELO, São Paulo, 2003.

EFEITOS DO MÉTODO PILATES NO EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

Gabrielle Dantas de Medeiros Fernandes[1]; Lívia de Sousa Alencar[2] Renata Justino Santana[2], Regina Oliveira Bezerra[2]; Aline Guimarães Carvalho [3;] Ednilda Firmino Pereira[3]

[1,2]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: gabrielledantas2014@gmail.com
[3]Professoras do curso de bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento leva há diversas alterações funcionais e estruturais, nas quais podem interfere diretamente no equilíbrio, afetando o sistema nervoso central, na realização do processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela conservação do equilíbrio corporal. O que se torna preocupante pois qualquer problema no processo de manutenção do equilíbrio seja sensorial, vestibular, do SNC ou do aparelho locomotor, vai resultar em alto risco de quedas (PARENTE; GOMES; COSTA, 2016). Nos dias atuais vem ocorrendo a procura cada vez maior, para uma qualidade de vida melhor e consequentemente vem tendo um crescente aumento na expectativa de vida, e se dar devido melhores alimentações, práticas de atividade física e maiores cuidados pessoais de prevenção. O método Pilates vem se destacando nos últimos anos, por meio de seus princípios e resultados que possibilita trabalhar o corpo como um todo, corrige a postura, realinha a musculatura e desenvolve a estabilidade corporal necessária para uma vida mais saudável (ENGERS; PORTELLA; SILVA, 2016).

REFERENCIAL TEORICO

A terceira idade traz consigo o envelhecimento, nesta fase intensifica grandes alterações em todo nosso sistema que vão aumentando crescentemente com o passar dos tempos e uma das principais perdas é a funcional, na qual afeta o equilíbrio, tanto dinâmico quanto estático (COSTA et al, 2015). Joseph Pilates, criou em 1920 o método pilates, com seis princípios: concentração, centralização, precisão, controle, respiração e fluidez. A cada dia, vem crescendo a sua procura e reconhecimento na prevenção, proteção e reabilitação da saúde e pode ser realizado em aparelhos ou em solo (SANTOS; MOSER; BERNARDELLI, 2015). O equilíbrio é o que nos sustentam e controla o nosso corpo, quando ocorre falhas vai interferir o equilibrio estáticas ou dinâmicas. Por isso sua permanência e preservação é de

suma importância, ele exige a integração dos sistemas nervoso, locomotor, sensorial e vestibular, para sua sustentação adequada (LIMA; BRAZ; D.S, 2016). Através do método pilates pode se ter um equilíbrio estático e dinâmico, pois esse método treina o core, músculos que sustentam o complexo quadril-pélvico-lombar, normalizando o equilibrio estabilidade e aumento de força postural dinâmica, principais para a estabilização postural estática (controle da oscilação da postura) e dinâmica (manutenção da postura durante o desempenho de uma habilidade motora) (MARTINEZ, et al; 2018).

OBJETIVO

Mostrar os possíveis efeitos do método pilates no equilíbrio estático e dinâmico, através da revisão de literatura.

.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática por meio da seleção de artigos científicos publicados nas bases de dados eletrônicos e revistas indexadas como SCIELO, LILACS e PUBMED/MEDLINE, entre os anos de 2012 e 2018. A busca ocorreu no mês de setembro de 2018, utilizando os descritores: PILATES, EQUILÍBRIO, IDOSOS. Os critérios de inclusão foram: artigos originais disponibilizados na íntegra e publicados em língua inglesa e portuguesa. Onde buscou-se investigar efeitos do método pilates no equilíbrio estático e dinâmico**.**

RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos através desta pesquisa pode-se observar que o método pilates proporciona inúmeros benefícios para a população e na terceira idade além de promover uma maior funcionalidade, qualidade de vida e um maior equilíbrio. Segundo Costa et al,(2015) O método pilates pode trazer inúmeros benefícios para os idosos, sua conduta pode ser feita a partir de duas vezes semanal e no período em média de uma hora ou 60 minutos, proporcionado pelo ganho de força muscular, flexibilidade, resistência, aumento dos estímulos proprioceptivos, controle e correção da postura e marcha. para que obtenha melhora no equilíbrio estático e dinâmico, além de ser um fator importante para a prevenção de quedas. O que corroboram com os estudos de (MARTINEZ, et al; 2018; ENGERS;

PORTELLA; SILVA, 2016, SANTOS; MOSER; BERNARDELLI, 2015). Através deste estudo poderá facilitar as condutas e objetivos a ser traçado na prevenção, promoção e reabilitação dos idosos, além de incentivar a mais pesquisas sobre essa área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que o método pilates pode proporcionar melhora na qualidade e expectativa de vida, na funcionalidade e consequentemente no equilíbrio estático e dinâmico, sendo assim um importante aliado na prevenção de quedas, que é o mais corriqueiro na terceira idade.

PALAVRAS-CHAVE: Pilates, equilíbrio, idosos

REFERÊNCIAS

COSTA, P. S. et al. **O benefício do método pilates no equilíbrio dos idosos**. 15º Congresso Nacional de Iniciação Cientifica CONISC/SEMEP. Disponível em: http://conic-semesp.org.br/anais/files/2015/trabalho-1000020083.pdf. Acesso em: 22 de setembro de 2018.

ENGERS, P. B. et al. The effects of the Pilates method in the elderly: a systematic review. **Revista Brasileira De Reumatologia (English Edition)**, v. 56, n. 4, p. 352-365, 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225550211630030X Acesso em: 12 de setembro de 2018.

MARTINEZ, J. A. R. et al. Equilíbrio corporal, mobilidade e força muscular respiratória de idosas praticantes do método Pilates. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 1, p. 8-15, 2018. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article. Acesso em: 21 de setembro de 2018.

PARENTE, S. C. P.; JÚNIOR, V. F. F. G.; COSTA, J. M. Revisão sistemática do Método Pilates no equilíbrio do idoso. Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd214/metodo-pilates-no-equilibrio-do-idoso.htm. Acesso em: 18 de de setembro de 2018.

SANTOS, F. D. R. P.; LIMA, M.; AURISTELA, D.; BERNARDELLI, STRADIOTTO, R. Análise da efetividade do método pilates na dor lombar: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento,** v.23 n.1 p.157-163, 2015. Disponível em: https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/4884/3715 Acesso em: 15 de setembro de 2018.

DISFUNÇÃO MUSCULAR DECORRENTE DO ENVELHECIMENTO E A EFICÁCIA DA ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Maria Jordânia da Silva Costa[1], Weslia Vencerlau Leite[1], Rosângela Maria Fernandes de Oliveira[2]

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. Email: jordaniac463@gmail.com;
[2]Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico no qual progride á perda da massa óssea e muscular associada à fraqueza muscular. Em consequência disso, o aumento dos riscos de quedas, incontinências e diminuição das atividades de vida diária, como vestir-se, banhar-se, entre outros. As dificuldades vão interferir na funcionalidade do idoso e na limitação funcional para os membros.

O número populacional de idosos aumentou significativamente nos últimos anos. Muitas vezes, o progredir da idade vem acompanhado de fragilidades e debilitações ocasionadas pela inatividade física e pelas doenças que vão surgindo no decorrer da vida, o que acaba tirando a autonomia da pessoa devida á diminuição da capacidade funcional e a perda de algumas valências físicas (ROCHA, 2013).

O envelhecimento do organismo afeta o desempenho físico, limitando a interação do homem com o meio ambiente (CAROMANO e KERBAUY, 2001). Dentre as diversas funções prejudicadas pelo avanço da idade está a função muscular, que, quando diminuída, afeta significativamente a qualidade de vida dos idosos, levando a que tenham dificuldades para a realização das atividades cotidianas e, muitas vezes, tornando-os dependentes do auxílio de outras pessoas (DESCHENES, 2004; DAVINI e NUNES, 2003; KAUFFMAN, 2001).

A intervenção fisioterapêutica pode-se iniciar na prevenção de forma precoce, pois a eficácia é maior conseguindo assim manter suas funcionalidades e objetivos. Neste caso, o profissional Fisioterapeuta tem grande importância na promoção e reabilitação da saúde do idoso através do incentivo e da realização do diagnóstico funcional, de atribuição do mesmo, é possível detectar quais funções precisam ser restabelecidas, proporcionando assim uma boa qualidade de vida para a pessoa da terceira idade (NOLETO e SANDOVAL 2015, p. 76). Com a inclusão desse profissional no processo de reabilitação é possível melhorar a qualidade

de vida do idoso, pois existem relatos de diminuição de dores, estresse e aumento da capacidade funcional de pessoas que já chegaram à terceira idade.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo analisar a eficácia da atuação da Fisioterapia nas disfunções musculares decorrentes do idoso.

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento de artigos, todos utilizando os descritores: envelhecimento, disfunção musculoesquelética e qualidade de vida. Foi analisando minuciosamente os pontos significativos, para que fossem compreendidos na apresentação dessa pesquisa. A análise da produção científica baseou-se, assim, em 10 artigos capturados na base de dados.

RESULTADOS E DISCURSÕES

Para Cardoso (1998) citado por Gomes e Souza (2010) "Envelhecer é um processo considerado natural, gradativo e contínuo." Neste caso o envelhecer pode ser entendido como a consequência da passagem dos anos, onde o indivíduo se Torna mais velho. Com o processo de envelhecimento o ser humano passa por várias transformações tanto físicas como funcionais, necessitando de meios que desdobrem as dificuldades que surgirão no dia-a-dia.

Na verdade, a pessoa inicia o processo de envelhecimento no momento em que éfecundado, com o passar dos anos o amadurecimento vai ocorrendo e o corpo vai ficando desgastado e fraco. Entretanto, envelhecer não precisa ser um processo degenerativo. A partir do momento que a pessoa busca um envelhecimento saudável, a velhice fica só na aparência (PLONER et al., 2005).

Schneider encontrou que 47,9 % eram desnutridos e apresentavam limitação; incapacidades nas atividades de vida diária; prejuízo de braços e pernas.

Para Lacourt & Marini, o envelhecimento do organismo afeta o desempenho físico, limitando a interação do homem com o meio ambiente. Dentre as diversas funções prejudicadas pelo avanço da idade está a função muscular, que, quando diminuída, afeta significativamente a qualidade de vida dos idosos, levando a que tenham dificuldades para a

realização das atividades cotidianas e, muitas vezes, tornando-os dependentes do auxílio de outras pessoas.

De acordo com Rocha (2013) com o envelhecimento a pessoa começa a perder massa muscular e também a capacidade de promover torque articular com rapidez que é essencial na realização de atividades que precisam de força moderada. O torque é uma força que tende a rotacionar ou girar um corpo, sendo fundamental para nosso aparelho locomotor no que se refere a movimentos tais como: levantar-se de uma cadeira, manter o equilíbrio ao evitar obstáculos, subir escadas e realizar outras atividades diárias com autonomia.

Na fisioterapia para o idoso, Johnson (2001), define que o terapeuta encontra um amplo número de indivíduos, onde existem aqueles que necessitam de assistência total até aqueles que são totalmente independentes, mas necessitando de tratamento ambulatorial ou em grupo. A fisioterapia deve exclusivamente promover a recuperação e a reabilitação dos indivíduos, e explorar, definitivamente, em atividades voltadas a atenção primária a saúde. Esses fisioterapeutas conquistam espaço na saúde pública, promovendo assim, atenção específica na sua área, mas também agem como promovedores de ideias e ações e educadores que contribuem para o controle das enfermidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo serviu de base para obter um maior conhecimento da realidade dos idosos no qual é um relevante fenômeno mundial e neste período o individuo se torna vulnerável á grandes séries de complicações e alterações as quais podem resultar em uma deterioração significativa na sua capacidade funcional. O declínio funcional é um fenômeno comum e esperado por um número significativo de idoso.

Nesta etapa da vida o organismo está em um processo constante de declínio, todos os sistemas do nosso corpo sofrem degeneração. O decréscimo das diversas funções do organismo gera dificuldades para realização das AVD's. O sistema musculoesquelético se torna completamente comprometido, desta forma a diminuição da força muscular, particularmente dos membros inferiores.

A capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos e a Fisioterapia por sua vez, promove benefícios eficazes, restaurando a capacidade funcional perdida e orientando quanto à necessidade de um bom condicionamento físico.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento; qualidade de vida; disfunção musculoesquelética; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

SCHNEIDER, RH. Et al. **Avaliação funcional do idoso**. Scientia Medica, Porot Alegre, v.18, n.1, p. 4 – 9 jan/mar. 2008.

FILHO, Paulo Roberto Pereira; GONÇALVES, Roberto**. A Importância da Musculação na Terceira Idade**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 03. Ano 02, Vol. 01. P. 391- 406, junho de 2017.

ANDRADE, A. **Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos**. Repositório Cientifico do Instituto Politécnico de Viseu / Revista Millenium / RE – Número 40 – Junho de 2011.

MACEDO, C. **Síndrome da fragilidade no idoso: importância da Fisioterapia.** *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.33, n. 3, p. 177-84.

DAWALIBI, N. Et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. Estud. psico. (Campinas) vol.30, n.3, Campinas Jul/Set. 2013.

LIMA, L. Et al**. Complicações musculoesqueléticas decorrentes do envelhecimento e sua influencia na capacidade funcional em indivíduos idosos: uma revisão da literatura**.

DUARTE, F. Et al. **A importância da Fisioterapia na promoção da qualidade de vida para os idosos.** Caderno de ciências biológicas e da saúde. Boa vista, n. 1, 2013.

GASPAROTTO, L. Et al. **As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(1):201-209.

.

AÇÕES DE PREVENÇÃO E DIAGNOSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Bianca Santos Medeiros[1]; Ana Paula Alves da Costa[1]; Maisa Araújo da Silva[1]; Raquel Monaliza de Morais Santos[1]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[2]

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
E-mail: biancaipueira14@gmail.com
[2] Fisioterapeuta, professora mestra das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer de próstata ocupa o sexto lugar nas mais frequentes causas de mortes na população masculina de todo mundo, acometendo principalmente indivíduos com mais de 50 anos. Embora seja assintomático na fase inicial, quando diagnosticado no início a taxa de mortalidade se torna muito baixa, com maiores chances de cura. As principais formas de diagnóstico são através dos exames de toque retal e a dosagem sérica do antígeno prostático (PSA) (LIMA; SILVA; ALVES, 2017).

Segundo Souza et al, (2018) o câncer de próstata ocorre pelo o aumento das células da glândula prostática, que anatomicamente fica situada abaixo da bexiga e frente ao reto, essas células são responsáveis por produzir parte do fluido seminal ejaculado pelo homem durante o ato sexual.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), foi instituída em 27 de agosto de 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 1944, orientando a formulação de diretrizes e ações voltadas para a atenção integral, visando à prevenção e promoção de saúde, assim como uma melhora na qualidade de vida, com estratégias de incentivo nas mudanças de comportamento no que diz respeito a saúde (MOURA et al., 2014).

A PNAISH tem por objetivo promover melhora nas condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo para a redução da mortalidade e morbidade encarando os fatores de riscos e trazendo melhora e facilitação nos acessos aos serviços de saúde (BRITO et al., 2016).

Alguns fatores de risco como falta de atividade física e maus hábitos alimentares podem contribuir para o aparecimento do câncer de próstata, juntamente com a herança genética que aumenta as chances de desenvolver a doença cerca de 3 a 10 vezes mais para aqueles que possuem casos na família de parentes próximos como o pai ou o irmão (INCA, 2018).

REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em classificação nas doenças crônicas o câncer de próstata é considerado um problema de saúde pública. Existe cerca de 10 milhões de casos de câncer de próstata no mundo e para o ano de 2020 a estimativa é que aumente para 16 milhões (SOUZA et al., 2018).

Segundo Souza et al. (2018) o câncer de próstata pode ter uma evolução lenta ou rápida, quando apresentada de forma lenta o sujeito deve ser monitorado para evitar que essa doença se agrave, mas quando apresentada de forma rápida a doença evolui rapidamente levando a uma metástase e a um possível óbito. De início não apresenta sintomas podendo ser silencioso, mas em estágio mais avançado alguns sintomas podem vir a aparecer como problemas urinários, dor óssea e insuficiência renal.

A forma inicial de diagnóstico é feita através do exame clínico do antígeno prostático específico (PSA) ou através do toque retal, para maior precisão é feito uma biópsia onde será estudado histopatologicamente uma amostra de tecido retirado da próstata. De acordo com os resultados o médico dará o prognóstico e indicará a melhor forma de tratamento, podendo esse ser cirúrgico, radioterápico, terapia hormonal ou apenas observação vigilante (QUIJADA et al., 2017).

OBJETIVO

Avaliar as principais ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de próstata.

MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de trabalhos científicos, consultados nos seguintes bancos de dados: Scielo e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Para a realização desta pesquisa foram encontrados 396 arquivos relacionados, mas somente 4 foram utilizados para desenvolver a pesquisa. Tendo como critérios de inclusão: publicações de iniciações científicas e artigos científicos, compreendidos entre o período de 2013 a 2018. Sendo utilizados os seguintes descritores: Câncer de próstata; PNAISH; Prevenção e Diagnóstico precoce.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico inicial do câncer de próstata em 48,8% dos indivíduos é feito através dos exames de rotina, podendo ter alteração do antígeno prostático específico (PSA) e do toque retal, 29,1% dos homens só procuram atendimento médico quando apresenta algum sintoma e 22,1% só realiza os exames por indicação medica (QUIJADA et al., 2017).

Segundo Belinelo et al. (2014), para se ter uma melhor confirmação do diagnóstico é importante a realização de uma ultrassonografia pélvica ou transretal, o resultado desse exame dará a possibilidade da realização de uma possível biopsia onde será colhido uma amostra do tecido patológico prostático e estudado histologicamente.

De acordo com Barouki (2012) os maus hábitos nutricionais como, o consumo excessivo de alimentos gordurosos e calóricos, a diminuição na prática de atividade física possui relação direta com a incidência de câncer de próstata, contribuindo assim para os elevados níveis séricos de PSA. Diminuição do consumo de gordura e a ingestão de frutas, verduras, legumes, grãos e outros são hábitos nutricionais que reduzem o aparecimento do câncer de próstata.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência da ausência da população masculina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), é necessário uma maior conscientização e aceitação por parte desse público com relação ao que diz respeito a busca pela saúde. Uma das patologias que mais acometem os homens é o câncer de próstata, com isso surge a importância de incentivar essa população pela procura de exames que possa vir prevenir e rastrear precocemente essa doença. E no que diz respeito às políticas, as mesmas devem ser voltadas para ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce para evitar resultados tardios e ter uma maior agilidade no tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de próstata; PNAISH; Prevenção e Diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS

BAROUKI, M. P. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 425-437, 2012.

BELINELO, R. G. S; et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 697-704, 2014.

BRITO, A. K. O. L; et al. Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista Ciência e Saberes-Facema**, v. 2, n. 2, p. 191-195, 2016.

LIMA, L. R; SILVA, I. L. C; ALVES, D. C. Investigação e prevalência dos fatores de risco para elevação e desenvolvimento de câncer de próstata e elevação do PSA: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 11-16, 2017.

MOURA, E. C; et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.

QUIJADA, P. D. S; et al. Câncer de próstata: retrato de uma realidade de pacientes em tratamento. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 6, p. 2490-2499, 2017.

SOUSA, W. L; et al. Neoplasia de próstata: assistência de enfermagem como medida de prevenção. **Revista Temas em Saúde**, v. 17, n. 3, p. 232-246, 2017.

SOUZA, K. S; et al. Tendência de mortalidade por câncer de próstata na região nordeste do Brasil, 1996–2014. **Revista Rios Saúde**, v. 1, n. 2, p. 18-25, 2018.

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL Á SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Renata Justino Santana[1]; Gabrielle Dantas de Medeiros Fernandes [2];Francyara Souza Silva[2] ;Pedro Paulo Basilio Alves [2]; Tacia Geni Rodrigues Dantas Fernandes [2];Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3] ;

[1] [2]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: renatasantana.sb1@gmail.com
[3] Professora Mestre do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Estudos comparativos têm demonstrado que os homens são mais vulneráveis a doenças do que as mulheres, especialmente às enfermidades crônicas e graves, e que morrem mais cedo. Apesar deste fato, já bem documentado, os homens não são captados pelos serviços de atenção primária (como ocorre com as mulheres). Sua entrada no sistema de saúde se daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de médias e altas complexidades, configurando um perfil que favorece o agravo da morbidade pela busca tardia ao atendimento (ALMEIDA, 2012).

REFERENCIAL TEÓRICO

Em 2009, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde. A PNAISH tendo como objetivo a promoção de ações de saúde que possibilitem a apreensão da realidade dos homens entre 20 e 59 anos de idade nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preventivas e evitáveis na população masculina (SCHWARZ et al., 2012).

A PNAISH, implantada pelo SUS; ela tenta trabalhar questões culturais e também como encarar o exercício da paternidade. Ao avaliar o homem, deve-se levar em consideração o fato do número expressivo de etilistas, tabagistas e, o mais grave de tudo isso, a exposição a atividades de risco, como, sedentarismo, alimentação pouco balanceada e alta consumo de gordura, sobrevindo, com isso, o excesso de peso. (BRASIL, 2009).

O uso dos serviços de saúde pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, concentrando-se na assistência a agravos e doenças, em que a busca por atendimento, em geral, acontece em situações extremas de emergência e/ou em nível especializado ou de urgência. Adicionalmente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos têm sido

focalizadas como eixos prioritários na Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco,que se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). (MOURA et al.,2018).

Mesmo diante da elevada mortalidade masculina, os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres. As dificuldades de acesso dos homens ao atendimento são situações que provocam nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço, por ser frequentado, especialmente por mulheres e geralmentre por profissionais do sexo feminino. Com isso há uma atenção grande voltada à construção do gênero masculino de não aderir a ações preventivas como fator principal da não procura masculina pelos serviços primários de saúde, destacando-se como assunto complexo e de difícil resolução. (CORDEIRO, 2014).

Assim, para reorientar os serviços de saúde no sentido da promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde masculina o Ministério da Saúde (MS) sustenta-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que é alinhada à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) associada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e juntas fundamentam-se na humanização das práticas de saúde para considerar a singularidade, o meio sociocultural do usuário e fortalecer as ações e serviços em redes de cuidados da saúde (PEREIRA, 2014).

Contudo as atividades grupais podem ser conceituadas como uma das melhores formas para se aplicar praticas do ensino em saúde, uma vez que, este processo estima a aproximação das pessoas, sendo adotada para mostrar os homens à importância do cuidado e para consolidar a relação com estes sujeitos e os educadores de saúde. Favorecendo, portanto, a introdução dos homens nos serviços de atenção básica. Portanto, pode-se dizer que o objetivo de estabelecer grupos educativos com homens da ESF, é estabelecer uma maior relação e ampliar o acesso nestes serviços de atenção primária aos grupos de saúde. Como também procurar os serviços de saúde não apenas quando estiver com uma doença; mais para se prevenir (ALMEIDA, 2012).

.

OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura para identificar a importância da saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão da literatura, realizada entre agosto e setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo e a PubMed. Onde, após aplicação dos descritores: ´´saúde do homem; ESF; PNAISH ``. Foram encontrados 25 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em língua portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2012 e 2018, com temas relacionados à importância da atenção integral á saúde do homem na estratégia de saúde da família. Restaram finalmente nove artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

O plano de aprendizagem em saúde do homem produziu um impacto positivo, com resultados estatisticamente significantes, e salienta que é de suma importancia ter uma atenção especial á saúde do homem. No plano geral, objetiva-se promover a melhora da condição de saúde dos homens, contribuindo, assim, para a redução dos índices de morbimortalidade masculinos, considerados altos em relação aos femininos. Busca-se facilitar o acesso dessa população aos serviços de atendimento integral à saúde na atenção primária, o que confere à política um caráter mais abrangente no cuidado à saúde do homem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção e cuidado da saúde do homem merece uma atenção diferenciada, como também da população em geral, mas em especifico a saúde masculina deve se ter um enfoque maior, devido a negligencias do mesmo com sua saúde e em alguns casos receios e descriminação social por está se cuidando, reduzindo os altos índices de morbimortalidades destes indivíduos.(CORTEZ,2017).

Contudo observou-se uma insuficiência de estudos sobre ensino em saúde do homem de modo mais ampliada validando a necessidade de desenvolvimento de estudos e políticas do governo de promoção da saúde direcionadas para o homem (PEREIRA e BARROS,2015).

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE DO HOMEM; ESF, PNAISH.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA L. P SILVANA O. S. MARCIELE M. S. Grupo de educação em saúde para homens: um relato de experiência da enfermagem. **Revista de Enfermagem** | FW | v. 8 | n. 8 | p. 227-234 2012.Disponivelem<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/viewFile/489/893>Acesso em 25 de Maio 2018.

BATISTA, Amanda Trajano; SALDANHA, Ana Alayde Werba; FURTADO, Francisca Marina Freire. Auto conceito masculino e auto cuidado em saúde. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 18, n. 3, p. 859-869, dez. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000300018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 set. 2018. http://dx.doi.org/10.15309/17psd180318.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. 2009.

CORDEIRO, Sharllene Vanessa Lima et al . Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 644-649, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400644&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de agosto 2018. http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140091.

CORTEZ, Mirian Beccheri; TRINDADE, Zeidi Araujo; MENANDRO, Maria Cristina Smith. Racionalidade e sofrimento: homens e práticas de autocuidado em saúde. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 18, n. 2, p. 556-566, ago. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200022&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 set. 2018. http://dx.doi.org/10.15309/17psd180222.

MOURA, Erly Catarina de et al . Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 429-438, Feb. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013.

PEREIRA, Mayara Carneiro Alves; BARROS, João Paulo Pereira. PÚBLICOS MASCULINOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO QUALITATIVO EM PARNAÍBA-PI. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 27, n. 3, p. 587-598, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000300587&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p587.

PEREIRA, Leonardo Peixoto; NERY, Adriana Alves. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 635643, Dec. 2014.Disponivel em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000400635&lng=en&nrm=iso>.Acesso em 25 agosto de 2018..

SCHWARZ, Eduardo et al . Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 108-116, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Sept. 2018. Epub Dec 11, 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000061.

BENEFICÍOS DA FISIOTERAPIA EM MULHERES COM LOMBALGIA GESTACIONAL

Maria Elizangela Batista Morais[1]; Sebastião Matheus Lourenço Lima[1]; Arnaldo Emmanoell Lacerda Lopes[1]; Helyson Carlos Lucena Araújo[1]; Cristina Costa Melquiades Barreto[2]

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia;
E-mail: elizangelamorais85@gmail.com;
[2]Professora Mestre, do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A lombalgia é definida como toda e qualquer condição de dor com ou sem rigidez, localizada na região inferior do dorso entre a quarta e a quinta vértebra lombar (L4-5), situada entre o arco costal e a prega glútea (MACHADO; BIGOLIN, 2010).

Estima-se que cerca de 50% das gestantes manifestam lombalgia no decorrer da gestação, ocasionando inúmeras repercussões negativas na sua qualidade de vida. Apesar disso, a lombalgia ainda é vista como característica do período gestacional, tornando-se mínima a atenção dada a esses casos pelos profissionais da saúde (GOMES et al., 2013).

A fisioterapia tem sido apresentada como um recurso terapêutico para resolver este problema. Existe diversas técnicas utilizadas para este fim, entre elas estão exercícios terapêuticos, incluindo exercícios aeróbicos, fortalecimento muscular, respiração, alongamento e flexibilidade (COLLA et al., 2017).

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Madeira et al., 2013, a lombalgia gestacional uma grande preocupação, tanto pela frequência de mulheres acometidas, quanto pela intensidade da dor. Ocorre em gestantes, principalmente a partir do terceiro trimestre, sendo de maior frequência quando a mulher apresenta essa queixa antes da gravidez, podendo perdurar no período pós-parto.

Embora a lombalgia durante a gestação seja um caso comum, sua etiologia ainda não é totalmente compreendida (MADEIRA et al., 2013). As mais prováveis causas para seu aparecimento estão relacionadas ao aumento da lordose, aumento do peso do útero, modificações do centro de gravidade, frouxidão da musculatura e alterações hormonais, vasculares e mecânicas (GOMES et al., 2013).

