



VII INTEGRAFISIO
IV ENCONTRO DE
EGRESSOS DO CURSO DE
FISIOTERAPIA

*“Integrando o
conhecimento Científico
à Prática
Fisioterapêutica”*
04 a 06 de abril de 2016

ANAIS

VII INTEGRAFISIO
IV ENCONTRO DE EGRESSOS DO CURSO DE
FISIOTERAPIA

*“INTEGRANDO O CONHECIMENTO CIENTÍFICO À
PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA”*

04 a 06 de abril de 2016



VII INTEGRAFISIO
IV ENCONTRO DE
EGRESSOS DO CURSO
DE FISIOTERAPIA

“Integrando o
conhecimento Científico
à Prática
Fisioterapêutica”
04 a 06 de abril de 2016

I61i Integrafisio (7. : 2016 : Erechim, RS)

Integrafisio : integrando o conhecimento científico à pratica fisioterapêutica [recurso eletrônico] : / VII Integrafisio, IV Encontro de Egressos do curso de Fisioterapia URI. – Erechim- RS, 2016.

ISBN 978-85-7892-103-3

Modo de acesso:

<http://www.uricer.edu.br/site/informacao.php?pagina=publicacoes&id_sec=125&cod=37>

Integrafisio: integrando o conhecimento científico à pratica fisioterapêutica (acesso em: 01 abr. 2016).

Evento realizado na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Erechim.

Com Anais / Integrafisio – Anais / IV Encontro de Egressos do curso de Fisioterapia URI Erechim.

Organização: Tatiana Comerlato, Miriam Salette Wilk Wisniewski, Tainá da Silva, Isabeli Sfredo Dias

1. Fisioterapia - Egressos 2. Conhecimento científico 3. Formação profissional
4. Saúde I.Título

CDU: 615.8 (063)

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB 10/1278



SUMÁRIO

ASSOCIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE	5
AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES COM SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO	7
AVALIAÇÃO E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE ALTERAÇÕES SENSÓRIO-MOTORAS NA PARALISIA CEREBRAL: UM RELATO DE CASO	9
CAPACIDADE REGENERATIVO PREVENTIVA DO ÁCIDO HIALURÔNICO NA OSTEOARTROSE EXPERIMENTAL	12
COMPARAÇÃO ENTRE O EFEITO DE CORE TRAINING E A CINESIOTERAPIA CONVENCIONAL SOBRE A FORÇA E EQUILÍBRIO EM AMPUTADOS TRANSFEMORAIS UNILATERAIS	16
DEMÊNCIA: UMA BREVE ABORDAGEM CONCEITUAL	20
EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM POSTURAS DE VIDA DIÁRIA DE NOSSOS FAMILIARES	23
EFEITOS DA DANÇA SÊNIOR SOBRE A FLEXIBILIDADE, AGILIDADE E EQUILÍBRIO DINÂMICO DE IDOSAS	27
EFEITOS DA REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL SOBRE A POSTURA CORPORAL E A QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM PARKINSON - RESULTADOS PRELIMINARES	30
EFEITOS DE UM PROTOCOLO FISIOTERAPEUTICO SEMANAL EM PACIENTES RENAI CRÔNICOS DEPENDENTES DE HEMODIÁLISE	34
EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR EXPIRATÓRIO SOBRE A FONAÇÃO E A QUALIDADE DE VIDA NO PARKINSON	37
FISIOTERAPIA HOSPITALAR EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO E COM OMBRO CONGELADO BILATERAL: ESTUDO DE CASO	40
GRUPO DE EDUCAÇÃO EM ASMA NA CIDADE DE ERECHIM-RS	43
PERFIL PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS DA CIDADE DE ERECHIM-RS	46



VII INTEGRAFISIO
IV ENCONTRO DE
EGRESSOS DO CURSO
DE FISIOTERAPIA

*“Integrando o
conhecimento Científico
à Prática
Fisioterapêutica”*
04 a 06 de abril de 2016

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM MORADORES DA CIDADE DE ERECHIM	50
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES HIPERTENSOS	52
QUALIDADE DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DOS PORTADORES DA DOENÇA DE PARKINSON PÓS INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA	55
SÍNDROME DE DRAVET: RELATO DE CASO	58



ASSOCIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE

VALMORBIDA, CÁSSIA LETÍCIA; BAO, LUISA DEBONI; CAMERA, FERNANDA DAL'MASO; SANTOS, DANIEL JOSÉ; MORSCH, ANA LUCIA DE CARVALHO; ANDRADE, FERNANDA DUARTE

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim
E-mail: nandaandrade1705@hotmail.com

Introdução

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal, resulta da incapacidade do organismo em remover os produtos da degradação metabólica ou de realizar suas funções reguladoras (BÖHM; MONTEIRO; TOMÉ, 2012; LEITE, et al, 2013). Além do constante sentimento de perda de suas funções físicas, o doente renal crônico, também sente medo da morte e da sua dependência ao tratamento hemodialítico, o que explica a manifestação da depressão entre 10 a 60% destes pacientes. Entretanto, devido a prevalência dos aspectos físicos o diagnóstico de depressão é pouco realizado (SAEED, et al, 2012; CHILCOT, et al, 2008). O presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre o nível de atividade física e a presença de sintomas depressivos em pacientes com DRC submetidos à hemodiálise (HD).

Metodologia

Este estudo é qualitativo e de caráter descritivo. A amostra foi constituída por dez pacientes do setor de hemodiálise da Fundação Hospitalar Santa Terezinha, divididos aleatoriamente em dois grupos. Grupo A com cinco indivíduos que não realizavam fisioterapia e GRUPO B com cinco pacientes que realizavam fisioterapia uma vez por semana durante 30 minutos, conforme o protocolo do local. Foram incluídos neste estudo pacientes em tratamento por hemodiálise, três vezes por semana durante três ou quatro horas, com idade superior a 18 anos que realizassem ou não fisioterapia e que aceitassem em responder o questionário. Como critérios de exclusão: incapacidade de compreender e responder os questionários propostos por deficiência física ou intelectual. Inicialmente a responsável pelo serviço no hospital foi contatada e esclarecida sobre os objetivos do estudo e abordagens utilizadas, com parecer favorável da mesma, os pacientes foram contatados e esclarecidos sobre as possíveis dúvidas. Após aceitação da participação na pesquisa, foi realizada a aplicação dos questionários, bem como, o esclarecimento de dúvidas que surgissem durante a aplicação. A entrevista foi realizada apenas uma vez, durante a primeira hora da sessão de HD, por um único avaliador, que assegurou sigilo das informações e, em seguida, os pacientes responderam a dois questionários. O primeiro aplicado foi para identificação do nível de atividade física (NAF), onde foi utilizado a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ e o segundo instrumento aplicado foi o Inventário de depressão de Beck – BDI, utilizado para avaliar o diagnóstico presuntivo de depressão.



Resultados e Discussão

Após a aplicação do questionário BDI, o grupo A, demonstrou maior incidência no nível de depressão, quando comparado ao nível de depressão do grupo B, que se mostrou ausente de sinais de depressão em 70% dos participantes da pesquisa. Os dados referentes à análise do questionário de atividade física - IPAQ, evidencia que 40% da amostra do grupo A foi classificada como irregularmente ativa e os outros 60% como sedentários. Importante salientar que destes participantes todos apresentaram sinais de depressão segundo o questionário BDI. Já no grupo B, observou-se que 80% dos participantes são classificados como ativos e muito ativos e apenas 20% como irregularmente ativos, o que torna o grupo B, mais ativo, quando comparado com o grupo A. Com relação à presença de sintomas depressivos e NAF entre homens e mulheres, observou-se que 60% dos homens apresentaram sintomas depressivos e 40% destes, apontaram baixo NAF. As mulheres, apresentaram presença de sintomas depressivos e baixo NAF em 80% das participantes, o que demonstra que no presente estudo, a população feminina apresentou-se mais sedentária e depressiva, quando comparada a população masculina.

Conclusões

A presença de sintomas depressivos em doentes renais crônicos em HM, pode interferir no NAF, afetando o seu tratamento e prognóstico da doença a longo prazo. Importante verificar, se o NAF destes pacientes já eram baixos antes do início do tratamento hemodialítico ou se este influenciou na piora deste nível. Ainda, faz-se necessário a realização de mais estudos sobre a presença de sintomas depressivos não só relacionado ao NAF, como também sobre estes quesitos, na influência da qualidade de vida, de pacientes hemodialisados.

Referências

- BÖHM J.; MONTEIRO M. B.; THOMÉ F. S. Efeitos do exercício aeróbio durante a hemodiálise em pacientes com doença renal crônica: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 34, n. 2, p. 189-194, 2012.
- CHILCOT J.; WELLSTED D.; SILVA-GANE M. Farrington K. Depression on dialysis. **Nephron Clinical Practice**. v. 108, n.4, p. 256-64, 2008.
- LEITE E M.D.; et al. Perfil clínico de pacientes submetidos à hemodiálise. **Monográficos de Investigación em Salud**. v. 3, n. 19, 2013.
- SAEED Z.; et al. Depression in patients on hemodialysis and their caregivers. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**. v. 23, n. 5, p. 946-52, 2012.



AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES COM SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

BERGAMIN, LUISE; RAGIEVICZ, DANIEL ANDRÉ; SANTOS, DANIEL; MORSCH, ANA LÚCIA BERNARDO DE CARVALHO; CAMERA, FERNANDA DAL'MASO; ANDRADE FERNANDA DUARTE

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: nandaandrade1705@hotmail.com

Introdução

A Síndrome da Apneia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é caracterizada por repetidas obstruções parciais ou totais das vias aéreas superiores durante o sono (DALTRO et. al., 2006). Pode apresentar-se com uma condição de sonolência e cansaço diurno, além de ronco, fadiga e alterações no ritmo cardíaco (GONDIM et. al., 2007).

Segundo Bittencourt, Togeiro e Bagnato (2002) o médico responsável pela análise da polissonografia de noite inteira irá então fazer a classificação segundo o índice de apneia e hipopnéia (IAH) que avalia a ocorrência de episódios por hora, entre 5 e 15 episódios, entre 15 e 30 ou mais que 30, respectivamente a classificação será leve, moderada e acentuada.

Nesta contextualização, o presente estudo objetivou avaliar o perfil dos pacientes com SAHOS quanto ao sexo, faixa etária, saturação de oxigênio, índice de massa corporal (IMC) e o grau de apneia e hipopnéia dos pacientes que realizaram o exame de polissonografia no Laboratório do Sono localizado no Centro Hospitalar Santa Mônica na cidade de Erechim-RS.

Metodologia

Esse estudo se caracteriza como quantitativo de caráter transversal. Foram coletadas informações referentes ao sexo, idade, índice de massa corporal, índice de apneia hipopnéia, saturação de oxigênio. Após esta coleta, os dados foram digitados em planilha do Microsoft Excel e calculados a média e o desvio padrão para as variáveis analisadas.

O presente estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Uri Campus de Erechim-RS e aprovado através da CAAE de Nº 37636414.1.0000.5351 em 02 de dezembro de 2014.

Resultados e Discussão

Obtivemos um total de 92 pacientes, com média de idade de 55,8, desvio padrão de 11,7 anos, variando entre 28 e 83 anos. Participaram 31 mulheres e 61 homens, o que vai de encontro ao estudo de Duarte, R.L; Silva, R.Z.M; Silveira, F.J.M (2010), que ressalta o sexo masculino como um fator de risco para a SAHOS.

A média do IMC foi de 29,67, com desvio padrão de 5,37, conforme classificação do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia um IMC de 29,67Kg/m² é considerado como sobrepeso, o mesmo



relatado no estudo de Cintra et al. (2011), no qual dos 261 pacientes diagnosticados com SAHOS obteve-se um IMC médio de 29,6 kg/m².

A saturação média de oxigênio na noite de sono foi de 91,96%, com desvio padrão de 2,66%, a saturação mínima encontrada foi de 84%. O índice de apneia hipopneia (IAH) médio foi de 38 eventos respiratórios/hora, com desvio padrão de 24,74 eventos respiratórios/hora, variando de 5,1 a 113,8 eventos respiratórios/hora. A alta variação que obtivemos, entre os resultados mínimo e máximo, também foi observada em outros estudos tais como Tomé et.al. (2008), onde os eventos respiratórios mínimo e máximo foram de respectivamente 5 e 110 eventos por hora. Do total da amostra 18 pacientes apresentavam apneia leve, 26 apneia moderada e 48 apresentaram apneia grave.

Conclusões

Através dos resultados obtidos, é possível concluir que a SAHOS é mais comum em homens de meia idade, a obesidade pode ser um fator de risco para a doença. A grande maioria dos pacientes encontra-se com apneia grave possivelmente pelo fato de os pacientes apenas procurarem ajuda quando os sintomas se agravam.

Referências

- BITECOURT, L.R.A; TOGUEIRO, S.M.G.P; BAGNATO, M.C. Diagnóstico da síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono. **JR Moreira Editora**, p. 584-593, 2002.
- CINTRA, F. D. et al. Perfil Cardiovascular em Pacientes com Apneia Obstrutiva do Sono. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.96, n.4, p. 293-299, 2011.
- DALTR, et al. Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono: Associação com obesidade, gênero e idade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.50, n.1, p.74-81, 2006.
- DUARTE, R.L.M; SILVA, R.Z.M; SILVEIRA, F.J.M. Fisiopatologia da apneia obstrutiva do sono. **Revista Pulmão**, v.19, n.3, p.68-72, 2010.
- GONDIM, L. et al. Estudo comparativo da história clínica e da polissonografia na síndrome da apneia/ hipopneia obstrutiva do sono. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.73, nº6, p. 733-737, 2007.
- TOMÉ, J.P.B. et al. Prevalência de doença cardiovascular numa população de doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.24, n.3, p. 355-361, 2008.



AVALIAÇÃO E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE ALTERAÇÕES SENSÓRIO-MOTORAS NA PARALISIA CEREBRAL: UM RELATO DE CASO

SAMOYEDEM, CARINE PAULA; HOFER, ANA PAULA; SILVA, TAINÁ; ELY,
JAQUELINE COLOMBO

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim
E-mail: jaqueline@uricer.edu.br

Introdução

A paralisia cerebral, também denominada como encefalopatia crônica não progressiva da infância, é o nome comumente utilizado para designar um grupo de disfunções decorrentes de uma lesão cerebral estática (LEVITT, 2001). Sua etiologia está relacionada a alterações advindas do período pré-natal, perinatal ou pós-natal; períodos nos quais ocorre comprometimento do sistema nervoso central imaturo e em desenvolvimento (MANCINI et al., 2002). Segundo Lima et al. (2014) a paralisia cerebral apresenta cerca de 30 a 40 mil casos novos por ano.

As alterações sensório-motoras advindas da paralisia cerebral são as principais desordens características desta doença (MANCINI et al., 2002). Segundo Miller e Clark (2002) podem ainda estar associados outros comprometimentos como escoliose, subluxação do quadril, crises convulsivas, déficit de aprendizado, distúrbios perceptivos e/ou cognitivos que, em paralelo às alterações sensório-motoras primárias, podem comprometer também a capacidade de interpretar informações sensitivas diversas, como visuais, auditivas e/ou táteis.

A fisioterapia exerce um papel fundamental no manejo de pacientes com paralisia cerebral. Segundo Leite e Prado (2004) as técnicas baseiam-se em exercícios terapêuticos com a finalidade de normalizar o tônus muscular e postural, aumentar a força muscular, restaurar a amplitude de movimento e manter a flexibilidade. Além disso, a fisioterapia é eficaz na analgesia e na prevenção de lesões secundárias como contraturas e atrofia musculares (MARTINEZ; SOUZA; BLASCOVI-ASSIS, 2013).

O presente trabalho objetivou relatar o caso de uma criança com diagnóstico clínico de paralisia cerebral do tipo espástica com distribuição quadriplégica. Para tanto, foi realizada uma avaliação fisioterapêutica inicial (anamnese e exame físico) e reavaliações subsequentes, cujos resultados foram traduzidos qualitativamente por meio de observações do comportamento clínico. Na data da avaliação a criança apresentava três anos incompletos e recebia tratamento fisioterapêutico simultâneo realizado por estagiários do 9º semestre da graduação em Fisioterapia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI/Erechim.

Metodologia

A estratégia metodológica desse estudo é descritiva, baseada em um caso clínico específico de paralisia cerebral do tipo espástica com distribuição quadriplégica, associado à revisão de literatura científica.