Acima de um terço das mulheres grávidas relatam que a lombalgia é um fator que interfere diretamente na realização das atividades diárias, no trabalho e na vida social, podendo-se desencadear insônia, intenso estresse, perda da mobilidade lombar, pélvica e dificuldades na marcha (MADEIRA, et al; 2013). Além disso, as dores lombares gestacionais prejudicam também a qualidade do sono, a disposição física, o desempenho no trabalho, a vida social, as atividades domésticas e o lazer, e ainda causa prejuízos econômicos devido o afastamento do trabalho (CARVALHO, et al; 2015).

OBJETIVO

Revisar a literatura acerca dos benefícios da fisioterapia em mulheres com lombalgia gestacional.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão da literatura, realizada em Agosto de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library Online, onde, após a aplicação dos descritores: “gestação” “fisioterapia” e “dor lombar” foram encontrados 113 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em línguas portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2013 e 2018, com temas relacionados a benefícios fisioterapêuticos em mulheres que apresentam lombalgia gestacional. Foram excluídos artigos publicados em inglês que não condizem ao assunto abordado. Restaram finalmente 7 artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

A lombalgia gestacional é uma queixa comum em gestantes e é um sintoma frequentemente relatado durante a gestação, sendo de origem multifatorial que atinge a região lombar, podendo estender-se para os membros inferiores (GOMES et al., 2013; CARVALHO et al., 2015). Pode-se manifestar de três maneiras: dor lombar, dor pélvica posterior ou dor combinada, sendo grande importância diferenciar entre dor lombar e dor na região da cintura pélvica, por serem de etiologias diferentes e precisarem de tratamento específico (MADEIRA et al., 2013; MACHADO e BIGOLIN, 2010).

As melhores medidas de alívio da lombalgia gestacional compreendem a aquisição de novos hábitos posturais, a adequação dos ambientes de trabalho e a utilização de recursos terapêuticos específicos para cada caso (TERRA et al., 2015). Existem indícios que esclarecem o uso de exercícios terapêuticos para o tratamento da lombalgia, afim de reduzir a dor e obter melhoras nas limitações funcionais. Os exercícios terapêuticos são executados em grupo ou individualmente, com o acompanhamento de fisioterapeutas ou de outros profissionais da saúde, através de programas domiciliares onde podem ser conduzidos por máquinas, pelo próprio peso corporal ou pela água (RIBEIRO e MOREIRA, 2010; COLLA et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a fisioterapia e os exercícios terapêuticos agem diretamente na redução das dores e manifestam resultados positivos em mulheres que apresentam lombalgia gestacional. Os estudos mostram que apesar da lombalgia ainda não ter uma etiologia totalmente compreendida, as técnicas de tratamento da fisioterapia associadas à prática de exercícios são de grande eficácia, obtendo assim, melhor qualidade de vida para as mulheres durante o período gestacional.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação. Fisioterapia. Dor lombar.

REFERÊNCIAS:

MACHADO, Guilherme Fortes; BIGOLIN, Simone Eickhoff. Estudo comparativo de casos entre a mobilização neural e um programa de alongamento muscular em lombálgicos crônicos. **Rev Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 23, n. 4, p. 545-554, out./dez. 2010.

GOMES, Mayra Ruana de Alencar; ARAÚJO, Rodrigo Cappato de; LIMA, Alaine Souza; PITANGUI, Ana Carolina Rodarti. Gestational low back pain: prevalence and clinical presentations in agroup of pregnant women. **Rev Dor**. São Paulo, vol. 14, n. 2, p. 114-7. Abr-jun 2013.

COLLA, Cássia; PAIVA, Luciana Laureano; THOMAZ, Rafaela Prusch. Therapeutic exercise for pregnancy low back and pelvic pain: a systematic review. **Rev Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 30, n. 2, p. 399-411, abril./Jun 2017.

MADEIRA, Hellyne Giselle Reis; GARCIA, João Batista Santos; LIMA, Marcus Vinícius Viégas; SERRA, Humberto Oliveira. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. **Rev Bras. Ginecol. Obstet**. São Luís (MA). vol.35, n.12, p.541-548. Jul/2013

CARVALHO, Maria Emília Coelho Costa; LIMA, Luciana Cavalcanti; TERCEIRO, Cristovam Alves de Lira; PINTO, Deyvid Ravy Lacerda; SILVA, Marcelo Neves; COZERA, Gustavo Araújo; COUCEIRO, Tania Cursino de Menezes. Lombalgia na gestação. **Rev Bras. Anestesiol.** Brasília, v.67, n.3, p. 266-270; 2017.

TERRA, Daniela Alves Toscano; LOPES, Rafaella Bauerfeldt; CAETANO, Lenita Ferreira. Benefícios da Reeducação postural global na lombalgia gestacional: revisão de literatura. **Rev Corpus et Scientia**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2. p.9-16. Jul-Dez 2015.

RIBEIRO, Cristina A. N; MOREIRA, Demóstenes. O exercício terapêutico no tratamento da lombalgia crônica: uma revisão da literatura. **Rev bras. Ci. e Mov**. Brasília 2010; vol.18 n.4, p.100-108.

OCORRÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM MULHERES JOVENS

Silvanio dos Santos Araújo[1]; Fernanda Kelly Azevedo Oliveira[1]
Aucelia Cristina Soares de Belchior[2]

[1]Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: silvanio.araujo@hotmail.com;
[2]Professora Doutoranda do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.
FIP – Faculdades Integradas de Patos
Bacharelado em Fisioterapia

INTRODUÇÃO

No Brasil, a ocorrência de doenças no aparelho circulatório vem ganhando importância entre os adultos jovens a partir dos 20 anos, sendo considerada em primeiro lugar na causa de óbitos na faixa dos 40 anos (FALCÃO et al., 2004).

Estudos apontam serem comuns em pessoas acometidas pelo AVC, com ansiedade, depressão, os distúrbios do sono e função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação e alterações fisiológicas durante atividades físicas (dispneia, angina, hipertensão) que causam possíveis limitações (FALCÃO et al., 2004).

É perceptível o aumento na ocorrência de AVC em mulheres de 18 a 50 anos. De acordo com pesquisas cientificas acerca do assunto, a diferença entre sexos é aproximadamente de 14%. Destacando-se que entre 19 e 50 anos, o AVC é mais comum entre homens. Após os 8- anos, é comum a recorrência do caso. Contudo o índice expectativas de vida das mulheres é maior em comparação aos homens, devido os cuidados que as mulheres têm com relação a saúde e consequentemente a qualidade de vida.

Com relação as mulheres, o AVC precoce tem chamado atenção e está diretamente ligado aos fatores como diabetes, hipertensão, colesterol alto, obesidade, entre outros. Tais fatores podem acometer ambos os sexos. Juntamente com estes fatores, o consumo de álcool, cigarro e anticoncepcional vem contribuindo para o aumento de casos entre mulheres cada vez mais jovens.

REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças do aparelho circulatório acarretam taxa de mortalidade proporcional de 32,3% e constituem as principais causas de óbito no Brasil. Dentre esse grupo a doença cérebro muscular (DCV) tem liderado. Entre as DCV a desta está no acidente vascular cerebral (AVC) (PIRES, GAGLIARD, GORZON, 2004). Uma anormalidade súbita do

funcionamento cerebral. Cerca de 85% dos AVC são de origem isquêmicas e 15% decorrentes de hemorragia cerebral (OLIVEIRA, 2012).

Podem-se definir dois grupos de fatores de risco: fatores não modificáveis (idade, sexo, hereditariedade e raça) e fatores modificáveis (hipertensão arterial, patologias cardíacas, diabetes, tabagismo, sedentarismo, estresse, obesidade, uso de anticoncepcional oral e dislipidemia) (OLIVEIRA, 2012).

As DCV incidem com maior frequência na idade avançada. Há nítida predominância da aterosclerose com causa de DCV, ao contrário dos jovens, entre os quais prevalecem condições hereditárias mal formações e uso de drogas ilícitas. (PIRES; GAGLIARD; GORCONI, 2004)

MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa bibliográfica referente ao estudo de casos de mulheres jovens que já sofreram um AVC, realizado no mês de maio de 2018, na plataforma: SCIELO e sites.

A partir dos seguintes descritores: “fatores que contribuem para a ocorrência de AVC”, “saúde da mulher” e “qualidade de vida”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mulheres que tem ritmo cardíaco irregular e pressão arterial elevada, apresenta maior disposição de sofrer um AVC, principalmente no final da gravidez. O uso de anticoncepcional aliado ao tabagismo, alcoolismo, além de predisposição genética são fatores que também influenciam no surgimento do AVC.

Deve-se chamar a atenção para o despreparo dos sistemas de saúde no diagnostico eficiente da doença, seja por falta de conhecimento ou de estrutura, a demora do laudo médico do paciente poderá ter sequelas graves e irreversíveis.

A adoção de uma conduta preventiva em pacientes que já tiveram um AVC e ainda mais urgente do que no restante da população, uma vez que o risco desses indivíduos sofrerem um segundo derrame é nove vezes mais alto. (BORTOLOTTI, 2008)

Além da principal, a prevenção, todo um trabalho de consciência das mulheres e dos homens que estão na faixa de risco da doença, visto que boa parte dos fatores de risco podem ser evitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a escassez de trabalhos acadêmicos e paralelamente o aumento da ocorrência de mulheres jovens que sofreram AVC, faz-se necessário o interesse de estudos mais profundo dos casos e suas correlações com a qualidade de vida hereditariedade, sus. Além de novos tratamentos mais eficazes. Por serem pessoas economicamente ativas.

PA**LAVRAS-CHAVE:** Avc; Saúde da Mulher; Qualidade de Vida.

REFERÊNCIAS

BARTOLOTTI, Fábio. Manual do socorrista. Porto alegre: Expansão Editorial, 2008

FALÇÃO et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo SUS. Ver. Bras saúde de mater infant. V.4 Recife fan./mar, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100009&lng=pt&nrm=iso

OLIVEIRA, Leonardo Dormas. **Acidente vascular cerebral**. Hospital das clínicas –UFMG Minas Gerais, 2012.

PIRES, Sueli Luciano; GAGLIARDI, Rubens José; GORTOI, Nilton Luiz. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. 2004

OS BENEFÍCIOS DA HIDROTERAPIA COMO INSTRUMENTO DE TERAPIA APLICADA AS GESTANTES

Gustavo Renan Neves Rodrigues[1]
Necienne de Paula Carneiro Porto[2]

INTRODUÇÃO

Muitos relatos indicam que antigas civilizações associavam a água, de forma mística, como mecanismo de "cura". O uso da água para fins terapêuticos foi registrado por volta de 2400 a.C por povos egípcios, muçulmanos, Indus e chineses. Em 1900, destacaram-se na Europa os métodos aquáticos Bad Ragaz e método Halliwick, no decorrer dos anos, mais precisamente na década de 80, Harold Dull, desenvolvia o método Watsu, uma variação do Shiatsu em piscina terapêutica aquecida, a reabilitação aquática da década de 1960 na Europa e implementada até agora nos currículos de estudantes, técnica que apresenta vários benefícios para os praticantes.

A fisioterapia atua como importante mecanismo no auxílio das mais variadas patologias, exercendo assim, papel fundamental no que diz respeito a melhoria da qualidade de vida, dos indivíduos que as apresentam. Neste contexto, a hidroterapia figura como uma das técnicas mais eficientes; por ser uma área de atuação sem restrições, ou seja, devido aos benefícios ofertados é altamente indicada, independentemente da patologia.

Observa-se que a hidroterapia auxilia de forma bastante eficaz, mulheres no período gestacional, já que estas apresentam aumento na produção de sangue e fluidos, acarretando desta forma edemas.

Diante do contexto apresentado, a presente pesquisa buscou responder ao seguinte questionamento: **Quais os benefícios apresentados pelas gestantes que fazem uso da técnica de hidroterapia?**

Para alcançar tal objetivo, foram desmembrados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar quais as principais queixas e limitações apresentadas pelas gestantes;
- Elaborar quais técnicas devem ser aplicadas para melhoria da qualidade de vida da paciente neste período;
- Descrever os principais benefícios obtidos a partir do uso da técnica.

REFERECIAL TEÓRICO

Para uma melhor compreensão da temática abordada faz-se necessário a compreensão de alguns conceitos tais como: hidroterapia.

2.1 Hidroterapia.

A hidroterapia consiste na junção de exercícios realizados em água aquecida. Cabe ressaltar, que este aquecimento promove uma série de alterações fisiológicas no paciente. É bastante indicada em indivíduos que apresentam baixa força muscular, no tratamento da redução de edemas, espasmos musculares, pouca ou nenhuma mobilização articular, utilizada também para relaxamento muscular e redução de dores.

Segundo BIASOLI e MACHADO (2006):

A hidrocinesioterapia constitui um conjunto de técnicas terapêuticas fundamentais no movimento humano. É a fisioterapia na água ou a prática de exercícios terapêuticos em piscinas, associada ou não aos manuseios, manipulações, hidromassagem e massoterapia, configurada em programas de tratamento específicos para capa paciente.

Os métodos terapêuticos específicos para a fisioterapia aquática que surgiram na Europa e nos EUA vêm auxiliar a recuperação do paciente, como Halliwck (Inglaterra), Bad Ragaz (Suíça), Watsu (EUA), Burdenko (Rússia), Osteopatia Aquática (França e Canadá), entre outros.

Desta forma, um programa de hidrocinesioterapia adequado a cada paciente pode representar um grande incremento no seu tratamento, obtendo-se os efeitos de melhora em tempo abreviado e com menor risco de intercorrências, tais como dor muscular tardia e microlesões articulares decorrentes do impacto.

Uma avaliação criteriosa do paciente é realizada, acrescida de informações sobre a sua experiência com a água, imersão e domínio ou não de nados. O exame físico, a análise dos exames complementares e a avaliação dos movimentos funcionais são indispensáveis para se estabelecer os objetivos do tratamento e prognóstico idealizado para, então, serem determinados os procedimentos hidrocinesioterapêuticos em escala progressiva. A primeira sessão do paciente na água visa complementar a avaliação convencional, a fim de observar sua adaptação e habilidades no meio líquido, densidade corporal e flutuabilidade, bem como o seu comportamento na piscina.

2.2 Principais Queixas de Pacientes no Período Gestacional

Durante a gestação, o corpo das mulheres sofre alterações, diretamente ligadas as variações hormonais, acarretando em modificações, no que diz respeito, às alterações mecânicas no tecido conjuntivo e nas articulações, sendo observado nesse período, a frouxidão ligamentar, o que pode contribuir para maior risco de lesões osteomioarticulares. Além disso, ao longo dos meses, é comum encontrar nas gestantes alterações de marcha e equilíbrio. A lombalgia é considerada comum na gravidez os exercícios aquáticos além de contribuírem para o fortalecimento dos músculos encontrados nessa região, promovem ainda relaxamento e diminuição da dor.

Segundo SEBBEN, V. PERUSSOLO, C. GUEDES, J. M. TOURINHO, H. F.(2011):

A dor lombar é considerada um episódio frequente no período gestacional, levando a limitações físicas e emocionais, conforme pode ser observado no presente estudo. A fisioterapia, a través do tratamento hidroterapêutico mostrou-se altamente eficaz na redução do quadro álgico lombar, minimizando os desconfortos músculo-esqueléticos ocasionados pela gestação. Cabe ressaltar que o presente trabalho foi realizado com uma amostra pequena de gestantes, porém como pode ser observado na literatura, o tratamento hidroterapêutico pode e deve ser utilizado no período gestacional proporcionando melhora na qualidade de vida das gestantes.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste numa revisão de literatura acerca da temática supramencionada. Quanto ao método, utilizou-se o bibliográfico, este trabalho abrange a bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado, desde publicações avulsas, revistas, livros, relatórios de pesquisas etc. [...] “Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto [...]”. (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 185).

A presente pesquisa se utilizou do método de abordagem qualitativo. Na pesquisa qualitativa o que se pretende é conhecer as características e atributos de certos indivíduos. “A pesquisa qualitativa mostra as opiniões, as atitudes e os hábitos de pequenos grupos, selecionados de acordo com perfis determinados”. (VIEIRA, 2009).

ANÁLISES E DISCUSSÕES

Diante da detecção dos principais fatores que influenciam na qualidade de vida, de pacientes em período gestacional, há necessidade de melhorias nos seguintes aspectos:

OBJETIVOS

- Fortalecimento dos MMII e MMSS.
- Redução de edemas
- Aumento da circulação
- Alivio de dor
- Melhora da marcha e equilíbrio

4.1 Tratamento

A seguir, encontram-se alguns procedimentos sugeridos no tratamento destas pacientes.

- Aquecimento: solicitar a gestante para caminhar na piscina, colocar os ombros imersos e realizar flexão, extensão, adução, abdução, flexão plantar e dorso flexão dos MMS E MMI
- Dor entre as escapulas e nos ombros: fortalecimento uso de alteres flutuantes
- Dor na região lombar: fortalecimento uso da bola suíça, alteres e bastão flutuantes
- Edemas: para redução e edemas a água e principalmente a preção hidrostática flutuação e viscosidade e feito do calor proporcionam aos pacientes efeitos fisiológicos que surgem imediatamente após imersão
- tornozelo e joelhos :as técnicas de Bed ragaz , Watsu técnicas que utilizam músculos e articulações especifica
- alongamento dos MMS E MMI

Observa-se que a hidroterapia é de grande relevância, pois trata de forma bem eficaz para gestantes, por meio de técnicas especificas que levam a solucionar problemas de dores reduções de edemas, trabalha as articulações já que seu organismo e modificado durante este período, de acordo com o que foi visto e feito programa para aplicação da hidroterapia e seus benefícios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se a importância da hidroterapia, por ser uma das variadas formas de tratamento que busca em suas técnicas especificas tratar diversos problemas que acarretam pacientes no período gestacional como dores lombares , reduzir edemas fortalecer a musculatura, entre outros afim de melhorar a qualidade de vida neste período. Foram criadas técnicas quem vem sendo aperfeiçoadas ao longo do tempo, é uma terapia onde não há utilização de nenhum tipo de fármaco, apenas água aquecida e movimentos manuais para chegar a seus objetivos.

REFERÊNCIAS

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2009**.**

VIERA, Sônia. **Como elaborar questionários.** São Paulo: Atlas, 2009.
Hidroterapia: aplicabilidade clinicas . Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3288> Acesso em 04 de junho de 2018 ás 15:30 hs.

TRATAMENTO HIDROTERAPÊUTICO NA DOR LOMBAR EM GESTANTES. **D**isponível em : <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_164.pdf> Acesso em 04 de junho de 2018 as 8:00 hs.

https://www.youtube.com/watch?v=AVMtsD91PD4

http://www.equilibriofitefisio.com.br/hidroterapia-para-gestantes/

https://maemedicamoderna.wordpress.com/2013/12/26/hidroterapia-para-gestante/

FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DE MULHERES OPERADAS POR CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Evanise Azevedo dos Santos[1]; Adélia de Souza Dantas[1]; Ianca Brito da Nóbrega[1]; Leydijane Araújo de Sousa[1].

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: niceetiago@hotmail.com;
Felipe Longo Correia[2].
[2]Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é determinado como uma doença complexa e heterogênea, de etiologia desconhecida, com alta incidência e mortalidade, fundamenta-se no desenvolvimento de um tumor maligno a partir da propagação exagerada e desordenada de células anormais; podendo designar-se através de varias formas clínicas e morfológicas, diferentes graus de agressividade tumoral e um importante potencial metastático.

REFERENCIAL TEÓRICO

Devido à causa do câncer de mama ser desconhecida, ainda não se constatou nada que possa ser tido como um fator primordial ou absoluto para sua evolução. Contudo existem alguns fatores que podem facilitar o seu desenvolvimento. As causas podem ser encontradas no ambiente físico, hereditariedade ou caracterizar hábitos ou cultura de um determinado ambiente social e cultural como o sexo, a idade, fatores reprodutivos hormonais e nutricionais. (Chaves et al, 2008)

Os sinais e sintomas do câncer de mama na apalpação são os nódulos ou tumor na mama acompanhado ou não de dor mamária, alterações na pele, como abaulamentos ou retrações, e aspecto semelhante à casca de laranja, e podem surgir nódulos palpáveis nas axilas. O autoexame das mamas associado a outros exames complementares permitem um diagnóstico precoce e consequentemente um melhor prognóstico. O tratamento envolve uma abordagem múltipla, incluindo a mastectomia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e o tratamento fisioterápico.

Os métodos fisioterápicos utilizados no tratamento constituem a cinesioterapia, trabalhando alongamento, fortalecimento muscular e relaxamento, podendo se de forma passiva, ativo-assistida, auto passiva, e ativa contra a ação da gravidade. As drenagens linfáticas manuais, que se relacionada à massagem resultam em relaxamento e o aumento da absorção do fluxo linfático superficial. A contenção elástica e o enfaixamento compressivo

que possibilitam de uma modificação na hemodinâmica em nível venoso, linfático e tissular. (Marinho et al, 2007; Oliveira et al, 2006)

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é comprovar através da revisão bibliográfica a eficácia do tratamento fisioterapêutico em pacientes operadas de câncer de mama.

MÉTODOS

Esta pesquisa é de natureza descritiva, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica. Os artigos envolvidos neste estudo foram selecionados em pesquisas realizadas nas bases de dados Scielo; Bireme; Google Acadêmico; Lilacs; dentre outros. Foram identificadas 40 publicações de artigos sobre câncer de mama, empregando apenas 12 desses artigos citados, foi realizado no período de abril a maio de 2018, com o intuito de apanhar informações e conhecimentos além do que se procura sobre a eficácia da fisioterapia no tratamento de mulheres operadas por câncer de mama.

RESULTADOS

A revisão bibliográfica fundamentou-se em uma análise temática, onde foi realizada uma leitura e interpretação minuciosa de cada artigo para um melhor entendimento do conteúdo e contexto das evidências; um estudo comparativo dos temas recorrentes com integração interpretativa dos resultados em novas categorizações temáticas que englobam e transpõem os significados dos estudos constituintes da amostra.

A abordagem fisioterápica é fundamental para qualquer indivíduo cuja atividade diária esteja prejudicada. Nos processos de doença, favorece a redução de quadros, dolorosos e evita possíveis complicações após cirurgias ou longos períodos de imobilizações. O papel da fisioterapia é imprescindível na abordagem das pacientes mastectomizadas, independente do tipo de cirurgia, o seu objetivo é prevenir as complicações, proporcionar uma boa recuperação funcional e consequentemente, uma melhor qualidade de vida. (Kisner, Colby, 2005)

O tratamento inicia-se logo no pré-operatório, onde as mulheres são conduzidas quanto à postura que devem adquirir no pós-cirúrgico e orientadas sobre a importância da

aderência à reabilitação. Vale ressaltar que quanto mais precoce forem orientados os exercícios, mais rapidamente a mulher responderá ao tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação da fisioterapia em pacientes com câncer de mama cada vez mais tem se mostrado necessário, tanto na prevenção quanto no tratamento, com intuito de diminuir os efeitos da cirurgia ou mesmo superá-los. O carcinoma mamário é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres brasileiras. A fisioterapia expandiu e consolidou sua atuação em oncologia, em especial no tratamento do câncer de mama feminino. Através dos artigos científicos analisados, conclui-se que, é importante e indispensável à atuação do tratamento fisioterápico após mastectomia. As pacientes submetidas ao tratamento fisioterápico reduzem seu período de recuperação e retornando mais rápido à sua rotina, adquirindo novamente amplitude em seus movimentos, força, boa postura, coordenação e autoestima (Silva et al, 2004).

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama, mastectomia, Fisioterapia e Reabilitação.

REFERÊNCIAS

Acioly MCACS. **Carcinoma mamário: orientações fisioterapêuticas na fase ambulatorial.** [periódico na internet]. 2003 Jan.

BATISTON, Adriane Pires; SANTIAGO, SilviaMaria.Fisioterapia e **complicações físico-funcionaisapós tratamento cirúrgico do câncer de mama.Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.12, n.3,p.30-35. 2005.

BERGMANN, Anke et al.Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinasdo Hospital do Câncer III/INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52,n.1, p.97-109. 2006

BERGMANN, Anke et al.Morbidade após o tratamento de câncer de mama. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.1,n.2, p.101-108.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama: documentode consenso**. Rio de Janeiro: Inca. 2004.
Costa APS, Gomes FCG. **Atuação da fisioterapia em mulheres mastectomizadas**. [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2008 Apr 08]; [aproximadamente 6p.]. GUIA... **Guia câncer de mama**. Disponível em: http://www.cancermama.net/. Acesso em: 2 jun. 2008.s.d
Jacques G, Bastos VH. **Drenagem linfática**. [monografia na internet]. World Gate Brasil ltda; 2005 [acesso em 2008 Mar 20].

KISNER, C.; COLBLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**, 6ª edição. São Paulo: Manole, 2016. 746 p.

MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela C;BARRA, Alexandre A.Avaliação da qualidade de vida em mulherescom câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.49-58.2006.

Marinho CCA, Blanco NC, Viana AJ. **Abordagem fisioterapêutica nas complicações de mulheres mastectomizadas decorrentes do câncer de mama**. [monografia na internet]. Belém; 2007 [acesso em 2008 Mar 12]..

Oliveira GF, Barreto DM**. Avaliação da amplitude ativa de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas após tratamento fisioterápico**. [monografia na internet]. Florianópolis: 2006 [acesso em 2008 Mar 20]..

REZENDE, Laura Ferreira de et al. **Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. Revista da Associação Médica** Brasileira, São Paulo, v.52, n.1, p.37-42. 2006.

Serravalle N. **Fisioterapia em mastectomizadas. Fisio&Terapia**. [periódico na internet]. [acesso em 2008 Mar 15]; 18 [aproximadamente 2 p.].

Silva MPP, Derchain SFM, Rezende L. **Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90º no pós-operatório**. Rev Bras Ginecol Obstet 2004;26(2):125-30.

BENEFÍCIOS DO PILATES PARA GESTANTES

Gabrielle Dantas de Medeiros Fernandes[1]; Francyara Sousa Silva[1], Pedro Paulo Basilio Alves[1];Renata Justino Santana[2], Tacia Geni Rodrigues Dantas Fernandes[1]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros [2]

[1]Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: gabrielledantas2014@gmail.com
[2]Professora Mestra do curso de bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

No período gestacional ocorre inúmeras mudanças fisiológicas e comportamentais, na qual se destacasse a postura, devido o aumento no centro de gravidade do corpo, podendo levar a um aumento na curvatura lombar, com ocorrências de dor, desconforto e limitação funcional das atividades diária (SANTOS; KRAIEVSKI, 2017).

O método pilates apresenta seis princípios e que através destes, pode obter correções ou melhora postural, através de fortalecimento e alongamento muscular. Atua também na reabilitação de diversos distúrbios, trabalhando o corpo como um todo, além de recuperar e restabelecer estabilidade lombo-pélvica e as consequentes disfunções da coluna lombar (SANTOS, 2016).

REFERENCIAL TEORICO

Na gestação há várias mudanças fisiológicas principalmente hormonais, mecânicas e estrutural, podendo ocorrer em meio a circunstâncias biológicas, corporais, mentais e sociais, nas quais devem se ter cuidado para que não traga complicações e patologias desnecessária tanto para mãe, quanto para o recém-nascido (SANTOS, 2016).

Joseph Pilates, criou em 1920 o método pilates, afim de trabalhar todo o corpo, através dos seus princípios, concentração, centralização, precisão, controle, respiração e fluidez. A cada dia, vem crescendo a sua procura e reconhecimento na prevenção, proteção e reabilitação da saúde e pode ser realizado em aparelhos ou em solo (SANTOS, MOSER, BERNARDELLI, 2015).

Segundo Guimarães (2012), as gestantes que praticaram o método pilates apresentaram melhoras funcionais e diminuição da dor lombar em comparação com as que seguiam apenas o pré-natal, sem nenhuma atividade física. Miranda (2016), complementa ainda que o método pilates, contribui de maneira significativa na adaptação de suas alterações

fisiológicas da gravidez, enfatizando principalmente o sistema musculoesquelético, assoalho pélvico e postura, que são os mais acometidos pelas compensações.