O estudo foi desenvolvido durante a prática clínica da disciplina de Fisioterapia Neuropediátrica, na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro de Estágios e Práticas Profissionais – URICEPP da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das



Missões – URI/Erechim, onde foram realizados quatorze atendimentos fisioterapêuticos. O tratamento iniciou no dia 27 de agosto de 2015 e se estendeu até o dia 03 de dezembro de 2015, sendo que o início dos atendimentos ocorreu somente após elucidar e obter a devida anuência da mãe. A anuência da mãe foi afirmada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi efetuada mediante anamnese e exame físico (avaliação inicial) e observações do comportamento clínico da criança através de avaliações subsequentes. Após a avaliação inicial, o diagnóstico fisioterapêutico foi estabelecido, e elaborou-se um protocolo de tratamento com objetivos e condutas fisioterapêuticas. Para este caso em particular e, em conformidade com o diagnóstico fisioterapêutico construído, elencaram-se como objetivos: i) aperfeiçoar a integração sensório-motora; ii) normalizar o tônus muscular e postural; iii) aumentar a amplitude de movimento passiva e ativa; iv) aumentar a força muscular; v) aprimorar o equilíbrio estático; vi) estimular o desenvolvimento neuropsicomotor e vii) refinar a motricidade fina e global. As condutas estabelecidas para cada um destes objetivos fisioterapêuticos foram seguidas de forma alternada durante todos os atendimentos a fim de obter dados qualitativos a respeito do tratamento fisioterapêutico de alterações sensório-motoras neste caso particular de paralisia cerebral.

Resultados e Discussão

Neste caso, dentre os principais efeitos do tratamento fisioterapêutico, constatou-se a melhora do aspecto sensorial da paciente. No decorrer das sessões observou-se uma melhora importante no quesito emocional, nas habilidades cognitivas, na participação ativa nas atividades propostas e na interação da paciente com as alunas. Segundo Tecklin (2002) a integração social é essencial no tratamento de paciente com déficits afetivos, emocionais e de aprendizado, gerando um ganho relevante na motivação, na atenção e no bem-estar social, contribuindo diretamente para o desenvolvimento motor.

A partir das condutas fisioterapêuticas utilizadas ao longo deste tratamento fisioterapêutico observou-se também uma melhora qualitativa no equilíbrio estático e na estabilidade de tronco da paciente. Allegretti et al. (2007) obtiveram resultados semelhantes em seu estudo, onde o treino de equilíbrio, com diferentes estratégias sensórias e superfícies, promoveu a melhora do ajuste postural e da melhora funcional do equilíbrio.

A partir do trabalho realizado também foi possível perceber o aprimoramento do rolamento para o lado esquerdo e do desenvolvimento deste para o lado direito. Cabe ressaltar que estratégias de rolamento foram muito enfatizadas durante as sessões uma vez que este marco do desenvolvimento é considerado primordial para o desenvolvimento de outros marcos motores, como sentar sem apoio e permanecer em ortostase. Segundo Levitt (2001) as técnicas de rolamento estimulam o ajuste da cabeça na linha média e corrigem as posições anormais das pernas e braços. O autor enfatiza que as crianças precisam fazer uso do próprio corpo para virar-se e rolar com o objetivo de levantar e permitir a livre locomoção e exploração do espaço.

Foi possível constatar também a melhora da mobilidade e da motricidade dos membros superiores uma vez que a criança passou a realizar atividades motoras amplas com maior destreza. Levitt (2001), em seu estudo, considerou que é fundamental trabalhar a motricidade e mobilidade dos membros superiores em



crianças com deficiências, pois potencializa a realização de atividades de vida diária, aperfeiçoa as reações de equilíbrio e permite a exploração do mundo.

Conclusões

Devido ao limitado número de atendimentos fisioterapêuticos e amplo comprometimento sensório-motor da criança em questão não foi possível demonstrar quantitativamente a eficácia dos diversos métodos e condutas fisioterapêuticas aplicadas. No entanto, foi evidente que a avaliação e o tratamento fisioterapêutico neste caso resultaram em um quadro favorável de ganhos sensório-motores de aspecto qualitativo.

É interessante observar que, apesar das limitações impostas pela paralisia cerebral, a criança deste estudo exibiu, ao longo da avaliação e do tratamento fisioterapêutico proposto, melhores competências sensório-motoras, destacando assim a importância do trabalho fisioterapêutico integrado baseado em condutas motoras, sensório-sensitivas e psicossociais simultâneas.

Assim, os resultados deste estudo demonstraram a importância da avaliação e do tratamento fisioterapêutico neste caso de paralisia cerebral uma vez que melhorou a função motora e sensitiva da paciente, e permitiu maior independência físico-funcional; minimizando, assim, possíveis comprometimentos futuros associados.

Referências

- ALLEGRETTI, K.M.G., et al. Os efeitos do treino de equilíbrio em crianças com paralisia cerebral diparética espástica. **Rev Neurocienc** v.15, n.2, 2007, p.108-13.
- LEITE, J.M.R.S.; PRADO, G.F. Paralisia cerebral. Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. **Neurociências**. v.12, n.41, 2004, p. 41-5.
- LEVITT, S. **O Tratamento da Paralisia Cerebral e o Retardo Motor**. São Paulo: Manole, 2001.
- LIMA, R.C., et al. Os avanços da tecnologia assistida para pessoas com Paralisia Cerebral no Brasil: Revisão de Literatura Romilson Cesar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde** v.12, n.2, 2014, p. 841-51.
- MANCINI, M.C., et al. Comparação do Desempenho de Atividades Funcionais em Crianças com Desenvolvimento Normal e Crianças com Paralisia Cerebral. **Arq Neuropsiquiatr** v.60, n.2, 2002, p.446-52.
- MARTINEZ, J.P.; SOUZA, A.B.; BLASCOVI-ASSIS, S.M., Desempenho funcional de jovens com paralisia cerebral: programa de orientação aos cuidadores. **ConScientiae Saúde**. v.12, n.1, 2013, p.114-21.
- MILLER, G.; CLARK, G.D. **Paralísias Cerebrais**. São Paulo: Manole, 2002.
- TECKLIN, J.S. **Fisioterapia Pediátrica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.



CAPACIDADE REGENERATIVO PREVENTIVA DO ÁCIDO HIALURÔNICO NA OSTEOARTROSE EXPERIMENTAL

BUCZKOSKI, DAIANA; WISNIEWSKI, MIRIAM SALETE WILK; ROMAN, SILVANE SOUZA, WISNIEWSKI, ELVIS

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim
E-mail: 04.elvis@gmail.com

Introdução

A osteoartrose (OA) é uma doença crônica, multifatorial que leva à incapacidade funcional progressiva (COIMBRA et al., 2002). Ela gera destruição da cartilagem articular, leva a esclerose e cistos subcondrais, formação de osteófitos marginais, inflamação sinovial, diminuição do espaço articular, dor a mobilização com redução da amplitude de movimento articular, deformidade da articulação, atrofia muscular, impotência funcional, com redução progressiva de mobilidade (SARZI-PUTTINI et al., 2005). A prevalência da OA aumenta de 7 % a 11,2 % dos indivíduos com 65-80 anos ou mais, além disso é considerada a quarta causa mais importante da incapacidade entre mulheres e oitava entre homens (JORDAN et al., 2003).

O ácido hialurônico pode ter efeito modificador de estrutura, por isso é utilizado no tratamento de doenças degenerativas e inflamatórias articulares e na reposição do fluido sinovial (REZENDE, 2002; OGRODOWSKI, 2006; GOBBI, 2009). É indicado por alguns profissionais no tratamento de doenças degenerativas e inflamatórias das articulações, e na reposição do fluido sinovial, porém a sua utilização normalmente na OA ocorre através da via direta, ou seja, intra-articular e os resultados até o momento alcançados são incipientes e ainda questionados pela falta de uma metodologia adequada e randômica. As injeções intra-articulares de ácido hialurônico foram utilizadas em países para alívio da dor produzida pela osteoartrite do joelho. Foi relatado o efeito protetor do ácido hialurônico na cartilagem articular durante o estágio anterior da osteoartrite seguindo a meniscectomia total (GHOSH et al., 1993a; GHOSH et al., 1993b; ARMSTRONG et al 1994).

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar as propriedades preventivo-regenerativa na osteoartrose experimental em ratos Wistar através da aplicação oral do ácido hialurônico em modelo experimental de osteoartrose.

Metodologia

As variáveis analisadas no presente estudo foram: consumo de ração, massa corporal, amplitude do movimento articular passivo, atividades das enzimas hepáticas TGO TGP, em animais submetidos ao tratamento com ácido hialurônico. Foram utilizados 11 ratos Wistar com aproximadamente 120 dias de idade sendo divididos em três grupos, Grupo Controle (CTL), Grupo Preventivo (Prev) e Grupo Curativo (Cur). Os respectivos grupos, exceto o CTL, sofreram indução da OA no joelho direito, com a utilização de 0,1 mg/kg de adjuvante intra-articular de Freud em dose única, sendo utilizada para o referido procedimento seringa e agulha de insulina. Previamente, a articulação passou por tricotomia e esterilização da face ântero medial da articulação do joelho. O joelho esquerdo do mesmo animal foi utilizado como controle. O Grupo Preventivo (Prev) teve o início do tratamento com ácido hialurônico



quinze dias antes da indução da osteoatrose. Por vez, o Grupo Curativo (Cur), teve o início do tratamento com ácido hialurônico apenas ao dia seguinte da indução da OA. A oferta de ácido hialurônico foi por via oral (gavagem) na dosagem de 3 mg/kg, 1x/dia e durante 30 dias.

Decorridos os 30 dias de tratamento, os animais foram anestesiados com Zoletil, esanguinados e o material biológico coletado, sendo utilizada amostra sanguínea para dosagem das enzimas hepáticas TGO e TGP, articulações do joelho direito e esquerdo para verificação da amplitude do movimento articular passivo com auxílio do software Image Pro Plus 6. Os dados foram analisados estatisticamente através de análise de variância (ANOVA) one-way, seguida do teste post hoc Tukey. Adotou-se nível de significância $p < 0,05$. O presente estudo foi aprovado pelo CEUA - Comitê de Ética no Uso de Animais da URI - Câmpus de Erechim, conforme carta de aprovação datada de 24 de outubro de 2014. O mesmo seguiu as orientações estabelecidas pelo CONCEA – Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal.

Resultados e Discussão

Durante o período de tratamento com ácido hialurônico, realizou-se a aferição do peso corporal, bem como do consumo de ração para os diferentes grupos de indução. A análise estatística não apontou diferença significativa para peso corporal e para o consumo de ração.

Segundo Arruda et al., (2010), todos os grupos de ratos com osteoartrose experimental induzida Zimosan e tratados com ácido hialurônico intra-articular e ácido ascórbico por iontoforese apresentaram aumento médio de peso ao final do experimento, resultados estes contrários aos achados no presente estudo.

Em estudo realizado por Reis et al., (2000) em sua avaliação quanto ao consumo de ração dos animais tratados com extrato etanólico de própolis (650 mg/kg) e solução de tween 5 %, o desenvolvimento ponderal e diurese não apresentou diferença significativa entre os grupos e todos os dados mantiveram-se dentro dos parâmetros estabelecidos para esta espécie animal.

A análise estatística da atividade das enzimas hepáticas TGO e TGP apontou para diferença estatística somente para a transaminase TGO no grupo preventivo.

Os valores do presente estudo para TGO no grupo preventivo foram significativamente maiores quando comparados aos de um estudo conduzido por Dantas et al., (apud BARBIERI, 2010), o qual apontou para TGO, média de 81 UI.

A amplitude do movimento articular apresentou diferença estatística quando comparado o grupo Cur Direito ao grupo Cur Esquerdo e ainda diferença entre o grupo Cur Esquerdo quando comparado ao grupo Prev Direito, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos induzidos (Prev Dir) e controle (Prev Esq) tratados preventivamente com ácido hialurônico.

Segundo Lopes (2006), ao avaliar os ângulos obtidos na extensão máxima do grupo de ratos submetidos à osteoartrose experimental e que receberam diacereína, foi que os joelhos operados tiveram pior amplitude ($33,5^\circ$) em relação aos não operados (20°), porém ao compararmos com os joelhos submetidos a meniscectomia do grupo controle ($53,5^\circ$), o grupo tratado por diacereína apresentou melhores resultados na mobilidade articular, o que de certo modo corrobora com o estudo atual



uma vez que o tratamento da osteoartrose com ácido hialurônico de maneira preventiva, garante uma amplitude de movimento semelhante ao seu controle.

Conclusões

Os dados em conjunto permitem concluir que o tratamento da osteoartrose experimental com ácido hialurônico via oral em ratos Wistar não afeta o consumo de ração e peso corporal. A atividade enzimática da transaminase, nomeadamente TGO foi significativamente alterada no grupo tratado preventivamente com ácido hialurônico quando comparado ao seu controle, ou seja, um período de tempo maior pode sugerir uma toxicidade hepática. O tratamento preventivo com ácido hialurônico garante a manutenção da amplitude do movimento articular na osteoartrose experimental.

Referências

- ARMSTRONG, S.; READ, R.; GHOSH, P. The effects of intra-articular hyaluronan on cartilage and subcondral bone changes in an ovine model of early osteoarthritis. **J Rheumatol**, v. 21, p. 680-8, 1994.
- ARRUDA, M. F. **Resposta imunobioquímica e avaliação histológica da cartilagem articular de ratos artrose induzidos, frente ao tratamento com iontoforese isolada e de ácido L – ascórbico**. 2010. Tese (Doutorado em Biociências e Biotecnologia aplicadas à Farmácia) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho - UNESP”, Araraquara, 2010.
- BARBIERI, D. F. et al. Toxicidade animal por formaldeído e complucad® em ratos wistar: exposição aguda. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 2, n. 4, p. 114-9, 2010.
- BOSIO, C. **Toxicidade de Angelica Archangelica L. no fígado de rato**. 2005. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Franca, Franca, São Paulo, 2005.
- COIMBRA, I. B.; et al. Consenso Brasileiro para o Tratamento da Osteoartrite (Artrose). **Rev. Bras Reumatol**, v. 42, n. 6, nov/dez, 2002.
- GHOSH, P et al. The effects of intra-articular administration of hyaluronan in a model of early osteoarthritis in sheep. I. Gait analysis and radiological and morphological studies. **Semin Arthritis Rheum**, v. 22, p. 18-30, 1993a.
- GHOSH, P et al. The effects of intra-articular administration of hyaluronan in a model of early osteoarthritis in sheep. II. Cartilage composition and proteoglycan metabolism. **Semin Arthritis Rheum**, v. 22, p. 31-42, 1993b.
- JORDAN, K. M et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). **Ann Rheum Dis**, v. 62, p. 1145-55, 2003.
- LOPES, A. S. S. **Comparação do efeito condroprotetor terapêutico da glicosamina em relação a diacereína no modelo experimental de artrose em ratos**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2006.
- OGRODOWSKI, C. S. **Produção de ácido hialurônico Streptococcus: estudo da fermentação e caracterização do produto**. 2006. Tese (Doutorado em Engenharia Química) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.



VII INTEGRAFISIO
IV ENCONTRO DE
EGRESSOS DO CURSO
DE FISIOTERAPIA

*“Integrando o
conhecimento Científico
à Prática
Fisioterapêutica”*
04 a 06 de abril de 2016

REIS, C. M. F. et al. Atividade anti-inflamatória, antiúlcera gástrica e toxicidade subcrônica do extrato etanólico de própolis. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 9, n. 10, p. 43-52, 2000.

REZENDE, U. M. **Efeito do Ácido Hialurônico e da Diacéina na Artrose**: Modelo Experimental em Ratos. 2002. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade de São Paulo, 2002.

SARZI-PUTTINI, P. et al. Osteoarthritis: Na overview of the disease and its treatment strategies. **Seminars in Arthritis and Reumatism**, v. 35, n. 1, p. 1-10, 2005.



COMPARAÇÃO ENTRE O EFEITO DE *CORE TRAINING* E A CINESIOTERAPIA CONVENCIONAL SOBRE A FORÇA E EQUILÍBRIO EM AMPUTADOS TRANSFEMORAIS UNILATERAIS

TONATTO, ALINE; ARENHART, RODRIGO.

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim
E-mail: rodrigoarenhart@gmail.com

Introdução

Muitas vezes a retirada de um membro é o único meio de cessar uma infecção, traumatismo ou o estágio final de uma isquemia. Desse modo, a amputação preconiza alguns objetivos sendo: alívio de dor, retirada de tecido morto, cicatrização de ferida e preparação do coto provisório para futura prótese, a qual irá permitir o uso funcional do membro amputado (REIS; JÚNIOR; CAMPOS, 2012).

Estudos apontam que o equilíbrio se encontra alterado nos amputados de membros inferiores, onde há aumento de oscilação comparando-se ao grupo controle (BOCHESE; GAMA, 2013). Juntamente com a prótese, o *core training* pode auxiliar nesta recuperação, trazendo alguns benefícios para o indivíduo que o executa, como o aumento de força, potência, eficiência no controle neuromuscular e antecipatório em músculos de zona neutra (onde se encontra o centro de gravidade) e o início dos movimentos corporais, desta forma, permitindo estabilização dinâmica durante movimentos funcionais, aceleração e desaceleração (SANTOS; FREITAS, 2010).

Sendo assim, preconizou-se como objetivo deste estudo, avaliar se a realização do *core training* promove o aumento de força muscular de tronco e equilíbrio, em maior proporção do que a cinesioterapia convencional em indivíduos amputados transfemorais.

Metodologia

O presente artigo caracteriza-se como um quase experimental, paralelo, de caráter qualiquantitativo. A população desta pesquisa foi composta por indivíduos amputados transfemorais, residentes na cidade de Erechim e região, sendo de ambos os sexos, com idade entre 20 a 60 anos. A amostra foi composta por 2 indivíduos do sexo masculino, amputados transfemorais unilaterais, selecionados de forma intencional na clínica escola de Fisioterapia da URI – Campus de Erechim.

Para seleção dos participantes elegeram-se critérios de inclusão sendo: Ser amputado transfemoral unilateral; apresentar cicatriz fechada e coto de amputação em condições para protetização; sem feridas e espículas ósseas; não estar realizando nenhum outro tipo de tratamento fisioterapêutico; ser protetizado; apresentar idade compatível com a faixa etária de 20 a 60 anos; concordar em participar do estudo e assinar o devido termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI- Campus de Erechim e aprovado pelo número 37894514.6.0000.5351.

Na sequência os voluntários foram informados sobre os procedimentos da pesquisa, bem como a realização dos testes e após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido iniciou-se a avaliação fisioterapêutica.



Realizou-se a avaliação de equilíbrio através do teste de Romberg, utilizou-se o protocolo de aquisição do software SAPO, para melhor avaliação do equilíbrio e demarcação dos pontos, os participantes foram solicitados a vestir uma bermuda. Após marcou-se ambos acrômios como referência anatômica e solicitou-se ao participante ficar em pé sobre a prancha de ortostase, primeiramente em vista anterior e após em vista lateral direita, com os olhos fechados por 30 segundos. Posteriormente realizou-se o teste de força e estabilidade dos músculos do core de MACKENZIE (2005), sendo que o participante foi solicitado a se deitar na posição prona em uma maca e adotar algumas posturas, com duração de 3 minutos. O teste é interrompido quando os membros, tronco ou outras partes do corpo saem deliberadamente do alinhamento inicial ou ocorre à desistência do indivíduo testado (AMARAL, M, s/d).

Com a avaliação pré-intervenção realizada, os 2 participantes foram divididos da seguinte forma: Intervenção 1 (Cinesioterapia convencional) e Intervenção 2 (Core Training). As sessões eram realizadas três vezes na semana, com duração de 1 hora cada sessão, totalizando 24 sessões ao longo de 2 meses. A intervenção 1 realizou a Cinesioterapia convencional a qual foi composta por fortalecimento de musculatura de tronco, realizada 3 vezes de 15 repetições e exercícios de equilíbrio repetidos por 2 minutos cada. Já a intervenção 2 realizou o *core training* com exercícios pré-estabelecidos, sendo realizada 1 vez de 12 repetições cada exercício e sustentados por 12 segundos, tanto com o membro sadio quanto o membro protetizado.

Após a coleta, os dados foram analisados através de gráficos construídos no Microsoft Excel 2010, além de análise descritiva.

Resultados e Discussão

O estudo contou com a participação de dois indivíduos, ambos do sexo masculino, com a mesma idade (47 anos), amputação por trauma e uso de prótese do tipo exoesquelética.

A avaliação e reavaliação trouxeram alguns resultados em relação ao início da oscilação dos participantes. Tanto na vista anterior como na vista lateral, percebe-se uma melhora em ambos, porém superior no paciente que realizou os exercícios de *core training*, já que na vista anterior obteve-se aumento de 14 segundos e na vista lateral 11 segundos, comparando-se com o paciente que realizou a cinesioterapia convencional que na vista anterior aumentou 1 segundo e na vista lateral 2 segundos. A literatura encontra-se escassa em relação às duas terapias aplicadas neste tipo de amostra quando se compara o tempo de início das oscilações, porém, sabe-se que o *core training* fortalece uma quantidade maior de músculos em um mesmo exercício, proporcionando maior estabilidade ao indivíduo.

Mabba e Hemkemeier (2006) utilizaram exercícios de cinesioterapia e propriocepção a fim de melhorar o equilíbrio e controle motor em amputados transfemorais. Verificaram com o teste de Romberg, que ocorreu uma relevante melhora no tempo de oscilação dos participantes, o participante que teve melhor desempenho obteve melhora de 9 segundos. Ainda verificaram que os indivíduos que fizeram exercícios de cinesioterapia associados ao de propriocepção se saíram melhores no teste de Romberg.

Também se observou alguns resultados do teste selecionado para avaliar a força de tronco e o conseqüente aprimoramento no grau de estabilidade de cada



participante. Em relação à força de tronco nota-se que novamente o paciente que realizou os exercícios de *core training* atinge o máximo da pontuação fornecida pelo teste (28 pontos), enquanto o paciente que realizou a cinesioterapia não o alcança, porém, também tem o acréscimo de dois pontos no teste, ou seja, o paciente que realizou a cinesioterapia convencional passa de 20 para 22 pontos e o paciente do *core training* passa de 26 para 28 pontos. Tal resultado pode ser explicado, pelo fato de que é no complexo lombo-pélvico se localiza o centro de gravidade e conseqüentemente onde se inicia todos os movimentos, a estabilidade do core leva a um controle postural dinâmico, garantindo a eficiência neuromuscular. A falta de estabilidade produz movimentos acentuados de coluna, submetendo-a a uma determinada força e gerando movimentos ineficientes que podem levar a lesões. (CADÓ, et al, 2011).

Sabe-se que o paciente amputado tende a predominar a oscilação, sendo para o membro protetizado ou sadio. Analisando os resultados obtidos percebemos que a oscilação predominante na avaliação do paciente que realizou os exercícios de *core training* foi à oscilação direita (lado protetizado). Já na reavaliação nota-se tais resultados mais próximos (direita e esquerda) e com pouca discrepância, isso possivelmente pode estar relacionado a melhor distribuição de peso em ambos os membros e conseqüentemente uma oscilação mais sutil, ou ainda o paciente sentiu-se mais seguro para realizar esta distribuição após ter a musculatura de tronco mais estável.

Com relação à oscilação anterior e posterior na avaliação, percebe-se que a oscilação posterior predomina. Na reavaliação os valores se alteram, pois a oscilação mais evidente passa a ser a anterior. Acredita-se que o paciente ganhou maior segurança e estabilidade de tronco a ponto de poder oscilar mais no sentido anterior e saber que pode de forma estável retornar ao centro de equilíbrio. Ainda a distribuição anteroposterior de pressão protética pode ter sido amenizada com o recrutamento dos músculos flexores e extensores pelo tipo de exercício realizado.

Já no paciente que realizou a cinesioterapia convencional nota-se que a oscilação predominante foi sobre o membro direito, o protetizado. Na reavaliação a oscilação direita ganha destaque, desse modo vemos que ocorre maior oscilação para o lado da prótese, já que o membro sadio age como proteção para uma possível desestabilização.

Na vista lateral nota-se que a oscilação posterior prevalece. Já na reavaliação tal valor se evidencia ainda mais, onde a oscilação posterior continua predominando. Tais valores reforçam ainda mais que a musculatura de tronco ainda está fraca, desestabilizando o esqueleto axial e maior distribuição de peso entre a parte anterior dos membros.

Os resultados apresentados em relação à predominância de oscilações não foram ao encontro da literatura. Em vários estudos propostos com amputados transfemorais, se verificou que a oscilação anterior predominou comparada ao grupo controle. Isto se deve à uma maior alteração no centro pressão no plano anteroposterior, considerando que o amputado possui ação restrita do pé e do joelho protético no controle de movimento principalmente neste plano (BARAÚNA, et al, 2006).



Conclusões

A realização do core training se sobressai a cinesioterapia convencional, no que diz respeito à força de tronco e equilíbrio em indivíduos amputados transfemorais.

Referências

- AMARAL, M. **Estudo comparativo do nível de força isométrica e estabilidade da musculatura do “core” entre indivíduos praticantes de treinamento funcional e de musculação.** Disponível em: <<http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/1114/2/MARCEL%20DO%20AMARAL%20MAC%C3%80ADO.pdf>>. Acesso em: 26. Jan. 2015.
- BARAÚNA, M. A., et al. Avaliação do equilíbrio estático em indivíduos amputados de membros inferiores através da biofotogrametria computadorizada. **Revista Brasileira de Fisioterapia.** Minas Gerais. v. 10, n. 1, p. 83-90, 2006.
- BOCHESE, D. P. H; GAMA, L. O. R. Avaliação do equilíbrio estático de indivíduos amputados transtibiais unilaterais. **Revista Saúde e Pesquisa.** Passo Fundo. v. 6, n. 1, p. 35-41, jan./abr. 2013.
- CADÓ, T, et al. Avaliação da ativação dos músculos do core de acadêmicos do curso de fisioterapia. Ijuí. Revista contexto & saúde. v. 10, n. 20, p. 737 – 742. 2011.
- MABBA, F. C, HEMKEMEIER, J. **A relação da cinesioterapia com a propriocepção em amputados transefmurais:** como fator de melhora do equilíbrio e da coordenação motora. Blumenau. Universidade Regional de Blumenau. 2006.
- MACKENZIE B. **101 Performance Evaluation Tests.** Electric Word plc, 2005
- REIS, G; JUNIOR, A. J. C; CAMPOS, R. S. Perfil epidemiológico de amputados de membros superiores e inferiores atendidos em um centro de referência. **Revista eletrônica saúde e ciência.** Goiás. v. 2. n.2. p. 52-62, 2012.
- SANTOS, J. P. M; FREITAS, G. F.P. Métodos de treinamento da estabilização central. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde.** Londrina. v. 31, n. 1, p. 93-101, Jan./Jun. 2012.
- SANTOS, J. P. M; FREITAS, G. F. P. Métodos de treinamento de estabilização central. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde ,** Londrina, v. 31, n. 1, p. 93-101, 2010.



DEMÊNCIA: UMA BREVE ABORDAGEM CONCEITUAL

ALVES, GUSTAVO TRUYLIO; BERGAMIN, LUISE; DOMINGUES, RAHEL CANFIL;
WISNIEWSKI, ELVIS; WISNIEWSKI, MIRIAM SALETE WILK.
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim
E-mail: msalete@uricer.edu.br

Introdução

A demência pode ser definida como uma deterioração mental, que compromete a memória, as funções sociais e funcionais do indivíduo (LUNDY-EKMAN, 2008). É considerada um problema de saúde pública, uma vez que afasta os trabalhadores de suas atividades laborais, exige gastos com medicações e internações e determina a necessidade do acompanhamento, muitas vezes permanente, dos cuidadores (BRASIL NETO, 2013). Segundo dados do Relatório Mundial de Alzheimer (2015), quase 47 milhões de pessoas no mundo possuem diagnóstico de demência, e a perspectiva é de que este número possa dobrar nos próximos 20 anos (*Alzheimer's Disease International*, 2015).

As demências podem ser subdivididas em cinco categorizações principais, que podem estar presentes em um mesmo indivíduo. As categorias são: (i) degenerativas e não degenerativas, (ii) corticais e subcorticais, (iii) precoce (início antes dos 65 anos de idade) e tardio (após 65 anos), (iv) potencialmente tratáveis e irreversíveis e (v) rapidamente progressivas e lentamente progressivas (BRASIL NETO, 2013).

Neste sentido, o objetivo principal deste estudo, foi conceituar as diferentes caracterizações da demência. Foi também intenção descrever a Doença de Alzheimer, uma doença de elevada prevalência e relevância para a saúde pública em nosso país. Espera-se que este breve referencial, possa clarificar as manifestações clínicas das demências, uma vez que estas envolvem um grande número de alterações cognitivas, comportamentais e funcionais.

Metodologia

Pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de pesquisas em livros e artigos científicos publicados neste tema.

Demências degenerativas ou irreversíveis

A causa mais comum de demência degenerativa é a Doença de Alzheimer. Caracteriza-se pelo comprometimento mental progressivo, com déficit predominante da aprendizagem de novas informações e, portanto, levando ao comprometimento da memória, a alterações nas funções executivas, visuoespaciais e de linguagem (BRASIL NETO, 2013). Esta forma de demência, inicia-se mais frequentemente a partir dos 65 anos, portanto também caracterizada como de início tardio, em que o óbito geralmente ocorre após 5 a 10 anos do diagnóstico inicial (LUNDY-EKMAN, 2008). A patologia se caracteriza por degeneração neuronal, secundária ao acúmulo de proteínas anômalas, consistindo na formação das placas senis (proteína beta-amiloide insolúvel) e osovelos neurofibrilares (proteína tau hiperfosforilada) (GOMEZ-ISLA et al., 2008 in BRASIL NETO, 2013).



A segunda causa mais comum de demência de causa degenerativa em idosos é a demência com corpos de Lewy. Esta, tem como características histopatológicas os corpos de Lewy intracelulares e neuritos de Lewy com a presença abundante de placas senis e esparsos novos neurofibrilares (McKeith et al., 2004 in BRASIL NETO, 2013). Predominam desde o início, déficits de atenção, funções executivas e visuoespaciais. A memória pode estar com comprometimento mais leve, nos casos iniciais. Algumas outras características frequentemente presentes e importantes para o diagnóstico são as alucinações, flutuações da cognição e o parkinsonismo (LUNDY-EKMAN, 2008; BRASIL NETO, 2013).

Demências não degenerativas e/ou potencialmente reversíveis

A causa mais frequente de demência não degenerativa é a doença vascular cerebral. Segundo Róman (2004), a demência vascular seria o estágio final do comprometimento cognitivo vascular, termo mais adequado, que visa estabelecer o diagnóstico antes do aparecimento da demência. O quadro clínico depende do calibre dos vasos acometidos e dos locais de irrigação afetados (in BRASIL NETO, 2013). Com a prevenção primária e secundária de fatores de risco, o comprometimento cognitivo vascular pode ser considerado reversível ou potencialmente estabilizável (BRASIL NETO, 2013).

Ainda segundo este autor, além da demência vascular, há outras causas não degenerativas, como a demência pós-trauma crânio-encefálico, pós-infecciosa, por carências vitamínicas, de causas metabólicas, dentre outras. Muitas dessas demências são consideradas tratáveis ou reversíveis, entre as quais estão as desordens metabólicas, a hidrocefalia obstrutiva, as infecções, as condições tóxicas, hematomas subdurais e as neoplasias. Ainda, outras causas podem ser consideradas, como os tumores, as doenças sistêmicas (vasculites, insuficiência hepática, insuficiência renal) e as desordens psiquiátricas, em especial, a depressão.

Demências de início precoce

É caracterizada pelo início antes dos 65 anos de idade e nominada algumas vezes como pré-senil. Estudos realizados no Reino Unido relacionados à prevalência deste tipo de demência, demonstraram que ela é baixa em idades precoces, sendo 54 casos em 100.000 indivíduos com idade entre 30 e 65 anos. Neste estudo o diagnóstico mais comum foi a doença de Alzheimer, seguida pela demência vascular e degeneração lobar frontotemporal (HODGES, 2001 in BRASIL NETO, 2013).

Sempre que há uma suspeita de diagnóstico de demência de início precoce, deve-se investigar as possíveis causas reversíveis, principalmente metabólicas, infecciosas e de doenças autoimunes (BRASIL NETO, 2013).

Doença de Alzheimer

Doença degenerativa, irreversível, de início tardio que apresenta sinais característicos e bem reconhecidos como o esquecimento, a incapacidade de lembrar palavras e produzir e compreender a linguagem. Estes sinais fazem com que o diagnóstico da doença de Alzheimer (DA) seja essencialmente clínico, porém a identificação de marcadores biológicos, como a dosagem de proteínas no líquido cefalorraquidiano, permitem, na atualidade, detectá-la mesmo em fases pré-



demenciais. A avaliação cognitiva, que pode ser realizada através do mini exame do estado mental, é fundamental para o diagnóstico da DA.

Indivíduos com a doença de Alzheimer perdem-se facilmente, negligenciam as roupas, a aparência e a alimentação. A justificativa que pode explicar o motivo de perderem-se facilmente, está relacionada a cegueira do movimento. Esta cegueira se caracteriza pela incapacidade de interpretar o fluxo de informação visual. Isto é, não conseguem interpretar a direção do movimento dos objetos no seu campo visual. Esta incapacidade de interpretação visual o atrapalha para guiar o auto movimento e pode explicar a tendência a andar devagar e a se perder (LUNDY-EKMAN, 2008).