OBJETIVO

Revisar a literatura sobre os benefícios do método pilates para as gestantes.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão da literatura, realizada em Setembro de 2018, por meio da seleção de artigos científicos publicados nas bases de dados eletrônicos SCIELO, LILACS e PUBMED/MEDLINE, onde após a aplicação dos descritores: PILATES, GESTANTE, BENEFÍCIOS, foram encontrados 15 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos originais disponibilizados na íntegra e publicados em língua portuguesa entre 2012 e 2018, com temas relacionados aos benefícios do método pilates para gestantes, foram excluídos artigos publicados em língua inglesa e não condizentes com o assunto abordado, restando finalmente 07 artigos, os quais compuseram a amostra desta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÂO

De acordo com os resultados obtidos através desta pesquisa pode-se observar que o método pilates proporciona inúmeros benefícios para a população e em especifico para a gestante, melhorando a qualidade de vida e postura, tendo maior funcionalidade e menor índice de dores e lombalgias.

A pratica de exercícios é uma maneira de prevenir ou minimizar problemas no período gestacional como também no parto e no pós-parto. Os exercícios do Método Pilates concedem um maior conforto, visto que seus exercícios são de baixo impacto, não ocasionando sobrecarga nas articulações das gestantes, melhorando assim o padrão respiratório, a consciência corporal a postura e o sono (GUIMARÃES, 2012).

Diversos estudos mostram que o método pilates pode trazer inúmeros benefícios para as gestantes, como exemplo, o alivio de sintomas dolorosos, reeducação postural, relaxamento corporal, melhora do tônus muscular, evita constipação intestinal, ajuda nas alterações cardiorrespiratórias que promovem cansaço principalmente ao final da gestação e

presta total contribuição para o trabalho de parto e puerpério (SANTOS, KRAIEVSKI, 2017; SANTOS, 2016; KROETZ, SANTOS, 2015; SANTOS, MOSER, BERNARDELLI, 2015).

Através deste estudo pôde-se facilitar as condutas e objetivos a ser traçados na prevenção, promoção e reabilitação das gestantes, além de incentivar as pesquisas sobre essa área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que o método pilates pode proporcionar melhora do quadro álgico e disfunções, como também prevenção de futuras patologias. Nas gestantes tem como enfoque principal a melhora postural, normalização ou diminuição da lombalgia, dor e/ou hiperlordose, fortalecimento da musculatura pélvica e consequentemente uma melhor qualidade de vida pré e pós gestacional.

PALAVRAS CHAVES: PILATES, GESTANTE, BENEFÍCIOS.

REFERENCIAS:

DE SOUZA, Lilian Alvico; BRUGIOLO, Alessa Sin Singer. **Os benefícios da fisioterapia na lombalgia gestacional**. 2012.

DOS SANTOS, Léia Batista; KRAIEVSKI, Elaine da Silva. OS BENEFÍCIOS DO MÉTODO PILATES NO TRATAMENTO DA LOMBALGIA NA GESTAÇÃO Três Lagoas: 2017. **Rev. Conexão Eletrônica -Volume 14–Número 1**.

GUIMARÃES, Tânia. **Efeitos de uma abordagem fisioterapêutica baseada no Método de Pilates no tratamento da dor lombar e da incapacidade funcional em mulheres grávidas**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. [sn].

KROETZ, Daniele Cecatto. Benefícios do método pilates nas alterações musculoesqueléticas decorrentes do período gestacional. **Revista Visão Universitária, v. 3, n. 1, 2015**.

MIRANDA, Thaíny Batista Pereira. **EFEITOS DO MÉTODO PILATES APLICADO EM UMA GESTANTE NO TERCEIRO TRIMESTRE GESTACIONAL: estudo de caso.** 2016.

SANTOS, Daniela Oliveira dos. **Efeito do método de Pilates na estabilidade lombo-pélvica em mulheres grávidas**. 2016. Tese de Doutorado.

SANTOS, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira; DE LIMA MOSER, Auristela Duarte Duarte; BERNARDELLI, Rafaella Stradiotto. ANÁLISE DA EFETIVIDADE DO MÉTODO PILATES NA DOR LOMBAR: REVISÃO SISTEMÁTICA-DOI: http://dx. doi.

org/10.18511/0103-1716/rbcm. v23n1p157-163. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 23, n. 1, p. 157-163, 2015.

A IMPORTÂNCIA DO PILATES NO PERÍODO GESTACIONAL

Williany Gomes[1], Brunna Mayanny Moura de Freitas[1], Maria Raquel Brasileiro de Farias[1], Aucelia Cristina Soares de Belchior[2]

[1]Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: wg.aninhagomes@gmail.com.
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional o corpo feminino sofre transformações, (ALVES, 2012). Durante essas mudanças ocorre um aumento da quantidade dos hormônios estrogênio e progesterona e do volume sanguíneo, (ENDACOTT, 2007).

A prática de exercícios físicos é de alta importância para obtenção de uma melhora no condicionamento físico, com a prática de atividades é possível reduzir riscos gestacionais, (RODRIGUES, 2008).

O Pilates é um método de condicionamento físico e mental que trabalha a força, alongamentos, flexibilidade e o equilíbrio, busca o realinhamento postural. (MARTINS; CUNHA, 2013).

Segundo Kroetz e Santos (2015) mostram que o Pilates é um método que trabalha na qualidade dos movimentos. O pilates atualmente é bastante utilizado e recomendado durante o período de gravidez, possibilitando o gestante conforto e benefícios.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo revisar a literatura sobre a importância do pilates e os efeitos que o mesmo traz durante o período gestacional.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica, baseada em trabalhos escritos em português, obtidos a partir das bases de dados: BIREME, SCIELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores: Pilates; Período gestacional; bem como publicações realizadas entre 2010 e 2018.

A produção deste estudo foi embasada em 21 artigos científicos previamente selecionados e especificados quanto ao presente estudo.

Foram considerados critérios de inclusão: participantes serem do sexo feminino e estarem em período gestacional, fazendo assim o uso da prática do pilates como ação positiva e qualidade de vida na mulher e no bebê.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com os resultados da pesquisa observou-se efeitos proporcionados pela prática do pilates em base do bem estar e qualidade de capacidades funcionais da mulher grávida, deduzindo que este método além de promover uma melhora do condicionamento físico, auxilia no alívio de dores e previne lesões, devido o fortalecimento da musculatura.

Abaixo segue os artigos selecionados que se encaixam na temática "A importância do pilates no período gestacional", publicados no período entre os anos 2010 até 2018.

Endacott. (2007) mostra que o Pilates é um método bastante indicado em níveis de conforto durante a gravidez e ao parto, promovendo uma boa estabilidade da musculatura postural e do assoalho pélvico, como também o trabalho de fortalecimento e alongamento suave dos músculos.

Fabrin et al. (2010) ressalta que o pilates é conhecido como técnica que permite a estabilização para redução dos danos de sintomas álgicos na gestação, onde permitem a ativação dos músculos transverso do abdome, grande dorsal e assoalho pélvico.

No estudo de Bittar. (2003), a gestante remodela o seu centro de força, como o abdome, quadril e lombar, por meio de uma prática variada com algumas repetições, concentração, precisão de movimentos e fluidez progredindo a mlehora da postura.

Segundo Kroetz, Santos. (2015) fala que para as gestantes iniciantes no método Pilates, os exercícios só podem serem iniciados a partir do quarto mês de gestação, quando já é considerado uma gravidez mais segura.

Endacott. (2007) ressalta que o melhor modo de praticar os exercícios do pilates é descalça, ou com meias que tenham solas antiderrapantes. Os exercícios devem ser escolhidos de acordo com cada parte da gestação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, foi possível observar que a prática do pilates pode prevenir fatores que prejudiquem a saúde, e a pratica de exercícios trás para as gestantes possibilidades de terem um parto e um pós-parto mais tranquilos.

Diante do exposto, existe uma diminuição de patologias, câimbras, diminuição de edemas entre vários outros disturbios, promovendo assim um maior equilíbrio, força, coordenação e qualidade de vida nesse período tão mágico que é o da gravidez.

PALAVRAS-CHAVE: Pilates; Período gestacional.

REFERÊNCIAS

ALVES, TÂNIA SILENE GOMES. Efeitos da Fisioterapia na Qualidade de Vida da mulher durante o Período Gestacional: Revisão Sistemática. Universidade Jean Piaget de Cabo Verde Dez 2012. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/38682754.pdf Acesso em: 15 Maio 2016

BITTAR, ADRIANO JABUR. **Edurece**: pela inteligência do corpo que dança. Salvador, Bahia, 2003. Disponível em: <http://portalabrace.org/vcongresso/textos/pesquisadanca/Adriano%20Jabur%20Bittar%20-20Educere%20pela%20inteligencia%20do%20corpo%20que%20danca.pdf> Acesso em: 20 Junho 2016.

COSTA, EDINA SILVA et al., (2010), Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação, in Rev. Rene. Fortaleza, vol. 11, nº 2, pp. 86-93, [em linha], disponível em , [consultado em 10/10/2012].

ENDACOTT, Jan. **Pilates para grávidas**: exercícios simples e seguros para antes e depois do parto. 1ª ed. Barueri, SP, 2007.

FABRIN, Erica Duarte et al., Influência das técnicas de fisioterapia nas algias posturais gestacionais. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde.** v. 14, n. 2, 2010. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/260/26019017013.pdf Acesso em: 15 Agosto 2016

KROETZ, DANIELE CECATTO; SANTOS, Máira Daniéla. Benefícios do método Pilates nas alterações musculoesqueléticas decorrentes do período gestacional. **Visão Universitária** (2015) v.(3):72-89. Disponível em: http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/62/49 Acesso em: 25 Abril 2016

MARTINS, RIVIEN APARECIDA DE SOUZA; CUNHA, Raphael Martins. **Método Pilates:** histórico, benefícios e aplicações revisão sistemática da literatura. Goiânia 2013. Disponível em: <http://www.ceafi.com.br/biblioteca/pagina/39/mtodo-pilates-histrico-benefcios-e-aplicaes-reviso-sistemtica-da-literatura> Acesso em: 15 Março 2016

RODRIGUES VD, Silva AG, Câmara CS, Lages RJ, Ávila WRM. Prática de exercício físico na gestação. Revista Digital – Buenos Aires 2008;126(13).

EFEITOS DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA DOR DE PARTURIENTES

Francyara Sousa Silva[1]; Gabrielle Dantas de Medeiros Fernandes[2]; Pedro Paulo Basílio Alves[2]; Tacia Geni Rodrigues Dantas Fernandes[2]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3].

Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: francy_gel@hotmail.com
Professora: Laysa Gabrielle Silva Medeiros - Professora Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Parturição tem um aspecto social que identifica-a como um passo doloroso do processo fisiológico da gravidez, constituindo uma resposta comportamental influenciada pela extensão emocional e ambiental. Fatores socioculturais intervêm na maneira como a parturiente pressente e interpreta o processo do parto. No Brasil o parto normal está coligado à figura de dor e sofrimento, que pelo aspecto fisiológico do evento, atribui à mulher uma conduta de superação frente à dor na hora do trabalho de parto (PEREIRA, 2011).

A presença do fisioterapeuta no acompanhamento da parturiente não é uma prática posta na nossa sociedade e nem incluída no sistema de saúde. Porém, este profissional tem a importante função de orientar e conscientizar a mulher para que ela desenvolva todo o seu potencial fisiológico, que será exigido neste momento, tornando-a segura e confiante (BAVARESCO G.Z, 2011).

REFERENCIAL TÉORICO

Técnicas fisioterapêuticas podem ser aplicadas à parturiente de baixo risco visando maior conforto, alívio da dor, relaxamento e confiança em relação ao próprio corpo. Como exemplo dessas técnicas, encontra-se: estímulo à deambulação, que melhora a dilatação ativa; exercícios respiratórios, equilibrando a dor; analgesia através da neuroeletroestimulação transcutânea (TENS) e massagens com técnica de deslizamento superficial (SERRUYA, 2004).

Em relação ao nível de dor das parturientes, o auxílio da escala de Escala Visual Analógica - EVA é fundamental para utilizar uma linha de protocolo com base na realidade da sala de pré-parto, onde, na EVA (1–3): cinesioterapia, técnicas respiratórias, relaxamento e estímulo à deambulação eram utilizadas; EVA (4–7): massoterapia, técnicas respiratórias,

relaxamento e estímulo à deambulação e EVA (8–10): técnicas respiratórias, relaxamento e TENS (CASTRO, 2012).

Pesquisas revelam que as técnicas fisioterapêuticas para o alívio da dor durante o trabalho de parto são eficazes, pois as parturientes obtiveram maior analgesia durante o trabalho de parto, bem como, diminuição da ansiedade e aumento das opiniões acerca do parto normal (MAZZALI, 2008).

OBJETIVO

Identificar os efeitos da intervenção fisioterapêutica na dor de parturientes.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas de artigos selecionados na plataforma SCIELO, PUBMED onde, após aplicação dos descritores: “Fisioterapia”, “Trabalho de parto” e “dor”, foram encontrados 10 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em línguas portuguesa publicados entre os anos de 2004 e 2014, com temas relacionados aos efeitos da intervenção fisioterapêutica na dor do parto normal de parturientes. Foram excluídos artigos publicados anteriormente a 2004. Restaram finalmente 4 artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

Tabela I: Resultados obtidos nas análises dos artigos

Titulo	Autor(es)	Ano	Resultados
O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente.	Bavaresco GZ.	2011	A assistência fisioterapêutica promove um apoio físico e emocional durante o trabalho de parto contribuindo para sua humanização, adequando à parturiente ao bem-estar físico, redução das dores, aumento da confiança, diminuição do medo e da ansiedade, e maior consciência do processo parto ativo.
Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação	Castro A.S.	2012	O protocolo fisioterapêutico proposto neste estudo, com base na escala de dor EVA, revelou ser de fácil aplicação, possibilitando auxiliar o fisioterapeuta no melhor

da dor.			procedimento à realidade da sala de pré-parto, interferindo positivamente sobre a dor e o desconforto materno.
Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate.	Domingues RM.	2004	No estudo observou que as mulheres conseguiram controlar a dor, ter paciência e se mantiveram forte em todo o processo do parto, que o auxílio e ajuda da equipe é importante, para elas se sentirem seguram e confortável com toda a experiência.
Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal.	Mazzali, L.	2008	Nota-se que os procedimentos de fisioterapia para redução da dor durante o trabalho de parto são ativos na promoção do conforto da mãe. Contudo, precisa melhorar o conhecimento da sociedade perante a eficaz desse profissional nessa área de atuação.

CONCLUSÃO

A fisioterapia com suas táticas não farmacológicas no alívio da dor com exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, neuroeletroestimulação transcutânea (TENS) e estimulo a deambulação, apresentaram grande aceitação pelas gestantes com baixo risco obstétrico, melhorando assim seu quadro álgico, possibilitando uma melhor confiança e conforto. Contudo, destaca-se a importância de novas pesquisas na área e atuação desse profissional no âmbito da saúde pública, a fim de auxiliar melhor as parturientes com suas técnicas fisioterapêuticas.

PALAVRAS CHAVES: FISIOTERAPIA, TRABALHO DE PARTO E DOR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAVARESCO GZ. et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. Ciência Saúde Coletiva. 2011;16(7):3259-66
Disponível em<https://www.scielosp.org/article/csc/2011.v16n7/3259-3266/pt/> acesso 23Set. 2018.

CASTRO, A.S.et al. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 210-214, Setembro. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502012000300004&lng=en&nrm=iso>acesso 23Set. 2018.

DIAS, MAB. et al. Desafios para a implementação de uma política de humanização no atendimento hospitalar ao parto. Ciênc Saúde Coletiva. 2005[citado 2015 Junho

30];10(3):669-705. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf> acesso 23Set. 2018

DOMINGUES, RM. et al. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto em uma maternidade do Rio de Janeiro. Cad Saude Publica 2004;20 (Suppl 1):S52-S62. Disponível em < https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en> acesso 23Set. 2018

FABRI, R.H. et al. Tipos de Parto e Formas de Assistência Médica em Uberaba-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro , v. 21,n. 2,p. 99-104,Mar. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999000200007&lng=en&nrm=iso> acesso 18 Set 2018

MAZZALI, L. et al. ANÁLISE DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DIMINUIÇÃO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO NORMAL. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde 2008. Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012806002> acesso 18 Set 2018

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Pain and the protagonism of women in parturition. **Rev. Bras. Anestesiol.**,Campinas ,v. 61,n. 3,p. 382-388, June 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300014&lng=en&nrm=iso> acesso 18 Set 2018

SERRUYA, S.J. et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4,n. 3,p. 269-279,Set.2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en&nrm=iso>. acesso 18 Set 2018

SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Geovana Cristina Dantas de Lima[1]; Alison dos Santos Calixto[1]; Thiago Dantas Rabêlo[1], Verônica Medeiros da Silva[1]; Necienne de Paula Carneiro Porto[2].

[1]Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia, E-mail:geo.dantas12@gmail.com; [2]
[2]Professora mestre pela UFRN e professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é a endocrinopatia mais comum em mulheres com idade reprodutiva, com predominância entre 4% a 14% (SALOMON, 1999; LEGRO et al., 2007). Segundo Costa, Viana e Oliveira (2006) a SOP é uma doença provocada pelo hiperandrogenismo na mulher, com origem multifatorial. É manifestada através de alterações no ciclo menstrual, infertilidade, hirsutismo, anovulação crônica, alterações endócrinas, acne, obesidade, cistos ovarianos, entre outras manifestações (MOURA et al., 2011).

A etiologia da SOP é pouco conhecida, apesar disso, são abordadas inúmeras hipóteses como alterações na liberação de gonadotrofinas (GnRH), na liberação hipofisária de hormônios luteinizante (LH) e folículo estimulante (FSH), nas funções ovarianas e supra-renais, e vem sendo associada recentemente com a resistência insulínica (RI) (LEGRO et al., 2007). É comum sua conexão com distúrbios metabólicos (NORMAN, 2007). Várias mulheres portadoras da SOP apresentam à síndrome metabólica (SMET) (EHRMANN, 2006), alto risco de dislipdemia, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 (LO, 2006).

Com o predomínio de RI e SMET está aumentada nessas mulheres, há a possibilidade de elas apresentarem maior risco para eventos cardiovasculares e metabólicos (GROOT et al., 2011). O risco de acontecer esses eventos pode ser maior na presença de obesidade (WU et al., 2009).

OBJETIVO

O presente estudo objetiva fazer uma revisão bibliográfica, buscando as informações necessárias sobre a SOP, como etiologia, sinais e sintomas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica da literatura, que envolve a recolha e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados: Biblioteca Virtual Scielo, Google Acadêmico e a PubMed, além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras-chave: síndrome metabólica, síndrome dos ovários policísticos, resistência insulínica. A busca totalizou 14 publicações, no entanto apenas 8 artigos foram selecionados, tendo como critérios de inclusão: ser um artigo científico, dissertação ou tese, inseridos no intervalo temporal de 2008 a 2018, artigos em português e inglês. A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2018.

RESULTADOS

Os ovários são glândulas reprodutivas que se localizam proximamente às paredes laterais do útero, mede aproximadamente 3 cm, são os órgãos responsáveis pela produção dos hormônios estrogênio e progesterona e os androgênicos em menor quantidade (PERSAUD, 2004).

Os ovários policísticos ocorrem devido aos níveis de FSH estarem deprimidos, fazendo com que os folículos sejam estimulados continuamente, mas não a ponto da maturação e ovulação, com isso, o crescimento do folículo fica comprometido e o tempo folicular é estendido por vários meses na forma de cistos foliculares, que possuem de 2 a 10 milímetros de diâmetro, podendo chegar a atingir 15 milímetros, fazendo com que o ovário perca o seu aspecto normal. Também com o estímulo excessivo de LH, favorece o aspecto policístico e o aumento em volume dos ovários, em virtude do aumento da síntese de androgênio intra-ovárico (SPEROFF; GLASS; KASE, 1999; FERREIRA et al, 2008).

A SOP se manifesta através de diversos fenômenos como: hirsutismo que é a presença de pelos terminais na mulher, em áreas características de distribuição masculina, que ocorro devido a ação dos androgênios sobre a pele; infertilidade que ocorre graças a anovulação causada por uma falha no desenvolvimento dos folículos, fazendo com que a maioria dos ciclos sejam anovulatórios; anovulação crônica causada por uma alteração na secreção de FSH e LH, e é determinada pela falta constante de ovulação, que se manifesta pela ausência de menstruação (amenorréia) ou ciclos que ocorrem em intervalos acima de 35

dias (oligomenorréia); entre outras manifestações como alterações endócrinas, acne, obesidade, entre outros (SPRITZER, 2009; MOREIRA, 2011; MACHADO, 2001; HAIDAR et al., 2009).

Apesar da SOP ter etiologia incerta, há várias hipóteses sobre suas causas. De todos os mecanismos fisiopatológicos existentes, destacam-se três principais teorias. Na primeira, mulheres com SOP apresentam, nos tecidos muscular e adiposo, defeitos pós-receptores que inibem a via metabólica da insulina gerando a RI e hiperinsulinemia compensatória, a qual via receptor próprio presente nas células da teca ovariana, ou quando em concentrações elevadas também por meio de receptores de IGF-1 locais, estimularia a androgênese (DUNAIF A et al 2001).

Na segunda teoria existe um aumento de frequência e amplitude dos pulsos de hormônio de liberação da gonadotrofina (GnRH) por um defeito hipotalâmico intrínseco, reduz a progesterona ou eleva a insulina, que favorecem a síntese do hormônio luteinizante (LH) em perda do hormônio folículo-estimulante (FSH) e, como resultado, a androgênese ovariana (EAGLESON CA et al 2000; HAISENLEDER DJ, 1991). Na terceira há uma hipersensibilidade das células da teca a esses estímulos nas portadoras de SOP (WICKENHEISSER JK et al, 2005).

CONCLUSÃO

A SOP é uma patologia muito comum em mulheres com idade reprodutiva, está ligada a diversos fatores, mas são todos especulações já que sua etiologia é pouco conhecida. Algumas dessas hipóteses são, alguma falha na liberação do GnRh que consequentemente gera falhas na liberação do FSH e LH e nos hormônios ovarianos, é comum também sua associação com distúrbios metabólicos e recentemente associada a resistência insulínica.

Ela manifesta-se por múltiplas alterações como acnes, alterações no ciclo menstrual, alterações metabólicas, obesidade, hirsutismo, anovulação crônica, entre outras manifestações. Em algumas mulheres há o risco de ocorrer problemas cardiovasculares, ligados a resistência insulínica e a síndrome metabólica sendo aumentada nessas mulheres, esse evento está mais propenso a ocorrer na presença da obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome Metabólica; Síndrome dos Ovários Policísticos; Resistência Insulínica.

REFERÊNCIAS

COSTA, L.O.B. F.; VIANA, A.O.R.; OLIVEIRA, M. Prevalência da síndrome metabólica em portadoras da síndrome dos ovários policísticos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.29, n. 1, 2007.

DUNAIF A, WU X, LEE A, DIAMANTI-KANDARAKIS E. Defects in insulin receptor signaling in vivo in polycystic ovary syndrome. Am J Physiol Endocrinol Metab. 2001; 281: 392-9. Poretsky L, Kalin MF. The gonadotropic function of insulin. **Endocr Rev.** 1987; 8: 132-41.

EAGLESON CA, GINGRICH MB, PASTOR CL. Polycystic ovarian syndrome: evidence that flutamide restores sensitivity of the gonadotropin-releasing hormone pulse generator to inhibition by estradiol and progesterone. **J Clin Endocrinol Metab.** 200; 85: 4047-52.

EHRMANN DA, LILJENQUIST DR, KASZA K, AZZIZ R, LEGRO RS, GHAZZI MN, et al. Prevalence and predictors of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. **J Clin Endocrinol Metabol.** 2006; 91(1):48-53.

FERREIRA, J.A.S. et al. Síndrome dos ovários policísticos: uma visão atual. **Revista FEMINA**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2008.

GROOT PC, DEKKERS OM, ROMIJN JA, DIEBEN SW, HELMERHORST FM. PCOS, coronary heart disease, stroke and the influence of obesity: a systematic review and meta-analysis. **Hum Reprod Update.** 2011;17(4):495-500.

HAIDAR, M.A. et al. Síndrome da Anovulação Crônica. In: Nazário, A.C. P. et al. **Ginecologia.** Barueri: Manole. 2009.

HAISENLEDER DJ, DALKIN AC, ORTOLANO GA, MARSHALL JC, SHUPNIK MA. A pulsatile gonadotropin-releasing hormone stimulus is required to increase transcription of the gonadotropin subunit genes: evidence for differential regulation of transcription by pulse frequency in vivo. **Endocrinology**. 1991; 128: 509-17.

LEGRO RS, BARNHART HX, SCHLAFF WD, CARR BR, DIAMOND MP, CARSON SA, STEINKAMPF MP, COUTIFARIS C, MCGOVERN PG, CATALDO NA, GOSMAN GG, NESTLER JE, GIUDICE LC, LEPPERT PC, MYERS ER; Cooperative Multicenter Reproductive Medicine Network. Clomiphene, metformin, or both for infertility in the polycystic ovary syndrome. **N Engl J Med.** 2007;356(6):551-66.

LO JC, FEIGENBAUM SL, YANG J, PRESSMAN AR, SELBY JV, GO AS. Epidemiology and adverse cardiovascular risk profile of diagnosed polycystic ovary syndrome. **J Clin Endocrinol Metab**. 2006;91(4):1357-63.

MACHADO, L.V. Sangramento uterino disfuncional. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia.** São Paulo, v. 45, n. 4, 2001.

MOREIRA, A.R.S. **Metformina no tratamento da infertilidade na Síndrome dos Ovários Policísticos.** 33f. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Universidade da Beira em Interior. Covilhã, 2011.

MOURA, H.H.G. et al. Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatológica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v.86, n. 1, 2011.

NORMAN RJ, DEWAILLY D, LEGRO RS, HICKEY TE. Polycystic ovary syndrome. **Lancet.** 2007;370(9588):685-97.

PERSAUD, T.V.N.; MOORE, K.L. **Embriologia Clinica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

SOLOMON CG. The epidemiology of polycystic ovary syndrome. Prevalence and associated disease risks. **Endocrinol Metab Clin North Am**. 1999;28(2):247-63.

SPEROFF, L; GLASS, R.M.; KASE, N.G. **Clinical gynecologic endocrinology and fertility.** 6 ed.1999. Philadelphia: Lippincott Willians e Wilkins.
SPRITZER, PM. Diagnóstico etiológico do hirsutismo e implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.31, n. 1, 2009.

WICKENHEISSER JK, NELSON DEGRAVE VL, MCALLISTER JM. Dysregulation of cytochrome P450 17α-hydroxilase messenger ribonucleic acid stability in theca cells isolated from women with polycystic ovarian syndrome. **J Clin Endocrinol Metab.** 2005; 90: 1720-7.

WU B, FUKUO K, SUZUKI K, YOSHINO G, KAZUMI T. Relationships of systemic oxidative stress to body fat distribution, adipokines and inflammatory markers in healthy middle aged women. **Endocr J.** 2009;56(6):773-8

EFICÁCIA DA TERAPIA COM CONES VAGINAIS NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Jakelyne Joyce Felix da Silva [1]; Camilla de Freitas Lima [1]; Daiane Fabrícia dos Santos [1]; Jéssica Domingos de Lucena [1]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros [2].

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).
[2] Fisioterapeuta, professora das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência apresenta incontinência urinária (IU) como a condição em que há perda involuntária de urina. Já a incontinência urinária de esforço (IUE), sua forma mais comum, é determinada como toda perda de urina decorrente de algum esforço físico, como pular, correr e tossir (ABRAMS et al., 2002).

Na Incontinência Urinária de Esforço (IUE), a perda involuntária de urina ocorre com a alta da pressão intra-abdominal, na escassez de atividade contrátil do músculo detrusor, em que a pressão vesical atinge a pressão uretral máxima, por falha no sistema esfincteriano uretral (GUARISI et al., 2001).

Segundo Oliveira et al., (2007) diferentes estudos mostraram a ocorrência de lesões musculares e/ou neuromusculares em pacientes com incontinência urinária. Lesões nervosas parciais, com perda de axônios, são estímulos à reinervação do assoalho pélvico. Os axônios remanescentes, portanto, são encarregados pela inervação de um maior número de fibras musculares e fornecem contrações menos eficientes. A lesão do assoalho pélvico acontece, em geral, pela compressão de partes fetais contra tecidos maternos, o que determina secção e estiramento de músculos e nervos e, ainda, o desarranjo estrutural do tecido conjuntivo e das fáscias, alterando toda a estática pélvica, podendo ocasionar a perda de urina (DELANCEY, 1996).