O quadro clínico da DA piora progressivamente, os sintomas geralmente se instalam de forma insidiosa, sendo o déficit de memória, a principal característica no estágio inicial da doença. Os indivíduos apresentam dificuldades em lembrar-se de acontecimentos recentes, dos compromissos, recados, da perda de objetos, entre outros. Segundo Brasil Neto (2013), alguns indivíduos com DA podem apresentar manifestações clínicas atípicas, sem perda significativa da memória nos estágios iniciais da doença.

O comprometimento cognitivo gera uma perda funcional significativa nas atividades de vida diária, como cozinhar, gerenciar finanças pessoais e até mesmo os próprios medicamentos. Além das alterações cognitivas, os indivíduos apresentam sintomas comportamentais em cerca de 80% dos casos. As manifestações mais comuns são a depressão, apatia, agitação, alucinações, delírios (sobretudo roubo) e agressividade, que ocorrem de modo mais intenso, nos estágios moderado e avançado da doença. Conforme a progressão da doença ocorre à deterioração de múltiplos domínios cognitivos, que comprometem as atividades de vida diária, como a higiene pessoal, gerando uma dependência crescente. Ainda podem estar presentes alterações do ciclo vigília-sono, mioclonias, parkinsonismo, disfagia, incontinência urinária e raramente crises epiléticas. O diagnóstico ocorre com base nos critérios do *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA), publicados em 1948, na tentativa de manter um padrão diagnóstico para a doença. O tratamento é farmacológico, e é de natureza sintomática, com drogas que atuam nas vias colinérgicas ou glutamatérgicas (BRASIL NETO, 2013).

Conclusões

Considerando que este resumo objetivou a conceituação das demências, destacando que o Alzheimer é uma demência degenerativa, de início tardio e de curso progressivo, acredita-se que o mesmo, atingiu sua proposta inicial. Espera-se que este breve resumo possa despertar interesses no aprofundamento do tema.

Referências

- Alzheimer’s Disease International (AZ). **World Alzheimer Report 2015**. London, UK: Alzheimer’s Disease International; 2015.
- BRASIL NETO, J. P.; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013
- LUNDY-EKMAN, L. **Neurociências: fundamentos para reabilitação**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.



EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM POSTURAS DE VIDA DIÁRIA DE NOSSOS FAMILIARES

SILVA, TAINÁ; SMANIOTTO, MARCELA; WISNIEWSKI, ELVIS; COMERLATO,
TATIANA; WISNIEWSKI, MIRIAM SALETE WILK

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: msalete@uricer.edu.br

Introdução

Em 1986, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no Canadá, estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos, definindo o campo de atuação e o conceito de promoção da saúde. Segundo esta carta, promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

O desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, segundo a Carta, ocorre através de ações de promoção da saúde que visem a divulgação e a informação, a educação para a saúde e a intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. Neste sentido, é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (Carta de Ottawa, 1986).

Segundo Candeias (1997), educação em saúde significa quaisquer combinações de experiências de aprendizagem para atuar em prol da promoção da saúde em diversas circunstâncias que necessitem de um trabalho educativo para o desenvolvimento humano, como construção de projetos dirigidos de forma extensionista e voluntária à comunidade.

Nesta contextualização, este estudo objetivou desenvolver ações educativas no âmbito da saúde humana de familiares dos acadêmicos do curso de Fisioterapia, avaliar a apropriação dos temas apresentados durante as oficinas e a satisfação dos participantes no processo de cuidado de sua saúde.

Metodologia

A metodologia utilizada para a realização desta ação de extensão partiu do convite aos familiares, de uma das turmas do curso de Fisioterapia, para participarem de uma oficina formativa, com o tema “*A importância do cuidado com a postura na prevenção de dores musculares e articulares*”. A oficina contou com uma palestra informativa seguida de demonstração das principais posturas utilizadas no dia a dia e seu modo correto de realização. Após a oficina, foi aplicado um questionário avaliativo com sete questões abertas e fechadas, elaboradas pelos autores. Seis questões relacionavam-se aos conteúdos abordados e uma ao índice de satisfação



com a atividade. Os dados obtidos e passíveis de análise quantitativa foram analisados através de estatística descritiva enquanto que os dados qualitativos seguiram o método de análise de conteúdo, descrito por Minayo (2010).

Resultados e Discussão

Participaram da oficina 60 indivíduos, de ambos os sexos, sendo que 36 responderam ao questionário avaliativo. Destes, 58,34% mulheres (21) e 41,66% homens (15), cujas respostas encontram-se abaixo:

Questão 1

Pergunta: Postura incorreta, hérnia de disco, artrose, cialgia foram alguns temas abordados na palestra “A importância do cuidado com a postura na prevenção de dores musculares e articulares”. Estes foram temas interessantes para você no contexto do seu dia a dia?

Resposta: Sim – 100%

Questão 2

Pergunta: Através da palestra, você conseguiu entender a diferença entre postura “confortável” e uma boa postura?

Resposta: Sim – 100%

Questão 3

Pergunta: A palestra “A Importância do cuidado com a postura na prevenção de dores musculares e articulares” abordou entre outros, o tema “Hérnia de Disco”. Você adquiriu algum conhecimento sobre esse assunto? Se sim, cite alguns destes cuidados”.

Resposta: Sim – 94,44% Não – 5,56%.

“Posturas incorretas podem causar a hérnia de disco, ela pode pressionar o canal vertebral e causar muito desconforto e dor” (Indivíduo 1)

“Varrer a casa sem girar a coluna, sentar corretamente apoiando os pés no chão, erguer peso do chão com os joelhos dobrados” (Indivíduo 32)

Questão 4

Pergunta: Artrose é a forma mais comum de reumatismo e uma das doenças mais frequentes na espécie humana, é um dos principais fatores determinantes de incapacidade física no indivíduo. Esse tema te fez pensar melhor ao realizar algumas posturas? Se sim, em quais posturas”.

Resposta: Sim – 80,56% Não – 19,44%.

“Sentar corretamente em cadeiras, deitar de lado com travesseiro entre as pernas” (Indivíduo 16)



“Procurar ao acordar, alongar braços e pernas para esticar a musculatura antes de levantar para evitar câibras. Antes de levantar peso flexiono as pernas não forçar a coluna. Não carregar peso em demasia. Sentar corretamente. Ao deitar procurar estar com o corpo confortável e ereto” (Indivíduo 6)

Questão 5

Pergunta: Alguns cuidados com a postura foram indicados e demonstrados na palestra para evitar problemas como hérnia de disco e artrose. Você lembra desses cuidados? Se sim, indique algumas das posturas a serem evitadas”

Respostas: Sim – 83,33% Não 16,67%.

“Erguer peso com os joelhos estendidos, varrer a casa girando a coluna, levantar da cama de frente, dormir de barriga para baixo” (indivíduo 33)

“Dormir de barriga para baixo, lavar ou passar roupa sem apoio para os pés e dobrando a coluna, estender roupa em varal muito baixo ou muito alto” (Indivíduo 34)

Questão 6

Pergunta: Posturas corretas para atividades de vida diária foram ensinadas na palestra. Você conseguiu aderir essas posturas em seu dia a dia? Se sim, quais?

Respostas: Sim – 94,44% Não – 5,56%.

“Levantar corretamente da cama, sentar adequadamente. Sempre costumo fazer uma autocorreção da postura quando percebo que está errada” (Indivíduo 1)

“A maneira correta de se levantar da cama, qual seja, de lado. Quando sentada sempre procurar encostar os pés no chão. E, claro, sempre manter a coluna reta” (Indivíduo 2)

Questão 7

Pergunta: A Importância do cuidado com a postura na prevenção de dores musculares e articulares”. Para você, essa palestra conseguiu transmitir informações relevantes? De que forma?

Respostas:

Sim – 97,22% Não – 2,78%.

“Consegui sim, pois além de os alunos explicarem muito bem as causas e as consequências das doenças, o fato de eles demonstrarem as posições e posturas corretas, tanto em desenhos como exemplos “ao vivo” facilitou muito o entendimento (Indivíduo 2)

“Com certeza na medida em que pequenas mudanças nas nossas atividades rotineiras diárias que são extremamente simples e estão no alcance de todos, gradualmente contribuem que para os efeitos naturais do nosso envelhecimento corporal sejam minimizados” (Indivíduo 3)



Conclusões

Através dos resultados apresentados, é possível concluir que esta ação educativa, realizada junto aos familiares dos acadêmicos do curso de Fisioterapia, permitiu a adoção de medidas protetivas posturais, com fins de evitar-se micro lesões na estrutura mio articular. Estas, confirmam o papel educativo das oficinas com fins de melhoria da qualidade de vida da população em questão.

Referências

- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.3, n.2, p.209-13, abr., 1997.
- CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Acesso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- MINAYO, M. C. de S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.



EFEITOS DA DANÇA SÊNIOR SOBRE A FLEXIBILIDADE, AGILIDADE E EQUILÍBRIO DINÂMICO DE IDOSAS

SILVA, TALITA DA; PESENTE, TAINÁ SAMILE; WISNIEWSKI, ELVIS;
COMERLATO, TATIANA; WISNIEWSKI, MIRIAM SALETE WILK
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: msalete@uricer.edu.br

Introdução

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), em 2009 o Brasil contava com cerca de 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentou dados informando que a população idosa aumentou de 9,1% para 12,1% no período entre 2001 a 2011 (IBGE, 2012).

O processo de envelhecimento fisiológico traz consigo uma série de alterações no organismo, deixando o indivíduo idoso suscetível a doenças cardiovasculares, ortopédicas, reumáticas, entre outras (KESSLER, 2012). Essas alterações no organismo acabam interferindo em sua capacidade funcional. Segundo este autor, a atividade física regular influencia positivamente na longevidade da população idosa, reduzindo a porcentagem de mortalidade.

Considera-se assim, importante a criação de estratégias que colaborem com o engajamento de longo prazo do idoso em diferentes tipos de atividades. Neste sentido, atividades que envolvam música e dança, contribuem significativamente para permanência do idoso em atividade e podem colaborar para a adesão e diminuição dos níveis de desistência ao longo do tempo (GOUVEIA et al., 2013).

A Dança Sênior (DS) pode ser agregada em atividades de promoção da saúde preconizadas por Fisioterapeutas, visando contribuir nos aspectos físico-funcionais, sociais e psicológicos dos idosos, pois, sendo esta uma dança elaborada para este grupo populacional, tem como peculiaridades, o fato de ser em grupo, com músicas folclóricas de diversas etnias e que acontecem através de movimentos coreografados (MOSER et al., 2013). Os encontros fazem com que o idoso interaja com os participantes promovendo a sociabilização e contribuindo para melhoria de aspectos psicológicos (CASSIANO et al., 2009).

Sendo assim, a DS surge como estratégia para prevenir o sedentarismo e seus efeitos, sendo essa de baixa intensidade, lúdica e motivante. Tem como principal efeito, a geronto-ativação, retardando a senilidade e promovendo a qualidade de vida, sendo que as coreografias podem ser realizadas em pé ou na posição sentada (DE CARVALHO et al., 2012). Diante disso esse estudo visou analisar os efeitos da DS sobre a qualidade de vida de idosos residentes da cidade de Erechim-RS, nos aspectos flexibilidade, agilidade e equilíbrio.

Metodologia

Estudo longitudinal, não controlado, do tipo intervenção e com abordagem quantitativa. A amostra intencional contou com 12 idosas do sexo feminino, participantes de um grupo de idosos do município. Foram incluídas as que concordaram com o TCLE, obtiveram pontuação acima de quatro no Teste de



Incapacidade Funcional de Lawton e Brody (LAWTON e BRODY, 1969) e pontuaram mais que 20 pontos no Mini Exame do Estado (FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH, 1975).

Inicialmente foi realizada uma anamnese, seguida do teste *Finger-floor*, com vistas a avaliar a flexibilidade da cadeia muscular posterior (BUCKUP, 2000) e o teste de agilidade e equilíbrio dinâmico - Ir e Vir - 2,44m (RIKLI e JONES 1999). Após a avaliação, as voluntárias participaram de oito semanas de DS, realizada em grupo, duas vezes/semana, durante 01h. Previamente a dança, realizou-se uma sequência de alongamentos globais (10min) para após desenvolver as coreografias da dança por 45min e finalizar, com 5min de relaxamento. A sequência de coreografias desenvolvidas foi do 1º ao 4º encontro: “Boas Vindas”, do 5º ao 8º: “Roda Alegre”, do 9º ao 12º: “Casatschok” e do 13º ao 16º, as três músicas ensaiadas foram retomadas e realizadas simultaneamente. Finalizando, as idosas foram reavaliadas, utilizando os mesmos instrumentos iniciais. Para a análise dos dados foi utilizado estatística descritiva e o teste *t* de *Student* para amostras pareadas, considerando valores de $p < 0,05$ com significância estatística.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI- Campus de Erechim sob CAAE: 32772314.0.0000.5351 e Parecer nº 792.510 em 23 de setembro de 2014.

Resultados

Esse estudo contou com a participação de 12 idosas, do sexo feminino com média de idade de 69,8 anos. Todas as participantes não realizavam atividade física e apenas 8,3 % da amostra era tabagista. Com relação às doenças associadas, 75 % da amostra manifestou diagnóstico de hipertensão, 33,4 % *Diabetes Mellitus* e outros 33,4 % hiperlipidímia.

Com relação a flexibilidade, os resultados demonstraram diferença significativa, pois $p=0,006$, o mesmo ocorrendo com a agilidade e equilíbrio dinâmico, pois $p=0,0001$.

Conclusões

O presente estudo objetivou avaliar a flexibilidade, agilidade e equilíbrio dinâmico de idosos residentes da cidade de Erechim/RS, após três modalidades de Dança Sênior: Boas Vindas, Roda Alegre e Casatschok. Os resultados permitem sugerir que a Dança Sênior foi capaz de melhorar a flexibilidade, a agilidade e o equilíbrio dinâmico da amostra deste estudo, resultando na melhora da mobilidade, sugerindo menor risco de quedas e maior independência funcional.

Referências

- BUCKUP, K. **Testes clínicos para patologia óssea, articular e muscular: Exames - Sinais - Fenômenos**. Barueri: Manole, 2000.
- CASSIANO, J. G. Dança sênior: um recurso na intervenção terapêutico ocupacional junto a idosos hígidos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.6, n.2, p.204-12, 2009.
- DE CARVALHO, P. C. Avaliação da qualidade de vida antes e após terapia com dança sênior em pacientes hemiparéticos pós-AVE. **ConScientiae Saúde**, v.11, n.4, p.573-9, 2012.



- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**. v.12, n.5, p.189-98, 1975.
- GOUVEIA, J. A. G. et al. Equilíbrio em praticantes de dança sênior em um centro dia do idoso. **Revista Científica JOPEF**, v.15, n.2, p.24-31, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Censo Demográfico 2012**. Disponível em: < (<http://www.censo2012.ibge.gov.br>) >. Acesso em: 06/06/2014
- KESSLER, V. C. **Os benefícios da dança de salão para a Saúde dos idosos**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Educação Física). UDESC, Florianópolis, 2012.
- LAWTON, M. P.; BRODY, M. H. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-86, 1969.
- MOSER, A. D. L. Efeitos da Dança Sênior no equilíbrio de participantes de um grupo da terceira idade. **Revista Terapia Manual**. v.11, n.54, p.554-60, 2013.
- PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRA DE DOMICÍLIOS (PNAD, 2009). **Síntese de Indicadores Sociais**. Disponível em: <(<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>)>. Acesso em: 25/05/14
- RIKLI, R.; JONES, C. J. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, v.7, n.5, p.129-61, 1999.



EFEITOS DA REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL SOBRE A POSTURA CORPORAL E A QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM PARKINSON - RESULTADOS PRELIMINARES

MARQUES, SARA MEDINA; BEVILAQUA, DÉBORA PAULA; CAMERA, FERNANDA DAL'MASO; WISNIEWSKI, ELVIS; COMERLATO, TATIANA; WISNIEWSKI, MIRIAM SALETE WILK

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: msalete@uricer.edu.br

Introdução

O Parkinson é uma desordem neurológica progressiva que afeta os gânglios da base, no qual há degeneração dos neurônios dopaminérgicos nigroestriais. Sua incidência aumenta com o avançar da idade, afetando 1 % a 2 % dos indivíduos com mais de 60 anos. A patologia cursa frequentemente com comprometimento do sistema musculoesquelético, respiratório e estomatognático. Tremores, rigidez da musculatura, lentidão de movimentos (bradicinesia), alterações na marcha e na postura são sinais clínicos presentes nos indivíduos acometidos (OLANOW, STERN, SETHI, 2009; ZIEMSEN, REICHMANN, 2010; KOWAL et al., 2013).

As principais alterações posturais no indivíduo com Parkinson são a anteriorização e flexão da cabeça, a protrusão dos ombros, a hipercifose de coluna torácica, a flexão de cotovelos, a flexão de tronco e a flexão de joelhos. Esses acometimentos acabam por comprometer o equilíbrio e a marcha, predispondo-os a quedas, a um declínio em suas atividades de vida diária e a uma consequente diminuição da autonomia e da qualidade de vida (WOOD, et al., 2002; GROSS, et al., 2008; OLANOW, STERN, SETHI, 2009; KIM et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Sendo assim, a qualidade de vida é subjetiva e pode variar de acordo com a cultura da pessoa, e que irá variar para cada um, dependendo de seus objetivos e suas expectativas.

Terapêuticas de reabilitação no Parkinson são limitadas no aspecto de reverter ou impedir o curso ou a progressão da doença, no entanto, contribuem, de certa forma, para reduzir as complicações, principalmente aquelas que não são alvo, ou que não respondem de maneira satisfatória a tratamentos farmacológicos, como por exemplo os desequilíbrios, marcha festinada, alterações posturais, bradicinesia, entre outros. Estas fornecem auxílio físico, funcional e psicossocial, abrandando as complicações no enfrentamento e decorrer da doença (EBERSBACH, 2014).

O método de Reeducação Postural Global foi descrito pela primeira vez por *Souchard* (1987, apud MORENO, 2007). É uma técnica que visa alongamento muscular de forma ativa, envolvendo músculos estáticos antigravitários, rotadores internos e inspiratórios em um mesmo momento, e tem sido eleita como conduta fisioterapêutica na intervenção de desordens posturais (MORENO et al., 2007).



Nesta contextualização, este estudo intencionou investigar os efeitos de um programa de Reeducação Postural Global (RPG) sobre a postura corporal e a qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de Parkinson.

Metodologia

Para atingir o objetivo, realizou-se uma avaliação postural, por meio de biofotogrametria, com auxílio do *software* de avaliação postural SAPO® (FERREIRA, 2005), e avaliou-se a qualidade de vida utilizando-se o Questionário SF-36 (CICONELLI et al., 1999).

Na avaliação postural foram selecionadas para análises as seguintes variáveis: no plano frontal, vista anterior, analisou-se o alinhamento horizontal da cabeça (AHCAPF), o alinhamento horizontal dos acrômios (AHA), o alinhamento horizontal das espinhas íliacas ântero-superiores (AHEIAS) e o ângulo entre os dois acrômios e as duas espinhas íliacas ântero-superiores (ADAEIAS). Na vista posterior, o alinhamento horizontal dos ângulos inferiores das escápulas (AHAIE). No plano sagital analisou-se o alinhamento horizontal da cabeça (AHCAPS), o alinhamento vertical da cabeça (AVC), o alinhamento vertical do tronco (AVT), o ângulo do quadril (AQ) e o alinhamento vertical do corpo (AVCO).

Posteriormente a avaliação, a intervenção seguiu um programa de alongamento, fortalecimento e conscientização postural, baseado no método de RPG, através da postura “rã no chão com os braços abertos”, e postura “em pé, no meio”, enfatizando a respiração correta e controle das compensações posturais. A intervenção fisioterapêutica foi realizada durante três meses, duas vezes na semana, totalizando 24 sessões, realizadas por aproximadamente 60 minutos cada. Após este período, os voluntários foram reavaliados, por meio dos mesmos instrumentos. Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim, através do protocolo nº 29450214.9.0000.5351.

Resultados e Discussão

A amostra contou com dois voluntários, do sexo masculino, agricultores aposentados, com média de idade de 69 ($\pm 8,49$) anos, em estágio de evolução 1 do Parkinson, segundo a Escala de Hoehn e Yahr (1967).

Em relação à avaliação postural os resultados fornecidos pelo *software* SAPO®, expressos em ângulos, e apresentados em relação à média e desvio padrão, foram os seguintes: a média da medida do AHCAPF dos sujeitos antes da intervenção foi de $3,2^\circ \pm 0,57^\circ$ e após a intervenção foi de $1,4^\circ \pm 0,42^\circ$; do AHA foi de $6,95^\circ \pm 1,2$ e após a intervenção foi de $2,05 \pm 1,2$; do AHEIAS foi de $2,15 \pm 1,06$ e após a intervenção foi de $1,05 \pm 0,49$; do ADAEIAS foi de $4,8 \pm 0,14$ e após a intervenção, foi de $3,1 \pm 1,70$; do AHAIE foi de $8,05 \pm 1,63$ e após a intervenção foi de $5,95 \pm 2,62$; do AHCAPS foi de $24,2 \pm 25,60$ e após a intervenção foi de $23,3 \pm 18,95$; do AVC foi de $46,25 \pm 11,67$ e após a intervenção foi de $47,2 \pm 11,03$; do AVT foi de $3,25 \pm 1,34$ e após a intervenção foi de $1,95 \pm 1,77$; do AQ foi de $6,9 \pm 5,37$ e após a intervenção foi de $2,75 \pm 3,32$; do AVCO foi de $1,8 \pm 0$ e após a intervenção foi de $2,2 \pm 0,42$.

A comparação entre as medidas demonstra uma melhora dos seguintes ângulos: AHCAPF, AHA, AHEIAS, ADAEIAS, AHAIE, AHCAPS, AVT e AQ. E uma piora em dois, dos dez ângulos apresentados: AVC e AVCO.



A avaliação da qualidade de vida, previamente a intervenção, revelou que 50% da amostra considerou sua saúde ruim; com muita dificuldade de subir vários lances de escada; e com dor de intensidade moderada que interfere moderadamente em seu trabalho normal. Já, a totalidade da amostra, isto é, 100%, manifestou muita dificuldade na realização de atividades de vida diária rigorosas e que exigem muito esforço, como exemplo, levantar objetos pesados e carregar mantimentos; entretanto este mesmo percentual considera-se uma pessoa feliz a maior parte do tempo.

Analisando os resultados após intervenção, verificou-se que 100% da amostra considera sua saúde boa; com dor de intensidade leve que interfere pouco no trabalho. Ainda, 50% da amostra têm muita dificuldade de subir vários lances de escadas e manifesta muita dificuldade na realização de atividades de vida diária rigorosas e que exigem muito esforço, como por exemplo, levantar objetos pesados e carregar mantimentos; entretanto, 100% da amostra considera-se uma pessoa feliz a maior parte do tempo.

Conclusões

Os resultados referentes à avaliação postural demonstram que houve melhor alinhamento postural, após o tratamento, em 8 das 10 variáveis analisadas (AHCAPF, AHA, AHEIAS, ADAEIAS, AHAIE, AHCAPS, AVT e AQ).

Permite também destacar a melhora da qualidade de vida, manifestada através da percepção de sua saúde, 100% manifestou-a como boa, o que outrora era considerada ruim por 50% e classificaram a intensidade da dor como leve e com pouca interferência no trabalho de rotina, sendo que previamente 50% a considerava moderada. Subjetivamente, houve relato de ambos quanto à melhora da marcha e redução da dor em região dorsal do tronco.

Estes resultados sugerem que o método RPG pode ser uma alternativa de tratamento eficaz para a melhora da qualidade de vida e do alinhamento postural em pacientes com Parkinson em estágio de evolução 1.

Referências

- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.39, p.143-50,1999.
- EBERSBACH, G. Rehabilitative therapy in patients with Parkinson's disease. **Basal Ganglia**, v.4, p.19–23, 2014.
- FERREIRA, E. A. G. **Postura e Controle postural**: desenvolvimento e aplicação de método quantitativo de avaliação postural. 2005. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- GROSS, R. D. et al. The Coordination of Breathing and Swallowing in Parkinson's Disease. **Dysphagia**, v.23, n.2, p.136-45, 2008.
- HOEHN, M. M.; YAHR, M. D. Parkinsonism: onser, progression, and mortality. **Neurology**, v.17, n.5, p.427-42, 1967.
- KIM, S. D. et al. Postural instability in patients with Parkinson's disease. *Epidemiology, pathophysiology and management*. **CNS Drugs**, v.27, p.97-112, 2013.
- KOWAL, S. L. et al. The current and projected economic burden of Parkinson's disease in the United States. **Movement Disorders**, v.28, p.311-8, 2013.



VII INTEGRAFISIO
IV ENCONTRO DE
EGRESSOS DO CURSO
DE FISIOTERAPIA

“Integrando o
conhecimento Científico
à Prática
Fisioterapêutica”
04 a 06 de abril de 2016

MORENO, M. A. et al. Efeito de um programa de alongamento muscular pelo método de Reeducação Postural Global sobre a força muscular respiratória e mobilidade toracoabdominal de homens jovens sedentários. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.33, n.6, p.679-86, 2007.

OLANOW, C. W.; STERN, M. B.; SETHI, K. The scientific and clinical basis for the treatment of Parkinson disease. **Neurology**, v.7, 2009.

WOOD, B. H. et al. Incidence and prediction of falls in Parkinson's disease: a prospective multidisciplinary study. **Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry**, v.72, p.721-5, 2002.

ZIEMSEN, T.; REICHMANN, H. Treatment of dysautonomia in extrapyramidal disorders. **Therapeutic advances neurological disorders**, v.3, n.1, p.53-67, 2010.



EFEITOS DE UM PROTOCOLO FISIOTERAPEUTICO SEMANAL EM PACIENTES RENAI CRÔNICOS DEPENDENTES DE HEMODIÁLISE

FERLA, BRUNA MAITÊ; TONATTO, ALINE; SCHEUCHUK, CARINE; PESENTE, TAINÁ; ANDRADE, FERNANDA DUARTE; CAMERA, FERNANDA DAL'MASO
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: ferdalmaso@hotmail.com

Introdução

O Sistema Renal desempenha funções extremamente importantes ao que diz respeito à homeostase corporal. Definido como um dos principais órgãos vitais, também desenvolve papel importante na regulação dos processos metabólicos, excreção de produtos finais do metabolismo, manutenção do equilíbrio ácido-básico, além da regulação da pressão arterial sistêmica (CUPPARI et al, 2005).

Quando ocorre perda das funções renais, de forma lenta e progressiva, surge à Doença Renal Crônica (DRC), classificada como um problema de saúde pública mundial. Seu diagnóstico está baseado em três componentes: anatômico ou estrutural, funcional e temporal. Indivíduos portadores de DRC apresentam independente da causa algumas características como lesão por um período igual ou maior que três meses com anormalidades (estrutural ou funcional), com ou sem perda da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), ou ainda, TFG <60 ml/min/1.73 m² ou a TFG >60 ml/min/1.73 m² com ou sem sinais de dano renal (DRAIBE; AJZEN, 2002; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

A intervenção da fisioterapia durante as sessões de hemodiálise tem um papel importante na reabilitação física destes pacientes, contribuindo de forma significativa através de técnicas fisioterapêuticas, tanto nas disfunções osteomioarticulares quanto neurológicas e cardiorrespiratórias, agindo de forma benéfica na prevenção e evitando complicações (SOUZA, 2012; ADAMS, 2006).

Este estudo teve como objetivo verificar a eficácia de um protocolo de exercícios fisioterapêuticos semanal em pacientes renais crônicos.

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, não controlado, do tipo intervenção, realizado com 4 indivíduos submetidos ao serviço de Hemodiálise da Fundação Hospitalar Santa Terezinha da cidade de Erechim, estado do Rio Grande do Sul, de ambos os gêneros com uma média de idade de 55 anos.

Para participar do estudo os participantes deviam enquadrar-se nos seguintes critérios de inclusão: Idade acima de 18 anos, ter diagnóstico clínico de insuficiência renal crônica, realizar hemodiálise há no mínimo 3 meses, ter aceitado em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pontuar no mínimo 20 pontos no teste Mini Mental (FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH, 1975) não apresentar doenças musculares e articulares que impeçam a realização do protocolo de exercícios.

Foram realizados 10 atendimentos fisioterapêuticos, 2x na semana, durante 5 semanas. O protocolo estava baseado em diferentes exercícios para membros inferiores e membro superior contralateral ao membro da fístula. Os movimentos



realizados foram: flexão, extensão e abdução de ombro, flexão e extensão de cotovelo, flexão e extensão de punho (peso 0,5 Kg), flexão e extensão de joelho (caneleira 0,5 Kg), plantiflexão e dorsiflexão de tornozelo (theraband carga moderada). Por último, antes do término de cada sessão foram realizados alongamentos para todas as cadeias musculares trabalhadas. A dor foi avaliada mediante a Escala Visual Analógica (EVA). A força muscular foi avaliada nos seguintes grupos musculares: flexores e extensores de joelho, plantiflexores e dorsiflexores de tornozelo. Avaliou-se, ainda, a força de preensão palmar do membro superior contralateral ao membro da fístula. O protocolo fisioterapêutico deu-se início após o consentimento dos pacientes e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 4 pacientes com média de idade de 55 anos todos do sexo masculino que realizavam hemodiálise há 30,5 meses sendo 3 vezes por semana durante 4 horas diárias. A doença de base de 80% dos pacientes que realizam hemodiálise na Clínica Hospital Santa Terezinha foi Hipertensão Arterial Sistêmica. A fístula arteriovenosa de 60% da amostra localizava-se no membro direito e apenas 20% já realizaram a troca de membro da fístula.

Com relação à prática de exercício físico 100% da amostra relataram ser sedentários e nunca tinham realizado Fisioterapia durante as sessões de hemodiálise. Ao serem solicitados quanto a alguns hábitos 100% dos participantes não faziam uso de bebidas alcoólicas e relataram não ser tabagistas.

Quando questionados em relação a dor esta que inicialmente gerou uma média inicial de 3,75 entre os participantes, após a intervenção fisioterapêutica diminuiu para 1,5. Em um estudo realizado por Moser (2013) que avaliou a dor no pré e pós-tratamento também mostra resultados positivos, ou seja, redução significativa da dor, justamente pela diminuição da tensão muscular proporcionada pelos alongamentos, e ainda a diminuição da câibra muscular, pois o músculo retoma sua elasticidade normal.

Em outro estudo no qual utilizou o mesmo instrumento de avaliação para dor Escala (EVA), o autor aponta que a maioria dos pacientes apresentam dor leve, no qual pode ser melhora com a intervenção fisioterapêutica durante a hemodiálise (BARROS, et al, 2013). Soares, et al (2011), relata que também houve melhora no nível de dor dos pacientes que realizaram o tratamento fisioterapêutico principalmente em região cervical e lombar, o que provavelmente deve-se a permanência da posição sentada e estática não respeitando as individualidades ergonômicas de cada paciente durante as sessões de hemodiálise. Nosso estudo corrobora com os dados da literatura.

Com relação à força muscular, observou-se melhora na flexão e extensão do joelho porém não significativa, já a força de tornozelo se manteve igual. Cantareli et al. (2009), aplicou durante 5 meses um treino de força e resistência durante a hemodiálise e verificou aumento significativo de força muscular em extensores de joelho. Ainda o autor traz outros estudos com treino aeróbico e/ou de resistência que também apresentaram melhora significativa em relação à força muscular.

Em outro estudo realizado na Austrália os pacientes eram submetidos a exercícios com peso livre realizando 10 vezes de duas repetições em alta intensidade,



três vezes na semana e durante 12 semanas. Como resultado obteve-se aumento de massa muscular de coxa e de braço, bem como aumento de força muscular principalmente de coxa e de braço (CHEEMA, et al, 2007).

Em relação a preensão palmar os pacientes apresentaram na avaliação inicial 1,02 e após intervenção fisioterapêutica 1,12. Conforme Pimentel et al (2006), a prática de exercícios de alongamentos e resistência muscular localizada (flexão, extensão, abdução e adução de membros) em pacientes em diálise, obtiveram melhora significativa na força de membros superiores apenas utilizando pesos.

Em outro estudo que também se avaliou a força de preensão palmar utilizando o dinamômetro de mão, não se obteve significância na força de preensão palmar, porém pacientes relataram que obtiveram a aquisição de muitas habilidades as quais requeriam força de preensão palmar (MOSER, et al, 2013).

Em relação à amplitude de movimento, verificou-se melhora em todas as articulações dos membros inferiores e membro superior contralateral a fístula após a realização do protocolo de exercícios fisioterapêuticos.

Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciam que a prática semanal de um protocolo fisioterapêutico supervisionado de forma direta durante a realização da hemodiálise é importante e eficaz para a melhora da condição músculo esquelética dos pacientes renais crônicos.