Os cones são dispositivos de mesma forma e volume, com peso variando de 20 a 100 g, o que determina para o cone um número variável de um a nove. A análise compreende em definir qual cone a paciente consegue reter na vagina ao longo de um minuto, com ou sem contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico (HAHN et al., 1996). De acordo com Haslam et al., (2008) os cones vaginais consistem em uma forma fácil e prática de identificar e fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, utilizando os princípios do biofeedback. Foram propostos por Plevnik, em 1985, que demonstrou às pacientes ser possível aprenderem

a contrair a musculatura do assoalho pélvico por meio da retenção de cones vaginais com pesos crescentes.

REFERENCIAL TEÓRICO

As estruturas ósseas da pelve, interligadas por fibras musculares lisas dos ligamentos e pelas condensações das fáscias, juntamente com a musculatura do assoalho pélvico, vão sustentar a bexiga e a uretra, fechando a pelve e apoiando as vísceras em posição vertical (BLAIVAS et al., 1997).

O nervo pudendo é um nervo eferente tanto para o assoalho pélvico como para o esfíncter estriado peri-uretral. Sua lesão pode ocasionar insuficiência dos elementos de sustentação, bem como o relaxamento da musculatura peri-uretral, comprometendo a integridade do assoalho pélvico e determinando, assim, o desencadeamento da incontinência urinária (CHAI, T. C.; STEERS, W. D., 1997).

Um fator importante de continência urinária é a rede de sustentação formada pelas fibras do músculo levantador do ânus ligadas à fáscia endopélvica que, durante a contração muscular, por circundar a vagina e a porção distal da uretra, vai tracioná-la em direção ao púbis e comprimi-la contra a parede vaginal, mantendo, assim, a luz uretral ocluída (MOREIRA et al., 2002).

O fortalecimento da musculatura pélvica está fundamentado no preceito de que movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular. Dessa forma, os exercícios perineais são benéficos por acarretar o fortalecimento dos elementos de sustentação e por melhorar a resistência uretral. Os cones vaginais buscam efetividade por propiciar um ganho de força e resistência muscular por meio do estímulo para recrutamento das musculaturas pubiococcígea e auxiliar periférica, que devem reter os cones cada vez mais pesados (AMARO, 2000).

Embora a Incontinência Urinária não coloque diretamente a vida das pessoas em risco, é uma condição que pode trazer sérias implicações médicas, sociais, psicológicas, e econômicas, afetando adversamente a qualidade de vida (DE MORAIS LOPES, 2006). A qualidade de vida é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais e, portanto, está relacionada com a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua condição ou doença e subseqüente tratamento (WHOQOL, 1995).

OBJETIVO

O referente estudo tem como objetivo demonstrar a eficácia dos cones vaginais no tratamento da Incontinência Urinária de Esforço.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um resumo expandido, onde a pesquisa foi realizada em Setembro do corrente ano, com ênfase no levantamento de referências teóricas encontradas em 13 artigos entre os anos 1995 e 2008 que estão disponíveis no site Google Acadêmico, apresentando como objetivo o fornecimento de dados que comprovem a eficácia dos cones vaginais no tratamento da incontinência urinária de esforço, levando em consideração o número de pessoas que apresentam tal disfunção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Haddad (2000) a técnica terapêutica com cones vaginais permite o recrutamento das fibras musculares dos tipos I (contração lenta cujas células são ricas em mitocôndrias e resistentes à fadiga) e II (contração rápida, caracterizando-se por alta concentração de glicogênio e fadiga rápida) , além de melhorar a propriocepção das pacientes, promovendo uma atividade contrátil especifica e eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste resumo pode-se constatar a eficácia dos cones vaginais no tratamento da incontinência urinária de esforço. Em meio a várias técnicas já existentes, ficou perceptível que a terapia com cones vaginais produz um fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, prevenindo assim a perda de urina. Desta forma, pode-se afirmar que a sua atuação contribui significativamente no tratamento da incontinência urinaria de esforço.

PALAVRAS-CHAVE: Cones Vaginais, Tratamento, Incontinência Urinária de Esforço.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Paul, et al. **The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society.** Neurourology and urodynamics, 2002, 21.2: 167-178.

RETT, Mariana Tirolli, et al. **Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia.** Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia, 2007.

OLIVEIRA, Emerson, et al. **Ultrasonographic and Doppler velocimetric evaluation of the levator ani muscle in premenopausal women with and without urinary stress incontinence.** European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2007, 133.2: 213-217.

WHOQOL GROUP, et al. **The World Health Organization quality of life assessment** (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine, 1995, 41.10: 1403-1409.

DELANCEY, John OL. **Stress urinary incontinence: where are we now, where should we go?.** American journal of obstetrics and gynecology, 1996, 175.2: 311-319.

DE MORAES LOPES, Maria Helena Baena; HIGA, Rosângela. **Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2006, 40.1: 34-41.

CHAI, T. C.; STEERS, W. D. **Neurophysiology of micturition and continence in women.** International Urogynecology Journal, 1997, 8.2: 85-97.

HAHN, Inger, et al. **Comparative assessment of pelvic floor function using vaginal cones, vaginal digital palpation and vaginal pressure measurements.** Gynecologic and obstetric investigation, 1996, 41.4: 269-274.

HASLAM, Jeanette, et al. **Vaginal cones in stress incontinence treatment.** Nurs Times, 2008, 104.5: 44-5.

MOREIRA, Sonia Fátima da Silva, et al. **Bladder Neck Mobility and Functional Pelvic Floor Evaluation in Women with and without Stress Urinary Incontinence, According to Hormonal Status**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2002, 24.6: 365-370.

BLAIVAS, Jerry G., et al. **Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society**. Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society, 1997, 16.3: 145-147.

GUARISI, Telma, et al. **Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar.** Revista de Saúde Pública, 2001, 35: 428-435.

AMARO, J. L.; GAMEIRO, M. **O. Tratamento clínico da incontinência urinária feminina: eletroestimulação endovaginal e exercícios perineais** [livre docência]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina, 2000

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Itaniévilly Lima Diniz[1]; Adélia de Souza Dantas[1]; Evanise Azevedo Santos[1]; Raianny Leitão de A. Oliveira[1]; Necienne De Paula Carneiro Porto[2]..

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: itanievilly@gmail.com;
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais femininas (DSF) são caracterizadas por agravos de curto prazo para amplas perturbações emocionais que afetam negativamente a família e local de trabalho (Buster JE, 2013). Suas etiologias podem variar desde comprometimento vascular, psicossocial, muscular, uso de medicamentos a fatores neurogênicos, disfunção hormonal/ endócrina e cirúrgica (Junqueira FRR, 2008). De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, os distúrbios sexuais femininos eram classificados como transtorno do desejo sexual hipoativo, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo feminino e transtornos sexuais dolorosos dispareunia e vaginismo (American Psychiatric Association, 2002). Atualmente, sua nova classificação, segundo o DSM-5 é descrita em transtorno do desejo/excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtorno da dor gênito-pélvica/penetração (American Psychiatric Association, 2013).

A resposta sexual natural na mulher é mediada por uma interação complexa de fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos (hormonais, vasculares, musculares e neurológicos). A primeira fase da resposta sexual é a do desejo, seguida por quatro fases consecutivas e compreende a excitação, platô, orgasmo e resolução. Quando a mulher se depara diante de uma situação/ estímulo sexual, o desejo sexual pode ser desencadeado: apetite, libido, apetência. Esse procedimento pode se estender e ser satisfatório, traduzindo-se em excitação sexual (Berek JS, 1998; Halbe HW, 2000).

OBJETIVOS

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo investigar o tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais femininas.

MÉTODOS

Esta pesquisa é de natureza descritiva, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica. Os artigos envolvidos neste estudo foram selecionados em pesquisas realizadas nas bases de dados Scielo; Bireme; Google Acadêmico; dentre outros. Foram identificadas 20 publicações de artigos sobre DSF, empregando apenas 08 desses artigos citados, foi realizado no período de agosto a setembro de 2018, com o intuito de apanhar informações e conhecimentos além do que se procura sobre o tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais femininas. Palavras chaves: Disfunções Sexuais; Fisioterapia; Dispareunia.

RESULTADOS

Dados revelam que 40 e 45% das mulheres apresentam alguma queixa de disfunção sexual, sendo que o desejo sexual hipoativo varia de 32 a 58%, disfunção de excitação e anorgasmia de 30% e dispareunia apresenta incidência variável, progredindo com o envelhecimento (Hayes RD, Dennerstein L, 2008). Assim, a fisioterapia é um caminho para o tratamento das disfunções sexuais. Visando o tratamento das disfunções sexuais a Fisioterapia utiliza diversos recursos que envolvem a cinesioterapia, percepção corporal, educação comportamental, exercícios sexuais, biofeedback, massagem perineal, dessensibilização vaginal, dilatadores vaginais e eletroterapia (Denton AS, 2003; Etienne MA, 2006). Os métodos fisioterapêuticos utilizados consistem na contração voluntária dos músculos perineais para reeducar o assoalho pélvico e aumentar seu tônus muscular. A aplicação dos protocolos de tratamento difere consideravelmente, mas a magnitude das resistências aplicadas, as durações do tempo de contração, repouso e respiração.

A cinesioterapia do assoalho pélvico é compreendida basicamente na realização dos exercícios de Kegel, que seu propósito é trabalhar a musculatura perineal para o tratamento da hipotonia do assoalho pélvico. A cinesioterapia para a musculatura do assoalho pélvico tem papel significativo já que preconiza a rearmonização e reeducação da mesma através de contrações isoladas desses músculos associadas com posicionamento adequado da pelve e respiração adequada (Kegel AH, 1951; WroclawskiER , 1999).

A eletroestimulação consiste na colocação intravaginal de um dispositivo de aproximadamente 7 cm de comprimento e 2,5cm de diâmetro com frequência de 10 e 50hz, o qual proporciona potentes estímulos elétricos na região pudenda. Esta técnica é muito eficaz

para a conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular, no entanto, a corrente elétrica deve ser ajustada a um nível em que esta possa ser sentida, mas não ser desagradável para a paciente, suficiente para que seja percebida a contração da musculatura pélvica durante a estimulação (SelemeM , 2002; Silva APS, 2003).

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.

American Psychiatric Association. DSM- IV-TRTM .Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Berek JS, Adash EY, Hillard PA. Tratado de ginecologia. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998, p.205-16.

Buster JE. Managing female sexual dysfunction.Fertility and sterility.2013; 100(4): 905-15.

Denton AS, Maher J. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. The Cochrane Library. 2003.

Etienne MA, Waitman MC. A fisioterapia e as disfunções sexuais femininas. In: Etienne MA, Waitman MC. Disfunções sexuais femininas. 1ª ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2006. p. 64-102.

Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3ª. ed. São Paulo: Roca, 2000, p.1923-52.

Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the true prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? J Sex Med. 2008;5(4):777-87

Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. RevBrasGinecol Obstet. 2008; 30(6):312-21.

Kegel AH. Physiologic therapy for urinarystress incontinence.Jama 1951; 163(10): 915-17.

Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Infuência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. Rev. bras. Fisioter. 2006;10:387-92

Seleme M. Diálogo Profissional sobre uroginecologia. Fisio& Terapia. 2002;33:20-3.
Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino sob uma visão anatômica. Rev. Fisioter Bras. 2003;4:205-11.

Wroclawski ER, Borrelli JRM, Borrelli M. Tratamento não-Cirúrgico da incontinência urinária de esforço. In: Rubinstein I. Urologia feminina. São Paulo: BYK; 1999. p. 189 - 198.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PARTO E PÓS-PARTO: REVISÃO DA LITERATURA

Ianne Ferreira de Freitas[1];Iamara Batista da Silva[2];Josivania Fernandes da Silva[2];Thauany Rodrigues de Caldas[2];Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba[3]

[1,2] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: iannefraitasf17sb@hotmail.com;
[3] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O período gestacional é muito importante na vida da mulher, mas também é caracterizado por sentimentos de angústia, ansiedade e medo. Nesse período ocorrem modificações corporais e psíquicas na mulher pela gravidez e parto (RETT et al, 2009).

Os diversos desconfortos presentes nessa fase são consequência do processo gestacional, como: flatulências, dor no local da incisão perineal ou de cesariana, constipação intestinal, cólicas abdominais, incontinência urinária, má posturas e fraqueza abdominal devido à diástase do músculo reto abdominal. A diminuição da rigidez do aparelho ligamentar, uma menor tonicidade muscular, o que vai exigir maior esforço da musculatura, compensação da coluna para trás causada pelo peso do ventre, dores lombares e pélvicas (RETT et al, 2009).

Porém a dor é o sintoma mais frequentemente relatado por mulheres, que neste período é caracterizada como aguda, causando limitações nos movimentos, na deambulação e nas mudanças de postura no leito, além de dificultar o vínculo entre a mãe e o recém-nascido. Por isso é necessário que a gestante seja bem assistida, e tenha a seu lado uma equipe multiprofissional para lhe proporcionar segurança e conforto (SOUSA et al, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a atuação do fisioterapeuta decorre da necessidade em prevenir complicações e favorecer a recuperação precoce da mulher, devido às inúmeras alterações ocorridas durante o período gestacional e que podem persistir no pós-parto. Quando se trata do pós-operatório, a intervenção fisioterapêutica previne riscos de pneumonia, dor e desconforto pós cirúrgicos, complicações vasculares, desenvolvimento de adesões no local da incisão. O acompanhamento prepara a mulher fisicamente para o trabalho de parto, expulsão ou pós-operatório e atividades pós-parto.

OBJETIVO

Analisar os benefícios que o profissional fisioterapeuta trará para as gestantes durante o parto e pós-parto através de uma revisão bibliográfica.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica, onde foram analisados artigos de sites e nas bases de dados Scielo, Pubmed, PEDro, Medline utilizando as seguintes palavras chaves: fisioterapia, dor e puerpério. A partir desse levantamento foram encontrados 12 artigos, onde apenas 09 foram selecionados, nos períodos de 1990 a 2009, devido ao pequeno número de trabalhos publicados sobre o tema. Alguns critérios foram utilizados para a inclusão como: técnicas utilizadas e eficácia dos tratamentos, responder à questão norteadora, podendo estar nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola.

RESULTADOS

O processo de síntese baseou-se na análise temática: leitura exploratória de cada artigo para desenvolver uma compreensão do conteúdo e contexto das evidências; análise de conteúdo com identificação dos temas recorrentes ou proeminentes nos diferentes estudos; análise comparativa dos temas recorrentes com integração interpretativa dos resultados em novas categorizações temáticas que englobam e transpõem os significados dos estudos constituintes da amostra.

A utilização de métodos, que permitam vencer de maneira natural a dor, é aconselhada por muitos pesquisadores, que são unânimes em apontar os efeitos danosos que os medicamentos analgésicos e anestésicos podem causar à mãe e a criança durante o processo de parturição (SABATINO, DUNN, BARCIA; 2000).

Dos nove estudos analisados, evidenciou-se que a maioria refere-se aos métodos mais importantes para o alivio de dor são: o relaxamento, a massagem, a percepção respiratória, o correto posicionamento, o uso do banho quente e da crioterapia, e ainda o uso da eletroterapia (TENS) (BARACHO, 2007; POLDEN, MANTLE 2000; SILVA, OLIVEIRA, 2006; MENDONZA, 2000; ORANGE, 2003; RETT et al, 2009; SOUSA et al, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SABATINO, DUNN, BARCIA; 2000 SIMKIN, O’HARA, 2002).

Como citado no livro de Randall (1953) no capítulo o “O relaxamento torna você apta e sem temor”. Ela sugeriu que haviam dois motivos para ensinar o relaxamento no parto: para evitar que a mãe fique indevidamente cansada, causando assim “fadiga nervosa”; e para ajudá-la a controlar seus pensamentos, sentimentos e emoções (BARACHO, 2007).

Já para Polden e Mantle (2000) e Baracho (2002) é importante que se faça pelo menos uma inspiração profunda e expiração, para fornecer um bom suprimento de oxigênio para a mãe e o feto.

Segundo (BARACHO, 2007) outra técnica, feita melhor pela própria mãe, é a das batidas com as duas mãos subindo em ambos os lados da linha mediana através das cristas ilíacas, podendo ser sincronizado com uma respiração fácil. As mulheres, em geral, se massageiam espontaneamente e instintivamente, Algumas vezes a dor do parto e câimbras pode ser sentido nas coxas, tocar suavemente ou massagear pode aliviar. Observa-se que a técnica da massagem tranquiliza a parturiente, aliviando a dor e a ansiedade, e conduzindo de maneira satisfatória o trabalho de parto (SIMKIN, O’HARA; 2002).

A estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) pode ser um recurso utilizado para analgesia pós-operatória (MENDONZA, 2000), este método retarda o uso de drogas farmacológicas para analgesia utilizadas no parto, como a anestesia peridural ou raquidiana (ORANGE, 2003). Já a crioterapia pode ser indicada em caso a mulher tenha sofrido episiotomia e no pós-parto queixar-se de dor no local da sutura (SILVA, OLIVEIRA, 2006). A água em elevada temperatura, num local específico de dor da parturiente, promove uma vasodilatação local, diminuindo a dor e promovendo maior relaxamento (POLDEN, 2000). Sobre o posicionamento é importante ressaltar que durante a amamentação, a mãe deve-se sentar em uma cadeira, pode usar um travesseiro para apoiar a coluna lombar, um outro sobre o seu colo para elevar o bebê e os pés devem estar bem apoiados no chão ou sobre um banco (BARACHO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim podemos verificar que com o intuito de amenizar as complicações no pós-parto e facilitar o retorno da mulher as atividades da vida diária e sexual, a fisioterapia atua por meio de uma avaliação específica da puérpera e utilização de recursos próprios. Dentre os principais recursos fisioterápicos disponíveis para utilização no parto e no pós-parto destacam-se os alongamentos, pilates, crioterapia, eletroterapia, especialmente com o uso de eletroestimulação. A cinesioterapia inclui a movimentação precoce, o treinamento dos

músculos do assoalho pélvico, dos músculos abdominais e os exercícios respiratórios e ainda podendo ser utilizado a massoterapia com o objetivo de causar um relaxamento na gestante.

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia, dor e puerpério.

REFERÊNCIAS

BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL**. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2001.

POLDEN, M.; MANTLE J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Santos, 2000 e 2002.

RETT, M.T; BRAGA, M.D; BERNARDES, N.O; ANDRADE S.C. Prevalência de diástase dos músculos reto abdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e multíparas. **Rev. Bras. Fisioter**. 2009;13(4):275-80

SILVA,F.M.B; OLIVEIRA, S.M.J.V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev Esc Enferm USP**. 2006

SOUSA L, GOMES FA, PITANGUI ACR, NAKANO MAS. **Avaliação da estimulação elétrica transcutânea do nervo para alívio de dor após cesárea: ensaio clínico randomizado**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2009;9(1):49-57

MENDONZA P.I. et al. **Efectvidade de la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) em el alívio del dolor del trabajo de parto**. Ver. Mex. Anest. 2000;23:60-65

SABATINO H, DUNN P.M, BARCIA R.C. **Parto Humanizado: formas alternativas**. Campinas: Editora da Unicamp; 2000.

SIMKIN, P.; O'HARA, M. **Nonpharmaticologic relief of pain during labour: systematic reviews of five methods**. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 186, n. 5, p. S131- S59, 2002.

ORANGE F.A, AMORIM M.M.R, LIMA L. **Uso da eletroestimulação transcutânea para Alívio da Dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado**. RBGO. 2003; 25(1): 45-52

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Karla Érika Souza de Azevedo Lucena[1]; Alison dos Santos Calixto[1]; Emanoel dos Santos Nascimento[1]; Willian Alves da Costa[1]; Mayara Leal Almeida Costa[2];

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: Karlaerika.ob@hotmail.com. [2] Professora Doutoranda em Ciências da Saúde pela FCMSCSP e Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama, apesar dos avanços no que diz respeito a seu tratamento e prevenção, continua atingindo mulheres em todo o mundo, sendo uma das patologias que mais as acometem. Devido a sua malignidade e sendo, na maioria das vezes, detectado tardiamente, seu tratamento geram sérias consequências que podem ser temporárias ou permanentes na vida de uma mulher, em quemuitas delas são submetidas à mastectomia, sendo esta a sua única chance. A cirurgia mamária, seja ela conservadora ou não, mesmo acompanhada da reconstrução mamária, pode ser vivenciada de modo traumático pela mulher, sendo considerada uma mutilação, dependendo da importância dada por ela à sua imagem corporal. Todos os tipos de mastectomia podem deixar sequelas, devido a presença de dor e linfedema que acometem o membro superior homolateral à cirurgia (BARACHO, 2010).

A fisioterapia oncológica precoce vem desempenhando um importante papel na prevenção e minimização dos efeitos adversos do tratamento do câncer de mama. A fisioterapia reduz os riscos de complicações e pode restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas. A fisioterapia oncológica, ao enfatizar os caminhos da prevenção, tem ampliado e se consolidadoa atuação do fisioterapeuta, complementando suas as habilidades e competências (FARIA, 2010).

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde (MS), de 2008, o câncer de mama é uma doença desafiadora, que predomina entre a população feminina nos últimos tempos. Um estudo estatístico sobre incidência de câncer no Brasil no ano de 2008 estimou o caso de câncer de mama, como sendo de 51 ocorrências para cada 100 mil mulheres (INCA, 2008). Mezzomo (2012) ressalta que o câncer de mama é o segundo câncer de maior incidência no mundo entre as mulheres, sendo que a cada ano mais novos casos aparecem.

Acredita-se que o câncer tenha origem em uma única célula, como resultado de um acúmulo de anormalidades (mutações) no DNA daquela célula. Essas mutações adquiriram a capacidade de se metastatizar e podem causar crescimento celular descontrolado. A cirurgia do câncer de mama, mastectomia, varia dependendo do tipo, idade e condições da neoplasia, diferentes modalidades são empregadas. Dentre elas, a mastectomia radical clássica ou método de Halsted, mastectomia radical modificada Patey;mastectomia radical modificada tipoMadden; mastectomia subcutânea e a mastectomia simples (SALES et al., 2013).

Entre as complicações que o câncer de mama acarreta nas mulheres, o linfedema é a mais comum e pode ser definido como um acúmulo anormal de líquido no espaço intersticial, ocorrendo uma obstrução do fluxo linfático na axila. Pacientes que são acometidas com linfedema podem ter problemas significativos, incluindo desconforto, dor e dificuldade funcional da extremidade afetada, e a sua descoberta precoce pode poupá-las de um atraso na implementação do tratamento (PEREIRA et al, 2015).

Em relação aos pacientes que passaram por uma mastectomia de mama, a fisioterapia oncológica atua no pré- e pós-operatório, abordando vários aspectos, desde a preparação do paciente para a cirurgia até a reabilitação funcional no pós-cirúrgico (BERGMANN, 2008).

OBJETIVOS

Analisar as abordagens fisioterapêuticas em pacientes mastectomizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática, no qual foram utilizadas fontes secundárias e terciárias, utilizando as bases de dados de Pubmed, Medline, Scielo e Lilacs. Foi aderido como critérios de inclusão estudos classificados como: ensaios controlados randomizados, com período de publicação de 2010 a 2018. Foram utilizados como termos de busca: Câncer de Mama; Mastectomia e Cinesioterapia.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A atuação da fisioterapia em pacientes com câncer demama, do ponto de vista do tratamento e da prevenção, é de suma importância para minimizar os efeitos da cirurgia radical ou mesmo superá-los.

A fisioterapiadeve ser iniciada no pré-operatório, objetivando conhecer as alterações preexistentes e identificar os possíveis fatores de risco para as complicações pós-operatórias. Quando necessário, deve ser instituído tratamento fisioterapêutico já nessa etapa, visando minimizar e prevenir as possíveis sequelas. No pós-operatório imediato, objetiva-se identificar alterações neurológicas ocorridas durante o ato operatório, presença de sintomas álgicos e alterações na dinâmica respiratória (SALES et al, 2013).

Existem vários métodos utilizados pelos fisioterapeutas para o tratamento de pacientes com linfedema, essas técnicas deverão ser empregadas de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente, sendo os mais utilizados a drenagem Linfática Manual e a Cinesioterapia. A cinesioterapia é fundamental no tratamento do linfedema, principalmente na primeira fase, quando se objetiva a redução do mesmo e o membro permanece sobcompressão das faixas compressivas, assim como o restabelecimento da amplitude de movimento e da força muscular e diminuição das tensões em grupos musculares adjacentes. Durante as sessões pode-se utilizar as seguintes atividades: Drenagem linfática manual; Mobilização escapular; Exercícios de ADM e fortalecimento de punho, antebraço, cotovelo e ombro, com uso de bastões e/ou halteres pequenos como auxílio e progressão de carga para os fortalecimentos e exercícios com respiração diafragmática. (GUSMÃO, 2010).

A aplicação de um protocolo de exercícios ativos e passivos e drenagem linfática manual para a prevenção de comorbidades e tratamento das complicações já instaladas, auxiliou na melhora dos parâmetros clínicos e funcionais como a amplitude de movimento de ombro, força e resistência (mesmo que subjetivamente), redução da dor e do linfedema. Durante a aplicação desses métodos, todos os resultados indicam aumento da amplitude de movimento, ganho de força muscular, redução da dor, melhora funcional durante as atividades de vida diária (AVD´s), melhoria da autoimagem e da qualidade de vida através do controle dos sintomas, reinserção social e satisfação com a capacidade de desempenho no cotidiano (BERGMANN et al., 2018).

CONCLUSÃO

Atualmente, estudos científicos mostramque a fisioterapia vem inovando as suas técnicas de aplicabilidade que beneficiam os pacientes com métodos científicos mostrando tratamentos satisfatórios.

De acordo com o presente estudo conclui-se que a cinesioterapia tem gerado novos meios de tratamentos visando a recuperação, funcionalidade integral e qualidade de vida em

mulheres mastectomizadas. Diante do estudado, foi possível identificar que existe um amplo campo a ser explorado e compreendido pelos efeitos cinesioterápicos e suas interações no corpo humano, assim como estabelecer o protocolo de exercícios apropriados para a recuperação da funcionalidade global dessas pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Mama; Mastectomia; Fisioterapia; Cinesioterapia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia.** 4.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2010.

BERGMANN, A. et al. Morbidade após o tratamento de câncer de mama. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.1,n.2, p.101-108.

FARIA, Lina. **As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, p.69-87, jul. 2010.

GUSMÃO, Carlos. Drenagem **LinfáticaManual: MétodoDr. Vodder.** São Paulo: Atheneu, 2010.

MEZOMMO, Natacha et al. Psicologia em pesquisa. Juiz de Fora- RS, vol. 6, nº.1, jul.2012.

SALES, T. O. P.Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia. Ano 1, v. 1, mar, 2013.

USO DA FISIOTERAPIA NO AUXILIO A PACIENTES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Yasmim Emilly Costa Dutra[1];Talita Dávilla Rodrigues de Almeida Lima[1]; Maria de Fátima Leite Matias[1]; Necienne de Paula Carneiro Porto[2]

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia
[2] Professora Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

O CCU é apontado como um problema na saúde pública de todo mundo, com evidencia em países subdesenvolvidos, por apresentar uma economia menor que os países em desenvolvidos e até mesmo em desenvolvimento, com incidência maior nas classes menos favorecidas economicamente. No Brasil refere-se a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, apresentando um desenvolvimento lento, podendo levar até 14 anos para o desenvolvimento total da doença. [1-2]

São registrados anualmente cerca de 500 mil novos casos de CCU todo ano no mundo, sendo o mesmo responsável por cerca de 230 mil mortes, no Brasil o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou no ano de 2016 que anualmente são registrados mais de 16 mil novos casos de CCU, com uma ocorrência de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Apresentando como característica uma replicação variada do epitélio do revestimento do útero, comprometendo o tecido conjuntivo subjacente, podendo invadir os órgãos seguintes. Sendo comum em quase todos os casos a presença do papilomavírus humano (HPV) [1,3]

Em sua fase inicial o CCU não contem sintomas, sendo os mesmos percebidos dependendo da fase em que o tumor se encontra. Desta forma, a maioria das lesões só serão identificadas por meio do exame *papanicolaou* ou citopatológico, sendo o mesmo executado por meio da citologia vertical, recomendado a todas as mulheres que iniciaram suas vidas sexuais. Profissionais como médicos(as) e enfermeiros(as) são responsáveis por aplicar esses exames, sendo de suas responsabilidades a identificação de células sugestivas de pré-invasão até lesões malignas. [4,5]

O tratamento do CCU é guiado pelo o estado da doença, podendo se fazer uso de cirurgias, radioterapia e quimioterapia de forma individual, visando curar e/ou minimizar os sintomas da doença [6,7,8]. Com a aplicação dessas modalidades terapêuticas, ocorrem diversos danos à saúde dos pacientes. Dessa forma surge a fisioterapia, orientando os pacientes com CCU sobre a anatomia pélvica e distúrbios sexuais, educação comportamental, consciência

corporal, dessensibilização vaginal e massagem perineal, e reeducação da musculatura do assoalho pélvico através de cinesioterapia, utilização de cones vaginais entre outros [8,9.]