Referências

- BARROS, P. et al. Análise da capacidade funcional e dor em pacientes que realizam hemodiálise. **Colloquium Vitae**, v. 5, n. Especial, p. 70-76, 2013.
- CANTARELI, F. et al. Efeito do treinamento muscular periférico na capacidade funcional e qualidade de vida nos pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 31, n. 1, p. 18-24. 2009.
- CHEEMA, B. et al. Progressive exercise training for anabolism in kidney disease (PEAK): a randomized, controlled trial of resistance training during hemodialysis. **Journal of the American society of nephrology**. Inglaterra. v. 18, n. 15, 2007.
- CUPPARI, L.; AVESANI, C. M.; MENDONÇA, C. O. G.; MARTINI, L. A.; MONTE, J. C. M. In: Cuppari, L; Schor, N (editor). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Nutrição clínica no Adulto**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2005, p. 189-220.
- DRAIBE, S. A.; AJZEN, H. **Insuficiência Renal Crônica**. Guia de Nefrologia, 2002.
- MOSER, A. D. L. et al. Fisioterapia por meio de um protocolo de exercícios fisioterapêuticos intradialíticos. **Revista de Terapia Manual**. Curitiba. v. 11, n. 54, p. 520-526. 2013.
- PIMENTEL, G. G. A; et al. Educação física para pacientes renais crônicos. **Revista digital – Buenos Aires**. Buenos Aires. v.11, n. 101, 2006.
- SOARES, K. T. A. et al. Eficácia de um protocolo de exercícios físicos em pacientes com insuficiência renal crônica, durante o tratamento de hemodiálise, avaliada pelo SF-36. **Revista Fisioterapia em Movimento**. Paraná. v. 24, n. 1, p. 133-140, 2011.
- SOUZA, A. C.; ALBUQUERQUE, P. R. de.; QUEIROZ, T. B. N. de. Avaliação da força dos músculos ventilatórios e condicionamento físico em pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos a hemodiálise. **Revista Inspirar: Movimento e Saúde**, v. 04, n. 21, p. 01-05, 2012.



EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR EXPIRATÓRIO SOBRE A FONAÇÃO E A QUALIDADE DE VIDA NO PARKINSON

BEVILAQUA, DÉBORA PAULA; MARQUES, SARA MEDINA; WISNIEWSKI, ELVIS;
CAMERA, FERNANDA DAL'MASO; COMERLATO, TATIANA; WISNIEWSKI,
MIRIAM SALETE WILK

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim
E-mail: msalete@uricer.edu.br

Introdução

O Parkinson é um distúrbio neurológico progressivo, causado pela degeneração de neurônios dopaminérgicos nigroestriais, localizados nos núcleos da base, de causa ainda desconhecida. O diagnóstico apoia-se na presença de características clínicas que envolvem uma combinação de sinais como bradicinesia, rigidez muscular, tremor, instabilidade postural, distúrbio da marcha e bloqueio muscular (CARDOSO, 2005).

Segundo Ziemssen e Reichmann (2010), as manifestações no Parkinson são bastante relevantes em diferentes sistemas, sendo o respiratório, o sistema responsável por maiores índices de mortalidade. Um aspecto relevante da disfunção respiratória no Parkinson é a diminuição da força muscular respiratória, que pode determinar menores fluxos expiratórios, menor capacidade pulmonar e aumento do volume residual. Estudos apontam que déficits na produção vocal podem originar-se da perda da capacidade respiratória, uma vez que essa função é fonte de energia para a vocalização. Diante disso, qualquer desarmonia repercutirá negativamente na dinâmica tóracoabdominal, na respiração e na fonação, resultando em menor habilidade de comunicação verbal e não verbal no indivíduo com esta patologia (CARDOSO, 2005).

Neste contexto, foi objetivo deste estudo, investigar os efeitos de um programa de fortalecimento muscular expiratório sobre a fonação e qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de Parkinson.

Metodologia

Inicialmente foi realizada uma anamnese seguida de avaliação respiratória, mediante cirtometria, pico de fluxo expiratório, manovacuometria e espirometria, para após realizar a avaliação fonológica através da avaliação miofuncional estomatognática, audiometria tonal e aplicação da Escala de Rasat. Realizou-se também a gasometria arterial e a avaliação das atividades e qualidade de vida através do Questionário SF-36. Posteriormente a estes, deu-se início ao programa de fortalecimento muscular expiratório, utilizando o aparelho Threshold PEP®, com 30% da pressão expiratória máxima (PE_{máx}). A intervenção teve duração de quatro meses, sendo realizada duas/semana, em seis séries de 10 expirações, totalizando aproximadamente 30 minutos cada intervenção. Após este período, os voluntários foram reavaliados utilizando-se os mesmos instrumentos da avaliação. O projeto foi previamente aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Erechim, sob protocolo nº 29450214.9.0000.5351.



Resultados e Discussão

A amostra contou com dois voluntários, do sexo masculino, agricultores aposentados, com média de idade de 68,5, em estágio 1 de evolução do Parkinson. Os resultados iniciais obtidos através da cirtometria demonstraram em repouso 100cm de expansibilidade torácica, em ambos. Analisando as diferenças nas medidas por segmentos torácicos, o voluntário C.S apresentou 4cm na medida axilar, 5cm na xifóidea e 1cm na umbilical; pico de fluxo expiratório 450L/min; manovacuometria resultou em força muscular inspiratória abaixo dos valores normais de referência e força muscular expiratória dentro dos valores normais; espirometria volume de resistência das vias aéreas dentro dos limites de referência, com CVF, VEF1 e fluxos aéreos preservados, com ausência de vibração significativa ao broncodilatador durante o teste; avaliação miofuncional estomatognática demonstrou baixo tônus muscular e limitada mobilidade de língua; audiometria sugestiva de perda auditiva sensório-neural; escala Rasat identificou distúrbios vocais, dentre eles distúrbios na soproside e astenia vocal; gasometria arterial pH 7,47, pCO₂ 38,0mmHg, pO₂ 74mmHg, SO₂ 96,0% e oxigênio normal. Após o período de intervenção realizou-se a reavaliação onde foram observados os seguintes resultados: na expansibilidade torácica houve redução dos valores em todos os segmentos; pico de fluxo expiratório manteve-se igual; manovacuometria a força inspiratória permaneceu abaixo dos valores de referência e a força expiratória continuou dentro dos valores normais; espirometria apresentou melhora significativa com CVF, VEF1 e fluxos aéreos preservados; reavaliação miofuncional estomatognática e audiometria permaneceram com os mesmos resultados anteriores; escala Rasat observou-se melhora na soproside e tensão; gasometria apenas o pO₂ permaneceu abaixo dos valores de referência e SO₂ 96% e oxigênio normal.

O voluntário J.L apresentou 1cm na medida axilar, 3cm na xifóidea e 4cm na umbilical; pico de fluxo expiratório 369L/min, manovacuometria resultou em força muscular inspiratória abaixo dos valores normais de referência e força muscular expiratória dentro dos valores normais; espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo leve, CVF e VEF1 com redução leve, limitação ao fluxo aéreo, variação não estatisticamente significativa ao broncodilatador durante o teste; avaliação miofuncional estomatognática demonstrou baixo tônus muscular e limitada mobilidade de língua; audiometria foi sugestiva de perda auditiva sensório-neural; escala Rasat identificou distúrbios vocais, como distúrbios na soproside e astenia vocal; gasometria arterial pH 7,45, pCO₂ 39,0 mmHg, pO₂ 71 mmHg, SO₂ 95,0% e oxigênio normal. Os resultados obtidos na reavaliação foram: expansibilidade torácica em todas as mensurações observou-se diminuição de valores com relação a reavaliação; pico de fluxo houve diminuição porém permanecendo dentro dos valores de referência; manovacuometria a força inspiratória e expiratória permaneceram dentro dos valores de referência; espirometria distúrbio ventilatório obstrutivo leve, CVF e VEF1 com redução leve, não apresentou limitação ao fluxo aéreo durante o teste; reavaliação miofuncional estomatognática e audiometria permaneceram com os mesmos resultados obtidos na avaliação; escala Rasat aumento da aspereza e diminuição da soproside, astenia e tensão; gasometria apenas o pO₂ permaneceu abaixo do valor de referência 65% e oxigênio normal.

Quanto à qualidade de vida, observou-se que 50 % da amostra considerou sua saúde ruim e 50 %, boa. Dentre as atividades de vida diária, 100 % manifestou muita



dificuldade na realização de atividades rigorosas e que exigem muito esforço, como por exemplo, levantar objetos pesados e carregar mantimentos e 50 % muita dificuldade ao subir vários lances de escada. Quanto à dor, 50 % manifestou dor de intensidade leve e 50 % moderada nas últimas 4 semanas, sendo que esta interferiu levemente (50 %) ou moderadamente (50 %) no seu trabalho normal. 100 % da amostra considera-se uma pessoa feliz a maior parte do tempo. Na reavaliação, os resultados referentes à qualidade de vida, demonstraram que 100 % da amostra considerou sua saúde boa. Dentre as atividades de vida diária, 50 % manifestou pouca dificuldade na realização de atividades rigorosas e que exigem muito esforço, como por exemplo, levantar objetos pesados e carregar mantimentos e 50 % muita dificuldade ao subir vários lances de escada. Quanto à dor, 100 % manifestou dor de intensidade leve que interfere pouco em seu trabalho normal. 100 % da amostra considera-se uma pessoa feliz a maior parte do tempo.

Conclusões

A diminuição da força dos músculos respiratórios tende a restringir as atividades de vida diária, bem como a prática de exercícios físicos e a fonação, que são atividades dependentes de adequadas conexões neurais, estruturais e funcionais que inter-relacionam os diferentes sistemas (FERREIRA, 2011). Diante disso, qualquer desarmonia repercutirá negativamente na dinâmica tóraco-abdominal, na respiração e na fonação destes indivíduos. Frente aos resultados preliminares deste estudo, que demonstraram aumento da amplitude tóraco-abdominal, alterações nos resultados da manovacuometria, no pico de fluxo, fonação e sobre a qualidade de vida, destaca-se a importância da adoção de programas de treinamento expiratório em indivíduos com Parkinson.

Referências

- CARDOSO, S. R; PEREIRA, J. S. Distúrbios respiratórios na Doença de Parkinson. **Revista Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v.1, n.1, p.23-6, set./out. 2005.
- FERREIRA, F. V; CIELO, C. A; TREVISAN, M. E. Aspectos respiratórios, posturais e vocais da Doença de Parkinson: Considerações teóricas. **Revista CEFAC**, Santa Maria, v.13, n.3, p.534-40, mai./jun. 2011.
- ZIEMSEN, T; REICHMANN, H. Treatment of dysautonomia in extrapyramidal disorders. **Therapeutic advances neurol disorders**, v.3, n.1, p.53-67, 2010.



FISIOTERAPIA HOSPITALAR EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO E COM OMBRO CONGELADO BILATERAL: ESTUDO DE CASO

DEMBINSKI, VANESSA RAQUEL; HEMPEL, ALEX PRESTES; CAMERA, FERNANDA DAL MASO; MORCH, ANA LUCIA BERNARDO DE CARVALHO; ANDRADE, FERNANDA DUARTE

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim
E- mail: nandaandrade1705@hotmail.com

Introdução

Atuação precoce da fisioterapia a nível hospitalar na área ortopédica tem uma grande importância na reabilitação dos pacientes, devido à grande incidência de deformidades e alterações funcionais que os pacientes apresentam como consequência. A mobilização precoce torna-se fundamental para uma rápida reabilitação. Sabendo-se da importância é necessário um extremo cuidado no paciente politraumatizado, uma vasta avaliação, análise do quadro clínico e critérios de importância funcional são indispensáveis na elaboração do tratamento (Vega et al, 2012). Hollinger et al (1999), relata que a fratura óssea pode ser por estresse, fadiga ou de origem traumática (através de choques diretos ou indiretos), ou mesmo ser por causas patológicas. Sendo caracterizada como uma interrupção completa ou parcial do segmento ósseo. A capsulite adesiva, popularmente conhecida como ombro congelado, é uma das condições clínicas que geram maior limitação de movimento do membro superior. Ela pode ser primária ou secundária, devido à imobilização, cifose, distrofia simpático reflexa ou cirurgias torácicas (Gann, 2005). A marcha é a função mais complexa no olhar da biomecânica humana, sendo um processo de locomoção em que o corpo ereto em movimento é apoiado sobre uma perna e posteriormente pela outra, alternando-as de forma que há sempre o contato de um pé com o solo. Com interação de todo o corpo, a marcha deve ser trabalhada individual, com uma avaliação criteriosa de cada indivíduo a fim de eliminar compensações e torná-la a mais correta possível (Rose e Gamble, 2007). Dessa forma o presente estudo tem como objetivo avaliar o efeito da fisioterapia hospitalar em um paciente politraumatizado que evoluiu com capsulite adesiva de ombro bilateral.

Metodologia

A amostra foi composta por um paciente internado em um hospital da região norte do Rio Grande do Sul. Foram realizadas 9 sessões de fisioterapia por 2 semanas, com durabilidade média de 50 minutos cada atendimento. Paciente de 47 anos, sexo masculino, sofreu acidente de moto dia 25 Julho de 2015, apresentando diversas fraturas, em porção inferior de corpo vertebral de T3, distal de rádio, sacro e lesão de sínfise púbica. Necessitou de intervenção cirúrgica em antebraço, com redução, alinhamento e colocação de hastes metálicas, além de debridamento em coluna torácica, por infecção da cicatriz operatória (positivo para Klebsiella) o que gerou maior tempo de internação hospitalar. Durante o período de internação o paciente quase não movimentou os ombros, punhos, dedos e não caminhou. Quando o paciente foi avaliado, apresentava grave limitação de movimento em membros superiores e um déficit considerável no equilíbrio e marcha. Dessa forma, foram



projetados objetivos a fim de retomar a função de membros superiores e disponibilizar ao paciente uma marcha mais próxima do normal. As sessões de fisioterapia foram divididas em dois momentos, no momento inicial massoterapia miotendínea de inserção de peitoral maior e trapézio superior, bilaterais; alongamento passivo de peitoral maior bilateral; Maitland grau 3 em cápsula anterior de ombros; finalizando o primeiro momento com mobilização passiva, ativo-assistida e ativa de ombros com flexão e abdução do mesmo, cotovelos, punhos e dedos com flexão e extensão dos mesmos. O segundo momento foi composto por fortalecimento isométrico de transversos do abdômen com extensão resistida de ombros; fortalecimento concêntrico de quadríceps e isométrico de isquiotibiais; treino de equilíbrio com bipedestação independente, finalizando a sessão com treino de marcha com auxílio do fisioterapeuta.

Resultados e Discussão

Em relação a goniometria houve ganho de flexão ativa e passiva de ombro, na flexão ativa de ombro direito o paciente apresentava 16° e na reavaliação 42°; no ombro esquerdo 24° inicialmente e após a intervenção 41°. A flexão passiva a direita apresentava 60° e evoluiu para 66° e no esquerdo 50° passando para 52°. Havendo também ganho na abdução ativa e passiva de ombro, do lado direito inicialmente a abdução ativa estava 28° e após a intervenção 48°, no esquerdo 32° e após 58°; quando realizado o movimento de forma passiva a abdução de ombro direito estava 62° e após 64° no lado esquerdo 58° evoluindo para 63°. Foi eliminada a dor à movimentação de ombros, caindo de 7 a 0 segundo a Escala Visual Analógica (EVA). Em relação ao equilíbrio e marcha, não foi possível realizar nenhuma avaliação quantitativa a respeito, porém em relatos do paciente e visualização da marcha e equilíbrio, pode-se observar uma maior estabilidade durante as mesmas.

Conclusões

Pode-se concluir que o paciente teve grandes ganhos com a fisioterapia ortopédica hospitalar. Apesar de poucas sessões, o mesmo conseguiu eliminar a dor à movimentação de ombros e conseguir uma maior estabilidade durante a marcha, analisando-se a extensão e gravidade da lesão. Portanto, a fisioterapia ortopédica hospitalar é um ponto vital na reabilitação de pacientes politraumatizados, agindo tanto na prevenção de posteriores e possíveis complicações, quanto na reabilitação do paciente, para que o mesmo tenha sua alta o mais rápido possível, com o retorno corpóreo funcional o mais próximo de sua normalidade individual.

Referências

- GAAN, N. **Ortopedia**: guia de consulta rápida para fisioterapeutas: distúrbios, testes e estratégias de reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- HOOLINGER, J.O, **Biology of bone healing**; its impact and therapy, 1999.
- HODGES, PAUL W., RICHARDSON CAROLYN A. **Contraction of the Abdominal Muscles Associated With Movement of the Lower Limb**. PHYS THER. 1997; v. 77, p.132-142.
- ROSE, J, GAMBLE J G. **Marcha**: terapia e prática da locomoção humana. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- SOUZA, MARCIAL. **Reabilitação do complexo do ombro**. São Paulo: Manole; 2001.