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo identificar através de uma revisão bibliográfica, a influência e/ou as áreas de atuação de um fisioterapeuta no tratamento de pacientes com CCU. Com isso a elaboração deste trabalho e de fundamental importância, pois através do mesmo é possível identificar as possíveis intervenções nos quais os fisioterapêuticos(as) são responsáveis, para que assim melhore a qualidade de vida dos pacientes.

MÉTODO

O estudo trata-se de uma revisão da bibliografia, no qual, para a realização do mesmo foram selecionados e utilizados artigos, trechos de revistas e livros relacionados ao tema do presente trabalho. Sendo utilizada para a pesquisa as seguintes palavras chaves: neoplasia do colo do útero, utilização da fisioterapia no tratamento da neoplasia.

Como critério de seleção foram selecionados artigos com conteúdos relacionados a utilização da fisioterapia no tratamento do câncer e/ou neoplasia de colo de útero, e descartados artigos que se distingue do tema abordado. Procurando sempre fontes bibliográficas atualizadas para abordar usos de tecnologias atuais que são utilizadas nos tratamentos dos pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a utilização das palavras chaves foram encontrados diversos artigos relacionados ao tema, dentre eles foram selecionados seis para utilização como base para construção do presente trabalho, dentre esses apenas dois tratavam dos benefícios da fisioterapia no tratamento de pacientes com neoplasia do colo do útero. Contudo não foram encontrados artigos que abordassem diretamente os benefícios, sendo as informações encontradas de forma dispersa e superficial.

Desta forma, os métodos utilizados pelos fisioterapeutas encontrados nas pesquisas não se tratavam de aplicações generalizadas da problemática más sim de procedimentos individuais, relacionadas a um problema especifico, e de maioria relacionados a difusão sexual, que é um problema bastante comum entre as mulheres que apresentam a neoplasia do colo do útero. Com isso, as técnicas utilizadas referem-se a um problema especifico, no qual e de cunho do fisioterapeuta a aplicação das mesmas.

O CCU é um problema encontrado em todo mundo, no Brasil encontrasse com um elevado numero de casos. Em média a maioria das mulheres que apresentam essa patologia essa numa faixa etária de 20 a 29 anos com a vida sexual ativa, e com isso aponta um pico entre os
45 a 49 anos. E as únicas maneiras de tratamento do CCU expõe a mulher a diversos procedimentos que prejudicam e/ou debilitam sua saúde [3, 10, 11,12].

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. Contudo, são poucos os estudos que abordam os benefícios das técnicas fisioterapêuticas nas principais disfunções sexuais e em outras complicações relacionadas ao tratamento dos pacientes [9].

Em um estudo encontrado, Arshi e Jane[13] descrevem, em revisão sistemática sobre as intervenções realizadas por diferentes profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), na estenose vaginal, pós-radioterapia pélvica para tratamento do câncer do colo do útero, os benefícios de diversas técnicas, entre elas duas que são conhecidas e aplicadas pelos fisioterapeutas: dilatadores vaginais e terapia manual, especificamente a digitopressão. Esta última, aplicada duas vezes ao dia, em um período de quatro a oito semanas, com o uso de gel lubrificante no introito vaginal, promove a diminuição da estenose, facilitando o retorno da mulher para suas atividades sexuais, melhorando assim sua autoestima e autoconfiança. Além disso, as mulheres que utilizaram os dilatadores após tratamento radioterápico intracavitário apresentaram menor incidência de estenose vaginal, quando comparadas a mulheres que utilizavam apenas a relação sexual com penetração vaginal para a prevenção da estenose.

Seo *et al*.[14] utilizaram, como intervenção para o vaginismo, a eletroestimulação com um aparelho eletromiográfico associado simultaneamente ao *biofeedback*, em 12 mulheres, durante 12 semanas, em sessões de 15 minutos de duração. As pacientes também recebiam dilatadores vaginais de silicone de diversos tamanhos para pratica em domicilio e foram orientadas a realizar os exercícios de dessensibilização da região vulvar e vaginal, com oito estágios de progressão, de acordo com a evolução de cada paciente.

Em concordância, Nappi[15] utilizou a eletroestimulação funcional em 29 mulheres com vaginismo ou dispareunia, durante dez semanas, em sessões semanais de 20 minutos de duração, associada as orientações de exercícios para os músculos do assoalho pélvico, que deveriam ser realizados durante 20 minutos, três vezes por semana, e observou melhora na contração e relaxamento da musculatura de assoalho pélvico em todas as participantes e

diminuição da dor durante a relação sexual na maioria das pacientes com dispareunia, e retorno a atividade sexual em 50% das pacientes com vaginismo.

Já Fisher[16] relatou benefícios no tratamento da dispareunia através do uso concomitante de cinesioterapia com dilatador vaginal de diversos tamanhos, utilizados de forma gradativa e

associados a 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.

Contudo, são necessários estudos que demonstrem os benefícios da aplicação dessas técnicas diretamente em pacientes portadoras de alguma patologia que venha a surgir devido a neoplasia do colo do útero para evidenciar a influência da assistência e dos recursos fisioterapêuticos dessa população especifica.

CONCLUSÃO

Dessa forma, o presente trabalho apresentou algumas técnicas utilizadas pelos fisioterapeutas no tratamento das neoplasias do colo do útero, más especificamente a difusão sexual dos pacientes, que é um problema resultante da CCU bastante comum nas mulheres com essa patologia. Contudo, as estratégias utilizadas pelos diversos autores devidamente citados e as técnicas apresentadas pelos mesmos, apresentam um potencial a ser explorado pelos fisioterapeutas para amenizar o sofrimento dos pacientes não só relacionados a difusão sexual, más sim aos diversos problemas resultantes da problemática abortada.

Porém, para apresentar resultados concretos é preciso de um estudo especifico, que demostrem de forma prática a eficiência dos diversos tratamentos citados no tratamento da neoplasia do colo do útero.

REFERÊNCIAS

1. Sales LKO. Estudo da sobrevida e fatores prognósticos em mulheres com câncer de colo de útero, no Rio Grande do Norte, Brasil. [Tese de Mestrado]. Rio Grande do Norte: universidade do Estado do Rio Grande do Norte, curso de Saúde e Sociedade, Universidade do Rio Grande do Norte; 2015.

2. Frigo LF, Zabarda SO. Câncer de colo de útero: efeitos do tratamento**.** Revista Cinergis. 2015;16(3):164-8.

3. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 1016. Available form:< http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>.

4. Ministério da Saúde. Comitê permanente de acompanhamento da vacina do HPV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Available form:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3212_20_12_2007.html>.

5. Jorge RJB, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LRL, Junior RJ. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(5):2443-51.

6. Baracat EC, Lima GR. Ginecologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar Barueri (SP): Manole; 2005. p. 698.

7. Almeida LRB, Pereira YBAS, Oliveira TA. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. Ver Bras Enferm 2008; 61 (4): 482-7.

8. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

9. Etienne MA, Waitman MC. Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico. 1 ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2006.

10. Weijmar Schultz WCMW, Van de Wiel BMV. Sexuality, intimacy, and gynecological cancer. J Sex Marital Ther 2003; 29: 121-128.

11. Wolschick NM, Consolaro MEL, Suzuki LE, Boer CG. Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnostico, tratamento e prevenção da doença. Revista brasileira de análises clínicas 2007; 123-9.

12. Coelho FRG, Costa RLR. Padronização em ginecologia oncológica. 2. ed. São Paulo: Tecmedd; 2007.

13. Arshi SD, Jane M. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. The Cochrane Library 2009.

14. Seo TJ, Choe JH, Lee WS, Kim KH. Efficacy of functional electrical simulationbiofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. J Urol 2005; 66 (1): 77-81.

15. Nappi RE, Ferdeghini F, Abbiati I, Vercesi C, Farina C, Polatti F. Electrical stimulation (ES) in the management of sexual pain disorders. J Sex Marital Ther 2003; 29 (Suppl 1): 10310.

16. Fisher AK. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. Phys Ther 2007; 87 (7): 935-41.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO FISIOTERAPEUTA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabrielle Nobrega Feitosa[1], Antonio Gonçalves Sobrinho Neto[1], Monara Stefanny da Nobrega Araújo[1], Willian Alves da Costa[1], Semio Wendel Martins Melo[2].

[1]Discentes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: gabrielle201107@gmail.com
[2]Docente do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos- FIP

.

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), qualidade de vida se conceitua como: a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O comprometimento da qualidade de vida dos fisioterapeutas se dá principalmente pela jornada de trabalho excessiva, da inadequação dos mobiliários usados pelos mesmos para a execução de manobras em tratamentos fisioterápicos e também da utilização de posturas inadequadas para promover o avanço clínico dos seus pacientes. O que vemos, é que além do fator relacionado a renda, esses profissionais enfrentam diariamente um dilema, no qual, colocam os interesses e a saúde de seu paciente em primeiro plano, e o desenvolvimento do seu trabalho (SOUZA, 2008).

REFERENCIAL TEÓRICO

Apesar dos fisioterapeutas terem conhecimentos anatômicos, biomecânicos e fisiológicos sobre o corpo humano, eles estão sob considerável carga física pela natureza de seu trabalho. Além disso, mesmo que estes profissionais tenham conhecimento sobre ergonomia, sobre as diversas lesões, como o tratamento e prevenção das mesmas, isso não os garante imunidade contra estas injúrias (PIVETTA et al., 2005).

O fisioterapeuta muitas vezes não tem como evitar ou mesmo minimizar a adoção de posicionamentos inadequados. Eles não ocorrem apenas devido aos posicionamentos adotados para a prática fisioterapêutica, mas principalmente em razão de mobiliário inadequado. Em muitos casos, o comprimento e a altura de macas, cadeiras, colchões, tablados, entre outros, não permitem a regulagem de sua altura e posição, a fim de possibilitar o posicionamento adequado do profissional. Como resultado, uma má postura pode ocasionar não só problemas

operacionais, bem como também problemas nos diferentes sistemas orgânicos, entre eles o muscular, ósseo, circulatório, nervoso (SOUZA, 2008).

A fisioterapia é uma ocupação estressante, pois demanda esforço físico para tarefas como levantamento, inclinação, flexão e rotação do tronco, tempo prolongado em posturas inadequadas e manutenção do ortostatismo. De acordo com os mesmos autores, a associação desses fatores pode ser responsável pela origem de distúrbios relacionados ao trabalho, principalmente no que diz respeito à dor lombar, nos membros inferiores, em mãos, punhos e polegares, sendo mais acometidos aqueles fisioterapeutas que atuam nas áreas de neurologia, ortopedia, reumatologia, cardiopneumologia, geriatria e hidroterapia (FARINHA, ALMEIDA, TRIPPO, 2013).

A maioria dos fisioterapeutas desenvolve os primeiros sinais e sintomas de seus desconfortos, dentre eles a dor na coluna, por volta da terceira década de suas vidas, ou seja, no período de maior produtividade dos mesmos, no qual, trabalhos estáticos que envolvem uma postura parada por grandes períodos, trabalhos que exigem muita força, que exigem posturas desfavoráveis (por exemplo, tronco inclinado e torcido), são exemplos de má postura que podem causar consequências danosas aos fisioterapeutas (SOUZA, 2008). Assim, associado ao amplo campo de atuação e, muitas vezes, à baixa remuneração, os fisioterapeutas geralmente trabalham em mais de dois locais com o objetivo de acréscimo da renda salarial, muitas vezes negligenciando a sua própria saúde, apesar desta ser o principal enfoque da profissão. Alguns destes fisioterapeutas escolhem atuar na área de maior afinidade, além de ingressarem na área acadêmica. De acordo com artigos encontrados, as possíveis repercussões da dupla jornada de trabalho são diversas, o que inclui a sobrecarga psicológica e a fadiga física ou burnout, que pode ser detalhada por uma síndrome caracterizada por tempo insuficiente para lazer, descanso, horas de sono e alimentação (FARINHA, ALMEIDA, TRIPPO, 2013).

OBJETIVO

Trata-se de uma revisão sistemática para avaliar a qualidade de vida do profissional da fisioterapia.

METODOLOGIA

Este estudo foi uma revisão sistemática da literatura, sobre a qualidade de vida do fisioterapeuta, foi utilizados no mesmo, artigos que constam nas bases de dados online SciELo, LILACS, Google Acadêmico. Mediante a análise da literatura pesquisada, foram encontrados 10 artigos publicados entre 2002 e 2013, onde somente 4 foram selecionados. A amostra foi constituída pelos estudos que preencheram os seguintes Critérios de Inclusão, artigo publicado em revistas cientifica; que explanassem sobre qualidade de vida do fisioterapeuta; e publicados em português.

RESULTADOS

Na análise de Pivetta *et al.*,(2005), as maiores incidências de DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) se localizam, respectivamente, na região cervical (61,62%), lombar (51,16%), ombros (48,83%) e punho ou mão (46,51%). Também foi observado que o tempo de atuação profissional não alterou significativamente os resultados de sua pesquisa. No estudo de Farinha, Almeida e Trippo (2013), com docentes fisioterapeutas, foi relatado maior prevalência de desconfortos osteomusculares e algias nos dias em que os voluntários estavam em sala de aula, ou seja, quanto maior o número de aulas ministradas maior a presença de desconfortos osteomusculares e algias. Por fim, na pesquisa de Souza (2008) foi relatado que os desconfortos musculoesqueléticos aparecem por volta do quinto ano de prática fisioterapêutica, acometendo a faixa etária situada por volta da 3ª década, afetando, principalmente, a região lombar e as mãos.

CONCLUSÃO

Através desse estudo, foi perceptível que os fisioterapeutas estão expostos a ambientes conflituosos e de alta exigência de trabalho, como consequência disso está o desgaste tanto físico como psicológico, estresse e diminuição da qualidade de vida. No campo da fisioterapia, sabemos que a maior parte das lesões não tem uma origem traumática, mas são efeitos de uma postura incorreta. As lesões por esforços repetitivos são a maioria mundial em relação às patologias do trabalho, e são objeto de ampla discussão.

PALAVRAS CHAVES: Fisioterapeutas, qualidade de vida, Postura.

REFERÊNCIAS

PIVETTA, A. D.; JACQUES, M. A.; AGNE J. E.; LOPES L. F. Prevalência de distúrbios osteomusculares
relacionados ao trabalho em fisioterapeutas. **Revista Digital.** Bueno Aires, v. 10, n. 80, 2005. Disponível em: < http://www.efdeportes.com/efd80/dort.htm>. Acessado em: 29/08/2018.

FARINHA, K. O., ALMEIDA M, S.; TRIPPO K. V. Avaliação da qualidade de vida de docentes fisioterapeutas da cidade do salvador / Bahia. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. Salvador, v. 3, n 1, p. 13-35, 2013. Disponível em: < file:///C:/Users/Antto/Documents/2%20Periodo/139-502-1-PB%20(1).pdf>. Acessado em: 29/08/2018.

SOUZA, J. P. C. Os desconfortos musculo-esqueléticos relacionados ao trabalho sob a ótica da atuação fisioterapêutica. **Revista Temas em Saúde.** Campina Grande, v. 7, n 11, p. 19-28 2008. Disponível em: < file:///C:/Users/Antto/Documents/2%20Periodo/3-36-2-PB.pdf>. Acessado em: 29/08/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dicas de saúde. São Paulo: 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html >. Acessado em: 20/09/2018.

CONTRIBUIÇÃO DA GINÁSTICA LABORAL PARA AS EMPRESAS

Silvanio dos Santos Araújo[1]; Fernanda Kelly Azevedo Oliveira[1]; Pâmala Maria Gomes Cordeiro[1]; Aline Guimarães Carvalho[2];

[1]Estudantes do Curso de Bacharelado em Fisioterapia.
silvanio.araujo@hotmail.com;
[2]Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Ginástica Laboral (GL) é a atividade aplicada nas empresas durante a jornada diária, para os funcionários, dentro do seu local de trabalho. Consiste em exercícios específicos orientados que visam à promoção da saúde do trabalhador, através de sessões que, comumente, duram de 10 a 15 minutos, sendo realizada com as mesmas vestimentas que o funcionário utiliza no seu dia a dia, podendo ser realizada antes, durante ou após a jornada de trabalho, atuando de forma preventiva e terapêutica, nos casos de LER/DORT, sem levar o trabalhador ao cansaço, por ser de curta duração e trabalhar mais no alongamento e relaxamento dos músculos que permanecem contraídos durante as atividades diárias (SOUZA, 2015). Existem três tipos mais conhecidos de Ginástica Laboral, que podem ser classificados em: preparatória, compensatória ou de relaxamento. Os benefícios da Ginástica Laboral nos trabalhadores são: quando ocorre a diminuição de queixas de dor e fadiga muscular, aumento da sensação de bem estar e maior disposição para executar funções no ambiente de trabalho, desenvolve a consciência corporal, melhora a postura, diminuição do estresse, depressão e ansiedade e na melhora no bom relacionamento interpessoal no trabalho (SOUZA et al., 2005)

REFERENCIAL TEORICO

1. Fatores para o surgimento da LER/DORT

Um conjunto de fatores físicos e organizacionais são apontados pelos pesquisadores como as causas de acometimento de LER/DORT. Dentre esses fatores destacam-se: postura inadequada, repetitividade e realização de movimentos e forças inadequadamente, que diretamente tem influências no sistema musculoesquelético dos trabalhadores. Outro “vilão” é o fator causal indireto, acometido por: longos períodos de trabalho, pausas curtas ou até mesmo a ausência delas e fatores psicológicos (MACIEL, 2005).

2. Tipos de Programas de Ginástica Laboral (GL)

A GL é uma prática desenvolvida dentro da empresa que consiste em exercícios específicos realizados no próprio local de trabalho. Podendo se classificada de acordo com o horário que for aplicado:

- Preparatória ou de Aquecimento: realizada no início da jornada de trabalho, ela prepara o organismo para o início do trabalho físico e melhoria dos níveis de concentração e disposição. Duração: 10 a 12 minutos. Objetivo: Incluir exercícios de coordenação, equilíbrio, concentração, flexibilidade e resistência muscular (MACIEL, 2005).
- Compensatória: acontece durante a jornada de trabalho, tendo como finalidade a compensação da qualquer tensão muscular ocasionado pelo uso inadequado ou excessivo das estruturas musculares. Duração: 5 a 10 minutos. Objetivo: melhorar a circulação, adequar à postura no posto de trabalho e prevenir a fadiga muscular (MACIEL, 2005).
- Relaxamento: realizada no final da jornada de trabalho. Duração: 10 a 12 minutos. Objetivo: reduzir o estresse, aliviar tensões, melhoria da função social (MACIEL, 2005).

3. Benefícios para empresa e empregados

Os benefícios para os funcionários podem ser divididos em fisiológicos (aumento da circulação sanguínea ao nível da estrutura muscular, melhora na mobilidade e flexibilidade, diminuição das inflamações e traumas, melhora da postura e coordenação motora, diminuição da fadiga muscular, diminuição na ocorrência de casos de LER/DORT), psicológicos (reforça a autoestima do trabalhador, proporciona a conscientização do trabalho, melhora a capacidade de concentração e redução dos níveis de estresse mental e das tensões ocasionadas devido ao trabalho) e sociais (favorecimento das relações interpessoais promovendo a integração social, contribuindo para o desenvolvimento do espirito de equipe) (MACIEL, 2005).

Destacam-se também os benefícios consequentemente vindos da implantação da GL dentro das empresas, por exemplo: a sua no mercado de trabalho, diminuição da ocorrência de acidentes e doenças do trabalho, redução da procura por assistência médica e gastos com esse serviço, diminuição do absenteísmo, maior disposição dos funcionários, tendo como consequência aumento na produção e maior lucro pra empresa.

Neste sentido, argumenta Walters (1997:47) que “apenas um aspecto, quando tratado isoladamente, não surtirá o efeito necessário. Mas sim, um conjunto de melhorias deve ser adotado, como por exemplo, modificação do processo de trabalho, instituição de

revezamentos ou rodízios, realização de análises ergonômicas dos postos de trabalho e adequação dos instrumentos ou equipamentos de trabalho" (OLIVEIRA, apud p. 46, 2007).

OBJETIVO

Informar para empresas através da revisão bibliográfica a importância na implantação da Ginástica Laboral, como parte integrante da jornada de trabalho, apresentando os pontos positivos, que posteriormente poderão contribuir para o desenvolvimento das mesmas.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa realizada através da revisão sistemática da literatura, que envolve a recolha e análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados e revistas indexadas disponíveis na internet: Biblioteca Virtual Scielo e a Biblioteca Virtual Médica dos EUA (PubMed), além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. Para a busca de artigos científicos nas bases de dados foram utilizadas as palavras-chave: Ginástica laboral; Saúde do trabalhador; fisioterapia.

RESULTADOS

No Brasil, existem poucos dados acerca de pesquisas envolvendo os resultados da contribuição da GL no retorno financeiro das empresas que incorporam programas de qualidade de vida para seus trabalhadores. Estudo feito para analisar a importância do GL chegou a esta conclusão:

APLICABILIDADE DO PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL E RETORNO FINANCEIRO PARA A EMPRESA.

Empresa	Período Avaliado	Nº de Funcionários	Redução de Despesas por Afastamento	Gastos Anuais	Retorno Financeiro do Período da Implantação do Programa Avaliado
Autopeças Ltda.	Jan1998/ Jan1999	850	80%	R$ 985.547,41	R$ 788.437,92
Gráfica Ltda.	Mar2000/ Mar2001	350	45%	R$ 629.547,00	R$ 283.296,15
Banco S/A	Fev2000/ Out2000	750	62%	R$ 857.211,24	R$ 531.470,96
Comunicação Ltda.	Jan2001/ Jul2001	1.000	20%	R$ 389.400,00	R$ 77.880,00

Fonte: Movimento Esporte Qualidade de Vida Ltda.,apud Jimenes (2002).

Neste sentido, argumenta Walters (1997) que "apenas um aspecto, quando tratado isoladamente, não surtirá o efeito necessário. Mas sim, um conjunto de melhorias deve ser adotado, como por exemplo, modificação do processo de trabalho, instituição de revezamentos ou rodízios, realização de análises ergonômicas dos postos de trabalho e adequação dos instrumentos ou equipamentos de trabalho" (OLIVEIRA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É dever conjunto preocupar-se com a prevenção da saúde e não somente com a reabilitação. Contudo a escassez de trabalhos voltados para a saúde do trabalhador deixa a lacuna de quais seriam as melhores saídas para contribuir com a melhoria das medidas tomadas por empresas e profissionais que trabalham diretamente com os funcionários. Perante isso é sugerido que sejam realizados mais trabalhos feitos desde acadêmicos até profissionais da área de saúde do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: Ginástica laboral; Saúde do trabalhador; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

MACIEL, R. H., et al. **Quem se beneficia dos programas de Ginástica Laboral?** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2005, vol. 8, pp. 71-86. Disponível em: http://www.periodicos.usp.br/cpst/article/view/25876/27608. Acesso em: 23/08/2018.

OLIVEIRA, J. R. G.; **A importância da ginástica laboral na prevenção de doenças ocupacionais.** Faculdade Centro Mato-Grossense Sorriso - MT - Brasil. Revista de Educação Física 2007; 139:40-49. Disponível em: http://www.ergonomianotrabalho.com.br/ginastica-labora-prevencao.pdf. Acesso em: 23/08/2018.

SOUZA, A. P., et al. **Qualidade de vida no trabalhador utilizando a ginástica laboral.** Saúde em Foco, Edição nº: 07/Ano: 2015. Disponível em: http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/quali_vida_laboral.pdf. Acesso em: 23/08/2018.

INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO (LER) OU DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT) EM CIRURGIÕES-DENTISTAS

Yasmin de Sousa Barbosa[1]; Antônio Leite Guimarães Neto[1]; Karla Érika Souza de Azevedo Lucena[1;] Uany da Cruz Vale[1]; Mayara Leal Almeida Costa[2]

[1] Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: Yasmin_sousa98@hotmail.com;
[2] Docente do Curso de Bacharelado em Fisioterapia – FIP – Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

As Lesões por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), representam um problema de saúde muito prevalente no mundo atual, acometendo diversas categorias de trabalhadores. São doenças provenientes da inserção de tecnologias modernas como a mecanização e automação dos processos de trabalho, ignorando a falta de adaptação e capacitação dos trabalhadores para a inserção nessa nova realidade (MEDEIROS; SEGATTO, 2012).

Os cirurgiões-dentistas muitas vezes apresentam dor e desconforto, pois trabalham em um ambiente ergonomicamente desfavorável, atendendo a um número excessivo de pacientes e utilizando instrumentos que não obedecem a requisitos ergonômicos. O surgimento dessas doenças está associado a fatores físicos e/ou biomecânicos que envolvem a repetitividade de movimentos, o uso da força associada à precisão, o estresse e a manutenção de posturas estáticas e inadequadas, principalmente da coluna e membros superiores (DUTRA, 2015).

REFERENCIAL TEÓRICO

Como as LER/DORT estão cada vez mais presentes entre profissionais da área de Odontologia, estes devem estar atentos aos primeiros sinais desses agravos, de modo a prevenir e tratá-las, o mais cedo possível, a fim de se evitar o comprometimento de estruturas anatômicas importantes, aumentando a longevidade laboral (VIANA, 2017).

As formas mais comuns de apresentação clínica dessas patologias em dentistas são as tendinites, tenossinovites, síndrome do túnel do carpo, miosites e bursites. Estas lesões podem causar dor, fadiga, queda de desempenho laboral, incapacidade temporária de exercer os movimentos. O surgimento dos sintomas, em geral, costuma levar a um imediato afastamento das atividades laborais e imobilização da região afetada. Repouso e acompanhamento médico são recomendados. Como os sintomas costumam surgir de forma lenta, é comum que os

profissionais somente procurem algum auxílio quando o quadro já se mostra bastante grave, o que contribui para a evolução da doença (VIANA, 2017).

OBJETIVO

Investigar as principais intervenções fisioterapêuticas na prevenção de LER DORT em cirurgiões-dentistas.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, com o intuito de agregar conhecimentos. As buscas foram feitas através das plataformas digitais: Scielo, Bireme e Google Acadêmico, entre os períodos de agosto e setembro de 2018. Com os seguintes descritores: LER; DORT; fisioterapia; orientações fisioterapêuticas; cirurgiões-dentistas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os estudos encontrados demonstram a gravidade do problema e a necessidade de orientações corretas para prevenção desses agravos. Assim, é preciso ressaltar a importância da prevenção de lesões osteomusculares. Sendo assim, uso de equipamentos ergonomicamente adequados, intervalos durante o trabalho e prática de ginástica laboral pelos profissionais fisioterapeutas, são algumas das orientações que podem auxiliar nesta prevenção. Faz-se necessário conhecer a história ocupacional e outras exposições relevantes, de modo a se compreender melhor a relação entre o trabalho e o risco de adoecimento (ROCHA, 2017).

Para evitar o desenvolvimento das DORT/LER, o fisioterapeuta precisar orientar o cirurgião-dentista a adotar os princípios ergonômicos na prática clínica: organizar, de modo mais racional, o fluxo de atendimento dos pacientes bem como os procedimentos a serem realizados e praticar um programa de condicionamento físico (SANTOS, et al., 2013).

Um levantamento feito com estudantes de Odontologia apontou ainda que estes passam a apresentar sintomas de LERs antes mesmo de se formarem cirurgiões-dentistas; desse modo é vista a grande importância que a ergonomia tem na procrastinação do aparecimento dessas doenças (FERON, 2014).