VII INTEGRAFISIO
IV ENCONTRO DE
EGRESSOS DO CURSO
DE FISIOTERAPIA

*“Integrando o
conhecimento Científico
à Prática
Fisioterapêutica”*
04 a 06 de abril de 2016

VEJA, J. M. et al. **Tratado de fisioterapia hospitalar:** assistência integral ao paciente.
São Paulo: Atheneu, 2012.



GRUPO DE EDUCAÇÃO EM ASMA NA CIDADE DE ERECHIM-RS

TREVISAN, MIRIAN TAÍS; MOREIRA, MAGALLI ANTUNES; JASPER, INAJARA APARECIDA; CAMERA, FERNANDA DAL'MASO; ANDRADE, FERNANDA DUARTE DE; MORSCH, ANA LUCIA BERNARDO DE CARVALHO
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: analuepm@yahoo.com.br

Introdução

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por hiper-responsividade brônquica e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar. Segundo as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma de 2006, ela resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas. A asma afeta uma parcela significativa da população, com elevado custo social e econômico. Apesar de ser responsável por grande número de atendimentos de urgência, sua letalidade não é alta. Pode-se evitar a mortalidade com medidas eficazes, tratamento adequado e educação do paciente asmático com respeito à doença, permitindo a redução de internações e dos atendimentos de urgência. O conhecimento das reais dimensões da doença permitirá estabelecer planos de manejo mais efetivos. A intervenção educacional é satisfatória para bons desfechos em saúde, ou seja, permite melhor controle da asma, reduz o número de hospitalizações, de visitas ao pronto-socorro e de visitas não agendadas ao ambulatório, além de reduzir o absenteísmo ao trabalho e à escola e os episódios de asma noturna (SBPT, 2006). O estudo teve como objetivo avaliar o impacto de um programa de educação em asma na qualidade de vida e no grau de conhecimento adquirido sobre a doença, durante um programa local de educação em asma.

Metodologia

Participaram do programa de educação em asma cinco indivíduos de ambos os sexos com o diagnóstico clínico de acordo com o III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma de 2002, residentes no Município de Erechim/ RS, com duração de três meses sendo composto de dois encontros mensais de uma hora e meia. A avaliação da função pulmonar foi realizada através da espirometria com o aparelho Microloop - Micromedical INC, na qual os pacientes foram orientados a realizar três manobras que deveriam ser reprodutíveis e aceitáveis (PEREIRA, 2002). Para obtenção do pico de fluxo expiratório (PFE), foi entregue aos pacientes um medidor de pico de fluxo portátil, Peak Flow Meter da marca Mini-Wright AFS™. Os integrantes da pesquisa foram orientados a realizar três medidas, sendo que a melhor das três deveria ser anotada no diário de sintomas, que foi entregue no dia da avaliação, diariamente pela manhã e à noite. O comando verbal utilizado para facilitar a execução dessa manobra foi: “puxe todo o ar, e sopra-o todo de uma vez e com toda força no bucal”. Os participantes também receberam dois questionários: um para avaliar o conhecimento da doença, que foi elaborado pela pesquisadora, e outro para avaliação da qualidade



de vida em asma, elaborado pelo ambulatório de asma da Unifesp-SP que é baseado em áreas de domínio investigadas por Junipper e Gyatt, 2002. As áreas de domínio adaptadas incluem cinco itens: QVLF: limitação física, QVFG: frequência e gravidade dos sintomas, QVA: adesão ao tratamento, QVSE: socioeconômico, QVPS: psicossocial.

Ao término das avaliações foi dado início ao programa de educação em asma composto dos seguintes assuntos abordados: **1º encontro:** realizada a explanação do projeto e preenchimento dos questionários; **2º encontro:** entregue o diário de sintomas e o medidor do PFE; **3º encontro:** palestra sobre “o que é asma e fatores desencadeantes” com um médico pneumologista; **4º encontro:** palestra sobre o manejo adequado da asma com a pesquisadora; **5º encontro:** orientação quanto à diferenciação dos medicamentos de manutenção e alívio; **6º encontro:** palestra sobre os medicamentos com um farmacêutico; **7º encontro:** palestra com uma nutricionista sobre os alimentos alergênicos; **8º encontro:** preenchimento dos questionários para reavaliação.

Resultados e Discussão

Após o programa de educação pode-se observar que 3 participantes souberam conceituar a asma, 3 aderiram ao uso das medicações regularmente e 4 souberam diferenciar os medicamentos broncodilatadores dos antiinflamatórios, demonstrando um aprimoramento do conhecimento dos vários aspectos da doença.

Apesar da orientação sobre a forma correta de preenchimento do diário dos sintomas, observou-se que somente 2 pacientes realizaram-no corretamente do início ao término do programa, sendo que os outros relataram ter esquecido de verificar o PFE pela manhã ou pela noite.

Com relação ao questionário aplicado desenvolvido pela Unifesp – SP, comparando os valores pré e pós programa, pode-se observar redução na porcentagem na área do domínio da limitação física de intensidade grave, onde no início, 20% dos pacientes graduaram-na como intensidade grave e após o programa, houve um decréscimo para 6%, sendo, portanto, uma alteração significativa. Quanto à área de domínio referente à frequência e gravidade dos sintomas observou-se uma redução nos valores, quando comparado pré e pós-programa de educação.

Constatou-se que, no início do programa, 26,6 % dos pacientes graduaram a frequência e gravidade dos sintomas como grave e, após o término do mesmo, obteve-se redução para 6,6%, aumentando a porcentagem de ausência dos sintomas para 46%, onde, no início correspondia a 40%. Quanto à adesão ao tratamento, observou-se uma redução pré e pós-educação, mas estes resultados são inconclusivos, uma vez que um dos pacientes não fazia uso da medicação, pois estava com a doença controlada. Quanto à área de domínio referente à qualidade de vida socioeconômica e psicossocial, observou-se que houve redução de ambos os valores ao término do programa, demonstrando que a asma já não estava interferindo como anteriormente, melhorando a qualidade de vida destes pacientes e refletindo na melhora do controle da doença, tanto do ponto de vista farmacológico, como de controle ambiental. Observa-se que a aplicação do questionário elaborado foi factível, levando à racionalização do atendimento do asmático, sendo mais fácil a identificação dos problemas relacionados ao manejo do paciente. Corroborando com o presente estudo, Bettencourt e col, 2002, realizaram um estudo com 26 asmáticos utilizando um modelo



padronizado do questionário de conhecimentos sobre asma e outro sobre qualidade de vida, que foram aplicados no início, durante e no final, e observaram uma melhora significativa na identificação dos problemas relacionados ao manejo da asma, como também nos índices de qualidade de vida. A conscientização e a educação são fatores fundamentais para um adequado controle da doença, possibilitando melhor convívio com esta e tornando o indivíduo capaz de prevenir e detectar as principais complicações (BETTENCOURT, 2002).

Tradicionalmente, a avaliação da asma é feita pela medida de parâmetros puramente clínicos (função pulmonar e consumo de medicamentos para alívio dos sintomas). No entanto a avaliação clínica é uma maneira muito simplista para se avaliar a asma, não se mensurando o impacto que a doença causa na vida do indivíduo. Frente à necessidade de criar parâmetros para avaliar o impacto na qualidade de vida, esse conceito foi se tornando cada vez mais presente no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas (SILVA, 2005).

Conclusões

Conclui-se que um programa de educação em asma gerou impacto positivo na qualidade de vida dos participantes comprovado através da aplicação de um questionário no que se diz respeito ao conhecimento sobre a doença e na utilização correta da medicação. As intervenções propostas repercutem no dia-a-dia do indivíduo, traduzindo-se em mudanças na sua qualidade de vida. A escassez de estudos de qualidade de vida em asmáticos justifica-se pela gravidade da doença e internações frequentes, o que muitas vezes, inviabiliza a pesquisa.

Referências

- BETTENCOURT, A. R. C.; OLIVEIRA, M. A.; FERNANDES, L. G.; BOGOSSIAN, M. Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. **Jornal de Pneumologia**. São Paulo, v. 28, n. 4, 2002.
- PEREIRA, C.A.C. Espirometria. Diretrizes para testes de função pulmonar. **Jornal de Pneumologia**, v.28, n.3, 2002.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma 2002. **Jornal Pneumologia**, v. 28, n. 1, 2002.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. **Jornal de Pneumologia**, v. 32, n. 7, 2006.
- RODRIGUES Jr. R.; PEREIRA C.A.C. Resposta a broncodilatador na espirometria: que parâmetros e valores são clinicamente relevantes em doenças obstrutivas? **Jornal de Pneumologia**, 2001.
- SILVA L. M. C.; SILVA L. C. C.; Validação do questionário de qualidade de vida em asma (Juniper) para o português brasileiro. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS)**, v. 51, n. 1, p. 31-37, 2005.



PERFIL PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS DA CIDADE DE ERECHIM-RS

ULKOVSKI, ALINE; SZCZYGIEL, FERNANDA DAL MOLIN; WISNIEWSKI, MIRIAM
SALETE WILK; COMERLATO, TATIANA
Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: taticomerlato@hotmail.com

Introdução

A Fisioterapia é definida como uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, com objetivo de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função (COFFITO, 2013). Existem no Rio Grande do Sul 23 instituições formadoras do curso de fisioterapia, 10.817 profissionais inseridos no estado, sendo destes 142 profissionais na cidade de Erechim (CREFITO-5, 2014).

Embora o campo de trabalho do fisioterapeuta seja amplo e ainda em expansão, observa-se empiricamente uma migração dos profissionais para algumas poucas áreas de atuação, motivados possivelmente pelo retorno financeiro mais imediato. Não há, no entanto, nenhum trabalho que registre e descreva como estão distribuídos no mercado de trabalho os atuais 142 profissionais fisioterapeutas que atuam na cidade de Erechim. Sendo assim, este estudo intencionou conhecer e documentar o perfil profissional dos fisioterapeutas que atuam em Erechim, os fatores que motivaram as escolhas das áreas de atuação e o nível de satisfação pessoal e financeiro com a profissão.

Metodologia

Estudo transversal do tipo descritivo-exploratório e abordagem quantitativa que contou com uma amostra de 85 profissionais, domiciliados e com atuação profissional na cidade de Erechim. A identificação dos profissionais ocorreu mediante site do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO-5, 2014). Após a identificação, cada profissional foi convidado à participação no estudo, mediante questionário autoaplicável, elaborado pelos autores para este estudo em específico, contendo questões estruturadas e semiestruturadas. Dos 142 fisioterapeutas residentes em Erechim, 85 participaram do estudo. Após a coleta, os dados foram planilhados, utilizando-se o *software* Excel da *Microsoft* para o tratamento estatístico, seguindo-se a estatística descritiva simples para analisá-los. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI - Campus de Erechim, sob número CAAE: 30337614.8.0000.5351.

Resultados e Discussão

Dos 85 profissionais, 81,2 % eram do sexo feminino e 18,8 %, masculino, com idade entre 23 e 49 anos, sendo a média 30,42 anos ($\pm 6,58$). Em relação ao estado civil 63,6 % definiram-se como solteiros; 34,2 % casados ou união estável; 1,1 % divorciado e 1,1 % não respondeu a esta questão. Há predomínio de profissionais jovens, 57,6 % com idade entre 20 e 30 anos. Este resultado pode estar relacionado ao aumento no número de cursos de fisioterapia nos últimos 10 anos, bem como a existência deste, na URI-Erechim, há oito anos.



Com relação à atuação profissional, 57,62% concluiu sua graduação na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim/RS; 11,76% na Universidade do Contestado - Concórdia/SC; 8,23 % na Universidade Federal de Santa Maria/RS; 8,23 % na Universidade de Passo Fundo/RS; 4,70 % na Universidade do Oeste Catarinense – Joaçaba/SC; 3,53 % no Centro Universitário Metodista IPA - Porto Alegre/RS; 2,35 % na Universidade Feevale - Novo Hamburgo/RS; 1,18 % na Pontifícia Universidade Católica do Paraná/PR; 1,18 % na Universidade Luterana do Brasil – Canoas/RS; 1,18 %, no exterior (Academia de Educação Física – Setor Fisioterapia, na Polônia). Quanto ao nível de formação, 32,9 % são graduados, 59 % possuem especialização *lato sensu*, 7 % *stricto sensu* (nível mestrado) e 1,1 % *stricto sensu* (nível doutorado).

Quanto a carga horária de trabalho, 42,3 % trabalha entre 40 a 50 horas semanais. A Lei Federal nº 8.856 de 1º de março de 1994 limita a jornada de trabalho do fisioterapeuta em 30 horas semanais, com objetivo de preservar a saúde e diminuir o desgaste físico dos profissionais (COFFITO, 1995). Visto a maior parte dos profissionais serem autônomos e com fins de ampliar a renda mensal, a jornada de trabalho excede o recomendado. A possibilidade de desenvolver diversas atividades acaba facilitando a ampliação da jornada de trabalho (COPETTI, 2000). Isso pode ser analisado, observando-se a distribuição dos profissionais de acordo com o local de trabalho, o que geralmente se dá em mais de um local, sendo que 43,5 % realizam atendimentos domiciliares, 42,3 % atuam em clínica, 35,2 % em consultório, 14,1 % no serviço público, 12,9 % em instituição de ensino, 9,4 % em empresas, 5,8 % em academia, 2,3 % em clubes esportivos e 1,1 % em escola.

Quanto as áreas de atuação, 74,1 % trabalha na área de Fisioterapia traumato-ortopédica, 50,5 % Fisioterapia neurofuncional, 31,7 % Fisioterapia respiratória, 20 % Fisioterapia dermatofuncional, 16,4 % Fisioterapia em Saúde Coletiva, 15,2 % Fisioterapia oncológica, 15,2% Osteopatia/Quiropraxia, 15,2 % Ensino e Pesquisa, 15,2 % Fisioterapia do trabalho, 10,5 % Fisioterapia esportiva, 5,8 % acupuntura, 4% Reabilitação vestibular, 4,7 % Fisioterapia em Saúde da Mulher, 2,3 % Reabilitação Cardiopulmonar. Na cidade de Erechim há uma grande concentração de indústrias e empresas, nas quais os acidentes de trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho são incidentes. Este pode ser um dos motivos relacionados à demanda de pacientes para a área ortopédica. Destaca-se que a área de atuação da Fisioterapia do trabalho, poderia estar atuando na prevenção destes, está distante das necessidades do trabalhador, pois há apenas 15,2 % dos profissionais nesta área. Estudos realizados por Trelha e colaboradores (2003) e Badaró e Guilhem (2011), apresentam a área de Ortopedia e Traumatologia como a de maior concentração de profissionais atuantes. Segundo estes autores, a alta demanda de pacientes nesta área pode estar relacionada ao predomínio de patologias crônico-degenerativas e traumas.

Em relação aos resultados deste estudo observa-se ainda um percentual pequeno de 16,4 % de profissionais trabalhando na saúde coletiva. A implantação do Sistema Único de Saúde tem tornado evidente a necessidade de adequação das profissões à realidade epidemiológica. Surge a necessidade do redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia, que deveria aproximar-se do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação (BISPO JUNIOR, 2010).



Sabe-se que a fisioterapia tem evoluído, desenvolvendo novas ferramentas de trabalho a partir da evolução dos conhecimentos na área. No entanto muitos profissionais acabam elegendo uma técnica específica como ferramenta exclusiva de trabalho. Neste sentido, os fisioterapeutas investigados no presente estudo responderam a uma questão em que deveriam assinalar se trabalhavam exclusivamente (apenas uma técnica/método) ou predominantemente (até duas técnicas/métodos) com alguma técnica ou método de tratamento. Os resultados demonstraram que 43,5 % dos profissionais responderam negativamente a essa questão, demonstrando que não trabalham com técnica exclusiva. O método Pilates foi citado por 34,1 % dos profissionais pesquisados, como ferramenta exclusiva ou predominantemente de trabalho. As principais justificativas foram: mercado de trabalho, eficiência da técnica e retorno financeiro. Os resultados demonstram ainda que 10,5 % dos profissionais estão trabalhando com osteopatia ou quiropraxia, 5,8 % com *Bobath*, 4,7 % com hidroterapia, 3,5 % com acupuntura, 2,3 % com reeducação postural global, 2,3 % com reabilitação vestibular e 3,5% citaram outras técnicas de tratamento, que não as descritas nas alternativas (drenagem linfática, auriculoterapia e *isostrething*).