Ainda segundo Feron (2014), para uma maior eficácia de tratamento de LERs não basta apenas a prescrição de fármacos como analgésicos, anti-inflamatórios, corticóides, imobilizações e programas de fisioterapias. É de extrema relevância a avaliação dos fatores causais do quadro, assim como também o fator psicológico desse trabalhador/ paciente. Os módulos físicos como massoterapia, eletroterapia, cinesioterapia, termoterapia (calor e frio), uso de órtese e terapia ocupacional podem minimizar sintomas e proporcionar uma melhora do quadro geral do paciente.

Segundo Papalli (2013), é importante que o fisioterapeuta oriente os profissionais e caso, não seja possível adaptar o mobiliário para outro mais ergonômico, o profissional pode fazer "pausas produtivas", o que significa parar por alguns minutos e fazer exercícios de alongamento. Outra medida preventiva, segundo a mesma, é a prática de exercícios físicos, para que os músculos estejam sempre fortalecidos. Outra boa orientação é o profissional não exagerar na jornada de trabalho e fazer repousos com qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação da fisioterapia preventiva, inserida em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, se faz necessária para amenizar ou eliminar os fatores que predispõem ao surgimento de LER/DORT.

O cirurgião-dentista pertence a um grupo profissional exposto a risco considerável de adquirir algum tipo de LER/DORT, devido aos fatores inerentes às tarefas profissionais, como: força excessiva, posturas incorretas, alta repetitividade de um mesmo padrão de movimento e compressão mecânica dos tecidos, aliadas às características individuais.

A fisioterapia preventiva e profilática corresponde a um conjunto de ações que visam atuar amenizando as causas das dores e desconfortos no trabalho, tornando a fisioterapia um complemento da ergonomia na orientação de posturas e movimentos com maior funcionalidade e menos críticos a serem adotados durante as atividades de trabalho, é de suma importância também promover as orientações a esses profissionais, para que eles saibam a melhor forma de se prevenir.

PALAVRAS-CHAVES: LER; DORT; Fisioterapia; Cirurgião-dentista.

]REFERÊNCIAS

DUTRA, et al. Ocorrência de LER/DORT em cirurgiões-dentistas. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, v. 7, n. único, p. 23-27, 2015.

FERON, et al. Lesões por esforço repetitivo em cirurgiões-dentistas: uma revisão da literatura. Rev. Ciênc. Saúde v.16, n. 2, p. 79-86, jul-dez, 2014.

MEDEIROS, E; SEGATTO, P. Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares (Dort) em dentistas. **Rev. Bras. Odontol. vol.69 no.1** Rio de Janeiro jun.2012.

PAPALLI, S. Lesão por Esforço Repetitivo – pesquisa mostra que dentistas também sofrem com LER, 2013.

SANTOS, et al. Lesão por esforços repetitivos (LER/DORT) em cirurgiões-dentistas da Clínica Odontológica da Polícia Militar de Pernambuco. Odontol. Clín.-Cient. (Online) vol.12 no.3 Recife Jul./Set. 2013.

VIANA, M; ROCHA, V. Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares em cirurgiões-dentistas. Id on Line Rev. Mult. Psic. V.11, N. 38, 2017.

CINESIOTERAPIA LABORAL UMA FERRAMENTA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR COM LER E DORT

Shirly Lacerda de Andrade[1]; Cristiane Almeida Andrade[1]; Dannielly Fernanda de Assis Dantas[1]; Kayo Francisco Josino Leite[1]; Mayara Leal Almeida Costa[2].

1 Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: shirly.lac@gmail.com
2 Professora do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Entre as principais lesões aos quais os trabalhadores são acometidos destacam-se as Lesões por esforço repetido (LER) e Disturbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (PESSOA; CARDIA; SANTOS, 2010). São definidas pela falta de capacidade laboral, que pode ser permanente ou temporária, que afetam músculos, tendões ou nervos, consequente do trabalho realizado de maneira inadequada, onde pode haver a sobrecarga do sistema osteomuscular (PESSOA; CARDIA; SANTOS, 2010). São consideradas um desequilíbrio entre a capacidade humana e as condições do trabalho no que se refere tanto na capacidade física do individuo como mental (CAETANO; CRUZ; LEITE 2010).

Nas LER e DORT é muito frequente haver dor, diminuição da força e fadiga do local afetado, havendo tensão, contratura muscular e modificações da motricidade (MEDEIROS; SEGATTO, 2012) . Alguns fatores negativos, resultantes do acometimento físico e mental podem ser analisados com o tempo, como por exemplo: a perda da produtividade, faltas no trabalho, aumento do número de acidentes de trabalho entre outros (CARNEIRO. et al, 2012).

Buscando contribuir com a ergonomia no ambiente de trabalho, Cinesioterapia Laboral (CL), tem como objetivos promover e prevenir a saúde dos trabalhadores (DARTORA; SANTOS, 2014). Além do mais, ela inclui um conjunto de atividade específicas de alongamento, fortalecimento muscular, coordenação motora e relaxamento quem podem ser feitas durante o horário de trabalho de acordo com a função que o trabalhador exerce (DARTORA; SANTOS, 2014).

Para CARNEIRO. et al, 2012 a Cinesioterapia laboral, quando utilizada, consegue oferecer ótimos benefícios para as empresas, como o crescimento da produtividade, menores despesas médicas, redução de doenças ocupacionais, e para o empregado a diminuição das dores, aumento da auto-estima, diminuição também do estresse, melhoramento nas relações interpessoais, aumento da disposição, motivação e melhoria significante da saúde bio-psico-social.

OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura baseada na atuação da fisioterapia nas Lesões por esforço repetido (LER) e Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) buscando a qualidade de vida, usando como ferramenta a cinesioterapia laboral.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura com pesquisa em banco de dados do Google acadêmico e Scielo sobre a atuação da cinesioterapia laboral no tratamento das LER e DORT. Para essa revisão foram incluídos artigos em português publicados entre os anos de 2008 e 2018. Foram encontrados 12 artigos que relatavam sobre a atuação da cinesioterapia laboral no tratamento das LERs e DORTs e apenas 05 foram selecionados, visto que eram os que abordavam sobre o tratamento e prevenção dessas doenças.

As palavras-chave utilizadas foram: Fisioterapia; Cinesioterapia laboral; LER e DORT.

RESULTADOS

A combinação entre dor muscular e esforço motor em excesso, causado pelo esforço repetido mostram a importância de proporcionar condições ocupacionais físicas adequadas de trabalho, evitando posturas anormais (DARTORA; SANTOS, 2014). Logo, para a diminuição desses sintomas clínicos,(DARTORA; SANTOS, 2014), mostram que a inserção de um programa de cinesioterapia laboral está relacionada a redução na regularidade e na severidade das LERs e DORTs no local de trabalho.

É através da cinesioterapia laboral, que se evidencia a melhora do nível de concentração e disposição, aumento da temperatura do corpo, oxigenação dos tecidos e aquecimento dos grupos musculares, motivando o individuo para o inicio da jornada (DARTORA; SANTOS, 2014). Esses fatores fisiológicos podem ajudar na melhoria do desempenho motor.

A implantação da fisioterapia preventiva na empresa, através da cinesioterapia laboral, promove uma redução e eliminação do quadro doloroso, ocasionando melhora da qualidade de vida e laborativa dos funcionários (CARNEIRO. et al, 2012) . (CARNEIRO. et al, 2012) complementa afirmando que a ginástica laboral contribui também para o relaxamento e aumento da integração entre os colegas de trabalho.

Vale ressaltar que a cinesioterapia laboral, está se tornando um ótimo recurso para prevenção das LERs e DORTs, além de proporcionar uma maior qualidade de vida aos trabalhadores, gerando melhorias no seu bem estar físico e mental e diminuindo tensões causadas pelos movimentos repetitivos e pelo excesso de trabalho do dia a dia (DARTORA; SANTOS, 2014). Ela pode ser vista como um programa importante em qualquer local de trabalho, tornando-se parte da empresa. Com isso, as vantagens a longo prazo favoreceram ainda mais os trabalhadores.

CONCLUSÃO

As pesquisas realizadas evidenciam os inúmeros benefícios que a cinesioterapia laboral pode trazer ao tratamento e prevenção de indivíduos com LERs e DORTs. Em relação a prevenção, o uso da cinesioterapia laboral melhorou significativamente a qualidade de vida e o bem estar dos trabalhadores.

Além disso, em relação ao tratamento, a cinesioterapia laboral, ajudou de maneira importantíssima os indivíduos a recuperarem sua força muscular,amplitude de movimento,

coordenação motora, além de proporcionar a diminuição de dores musculares e articulares, que são sintomas comuns das LERs e DORTs.

Com isso, a cinesioterapia laboral, faz com que os indivíduos possam trabalhar e realizar sua atividades de vida diária de uma maneira mais proveitosa e com maior rendimento.

REFERÊNCIAS

CAETANO, V. C; CRUZ, D. T;LEITE, I. C. G. Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com LER/DORT em Juiz de Fora, MG. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 451-460, 2010

CARNEIRO, I. P. et al. Programa de Cinesioterapia Laboral para Trabalhadores Administrativos da Empresa Companhia de Gestão dos Recursos Hídricos. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza-CE, v.1, n.1, p. 10-15, 2012

DARTORA, J; SANTOS, M. V. Cinesioterapia laboral preparatória para trabalhadores de limpeza e urbanização de uma empresa do vale do taquari/RS. **Revista Destaques Acadêmicos**, Rio Grande do Sul, vol. 6, n. 3, 2014

MEDEIROS, U. V; SEGATTO, G. G. Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares (Dort) em dentistas. Revista brasileira de odontologia, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 49-54, jan./jun. 2012

PESSOA, J. C. S; CARDIA, M, C, G; SANTOS M. L. C. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT–LER: um estudo de caso**. Revista Ciências & Saúde Coletiva**, João Pessoa-PB, v. 15, n. 3, p. 82-830, 2010

PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PNEUMONIA NO ESTADO DA PARAÍBA

Gabriele da Silva Cavalcante[1], Micaely Araújo da Costa[1], Nathalha Héllem Clementino Nicolau[1], Mércia Franciele Pereira Alves[1], Aucélia Cristina de Soares Belchior[2]

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia
E-mail: gabysilvasbpb5@gmail.com
[2] Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

No Brasil, dados do DATASUS evidenciam a pneumonia como a maior causa de mortalidade dentre as doenças respiratórias e ocupa o 4º lugar de mortalidade geral, excluindo-se as causas externas. Estima-se a incidência mundial em 12 casos por 1000 habitantes/ano (PEREIRA et al., 2004)

A pneumonia é um processo de infecção pulmonar cuja infestação acontece por bactérias do tipo dos pneumococos ou com vírus. Durante a infecção as paredes dos alvéolos ficam inflamadas e com edema, e os espaços entre os alvéolos ficam cheios de líquido e os

glóbulos sanguíneos. Esta patologia faz com que o oxigênio fique incapaz de atingir o sangue dos pulmões, por causa dos líquidos e células sanguíneas que ficam em muitos alvéolos e por causa do edema que tornam as paredes dos alvéolos que ainda recebem ar muito espessas não sendo capaz de difundir o oxigênio (GUYTON, 2008).

REFERENCIAL TEÓRICO

A pneumonia pode ser classificada principalmente em pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar. A comunitária é aquela que surge fora do hospital ou surgem nas primeiras 48 horas de internação, acometendo de 2-12 casos a cada 1.000 habitantes por ano, com maior prevalência em crianças com idade inferior a 5 anos e idosos. Já a pneumonia hospitalar é aquela que surge após 48 horas ou mais de internação. Estima-se que sua incidência seja em torno de 5 a 10 casos por 1.000 admissões sendo a segunda maior causa de infecções hospitalares (SILVA et al., 2012).

O impacto que as doenças respiratórias em crianças exercem em relação ao número de internações e taxa de mortalidade é extremamente preocupante, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde o tratamento é medicamentoso e fisioterapêutico, ocorrendo principalmente em âmbito hospitalar (SILVA et al., 2011).

OBJETIVO

Descrever o perfil das internações hospitalares por pneumonia no ano de 2010, 2011 e 2012.

MÉTODOS

A pesquisa foi um estudo epidemiológico do tipo ecológico, em que os critérios de inclusão adotados foram: pacientes internados na rede pública de saúde ou particulares conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), devido a pneumonia, no ano de 2012 no estado da Paraíba. Os dados foram coletados por meio de formulário eletrônico DATASUS (www.datasus.gov.br), que é um sistema de informação do Ministério da Saúde, que disponibiliza os dados epidemiológicos sobre morbidade hospitalar, tempo média em dias da internação e taxa de mortalidade hospitalar, dos municípios e regiões do Brasil. Para o trabalho, foram utilizados os seguintes descritores: D.29 Taxa de internação hospitalar (SUS)

por causas selecionadas – Taxa internação pneumonia por Ano segundo Unidade da Federação, ambos os gêneros e todas as faixas etárias. Os dados utilizados são de domínio público, desta forma, não é necessário ser submetido à aprovação pelo Comitê de Ética para a sua realização.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste estudo foram avaliadas as taxas de internações hospitalares por pneumonia no estado da Paraíba durante os anos de 2010 a 2012. A devida importância que se dá a estudar a distribuição das internações por pneumonias é que essa doença está tradicionalmente relacionada com a mortalidade infantil (NASCIMENTO et al 2006) como também, está sujeita tanto a fatores sociais e ambientais, quanto à estruturação da rede de saúde, em especial da rede de atenção primária (MUKAI, ALVES, NASCIMENTO, 2009).

Os dados obtidos mostraram que a taxa de internações hospitalares por essa patologia foi de aproximadamente 46,27 no ano de 2010; 40,51 em 2011 e 34,69 em 2012 segundo o Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos resultados obtidos neste estudo, pode-se concluir que houve uma diminuição entres os anos de 2010 a 2012 nos números de internações por pneumonia em no estado da Paraíba de 46,27 para 34,69, ou seja, uma diferença de 11,58, provavelmente justificado pela nova reorganização do sistema de saúde brasileiro.

Estes achados são importantes em âmbito estadual para direcionar as ações em saúde que estão sendo desenvolvidas em diferentes níveis de atenção. Os gestores juntamente com os profissionais de saúde podem planejar estratégias de prevenção e combate à pneumonia no Estado, reduzindo assim ainda mais as taxas de internações.

PALAVRAS-CHAVE: Pneumonia; Datasus; Internações Hospitalares.

REFERENCIAS

GUYTON, A. C. Fisiologia humana. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2008.

MUKAI, A. O., ALVES, K. S. C., NASCIMENTO, L. F. C. Spatial analysis of hospitalizations for pneumonia in the Vale do Paraíba region of Brazil. **J. Bras. Pneumol.** v. 35, n. 8, p.753-758, 2009.

NASCIMENTO, L. F., et al. Effects of air pollution on children's health in a city in Southeastern Brazil [Article in Portuguese]. **Rev. Saúde Publica**. v. 40, n. 1, p. 77-82, 2006.

PEREIRA, C. A. C., et al. Diretrizes para pneumonias adquiridas na comunidade em adultos imunocompetentes. **J. Bras. Pneumol.** v. 30, n. 4 p. 1-24, 2004.

PEREIRA, N. H. et al. Perfil das internações hospitalares e mortalidade por pneumonia em crianças no estado da paraíba. II congresso brasileiro de ciências da sáude.

SILVA, J. L. P. Recomendações e implementação de diretrizes sobre pneumonia adquirida na comunidade: mais problemas do que soluções. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** Brasília, v. 38, n. 2, p. 145-47, 2012.

SILVA JUNIOR, J. L. R., et al. Efeito da sazonalidade climática na ocorrência de sintomas respiratórios em uma cidade de clima tropical. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** Brasília, v. 37, n. 6, p. 759-767, 2011.

SILVA, R. F., SILVA, V. Z. M. O papel da fisioterapia na pneumonia associada à ventilação mecânica e procedimentos gerais para prevenção. Pós-graduação em Fisioterapia Cardiopulmonar e Terapia Intensiva pelo CEAFI Pós-graduação/GO – Brasil.

SCHWARTZMANN, P. V. Pneumonia comunitária e pneumo- Pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar em adultos. Medicina, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 238-48, 2010.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA DE PARKINSON NO BRASIL

Yasmin de Sousa Barbosa[1]; Antônio Leite Guimarães Neto[1]; Karla Érika de S. Azevedo Lucena[1]; Uany da Cruz vale[1]; Samara Campos de Assis[2]

[1]Estudante do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: yasmin_sousa98@hotmail.com;
[2] Professora do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é a mais comum doença do movimento, depois do tremor essencial, e a segunda mais comum doença neurodegenerativa. Os sinais cardinais são tremor, rigidez, bradicinesia e disfunções posturais, entretanto sintomas não motores como demência, depressão, alucinações visuais e disfunções autonômicas também estão presentes. Normalmente, a idade de início da DP ocorre em torno dos 65 anos de idade, entretanto, cerca de 8% das pessoas podem desenvolvê-la entre 21 e 40 anos. Sua etiologia é bastante discutida e as teorias atuais sugerem uma combinação entre idade, fatores genéticos e não genéticos (SANTOS, 2015).

REFERENCIAL TEÓRICO

A Doença de Parkinson é uma afecção crônica, degenerativa e progressiva do sistema nervoso central, que decorre da morte dos neurônios produtores de dopamina da substância negra, consequentemente acarretando diminuição das células produtoras de dopamina na via negroestriatal e dos neurônios contendo neuromelanina no tronco cerebral, especialmente na camada ventral da parte compacta da substância negra e dos lócus cerúleos. Essa alteração é caracterizada por distúrbios motores, disfunções posturais e cognitivas. Quando os sinais e sintomas são detectados, provavelmente já ocorreu a perda de aproximadamente 60% dos neurônios dopaminérgicos, e o conteúdo de dopamina no estriado é cerca de 80% inferior ao normal (FORTUNA, et al, 2014).

OBJETIVO

Conhecer a real situação epidemiológica da doença de Parkinson no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, cujos dados foram obtidos por meio de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sem a necessidade de submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que o DATASUS se trata de um banco de domínio público, Ministério da Saúde, sites temáticos relacionados à Doença de Parkinson e artigos.

RESULTADOS

Segundo o IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística foi divulgado os dados do último CENSO 2013, que a expectativa de vida aumentou cerca de 21% na população acima de 65 anos, propiciando estimar-se uma população de cerca de 200 mil indivíduos com DP. A prevalência em pessoas com idade entre 60 e 69 anos é de 700/100.000, e entre 70 e 79 anos é de 1500/100.000. No entanto, 10% dos doentes têm menos de 50 anos e 5% têm menos de 40 anos. Além disso, 36 mil novos casos surgem por ano no país (GALVÃO, 2016).

Nas avaliações de 2011 a 2015 no SIM, nota-se uma incidência da doença de Parkinson no Brasil em indivíduos de 80 anos, do sexo masculino e da cor/raça branca, predominantemente na região Sudeste. Já nas informações da plataforma online DATASUS, destaca-se que no período de 2012 a 2016 no SIH/DATASUS, a região Sudeste liderou os altos índices de AIH aprovadas e os valores totais gastos, com exceção apenas da média de permanência hospitalar (DATASUS, 2017).

A DP é uma das doenças neurológicas mais comuns dos dias de hoje. Essa doença pode atingir todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1% da população mundial acima de 65 anos é afetada por ela. A prevalência estimada (total de casos em uma população em um determinado período) é de 100 a 200 casos por 200 mil habitantes. A doença de Parkinson geralmente se manifesta na meia idade, por volta dos 60 anos, sendo que o risco tende a aumentar com o avanço da idade. A doença quase nunca afeta adultos jovens (RIEDER, 2016).

O Ministério da Saúde atualizou o Protocolo de Tratamento para Parkinson. Entre as novidades terapêuticas está a indicação dos medicamentos Rasagilina (1mg) e Clozapina (25mg e 100 mg). A oferta dos fármacos tem como objetivo proporcionar mais qualidade de

vida aos pacientes com transtornos associados à doença, que afetam 200 mil pessoas no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2017).

A Rasagilina foi incorporada em agosto de 2017 e estará à disposição da população até o final de fevereiro nas unidades de saúde do país. O medicamento promove a melhora da evolução clínica dos pacientes que iniciaram o medicamento na fase inicial da doença. A Clozapina já era oferecida no SUS para tratamento de transtorno bipolar e esquizofrenia, e agora passa a ser ofertada também para controle de sintomas psicóticos das pessoas com Parkinson (VALADARES, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos, concluímos que se necessita de um maior conhecimento acerca da DP e um melhor planejamento da saúde pública, tendo em vista o aumento da expectativa de vida dos brasileiros. Os dados referentes à epidemiologia da DP são importantes, uma vez que podem fornecer dados quanto à sua ocorrência, etiologia e informações sobre planejamentos na Saúde Pública.

PALAVRAS-CHAVE: Parkinson; Perfil epidemiológico; Doença de Parkinson.

REFERÊNCIAS

DATASUS [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado set 2017]. Disponível em: http://datasus.gov.br

FORTUNA, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com doença de parkinson do hospital das clínicas da universidade federal. Neurobiologia, 76 (1-2) jan./jun., 2014.

GALVÃO; OLIVEIRA; MAIA, et al. Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. **Rev Fund Care Online**. 2016; 8(4):5101-5107.

RIEDER, C. Audiência Pública sobre o Projeto de Lei 605/2015: Diretrizes para a política de atenção integral aos portadores da doença de Parkinson no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS, 2016.

SANTOS, V. *Perfil epidemiológico da doença de parkinson no brasil.* 2015. 21f. Trabalho de conclusão de curso – UniCEUB, Brasília, 2015.

VALADARES, Carolina**.** Pacientes com Parkinson contarão com novos medicamentos no SUS. 2017. ministériodasaúde.com.br. acesso em: 25. ago.2018.

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA UTI

Stephany dos Santos Dantas de Araújo[1]; Thaciele de Medeiros Leal[2]; Karolaine Fernandes dos Santos Melo[2];Mateus Clementino Holanda da Silva[2];Laysa Gabrielle Silva Medeiros[3]

[1]Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; stephanysaraujo19@gmail.com
[2]Professora Mestre, do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO:

A ética pode ser um importante instrumento no que se refere à humanização, pois, através de seus princípios, é possível entender o que se considera bom e justo na sociedade, e o que representa o certo e o errado nas formas de cuidar (AVILA et al., 2018). A ética é inerente à prática dos profissionais de saúde, no contexto dos compromissos assumidos para com pacientes e nas relações internas da própria equipe de trabalho. Nessa perspectiva, a visão integral do fisioterapeuta permite atravessar a barreira do tecnicismo enraizado na ciência médica e, por consequência, legitimar a importância e a eficácia do tratamento humanizado (BARROS et al., 2016).

A política de humanização deve ser considerada por uma construção de forma coletiva que ocorre a partir da identificação das potencialidades, necessidades, interesses e desejos dos sujeitos envolvidos, sejam eles, pacientes, familiares ou profissionais da saúde (MONDAROLI et al., 2016). A humanização pode ser pensada como um princípio do cuidado, que tem por finalidade organizar as ações dos trabalhadores da saúde e construir valores humanos capazes de resgatar a dignidade das pessoas que estão sendo assistidas (AVILA et al., 2018).

As UTIs foram concebidas com a finalidade de oferecer atenção contínua e suporte avançado aos pacientes críticos, com risco de morte, lançando mão de recursos de alta tecnologia que auxiliam ou substituem a função de órgãos vitais. Sendo assim, o profissional inserido nesse espaço tem como norteador do exercício da profissão a responsabilidade de promover ao paciente um atendimento que minore o desconforto e a vulnerabilidade no sofrimento tanto da família quanto do doente (SANTUZZI et al.,2013).

OBJETIVO

Revisar a literatura acerca da Ética e Humanização do profissional de fisioterapia em Unidades de Terapia Intensiva.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada em agosto de 2018, obtidas através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo, onde, após aplicação dos descritores: “ética”, ”fisioterapia” e ”humanização” foram encontrados oito artigos. Os critérios utilizados para a seleção foram o uso de artigos escritos na língua portuguesa publicada entre os anos de 2013 e 2018, com temas relacionados à ética e humanização da Fisioterapia nas unidades de terapia intensiva. Restaram finalmente três artigos , os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

Uma conduta humanizada pressupõe a adoção de um comportamento profissional que consiga visualizar o ser humano em seus diversos âmbitos, valorizando suas crenças, sua cultura, sua religião e seus valores morais (AVILA et al., 2018). Os fisioterapeutas são profissionais que mantêm contato direto com os pacientes internados em UTI e é importante que a humanização faça parte do cotidiano dos profissionais e dos pacientes assistidos na UTI. Só a humanização mediante postura de respeito, cardinalidade, apreço pelas necessidades individuais dos pacientes e agradáveis comunicações com eles (MONDAROLI et al., 2016).

O fisioterapeuta deve estar atento às necessidades dos usuários e de seus familiares, buscando uma boa relação com ambos, e executar suas condutas de forma dirigente, para que melhore o tempo de hospitalização desses indivíduos. Em suas condutas, o fisioterapeuta deve abordar seus pacientes com cordialidade, transmitir confiança, realizar os métodos de forma cuidadosa e cordial, prezando pelo bem-estar dos usuários, explicar aos pacientes como será realizado o procedimento e o porquê antes de executá-lo, manter um bom diálogo com ele e com sua família, estando em sintonia com toda a equipe (MONDAROLI et al., 2016).

Para que o contato entre o fisioterapeuta e o paciente seja considerado bom, deve haver empatia, reciprocidade, confiança e afeto. Igualmente, os pacientes e seus familiares esperam que o profissional elabore circunstâncias que possam aliviar e reduzir o desconforto

o mais rápido e da melhor forma possível, utilizando, para isso, práticas que demonstrem bom desempenho profissional, resultando na maior qualidade de vida dos indivíduos no tempo que permanecem hospitalizados (MONDAROLI et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se ao final dessa revisão, que para um melhor desempenho do profissional de fisioterapia nas unidades intensivas de saúde, é necessário aprimorar a assistência, sendo de extrema importância que inclua a humanização e a ética, com condutas que transmitam confiança e afeto ao paciente e sua família, de uma forma integrada com a equipe.

PALAVRA-CHAVE: Ética, Fisioterapia e Humanização.

REFERÊNCIAS

AVILA, Liziani Iturriet et al . CONSTRUÇÃO MORAL DO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM COMO FOMENTO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 3, e4790015, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300315&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Sept. 2018. Epub Aug 06, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004790015.

MAGALHAES, Átila Barros et al . Percepção, interesse e conhecimento de docentes de fisioterapia sobre a ética na profissão. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 322-331, Aug. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200322&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242133.

MONDADORI, Aléxia Gabrielly et al . Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 294-300, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000300294&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/16003123032016.

SANTUZZI, Cíntia Helena et al . Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 26, n. 2, p. 415-422, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000200019&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Sept. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000200019.

DEFEITOS DO FECHAMENTO DO TUBO NEURAL E SUA RELAÇÃO COM A FORTIFICAÇÃO E SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO NO PERIODO GESTACIONAL

Paulo Gabriel da Silva Lacerda[1;] Welington Barbosa Guilherme Xavier [2]; Jair Pereira da Silva Júnior[2]; Manuela Vitória da Silva Anjos[2]; Cristina Costa Melquiades Barreto[3]

[1] [2]Estudante do Curso de Bacharelado em Fisioterapia; e-mail: paulogabrielpg85@gmail.com
[3]Professora Mestre, do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

Os defeitos do fechamento do tubo neural (DFTN) são malformações congênitas resultantes do fechamento incorreto ou incompleto do tubo neural entre a 3º ou 4º semana de embriogênese. Estas deficiências englobam a anencefalia, encefalocele e espinha bífida (PACHECO, et al., 2009).

Estudos sobre a prevalência desses defeitos congênitos no Brasil ainda são escassos e variam de acordo com a época e a região, mas dados existentes mostram taxas variando de 0,83 a 1,87 por 1000 nascidos vivos. (TEIXEIRA, et al., 2014)

Quanto à etiologia, em sua maior parte, é tido como uma herança multifatorial decorrente da interação entre fatores genéticos e ambientais. Os genes mais estudados na compreensão desta má-formação são os relacionados ao metabolismo do ácido fólico (PACHECO, et al., 2009).

REFERENCIAL TEÓRICO

Relatos de estudos mostram a importância do ácido fólico na prevenção dos DFTN, ainda que seu mecanismo de atuação seja pouco compreendido. Indicações de redução, em torno de 50% a 70%, na ocorrência de tais defeitos congênitos após a suplementação periconcepcional deste nutriente, tem feito várias organizações de saúde reconhecerem a sua utilização (PACHECO, et al., 2009).

A ingestão inapropriada de AF (ácido fólico) durante a gravidez parece ser um fator que contribui para o evento e esta vitamina hidrossolúvel aparece na literatura como principal agente de proteção contra esta anomalia. Inúmeros fármacos utilizados durante a gestação possuem efeitos iminentemente nocivos na absorção e metabolismo do ácido fólico, tais

como, anticonvulsivantes, agentes anestésicos, antibióticos e anticancerígenos, auxiliando de forma significativa para a incidência dos DFTN e outros defeitos congênitos. Uma oferta adequada dessa vitamina, por meio de suplementação na fase pré-gestacional tem expressado cobertura limitada e pouca efetividade. Sobretudo nos casos de gestações não planejada e complicadas, a absorção do suplemento tende a ser baixa, principalmente em mulheres de baixo poder aquisitivo (TEIXEIRA, et al., 2014).

No Brasil, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância em Saúde), considerando a recomendação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tornou obrigatório a fortificação das farinhas de trigo e milho com 150 mcg/100g de ácido fólico a partir de junho de 2004 (PACHECO, et al, 2009).

OBJETIVO

Revisar a literatura sobre os defeitos do fechamento do tubo neural e sua relação com o metabolismo do ácido fólico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada nos meses de agosto e setembro de 2018, utilizando artigos selecionados nas plataformas Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine e Portal de Periódicos da UFMA, onde, após aplicação de forma aleatória dos descritores: “defeitos do tubo neural”, “ácido fólico” e “malformações congênitas” foram encontrados diversos artigos. Utilizando-se como critério de seleção artigos escritos em língua portuguesa, publicados nos últimos dez anos e com temas relacionados aos defeitos do fechamento do tubo neural, restando finalmente, três artigos os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

Em estudo executado no município de São Luiz (MA) foi verificado um aumento, não significativo, na incidência de DFTN no período pós fortificação alimentar com ácido fólico em contrastar com o período anterior (TEIXEIRA, et al., 2014). Já em estudo efetuado no município de Recife (PE) as taxas foram menores do que as encontradas em levantamentos anteriores realizados no Brasil, chegando a 0,72 e 0,51/1000 NV respectivamente nos

períodos pré e pós-fortificação. Contudo, não foi constatada redução na ocorrência de defeitos de fechamento do tubo neural após incorporação de medida de fortificação de alimentos com ácido fólico na população do município do Recife tanto nas prevalências globais de DFTN entre os períodos pré e pós-fortificação quanto na tendência de redução do evento ao longo do período de estudo. (PACHECO, et al, 2009)

Todavia, no Estado de São Paulo, a prevalência total de defeitos do tubo neural passou de 0,57 para 0,37 por mil nascidos vivos após a fortificação das farinhas de trigo e milho com ácido fólico, evidenciando redução significativa de 35%. Os resultados do exposto estudo apresentaram um quadro epidemiológico marcante de declínio na prevalência de defeitos do tubo neural no Estado de São Paulo após a fortificação obrigatória de tais produtos. (FUJIMORI, et al., 2013)

A fortificação das farinhas de trigo e milho com ácido fólico foram observados em estudo conduzido no Brasil com dados do SINASC, que mostrou efeitos positivos na prevalência de espinha bífida na maior parte dos estados brasileiros. Resultados similares também têm sido constatados na América do Sul, onde se estima uma redução global de cerca de 47% (FUJIMORI, et al., 2013). Segundo Pedrosa et al., (2005), em estudo sobre banco de dados, afirmaram que o aumento da incidência dos DFTN no período pós fortificação pode estar relacionado à dificuldade de cobertura, à baixa qualidade dos dados disponibilizados e a falta de mão de obra qualificada para o correto cadastramento dos dados no SINASC. (TEIXEIRA, et al., 2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos nesta revisão que, a fortificação alimentar ainda não permite a suspensão da suplementação de ácido fólico, devido às variações de acordo com a época e região, trazendo resultados positivos e negativos da efetividade da fortificação alimentar, como foi apontado os resultados consideráveis no estado de São Paulo e insignificantes em exemplos de cidades do nordeste brasileiro.

Portanto, mesmo em populações que utilize alimentos enriquecidos, mantém-se a recomendação de suplementação com 0,4 mg/dia de ácido fólico. Contudo, indica-se que mais estudos sejam realizados para compreender até que ponto a política de fortificação exerce influência nas taxas de prevalência, visando uma ação preventiva eficaz dos DFTN.

PALAVRAS-CHAVES: Defeitos do tubo neural; ácido fólico; malformações congênitas.

REFERÊNCIAS

PACHECO, Sâmya Silva et al . Efeito da fortificação alimentar com ácido fólico na prevalência de defeitos do tubo neural. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 565-571, Aug. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400001&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 25 Ago. 2018.

TEIXEIRA, Paula Tâmara Vieira et al. Influência da fortificação de farináceos com ácido fólico na incidência dos defeitos do tubo neural. **Rev. De pesquisa em saúde**, v. 15, n. 3 (2014): ISSN-2236-6288. Disponível em: (http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/3655/1666) Acesso em: 25 Ago. 2018

FUJIMORI, Elizabeth et al . Prevalência e distribuição espacial de defeitos do tubo neural no Estado de São Paulo, Brasil, antes e após a fortificação de farinhas com ácido fólico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 145-154, jan. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100017.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS ESFERAS DE PREVENÇÃO EM PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Welington Barbosa Guilherme Xavier[1]; Sebastião Matheus Lourenço Lima[2]; Jair Pereira da Silva Júnior[2]; Francyara Sousa Silva[2] Felipe Longo Correia Araújo[3.]

[1,2] Estudantes do curso de Bacharelado em Fisioterapia; welingtonbarbosa18@hotmail.com;
[3] Professor Mestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é ocasionada devido a uma infecção dentro das células presentes no sistema imunológico pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). E, durante esse processo, as células são destruídas e a capacidade do organismo de combater doenças comuns diminui, deixando a pessoa sujeita ao surgimento de infecções oportunistas (FRAGA-SOUSA et al., 2016). Esta patologia resulta em manifestações clínicas tanto no âmbito físico quanto emocional, principalmente com comorbidades decorrentes da imunossupressão como degeneração do sistema nervoso central, dislipidemias, atrofias musculares e incapacidades funcionais (AMORIM et al., 2017).

Neste sentido, a fisioterapia torna-se relevante para a manutenção da capacidade física e funcional apesar de o papel desta na promoção da saúde em indivíduos infectados ainda não ser tão reconhecida (KINIRONS; SANDY, 2015). E, por razão disto, identificar as diferentes alterações físicas e funcionais nestes indivíduos é de grande importância para a formulação de estratégias para prevenir incapacidades ou mais complicações (AMORIM et al., 2017).

REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, foram registrados 842.710 casos de HIV / AIDS desde o início da epidemia até junho de 2016. De acordo com as disfunções apresentadas, é evidente que os indivíduos infectados com HIV precisam dos serviços terapêuticos, destacando-se pela necessidade de uma abordagem preventiva para retardar ou limitar as sequelas comuns à cronicidade desta doença e promover a independência funcional geral e qualidade de vida do portador. O fisioterapeuta pode, então, promover conversas em grupos coletivos e, assim, ampliar o campo de ação e intervenção clínica (BRASIL, 2016; AMORIM et al., 2017).

A complexidade desta doença exige uma abordagem integral que inclui aspectos fisioterapêuticos e nutricionais como tratamento complementar que minimiza o risco de deterioração funcional que a mesma implica, pois a prática de exercícios aeróbicos ou resistência progressiva três vezes por semana durante, pelo menos, quatro semanas aumenta as capacidades funcionais como composição corporal, a condição cardiopulmonar, força muscular, consciência corporal e estado psicológico nessa população (TORRES-NARVAEZ et al., 2017).

Diante do perfil sintomatológico imunossupressor apresentado pela patologia, em meados da década de 1990, foi criada a terapia antirretroviral (TARV), que trouxe melhorias para portadores do vírus da Imunodeficiência Humana, que os trouxe vários benefícios. Mas, ainda faz-se necessário a ampliação da atuação dos fisioterapeutas com os indivíduos com HIV/AIDS, visto que, a fisioterapia possui uma série de medidas preventivas e terapêuticas capazes de aumentar a funcionalidade, o grau de independência e a participação social (ZANETTI et al., 2018; AMORIM et al., 2017).

OBJETIVO

Mostrar os possíveis benefícios sobre atuação da fisioterapia na prevenção de incapacidades físicas em portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

METODOLOGIA

O presente estudo enfatiza-se em uma revisão literária, realizada em Setembro de 2018, obtida através de consultas a artigos selecionados na plataforma Scielo – Scientific Eletronic Library OnLine, onde, após aplicação dos descritores: “AIDS”, “Fisioterapia” e “Prevenção” foram encontrados 21 artigos. Os critérios utilizados para seleção foram o uso de artigos escritos em línguas portuguesa, inglesa e espanhola publicados entre os anos de 2014 e 2017, com temas relacionados a síndrome da imunodeficiência humana (AIDS) e atuação da fisioterapia nesta. Foram excluídos artigos publicados anteriormente a 2014. Restaram finalmente 5 artigos, os quais compuseram a amostra dessa revisão.

RESULTADOS

Podemos entender então que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) acontece por consequência de uma infecção nas células do sistema imunológico e a mesma acaba resultando em manifestações clinicas tanto emocionais como físicas, principalmente com a possiblidade de outras doenças prejudicarem ainda mais o indivíduo, que é consequência da imunossupressão causada pelo vírus e que causa alterações como disfunções no SNC, atrofias e incapacidades funcionas (FRAGA-SOUSA et al., 2016; AMORIM et al., 2017).

Em um sentido mais amplo, pode-se destacar a fisioterapia como uma boa aliada para o tratamento desta patologia, pois a mesma atua desde ações preventivas de promoção à saúde até a prevenção de incapacidades físicas. Ocorrem melhorias significativas nas esferas biopsicossociais do portador do HIV e, por ocasião disto, observa-se as diferentes modificações cardiopulmonares, na força muscular e na qualidade de vida do indivíduo. Resulta, portanto, um grande interesse para a criação a evolução de estratégias para a prevenção de novas complicações (KINIRONS; SANDY, 2015; AMORIM et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia pode ser uma aliada no bem estar do paciente portador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uma vez exposta que a mesma deixa o paciente tanto psicologicamente como fisicamente afetado, comprometendo assim sua capacidade psicossocial e funcional. Com forma a ajudar esse paciente, é proposto o exercício físico terapêutico que melhora sua força muscular, condicionamento cardiopulmonar e seu psicológico.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS; Fisioterapia; Prevenção.

REFERÊNCIAS:

AMORIM, Tamaiara Barbosa do; SANTANA, Elis Passos; SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes. Symptomatic profile of infected individuals with HIV/AIDS in a physiotherapy department. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 30, n. 1, p. 107-114, mar. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

51502017000100107&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.001.ao11.

FRAGA-SOUSA, Grazielle Aurelina et al . Motor performance of HIV-positive children. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 29, n. 1, p. 61-70, mar. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000100061&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 set. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.029.001.AO06.

TORRES-NARVAEZ, Martha Rocío et al . Función motora en adultos que viven con VIH.**rev.fac.med.**, Bogotá , v. 65, n. 4, p. 577-582, dez. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000400577&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.58615.

ZANETTI, Hugo Ribeiro et al . Cardiovascular Complications of HIV. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472018005007102&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 set. 2018. Epub 30-Jul-2018. http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20180049.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde – **Boletim Epidemiológico- Aids e DST**-. Brasília, 2014.

KINIRONS, S. A.; SANDY, D.O. The acute care physical therapy HIV/AIDS patient population: A descriptive study. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)**, v. 14, n. 1, p. 53-63, 2015.

SHANTALA E SEUS BENEFÍCIOS TERAPÊUTICOS AO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO BIBBLIOGRÁFICA

Leydijane Araújo Souza[1]; Evanise Azevedo Santos[1]; Ianca Brito da Nobrega[1]; Raianny Leitão de A. Oliveira[1]. Necienne De Paula Carneira Porto[2].

[1]Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. Email: leydejane_araujo@outlook.com;
[2]Professora do departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A Shantala é uma técnica muito antiga formada por uma série de movimentos pelo corpo todo, que exigem cuidados e que seja aplicado com segurança. É muito utilizada na Índia e passada de em geração, além de ser fortemente influenciada pelas tradições do Yoga e da Medicina Ayurvédica (LIMA, 2004). A Shantala constitui de forma direta os sistemas musculoesquelético, nervoso, circulatório e os processos metabólicos e fisiológicos regulados também por esses sistemas, (BRÊTAS; SILVA, 1998). A Shantala, massagem para bebês é tradicionalmente uma das formas de atenção prestada pela mãe para seu filho recém-nascido, a técnica começou a ser espalhada pelo médico obstetra francês Frederick Leboyer ao se fascinar ao ver uma mãe indiana aplicando em seu filho.

A prática de massagear bebês originou-se na Índia, em uma região chamada Kerala, e foi repassada para população pelo monge (GIAFARO.VG.R). Tocar é uma das principais formas de comunicação pelo contato, pois se forma um meio valioso de estreitamento dos laços humanos, como no vínculo mãe filho, (Victor JF, 2004). Quem realiza a massagem recebe os mesmo benefícios de quem a recebe. É prazeroso tanto para mãe como para criança. A massagem não só ajuda o bebê a dormir, como os pais sentem que o sono deles também melhora um benefício inesperado e bem vindo em uma fase bastante marcado por privação e sono (Klaus MH, 1992). Massagem conceituada como um conjunto de manobras, utilizando as mãos na pele, com o propósito de produzir efeitos terapêuticos. Envolve todo sistema circulatório, musculoesquelético, neurológico, bem como o sistema imunológico (Cruz CMV, 2006).

OBJETIVOS

Este revisão bibliográfica tem como objetivo mostrar os benefícios que a Shantala pode trazer ao bebê recém-nascido até dois anos de idade.

MÉTODOS

Esta pesquisa e de natureza descritiva, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica. Os artigos envolvidos neste estudo foram selecionados em pesquisas realizadas nas bases de dados Scielo; Bireme; Google acadêmico, dentre outros. Foram identificadas 20 publicações sobre Shantala em recém-nascido sendo empregados 05 desses artigos citados, foi realizado no período de agosto a setembro de 2018, com intuito de adquirir informações e conhecimentos sobre a massagem realizada em recém-nascido. Palavras chaves: Shantala, Recém-nascido, Fisioterapia.

RESULTADOS

O desenvolvimento sensorial da inicio pelo sistema tátil seguido pelo vestibular, olfativo, gustativo, auditivo e visual. Ao nascer, o tato é quem está em maior nível de desenvolvimento, e são através dele que os recém-nascidos desenvolvem sua primeira comunicação e linguagem, eles sentem necessidade de um contato íntimo com a mãe, do aconchego do seu colo, de ser alimentado quando têm fome e de dormirem quando estão satisfeitos, (**Silva RNM, 2006).** A massagem terapêutica produz estimulação cutânea ativando receptores sensoriais ali presentes. Esses receptores estão intimamente ligados ao Sistema Nervoso Central e, através de reflexos estimulam o Sistema Nervoso Autônomo (SNA), o sistema endócrino e substâncias químicas do corpo, (**Cruz CMV, 2006).**

A Shantala pode ser realizada em uma única sessão, no período da manhã, com duração em média de 30 minutos, individualmente, com o lactente despido, num local de temperatura ambiente, calmo e familiarizado pela criança. Inicia-se depois da aceitação do mesmo a massagem em seguida uma sequência de movimentos por todo o corpo do bebê, pode ser realizada com um óleo natural, seguindo um ritmo sempre lento e constante, movimentos nos braços e nas pernas que proporciona alongamento e relaxamento, massageando a região do abdome e para completar a técnica, o lactente poderá ser embalado pelo terapeuta realizando movimentos que o faz com que ele relembre o ambiente do útero da mãe, substituindo o banho tradicional pela massagem Shantala, (***Linkevieius.k. A*T, 2012**).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão bibliográfica pode-se concluir que esta técnica milenar tradicional chinesa a massagem shantala traz grandes benefícios no pós-natal da criança, devido a fragilidade da criança ao sair do conforto do útero da mãe, vir a ter o contado mais íntimo com a mãe estreitando laços e adquirindo maior segurança, melhorando a qualidade do sono do recém-nascido e dos pais consequentemente, além de melhorar o seu desenvolvimento psicomotor.

PALAVRAS CHAVES: Shantala, Recém-nascido, Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

BEBÊS PREMATUROS DE BAIXO PESO.
http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/juliana_fumie_umemura.pdf

BRÊTAS. J. R. S.; SILVA, M. G. B. Massagem em bebês: **um projeto de extensão comunitária**. Acta Paul. Enf., São Paulo, v. 11 n. esp., p. 59-63, 1998.
Cruz.C.M.V.Caromano FA. Efeitos fisiológicos da massagem para bebês. Fisioter Bras 2006; 7(2): 149-54. http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=243
F.J. Umemura. **SHANTALA**: INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA UTILIZADA EM

FONSECA, L. M. M.; et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os Cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004.
http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/juliana_fumie_umemura.pdf.

GIAFAROV G.R Shantala: a massagem para bebês – **Uma abordagem preliminar**.
https://robertagiafarov.files.wordpress.com/2012/04/tcc-shantala.pdf.

Klaus MH, Kennell JH. Pais/bebê: a formação do apego. 2 ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**; 1992. http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=243
*Linkevieius. k. A*T, **A Influência da Massagem Shantala nos Sinais Vitais em Lactentes no Primeiro Ano de Vida**. https://docplayer.com.br/62613662-Os-beneficios-da-massoterapia.

Silva RNM, Viana MCFB. Ecologia Perinatal. In: Alves Filho N, Corrêa MD, Alves Júnior JMS, Corrêa júnior MD. Perinatologia Básica. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006, p.7-16.

Victor, JF; Moreira, TMM. Integrando a família no cuidado de seus bebês: ensinando a aplicação da massagem Shantala. **Rev Acta Scientiarum**. Health Sciences (Maringá) 2004; 26 (1): 35-39.
https://www.researchgate.net/publication/269732773_RELATO_DE_EXPERIENCIA_SHANTALA_MASSAGEM_PARA_BEBES_CENTRO_DE_EDUCACAO_INFANTIL_ROSA_MARIA.

USO DO MÉTODO PILATES COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DE ESCOLIOSE: REVISÃO INTEGRATIVA

Ágatha Lizandra Leite Oliveira [1] Maria Isabelle Carlos da Silva 1 ; Luelma Karolaynne Azevedo e Araújo [1]; Djalma Ribeiro Dos Santos Filho [1]; Elvis costa Crispiniano[2]

INTRODUÇÃO

A coluna vertebral é o eixo de união dos cíngulos dos membros superior e inferior, assim como a sustentação dos vertebrados. É composta por trinta e três vértebras articuladas que possuem características peculiares de acordo com a localização, sendo elas divididas em cervical, torácica, lombar, sacral e coccígea (*Dangelo* JG, *Fattini* CA. 2002 e Iunes DH, Cecílio MBB, Dozza MA, Almeida PR). Em virtude da riqueza de estruturas e amplitude de movimento que compõem a coluna vertebral, diferentes afecções intrínsecas e extrínsecas podem acometê-la. Os desvios são uma das alterações, podendo ser encontrados ântero-posteriormente (hipercifose e hiperlordose) e látero-lateralmente (escoliose).

A escoliose é uma dessas afecções, sinuosidade postural caracterizada por uma curvatura lateral que ocorre no plano frontal, podendo estar ou não associada à rotação dos corpos vertebrais nos planos sagital e axial, sendo relevante caso meça mais de 10 graus. Possui etiologia múltipla, e seu desenvolvimento pode ocorrer desde a infância com agravo na adolescência segundo o potencial de crescimento do indivíduo, devendo ser tratada precocemente, uma vez que após o término do crescimento da coluna vertebral as probabilidades de correção são menos acentuadas.

Tendo prevalência global entre 1 e 2%, atribui-se o seu surgimento a diferentes fatores como alterações neuromusculares ou do tecido conjuntivo, desvio padrão do crescimento, desenvolvimento assimétrico dos membros e influências diversas do meio ambiente.

O método Pilates vem sendo difundido e cada vez mais utilizado como tratamento conservador nos casos de escoliose não estrutural. É eficaz no combate à progressão desta, podendo também melhorar as condições da mesma através do fortalecimento específico de paravertebrais e do *power house*. Também denominado “centro de força” ou CORE, é uma unidade integrada composta por 29 pares de músculos responsáveis por suportar o complexo lombo-pelve-quadril, acionados através de movimentos específicos.

Em condições de debilidade, dissinergia muscular ou disfunções biomecânicas, é de fundamental importância reestabelecer o equilíbrio do CORE, consequentemente corrigindo ou melhorando posturas adaptativas ou patológicas, visto que a correção vertebral estrutural da escoliose só é possível mediante procedimento cirúrgico, indicado apenas em casos nos quais há acometimentos mecânicos, respiratórios ou neurológicos.

OBJETIVO

Investigar se o método Pilates é eficaz no tratamento das escolioses estrutural e não estrutural, nos casos em que não há comprometimentos cardiopulmonares ou neurológicos instalados.

METODOLOGIA

Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos científicos nos idiomas português, inglês e espanhol, por recorte temporal de aprovação nas revistas eletrônicas de 2010 a 2016, que se aproximassem da temática estudada. Utilizou-se quatro bases de dados para a confecção da revisão integrativa: MedLine (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) acessada através da PubMed; LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECS (Indice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), ambas acessadas por meio da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), e Cochrane Library.

RESULTADOS

Após análise criteriosa dos artigos selecionados para discussão, observou-se que ambos investigaram portadores de escoliose não estrutural, apresentando benefícios em todas as variáveis eleitas para a pesquisa em ambos os artigos. Além disso, segundo dados fornecidos no Quadro 1, os artigos foram encontrados em português.

Quadro 1. Autor, desenho, idioma, objetivo, local e achados das pesquisas.

AUTOR	DESENHO	IDIOMA	OBJETIVO	LOCAL	ACHADOS

Quadro 1. Autor, desenho, idioma, objetivo, local e achados das pesquisas.					
Pâmela Miotti de Moura	Prospectivo	Português	Avaliar o efeito nas alterações posturais, na flexibilidade e na força dos músculos flexores e extensores de tronco em portadores de escoliose idiopática	Brasil	Aumento da flexibilidade, aumento da força muscular de tronco, melhora no alinhamento postural global
Maria Erivânia Alves de Araújo	Ensaio clínico controlado e aleatorizado	Português	Avaliar redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural	Brasil	Redução na intensidade da dor crônica

Fonte: Dados da pesquisa 2017.

Considerando o tipo de escoliose investigada, todas abrangeram indivíduos que apresentavam escoliose não estrutural, que geralmente é desenvolvida através de maus hábitos posturais e é reversível com tratamento conservador.

CONCLUSÃO

O tratamento conservador vem sendo difundido e incentivado como opção para a escoliose. Dentre essas possibilidades, encontra-se o método Pilates, composto por exercícios que utilizam contrações isotônicas e isométricas, sincronização dos exercícios na expiração e posturas de auto-crescimento, além de enfatizar o trabalho conjunto do *power house* [12].

Por meio da leitura e análise criteriosa de cada estudo eleito para a presente revisão, observou-se que o método Pilates (solo, acessórios e aparelhos) apresenta resultados positivos a curto, médio e longo prazos quando utilizado como tratamento conservador para escoliose não estrutural.

REFERENCIAS

Dangelo JG, *Fattini* CA. Anatomia humana básica. São Paulo: Atheneu, 2002.

Iunes DH, Cecílio MBB, Dozza MA, Almeida PR. Análise quantitativa do tratamento da escoliose idiopática com o método klapp por meio da biofotogrametria computadorizada. Rev Bras Fisioter. 14(2):133-40, 2010.

Kendall FP, McCreary EK, Provance PG. Músculos provas e funções. São Paulo: Manole, 2007.

Souchard P, Ollier M. As escolioses. Seu tratamento fisioterapêutico e ortopédico. São Paulo: É Realizações, 2001.

Alvarenga AA, Silva GAV. Escoliose: medida terapêutica segundo análise do grau evolutivo da curva escoliótica: revisão bibliográfica [trabalho de conclusão de curso]. Alfenas: Universidade José do Rosário Vellano. Curso de Fisioterapia, 2004.

Lima Júnior PC, Pellegrinol L, Caffaro MFS, Meves R, Landim E, Avanzi O. Escoliose idiopática do adolescente (EIA): perfil clínico e radiográfico da lista de espera para tratamento cirúrgico em hospital terciário de alta complexidade do Sistema Público de Saúde Brasileiro. Rev Coluna/Columna, vol. 10, n.2, São Paulo, 2011.

Cabral LTB, Valesin Filho ES , Ueno FH, Yonezaki AM, Rodrigues LMR. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com escoliose idiopática do adolescente após tratamento cirúrgico pelo questionário SF-36. Rev COLUNA/COLUMNA. 8(3):315-322, 2009.

Silva ACLG, Mannrich G. Pilates na reabilitação: uma revisão sistemática. Fisioter Mov. 22(3):449-55, 2009.

Guiselini M. Multifuncional Exercise Training. 2009. (citado em 12 set. 2017]. Disponível em: http://www.institutomauroguiselini.com.br/?s&tubepress_page=10

O'Sullivan P. Lumbar segmental 'instability': clinical presentation and specific stabilising exercise management. Man Ther. 5(1):2-12, 2000.

. Oliveira A. Deformidades da coluna no adolescente. Nascer e Crescer, revista do hospital de crianças e adolescentes. Maria Pia, vol. XX, n.3, 2011.

Marés G, Oliveira KB, Piazza MC, Preis C, Bertassoni NL. A importância da estabilização central no método Pilates: uma revisão sistemática. Fisioter. Mov. 25(2): 445-451, 2012.

Moura PM *et al*. Efeito do método Pilates sobre a escoliose idiopática: estudo de caso Sci Med. 24(4):391-398, 2014.

Araújo MEA, Silva EB, Vieira PC, Cader SA, Mello DB, Dantas EHM. Redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural, em universitárias submetidas ao método Pilates. Motriz, Rio Claro, v.16, n.4, p.958-966, out./dez. 2010.

ALTERAÇÕES NO APARELHO LOCOMOTOR DECORRENTE DA OBESIDADE- UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Cristiane Almeida Andrade[1] (cristiane.neta99@outlook.com), Danielly Fernanda[1], Kayo Francisco Josino Leite[1], Shirly Andrade Lacerda[1], *Felipe Longo Correia de Araújo[2], Sêmio Wendel Martins Melo[2]*

[1] Discentes do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP
[2] Fisioterapeuta, Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos PB.
[2] Profissional de Educação Física, Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos PB.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma síndrome composta por vários fatores no qual estão relacionados com alterações fisiológicas, bioquímicas, metabólicas, anatômicas, além de alterações psicológicas e sociais, sendo caracterizada pelo aumento de adiposidade e de peso corporal (SIMON, et al., 2009) (ENES; SLATER, 2010). Fatores ambientais também influenciam como a junção do consumo excessivo de energia combinado com um gasto energético reduzido e limitação da prática regular de atividade física (SIMON, et al., 2009).

As alterações posturais não são desencadeadas somente por os portadores da obesidade, mas surgem com maior freqüência em virtude da ação mecânica desestimulada pelo excesso de massa corporal e o aumento das necessidades mecânicas regionais (SOUSA; SABBAG; FISBERG, 2009).

Contudo, podem-se observar problemas no aparelho locomotor além de alterações posturais, mas também degenerativos (SOUSA; SABBAG; FISBERG, 2009). SACCO et al., TEIXEIRA analisaram a associação da obesidade com alterações ósteo-articulares pelo excesso de massa corporal, estabilidade reduzida e aumento das necessidades mecânicas para adaptação corporal.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Burton (1985) a obesidade é caracterizada como “um excesso de gordura corporal que de forma frequente leva a prejuízos à saúde”. Na visão de Fisberg (1995), pode ser considerada como uma síndrome, caracterizada pelo aumento de tecido adiposo em relação à massa corporal magra e determinada por doenças genéticas, endócrino-metabólicas ou por alterações nutricionais.

Na infância e adolescência, a postura encontra-se em processo de desenvolvimento. Nesse período, qualquer alteração funcional em função da má postura irá repercutir negativamente no futuro. A adoção de uma postura incorreta fará com que todo o sistema locomotor participe e se adapte às novas condições mecânicas impostas (BRUSCHINI; NERY, 1995; TEIXEIRA, 1993; LAPIERRE, 1982).

A postura aborda inúmeras posições corporais assumidas nas mais diversas situações. Assim, existem vários fatores no qual influenciam a postura corporal: excesso de peso corporal, atividade física insuficiente ou inadequada, vícios posturais, anomalias ósseas congênitas ou adquiridas, deficiência protéica na alimentação e características psicológicas (TEIXEIRA, 1993).

Visando atenuar o impasse, cabe ressaltar a importância do exercício físico e das práticas esportivas para o obeso, devido às melhorias gradativas na condição física e, conseqüentemente, na postura corporal.

OBJETIVO

O presente estudo buscou enfatizar as alterações no aparelho locomotor tendo como principal causa o aumento do tecido adiposo no individuo.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura utilizando os seguintes bancos de dados: Scielo, Google Acadêmico e Lilacs, utilizando descritores como: alterações posturais, obesidade, aparelho locomotor. Os idiomas considerados foram português, inglês e espanhol, em que, foram selecionadas artigos dos últimos anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 15 artigos no qual relatavam sobre as alterações posturais relacionados à obesidade e apenas 07 foram selecionados tendo em vista que as informações contidas no artigo enfatizavam as principais alterações na postura do individuo acima do peso, tanto adulto como infantil.

Acredita-se que a obesidade infantil pode ser caracterizada como um problema de saúde pública, pelo fato de quase sempre estar relacionada a um grande número de situações patológicas, nas quais se incluem disfunções do aparelho locomotor (KIESS, et al. 2001). Wearing, et al., afirmam que, quando há um aumento da sobrecarga, os indivíduos em fase de crescimento são mais susceptíveis às deformações. Essas deformações não estão presentes

somente em obesos, mas sua prevalência é maior graças ao aumento de massa corporal e pelo consequente aumento das necessidades mecânicas regionais (CALVETE, 2004).

A relação entre obesidade e sistema musculoesquelético em crianças não é clara, mas se acredita que a obesidade afeta o aparelho locomotor, tanto de forma estrutural como funcional (CHAN, et al. 2009).

Segundo Bruschini e Néri, a coluna, geralmente apresentará um aumento da lordose lombar com cifose dorsal compensatória, acarretando uma hiperlordose cervical e anteriorização da cabeça. Os membros inferiores poderão manifestar-se com anteversão pélvica associada à rotação interna dos quadris ocasionando joelhos valgos e pés planos.

Dessa forma, Campos et al. complementam que o mau alinhamento dos mmii, associado ao excesso de massa de gordura, proporciona um maior gasto de energia para realizar as atividades motoras diárias, desfavorecendo os indivíduos obesos a realizar suas atividades físicas habituais, inclusive a marcha. Logo, GREEVE et al., sugereque índices de massa corporal maiores, demandam maiores deslocamentos para manter o equilíbrio, associado a uma redução na eficiência de realizações de diversas atividades de equilíbrio estático e dinâmico (DEFORCHE et al. 2009) e ainda são mais vulneráveis a apresentar persistência de sintomas após uma lesão articular (TIMM, et al. 2005) quando comparados aos com peso normal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se evidente, portanto, que a obesidade pode afeta a vida dos indivíduos em diferentes idades. Quanto mais precoce for seu surgimento, mais perigosa para a manutenção de uma vida saudável e para a incidência de patologias a ela associadas (CUOZZO, et al. 2009).

Os problemas de saúde, relacionado ao excesso de gordura corporal, podem trazer malefícios ao sistema músculo-esquelético já na infância e indicam que o tratamento requer uma equipe interdisciplinar, pois sua causa é multifatorial (CALVETE, 2004).

Os exercícios físicos prescrevidos devem ser de baixo impacto e de intensidade leve a moderada no intuito de reduzir os microtraumas e macrotraumas a que esses indivíduos estarão vulneráveis. Faz-se necessário também que o gasto energético seja maior que o consumo para que ele esteja em déficit calórico e alcance o peso ideal com intuito que o seu corpo não sofra conseqüências do sobrepeso.

PALAVRAS-CHAVE: obesidade, aparelho locomotor, alterações.

REFERÊNCIAS

Simon VGN, Souza JMP, Leone C e SOUZA SB. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo.** *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2009, vol.19, n.2, pp. 211-218 .

Enes CC e Slater B. **Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes.** *Rev. bras. epidemiol.* 2010 vol.13, n.1, pp. 163-171.

Sousa F, Sabbag A e Fisberg M. **Descrição fisioterapêutica das alterações posturais de adolescentes obesos.** Acessado no dia 10/09/2018 às 18h25min. Disponível em: http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/09/alteracoes-posturais-e-obesidade11.pdf

TEIXEIRA, L. Educação Física Escolar Adaptada: **Postura, Asma, Obesidade e Diabetes na Infância e Adolescência.** São Paulo: EEFUSP/ EFP, 1993.

BRUSCHINI, S.; NERY, C. A. S. **Aspectos ortopédicos da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG**, M. **Obesidade na infância e adolescência.** São Paulo: Fundação Editorial BYK, 1995, p.105-125.

Calvete S. **A relação entre alteração postural e lesões esportivas em crianças e adolescentes obesos.** Acessado no dia 19/09/2018 às 12h48min. Disponível em: http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/05/a-relacao-entre-alteracao-postural-e-lesoes-esportivas-em-crincas-obesas1.pdf

Cuozzo F, Texeira C, Mota C. Uma revisão sobre centro de gravidade e equilíbrio corporal. Acessado em: 20/09/2018 às 13h20min. Disponível em: https://bdtd.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/798/1432

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA ANDROPAUSA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Beatriz Salvador de Oilveira[1]; Anna Vittória Gonçaves[2]; Isabel de Moura Salvador[2] Thalícia da Silva Ferreira[2];Aline Guimarães Carvalho[3]

[1,2]Estudantes de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail: bsalvador89@gmail.com[1]
[3]Professora do curso de bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a andropausa não é uma fase isolada, mas que está relacionada ao envelhecimento natural. Acomete os homens de 40 a 50 anos de idade e nem todos apresentam esse quadro e é definida pela deficiência do hormônio masculino, a testosterona. É necessária para desenvolvimento e características masculinas, tendo sua vital importância para a função e desempenho sexual. Logo sua carência vai desencadear os principais sintomas: alterações de humor, perda de massa muscular e massa corporal, sensação de perda de energia, diminuição da libido e disfunção erétil e aumento de gordura corporal. Por ser um tema pouco abordado, a andropausa ao aparecer nos homens torna-se algo difícil a ser descoberto e tratado pela falta de conhecimento do meio masculino. O enfoque do assunto será dado a importância da fisioterapia na andropausa para diminuição dos sintomas e melhora na qualidade de vida do homem (BACEVICIENE; VALONYTE; CEPONIS, 2013).

REFERENCIAL TEÓRICO

É a partir da terceira década de vida que inicia as alterações fisiológicas no processo de envelhecimento, tanto extrínsecas com intrínsecas. Essas alterações envolve os sistemas: cardiovascular, urinário, nervoso central principalmente na ação cognitiva. No sistema muscular, ósseo e cutâneo apresentam alterações na flexibilidade muscular, a perda de cálcio nos ossos e ao aumento do peso devido as mudanças hormonais após a andropausa. Diante disso, a fisioterapia poderá modificar alguns processos fisiológicos que diminuem com a idade, melhorando a eficiência cardíaca, a função pulmonar, os níveis de cálcio, auxilia na redução de alguns declínios no envelhecimento do sistema nervoso (WESPES,

SCHULMAN, 2002) . Assim, a cinesioterapia realizadas de forma contínua no decorrer de toda a vida podem atuar como fatores preventivos em muitas deficiências relacionadas à idade. O pilates é outra forma de exercício desenvolvida por Joseph Pilates que trabalha o desenvolvimento equilibrado do corpo através da força, resistência e flexibilidade. A prática do pilates é um grande aliado pra quem deseja aperfeiçoar a musculatura corporal, melhora do tônus muscular, evitar doenças cardiovasculares, já que os exercícios trabalham com o aumento da capacidade respiratória, correção da postura, coordenação motora e entre outros benefícios. A aplicação desse método em homens que estão na fase da andropausa irá reduzir esses sintomas trazendo uma melhora na qualidade de vida do indivíduo trazendo inúmeros benefícios como: melhora na disposição sexual, ganho de massa muscular, aumento da autoestima e no bom humor e disposição no dia-a-dia (FILHO, 2011).

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a deficiência androgênica, como é tratado o declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, seus sintomas e apresentar os possíveis tratamentos terapêuticos para amenizar as manifestações referidas.

MÉTODO

O desenvolvimento do estudo foi a partir de pesquisas baseadas em artigos científicos e publicações retirados das bases de dados e revistas indexadas como Scielo e Pubmed. Os dados encontrados para esta pesquisa foram analisados mediante a sistematização de alguns elementos, como autor, ano, título, objetivo e conclusão, onde os resultados foram apresentados de forma descritiva e em quadro para melhor entendimento destes.

RESULTADOS

AUTORES	ANO	TITULO	OBJETIVO	CONCLUSÃO

BACEVICIENE, R.; VALONYTE , L.; CEPONIS, J.	2013	The Effect of Physiotherapy in Addition to Testosterone, Replacement Therapy on the Efficiency of the Motor System in Men With Hypogonadism.	Analisar se a adição de fisioterapia à terapia de reposição de testosterona proporciona um benefício adicional na melhoria da capacidade funcional do sistema motor em homens com hipogonadismo.	Nossos resultados sugerem que a aplicação da terapia de reposição de testosterona em conjunto com a fisioterapia (1 hora, duas vezes por semana) em homens com hipogonadismo pode levar a resultados mais rápidos e melhores em comparação com a terapia de reposição de testosterona aplicada isoladamente.
FILHO, S. D. S. et al.	2011	The ageing, The Decline of Hormones and the Whole-Body Vibration Exercises in Vibratory Platforms: a Review and a Case Report.	Apresentar uma breve revisão de artigos envolvendo o utilização de WBV em plataforma vibratória e o efeito nos níveis hormonais (HL) considerando a publicações encontradas no banco de dados PubMed.	Há sim forte interesse científico nos estudos sobre o corpo todo com exercícios de vibração e alguns autores estão estudando o efeito desses exercícios na concentração plasmática de hormônios. O relato de caso de um homem que fez exercícios em uma plataforma oscilante indica melhoria na qualidade de algumas atividades diárias e aumento no nível de testosterona com uma frequência de 5 a 9Hz.
WESPES, E.; SCHULMAN, C.C.	2002	Male andropause: myth, reality, and treatment.	Avaliar a eficácia da fisioterapia e terapia de reposição de testoterona na andropausa.	Vários estudos sugerem que o envelhecimento dos homens com baixos níveis de testosterona poderia se beneficiar com a terapia de reposição de testosterona e fisioterapia, melhorando assim nos sistemas comprometidos como o ósseo, múscular e funções psicossexual, entretanto, os estudos clínicos maiores são necessários.

CONCLUSÃO

A partir do trabalho exposto podemos concluir sobre a importância da fisioterapia na andropausa. As condutas realizadas melhoram a qualidade de vida durante essa fase, além de auxiliar no equilíbrio da produção dos hormônios, aumenta a resistência imunológica, promove equilíbrio nas funções orgânicas e reparação celular, desenvolvendo a força, resistência e flexibilidade, melhora da postura e a redução do estresse, tensões e dores. Conclui-se, portanto, que a fisioterapia é um grande aliado na redução dos sintomas da andropausa.

PALAVRAS-CHAVE: homem, andropausa, testosterona**.**

REFERÊNCIAS

BACEVICIENE, R.; VALONYTE , L.; CEPONIS, J. The Effect of Physiotherapy in Addition to Testosterone, Replacement Therapy on the Efficiency of the Motor System in Men With Hypogonadism. ***Medicina***, v. *49*, n. 2, p. 71-79, 2013. Disponível em: https://www.mdpi.com/1010-660X/49/2/13. Acessado em: 24/09/2018.

FILHO, S. D. S. et al. The ageing, The Decline of Hormones and the Whole-Body Vibration Exercises in Vibratory Platforms: a Review and a Case Report. **Journal of Medicine and Medical Sclene**. v.2, n.6, p.925-931, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile. Acessado em: 24/09/2018.

WESPES, E.; SCHULMAN, C.C. Male andropause: myth, reality, and treatment. **International Journal of Impotence Research**. v. 14, p.93-98, 2002. Disponível em: www.nature.com/ijir. Acessado em: 24/09/2018.

BENEFÍCIOS DA HIDROTERAPIA EM PACIENTES ACOMETIDOS COM ARTRITE REUMATÓIDE

Antônio Leite Guimarães Neto[1]; Regina Oliveira Bezerra[1];Nathalha Hellem Clementino Nicolau[1];Uany da Cruz Vale[1]; Felipe Longo Correia de Araújo. [2]

[1] Estudante de Bacharelado em Fisioterapia. E-mail:reginaabelo17@gmail.com;

[2] Professor do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: felipearaujo@fiponline.edu.br

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatóide é uma doença sistêmica do tecido conjuntivo, idiopática, onde predominantemente as alterações ocorrem em estruturas articulares, periarticulares e tendinosas. Manifesta-se por sinais cardinais de inflamação, tendo a membrana sinovial como local mais acometido. Acomete ambos os sexos com predomínio em mulheres, ocorrendo com maior frequência em indivíduos entre trinta e cinquenta anos de idade. (BERTOLLO, 2007)

Fisioterapia aquática é uma modalidade terapêutica desenvolvida segundo as bases científicas da teoria hidrodinâmica. A compreensão das propriedades físicas da água e das alterações fisiológicas do corpo em imersão, bem como a análise do movimento humano no meio líquido, tem auxiliado o fisioterapeuta a utilizar a água na facilitação do movimento e na recuperação de disfunções. O tratamento é realizado por meio de exercícios, num ambiente aquático, com temperatura variando entre 31 e 37ºC essa modalidade (FERREIRA, 2008), Vem sendo indicada e utilizada por médicos e fisioterapeutas em programas de reabilitação multidisciplinares, principalmente na área reumatológica. (BIASOLI, 2006).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Artrite Reumatoide é uma doença autoimune de etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite simétrica, que leva à deformidade e à destruição das articulações

em virtude da erosão óssea e da cartilagem . Podem ocorrer manifestações sistêmicas associadas , com períodos de melhora e exacerbação. (WIBELINGER, 2012).

O tratamento em água aquecida tem importante papel na reabilitação desses pacientes, auxiliando-os tanto no alívio dos sintomas quanto na execução das atividades da vida diária, melhorando a funcionalidade e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, proporcionada pelos efeitos físicos, fisiológicos e terapêuticos da água aquecida, sendo utilizado como um complemento ou substituição da fisioterapia tradicional. (FELIX, 2007).

Para as doenças reumáticas, as vantagens da hidroterapia ocorrem devido ao calor da água, que diminui a dor e o espasmo muscular, e a flutuabilidade que alivia o estresse nas articulações. Promovendo também alívio da tensão e do estresse, trazendo bem-estar físico e mental. (MAZETTO, 2007)

Os sinais e sintomas comuns são: articulação dolorosa, intumescida e enrijecida. Podendo qualquer articulação sinovial estar envolvida; Enrijecimento matinal, reduzindo com o passar do dia; Atrofia muscular; deformidades (em estágios mais avançados); Nódulos subcutâneos principalmente na face posterior dos cotovelos . (MAZETTO, 2007)

Pacientes com artrite reumatoide devem ser tratados tanto no período agudo da doença, quanto no crônico. O tratamento aquático na fase aguda inclui relaxamento e exercícios para melhorar as amplitudes de movimento e na fase crônica, as atividades devem ser aeróbicas, marchas e corridas na água, que melhoram a capacidade funcional e a composição corporal. (GAUDDIN, 2008)

O tratamento em água aquecida tem importante papel na reabilitação desses pacientes, auxiliando-os tanto no alívio dos sintomas quanto na execução das atividades da vida diária, melhorando a funcionalidade e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, proporcionada pelos efeitos físicos, fisiológicos e terapêuticos da água aquecida, sendo utilizado como um complemento ou substituição da fisioterapia tradicional.

OBJETIVO

Analisar os benefícios da hidroterapia em pacientes com artrite reumatoide.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, que envolve análise de vários artigos científicos relativos ao tema escolhido. As fontes de pesquisa utilizadas para este estudo foram as bases de dados disponíveis na internet: Google acadêmico, Scielo. Além de artigos publicados em periódicos e em anais de congressos. A busca totalizou 17 publicações, no entanto considerando os critérios de inclusão, apenas artigos 04 científicos foram selecionados. A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2018.

RESULTADOS

A terapia aquática, por seus efeitos fisiológicos e físicos, promoveram respostas como melhora do condicionamento físico, relaxamento muscular, redução de sobrecarga articular e alívio de sintomas. (GAUDDIN, 2008).

Além da capacidade funcional do idoso, vários sistemas sofreram melhora com a fisioterapia aquática, tais como: sistema cardiovascular e respiratório, sistema musculoesquelético, equilíbrio e marcha, sistema articular, e sistema nervoso além dos aspectos psicossociais. (MAZETTO, 2007).

As principais alterações no sistema musculoesquelético após a hidroterapia dizem respeito à aumento da massa muscular. As modificações na estrutura corporal no indivíduo puderam ser observadas a partir dos 40 dias de terapia onde a estrutura muscular começa a mostrar aumento de trofismo em razão da resistência oferecida pelo meio aquático. (WIBELINGER, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo apresentado comprovou-se a importância da atividade física no meio aquático para pacientes acometidos por artrite reumatoide visando melhora dos principais aspectos da doença assim como na prevenção dos agravos, visando uma melhora na qualidade de vida destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia, Hidroterapia e Artrite Reumatóide.

REFERÊNCIAS

BÉRTOLO MB, BRENOL CV, SCHAINBERG CG et al. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatoide. **Rev Bras Reumatol** 2007; 47: 151-9.

BIASOLI, MC; MACHADO, CMC. **Hidroterapia**: técnicas e aplicabilidades nas disfunções reumatológicas. Rev. Temas de Reumatologia Clínica; 2006; 7 (1):78-87.

FÉLIX TL, JORGE LMMS, OLIVEIRA J, FERRARI RAM. **Efeitos da hidroterapia, utilizando o Método dos Anéis de Bad Ragaz, no tratamento da artrite reumatoide juvenil:** um estudo de caso. Consientiae Saúde 2007; 6(2): 341-50.

FERREIRA, LUIS ROBERTO ET al. **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, abr./jun. 2008

GAUDIN, P., LEGUEN-GUEGAN, S., ALLENET, B., BAILLET, A., GRANGE, L., & JUVIN, R. **Is dynamic exercise beneficial in patients with rheumatoid arthritis**? Joint Bone Spine. 2008; 75(1): 11-17.

MAZZETO, A, A**. Benefício da terapia aquática na artrite reumatóide: estudo de caso. Revista Unigá**, **, v. 12, n. 1, out.**

WIBELINGER, JF. Artrite reumatoide e exercício físico: resgate histórico e cenário atual. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde** 2017; 14(1): 55-64.

INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA DA INFÂNCIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS, NO ESTADO DA PARAÍBA

Talita Abrona dos Santos Lima[1]; Maria Ivanira Machado de Oliveira[1]; Laiany Cavalcante Lima[1]; Rosilene Nunes Guedes[1]; Laysa Gabrielle Silva Medeiros[2]; Giglielli Modesto Rodrigues Santos[2].
E-mail: tabruna84@gmail.com
[1] Acadêmicas do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP.
[2] Professora Mestra do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP

INTRODUÇÃO

A Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI) também denominada Paralisia Cerebral (PC) é definida como um grupo de desordens motoras não progressivas, sujeitas à agressão encefálica que se distingue primordialmente por uma desordem persistente, porém não invariável, que surge na primeira infância e que não é somente secundária à lesão não evolutiva do encéfalo, mas se deve também à influência que a lesão exerce sobre as estruturas e funções do corpo (O'SHEA M, et al., 2008).

A incidência da ECNPI em países desenvolvidos é de 2,0 e 2,5 por 1.000 nascidos vivos. Entretanto, nos países em desenvolvimento a incidência apresenta-se maior, com um índice de 7 por 1.000 nascidos vivos. No Brasil estimam-se 30.000 a 40.000 novos casos de paralisia cerebral por ano (MANCINI, et al., 2002; PANETH, HON, GEOORGOS;DEFNET, 2012).

REFERENCIAL TEORICO

A ECNPI pode ocorrer por diversas intercorrências pré, peri e pós-natais. Em um estudo de revisão, Zanini, Cemin e Peralles (2009) referem que 70-80% das causas de ECNPI são de origem pré-natal. As principais patologias responsáveis por danos neurológicos nesse período são alterações genéticas e as infecções maternas durante o primeiro e o segundo trimestres da gravidez, como rubéola, citomegalovírus e toxoplasmose. Outros fatores como o uso de medicações específicas, abuso de álcool e drogas ilícitas e traumatismos abdominais graves também estão relacionados com os prejuízos neurológicos. Dentre os fatores de risco

pré-natal, também foram citadas as gestações múltiplas e condições maternas, tais como retardo mental e hipertireoidismo.

Em sua classificação, se enquadra a do tipo espástica (quadriplégica, hemiplégica, diplégica), discinética, atáxia, hipotônica e/ou mista. Independente do tipo de classificação da ECNPI sabe-se que as alterações apresentadas por essa patologia, tendem, em médio e em longo prazo, a desencadear alterações estruturais e funcionais ao indivíduo (KOMAN; SMITH; SHILT. 2004).

O quadro clínico da ECNPI é caracterizado por uma disfunção predominantemente sensório-motora, com alterações do tônus muscular, da postura, da movimentação voluntária e presença de movimentos involuntários, podendo ser ou não acompanhada de outros distúrbios na linguagem, visão, audição e cognição (PIOVESANA 2002).

O diagnóstico é realizado de forma clínico-neurológico, sendo os exames de neuroimagem importantes na identificação das lesões, como também para excluir outras doenças que cursam com alterações motoras. No entanto, esses exames mostram anormalidades em 70 a 90% das crianças com paralisia cerebral e, portanto, resultados normais não afastam o diagnóstico neurológico (MONTEIRO, 2011).

De acordo com Yan et al (2006) os motivos que levam a criança com ECNPI a ser internada são variados, dentre esses: fatores ortopédicos (cirurgias de alongamento de tendão, ressecção da cabeça do fêmur, osteotomias varizantes de joelho e/ou quadril, aplicação de toxina botulínica, rizotomia dorsal seletiva), fatores respiratórios (pneumonias e insuficiência respiratória), fatores neurológicos (crises convulsivas) e fatores nutricionais (gastrostomia e desnutrição).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi detectar as internações de crianças acometidas por encefalopatia crônica em hospitais públicos, no estado da Paraíba.

MÉTODOS

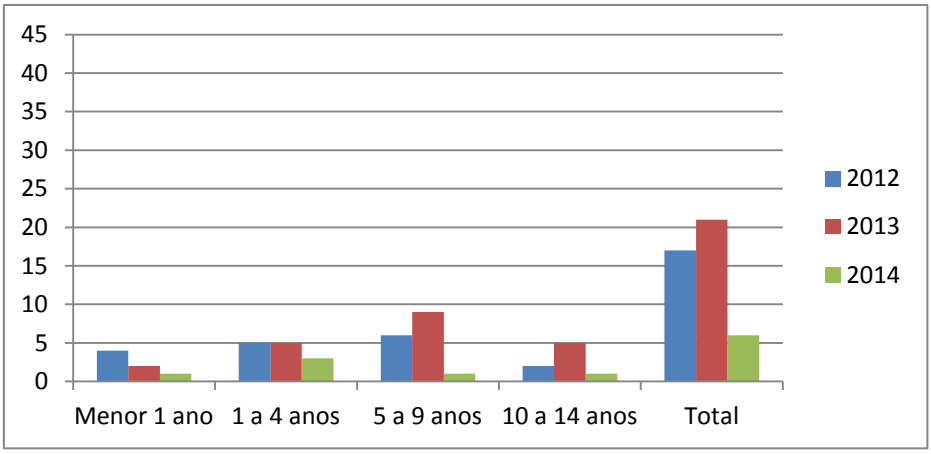
Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa desenvolvida através da coleta de informações no sistema DATASUS. Foram utilizados como critérios de inclusão: Notificações hospitalares de crianças com ECNPI nos anos de 2012 à 2014, com faixa etária de 0 à 14 anos. A análise de dados foi realizada utilizando o software Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

A figura abaixo demonstra informações sobre o número de crianças de 0 a 14 anos que foram internadas por ECNPI. Verificamos que as internações na faixa etária de 0 a 1 ano em 2012 foram em número de quatro, em 2013 duas e em 2014 foi uma criança, tendo um total de 7 internações.

Na faixa etária de 1 a 4 anos em 2012 e 2013 foram registradas cinco internações, em cada ano e em 2014 foram três internações, tendo um total de 13 internações. Na faixa etária de 5 a 9 anos, em 2012 foram registradas seis, em 2013 foram nove e em 2014 apenas uma internação, tendo um total de 16 internações. Na faixa etária de 10 a 14 anos, no ano de 2012 foram registradas duas internações, em 2013 foram cinco e em 2014 uma, tendo um total de 8 internações. No ano de 2012 ao total foram registradas 17 internações, em 2013 foram 21 e em 2014 foram 6 tendo um total de 44 internações.

Figura 01 - Internações Hospitalares do SUS por ECNPI na Paraíba, 2012 a 2014.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (DATASUS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se reveste de fundamental importância, onde os resultados demonstram valores maiores de internação hospitalar no ano 2013 entre a faixa etária de 5 a 9 anos de idade. E em 2014 mostrou uma grande diminuição nos números de internações em todas as faixas etárias.

Sob vários aspectos, reforçamos a necessidade do uso sistemático dos dados do DATASUS como fonte importante de coleta de informações, apontando a necessidade da realização efetiva de novas notificações, auxiliando na identificação de perfis patológicos e ainda no planejamento e monitoração de ações em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: encefalopatia não progressiva da infância, datasus , internação hospitalar.

REFERÊNCIAS

GEOORGOS/DEFNET 2012.

KOMAN, L.A., SMITH, B.P., SHILT, J.S. Cerebral palsy. **Lancet**. v.36, n.3, p.1619-1631. 2004.

MANCINI, M. C.; FIÚZA, P. M.; REBELO, J. M.; MAGALHÃES, L. C.; COELHO, Z. A. C. PAIXÃO, M. L.; GONTIJO, A. P. B.; FONSECA, S. T. **Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, vol.60, n°.2B, p.446-452, jun. 2002.

MONTEIRO, C.B.M. **Realidade virtual na paralisia cerebral. São Paulo**: Plêiade,

2011.

O'SHEA M**.** Cerebral palsy. **Semin Perinatol**. v.32, n.1, p.35-41. 2008.

PIOVESANA, A.M.S.G. **Encefalopatia crônica, paralisia cerebral**. In: Fonseca LF, Pianetti G, Xavier CC, editores.Compêndio de neurologia infantil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

ZANINI, G.; CEMIM, N. F.; PERALLES, S. N. **Paralisia Cerebral: Causas e Prevalências**. Revista Fisioterapia Movimento, v. 22, n. 3, p. 375-381, 2009.

YAM, W.Q.L.; CHAN, H.S.S.; TSUI, K.W.; YIU, B.P.H.L.; FONG, S.S.L.; CHENG, C.Y.K.; CHAN, C.W. **Prevalence study of cerebral palsy in Hong Kong children. Hong Kong Med** J, Vol 12, n°3, June 2006. Disponível em: http://www.hkmj.org/article_pdfs/hkm0606p180.pdf . Acessado em: 03 de Setembro de 2018.