Quanto à satisfação pessoal que a profissão proporciona cerca de 54,2 % estão satisfeitos, 35,3 % bastante satisfeitos, 8,2 % levemente satisfeitos e 2,3 % indiferente. Concordando com os resultados da presente pesquisa, um estudo realizado em Chicago (EUA), em 2007, sobre a satisfação com o trabalho, a Fisioterapia apareceu em segundo lugar, em um *ranking* de 12 profissões, com 78,1 % dos profissionais muitos satisfeitos com a profissão que exercem. A pesquisa demonstrou que a maioria das profissões consideradas satisfatórias são aquelas que envolvem cuidar, ensinar e proteger os outros (SMITH, 2007).

Quanto à satisfação com o retorno financeiro 43,6 % estão satisfeitos, 3,6 % bastante satisfeitos, 22,4 % levemente satisfeitos, 16,4 % insatisfeitos, 8,2 % levemente insatisfeitos, 3,5 % bastante insatisfeitos e 2,3 % indiferentes. Estes resultados permitem dizer que 69,4 % apresentaram algum grau de satisfação e 28,2 % demonstram graus diferentes de insatisfação com o retorno financeiro. Os fisioterapeutas devem assumir suas responsabilidades no que diz respeito a promover a valorização da classe. Respeitar e manter os valores estipulados pelo Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (RNPF) facilitaria a valorização do trabalho deste profissional.

Conclusões

Há predomínio de profissionais do sexo feminino totalizando 81,1 % da amostra, com idade média de 30,42 anos. A grande maioria atua no setor privado, realizando seus atendimentos em domicílios, clínicas e consultórios, voltados para a área de Fisioterapia Traumato-ortopédica, seguida da Neurofuncional. Muitos estão optando pelo método Pilates como ferramenta exclusiva de trabalho, em detrimento de todas as outras formas de tratamento disponíveis. Observam-se poucos profissionais trabalhando nas demais áreas, bem como poucos fisioterapeutas inseridos em empresas, clubes, academias e no serviço público. A maioria da amostra trabalha cerca de 40 a 50 horas semanais, apresentam-se satisfeitos em relação à atividade profissional que exercem e com o retorno financeiro que a profissão proporciona.



Referências

- BADARÓ, A. F. V.; GUILHEM, D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v.24, n.3, p.445-54, jul./set. 2011.
- BISPO JR., J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1627-36, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Definição de Fisioterapia**. Disponível em <<http://www.coffito.org.br>> Acesso em: abr. 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Enfim, a jornada máxima de 30 horas**. O COFITTO. São Paulo, Ano 1. n.1, jan, 1995.
- CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Consulta por profissional**, Maio 2014. Disponível em: <<http://www.crefito5.org.br/consulta-por-profissionais/>> Acesso em: mai. 2014.
- COPETTI, S. M. B. Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. **Revista In Pauta**, 2000. Disponível em: <<http://www.herniadedisco.com.br/wp-content/uploads/2009/03/solange.pdf>>. Acesso em: mai. 2013.
- SMITH, T. W. **Job Satisfaction in the United States**. NORC/University of Chicago, abril 17, 2007.
- TRELHA, C. S. et al. Perfil demográfico dos fisioterapeutas da cidade de Londrina/PR. **Salusvita**, Bauru, v.22, n.2, p.247-56, 2003.



PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM MORADORES DA CIDADE DE ERECHIM

DIAS, ISABELI SFREDO; BERGAMIN, LUISE; SMANIOTTO, MARCELA;
MARQUES, SARA MEDINA; MORSCH, ANA LÚCIA BERNARDO DE CARVALHO;
ANDRADE, FERNANDA DUARTE

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: nandaandrade1705@hotmail.com

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma enfermidade ocasionada por uma diversidade de fatores, tendo como característica níveis elevados de pressão sistólica (acima de 140 mmHg) e/ou diastólica (acima de 90 mmHg) (CASTRO et al., 1999; CESARINO et al., 2008). Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 30% da população brasileira têm a pressão arterial elevada. As causas da HAS podem ter origem primária (têm etiologia desconhecida e pode estar associada à hereditariedade) ou secundária (à doenças renais, hipertireoidismo, uso de contraceptivos, ingestão excessiva de álcool, entre outros) (CASTRO et al., 1999). Favorece o desenvolvimento de aterosclerose nas artérias coronárias, cerebrais e renais, predispondo a Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico e Insuficiência Renal Crônica (BOING; BOING, 2007). Frente a este contexto, este estudo objetivou avaliar a prevalência de doenças cardiovasculares em uma determinada população.

Metodologia

Para tanto, aplicou-se um questionário pré-elaborado na disciplina de Fundamentos em Cardiologia e Pneumologia Pediátrica, com questões relevantes na avaliação de acometimentos cardiovasculares. Cada questionário era composto por questões referentes à anamnese e exame físico (inspeção, palpação, perimetria de membros, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, ausculta pulmonar, ausculta cardíaca, padrão respiratório). A amostra contou com a participação de quarenta pessoas, de ambos os sexos, sem limites de idade, sem critérios de exclusão.

Resultados e Discussão

A partir dessa avaliação foram obtidos os seguintes resultados. Das quarenta pessoas avaliadas, 45% apresentam alguma patologia cardiovascular diagnosticada, destes, 25% são hipertensos, 7,5% possuem arritmia cardíaca, 5% possuem sopro cardíaco, 2,5% relatam angina, 2,5% já tiveram um infarto e 2,5% já teve Comunicação Interventricular. O sexo predominante foi o feminino (60%), a média de idade foi 42,85 anos, sendo a mínima 19 anos e a máxima 79 anos. Ao avaliar a pressão arterial obteve-se 160,70 mmHg como a mais elevada e 100,50 mmHg como a mais baixa. A história familiar foi relevante e, na maioria dos casos, a hipertensão arterial sistêmica destacou-se com a patologia principal. Dos 25% de pacientes hipertensos, 15% são mulheres, 15% apresentam sobrepeso, 5% fazem ingestão de álcool e apenas 5% praticam exercícios regularmente, destes, todos foram



submetidos ao eletrocardiograma como forma de diagnóstico e monitoramento desta patologia. Dentre os medicamentos mais utilizados destacam-se o Enalapril (inibidores da enzima de conversão da Angiotensina), Losartan (bloqueador dos receptores de Angiotensina) e Hidroclorotiazida (diurético). Conforme um estudo realizado por Lopes et al. (2008) a prevalência de HAS entre homens e mulheres é semelhante, entretanto, nota-se uma taxa mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década de vida. Neste estudo, destacou-se o sexo feminino. Sabendo que o estudo realizado por Piccini et al. (2011) mostrou que o eletrocardiograma é de grande utilidade no diagnóstico de hipertensão arterial, pois fornece sinais sugestivos da gravidade da doença, 100% dos pacientes foram submetidos a este exame. No estudo, oito indivíduos levam uma vida sedentária, enquanto apenas dois praticam atividade física regularmente. Segundo Paffenberger (1991, apud CASTRO et al., 1999), para indivíduos sedentários a probabilidade de aparecimento de hipertensão é dez vezes maior em relação àqueles que praticam exercícios. Dois dos dez pacientes hipertensos fazem ingestão excessiva de álcool e segundo Castro et al. (1999), quanto mais alto esse consumo maior os níveis de hipertensão.

Conclusões

A partir dos dados obtidos e analisados conclui-se que a hipertensão arterial sistêmica possui uma alta prevalência em relação às doenças cardiovasculares e muitos fatores como álcool e sedentarismo podem influenciar de forma agravante nessa enfermidade.

Referências

- BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.14, n.2, p.84-88, 2007.
- CASTRO, I. **Cardiologia: Princípios e Práticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- CESARINO, C. B. et al. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto-SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.91, n.1, p. 31-35, 2008.
- LOPES, N. H. et al. Impact of metabolic syndrome on the outcome of patients with stable coronary artery disease: 2-year follow-up of the MASS II study. **Coronary Artery Disease**. v.19, n.6, p. 383-388, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Hipertensão Arterial**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=397:hipertensao-arterial&Itemid=539>. Acesso em: 17 mar. 2016.
- PICCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.46, n.3. p. 1-8, 2012.



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES HIPERTENSOS

BIANCHI, FRANCIELI ADAMCZUK; ZUCCHI, MARINA; MORSCH, ANA LUCIA
BERNARDO DE CARVALHO; CAMERA, FERNANDA DAL' MASO; SANTOS,
DANIEL JOSÉ DOS; PETRY, ANA LAURA NICOLETTI CARVALHO.

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: ana.petry@uffs.edu.br

Introdução

Atualmente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) vem tornando-se cada vez mais um problema de saúde pública, sendo esta considerada de etiologia multifatorial. A HAS é um dos principais fatores de risco prevalentes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e insuficiência cardíaca congestiva, sendo importante causa de morbimortalidade e apresentando elevado custo social. Uma forma de prevenir e atenuar seus efeitos é através do exercício físico. De acordo com a Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica (2006), a reabilitação cardiovascular não consiste somente em ações farmacológicas, pois considera-se necessário associar as mesmas com a prática de exercício físico (SCHENKEL et al., 2011). Dentre os benefícios proporcionados podemos citar: aprimoramento de condicionamento físico, ganho de massa óssea, ganho de força, coordenação e equilíbrio, melhora da capacidade funcional, bem-estar geral, além de prevenção de maiores incapacidades físicas e redução da pressão arterial (PA) em relação ao pré-treino (NOGUEIRA et al., 2012).

Por isso, este estudo, teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de reabilitação cardiovascular através do exercício físico aeróbico e fortalecimento de membros superiores e inferiores no comportamento da pressão arterial em um grupo de hipertensos e como o exercício influencia a qualidade de vida dos mesmos.

Metodologia

O presente estudo é quantitativo e de caráter longitudinal, cuja população foi constituída de indivíduos voluntários com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica. A amostra foi composta por duas pacientes hipertensas, que passaram por uma criteriosa avaliação médica e que foram selecionadas da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Atlântico da cidade de Erechim (RS), de forma intencional. No momento do contato inicial, ou seja, pré-intervenção, os pacientes responderam individualmente a um inventário do sistema locomotor, para a detecção de possíveis alterações motoras previamente ao início do programa de reabilitação. Também para a avaliação da qualidade de vida, os participantes responderam ao questionário SF-36, sendo o mesmo de fácil aplicação que contém 36 itens e que engloba 8 aspectos, tais como: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, e saúde mental. Sua pontuação varia de 0 a 100, quanto maior a pontuação melhor o estado de saúde do paciente. Após o preenchimento dos questionários, os indivíduos foram submetidos ao teste de caminhada de 6 minutos (TC'6). Os participantes realizaram o programa de reabilitação o qual consistia de 2 sessões semanais com duração de 50 minutos,



durante 3 meses, sendo que cada sessão consistia de alongamento, seguido de treino aeróbico na esteira, fortalecimento de membros superiores e inferiores com halteres e caneleira e ao final alongamento global. Os sinais vitais foram avaliados no início e final de cada sessão. Ao término do programa, os pacientes foram reavaliados seguindo a mesma sequência da avaliação inicial. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Erechim, sob protocolo nº 28213214.0.0000.5351.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por dois participantes, ambas do sexo feminino, idosas e acima do peso esperado. A paciente 1 encontrava-se em situação levemente acima do peso (IMC: 30) e a paciente 2 encontrava-se em primeiro grau de obesidade (IMC: 37). FERREIRA; ZANELLA (2011) afirmaram que a população hipertensa mantém um número de obesos até três vezes maior em relação à população normotensa. Embasados em estudos com grandes amostras populacionais os mesmos relatam forte correlação entre o índice de massa corporal (IMC), e a gordura corporal, e ainda aumento do risco de mortalidade a partir de quando ocorre o aumento dessas medidas. Os autores relatam assim a importância de intervir antes da população chegar a obesidade, ou seja, identificando ainda indivíduos pré-obesos ou sobrepeso. Enquadrando-se também em um estudo realizado por LESSA (2010), que demonstrou que a maior prevalência da hipertensão permuta na população obesa ou sobrepeso e em raça negra, encaixando-se neste perfil a paciente 2.

Através da aplicação do questionário SF-36, foi possível observar evoluções positivas em todos os oito domínios, exceto no domínio limitações por aspectos físicos, onde ambas as pacientes se mantiveram com pontuação máxima. Os dados obtidos através da aplicação do protocolo de avaliação do sistema locomotor pré e pós-intervenção, pôde confirmar que, ambas as pacientes encerravam a reabilitação sem dores iniciais.

Com relação aos dados obtidos através da aplicação do teste de caminhada de 6 minutos (TC'6), visualizou-se que a paciente 1 não se sobressaiu em relação a avaliação inicial (492m pré intervenção e 450m pós- intervenção). Porém a paciente 2 conseguiu percorrer uma trajetória maior na avaliação final (487m pré intervenção e 495m pós- intervenção). Sendo assim o resultado da paciente 1 não se relaciona com o esperado, movimentando-se em uma direção contrária ao que dizem os autores PARREIRAS; Ovando (2008), DIRETRIZES DE REABILITAÇÃO CARDÍACA (2006) e SANTARÉM (2010), onde os mesmos afirmam que a prática repetitiva do exercício físico regular, sendo ele aeróbico ou treino de força contribuem para um melhor condicionamento físico e performance. Porém a paciente 2 apesar de discreta melhora, percorreu alguns metros a mais do que a avaliação inicial, caminhando em concordância com a literatura.

Com relação aos dados obtidos através da média da pressão arterial das pacientes do estudo, a paciente 1, apresentou uma média de PA sistólica pré-intervenção de 127,14 mmHg e diastólica: 82,85 mmHg. Já nos dados pós intervenção as médias da PA sistólica foi de 125,07 mmHg e diastólica: 80 mmHg. Pode-se inferir que a reabilitação cardiovascular causou um discreto efeito hipotensor sobre os níveis pressóricos. Com relação à paciente 2, as médias iniciais foram: PA sistólica: 130 mmHg e diastólica: 89,44 mmHg, pré- intervenção. No entanto as médias pós-



intervenção foram: PA sistólica 132, 22 mmHg. e diastólica: 84,44 mmHg. Concluindo que a reabilitação cardiovascular só teve efeito hipotensor na pressão diastólica, pois a pressão sistólica apresentou uma discreta elevação, podendo ainda ser considerada dentro do limite de normalidade. O exercício aeróbio realizado regularmente provoca importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Dentre estas alterações é possível visualizar uma diminuição na PA de repouso. Obtendo um valor que varie de 3,8 a 11 mmHg na PA sistólica e de 2,6 a 8 mmHg na PA diastólica URBANA; RONDON; BRUM (2003). Entrando em concordância com resultados obtidos em paciente número 1 e PA diastólica de paciente número 2.

Conclusões

É possível inferir que o protocolo se mostrou discretamente eficiente na redução sobre os níveis pressóricos, proporcionando diminuição na pressão arterial sistólica e diastólica da paciente 1 e diminuição da pressão arterial diastólica na paciente 2. Em relação ao TC'6 minutos, onde paciente 2 obteve discreta melhora no desempenho durante reavaliação final, sendo que o mesmo não ocorreu na paciente 1. A reabilitação comprovou ser eficaz na redução de pontos dolorosos, e na intensidade dos mesmos, assim como em relação à qualidade de vida.

Referências

- NOGUEIRA, I. C., et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 15, n. 3, 2012.
- SCHENKEL, I. C., et al. Comportamento da pressão arterial em hipertensos após única sessão de caminhada e de dança de salão: estudo preliminar. **Revista brasileira de cardiologia**, v. 24, n. 1, 2011.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica: Aspectos práticos e responsabilidades**. V. 86, n.1, 2006.
- URBANA, M.; RONDON, B.; BRUM, P. C. Exercício Físico como Tratamento não-farmacológico da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. V. 10, n. 2, 2003.



QUALIDADE DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DOS PORTADORES DA DOENÇA DE PARKINSON PÓS INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA

ZANETTE, KARINE CARLA; LONGO, EMANUELA; CASTRO, MÁRCIA BAIROS
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim
E-mail: mbairros@uricer.edu.br

Introdução

A Doença de Parkinson (DP) é o distúrbio do sistema extrapiramidal mais frequente. É caracterizada por ser de origem neurodegenerativa progressiva. O Parkinson ocorre quando há destruição dos neurônios dopaminérgicos, que são encontrados na substância negra e no corpo estriado, apresentando como quadro clínico tremor, rigidez, bradicinesia, instabilidade postural, e alterações da marcha. Sua etiologia é desconhecida, afetando homens e mulheres igualmente, acometendo 1 % dos indivíduos de 60 anos de idade (KAUFFMAN, 2001; STOKES, 2000; WEINER; GOETZ, 2003).

Os comprometimentos causados pela DP levam a uma dificuldade de execução das atividades de vida diária, maior dependência e diminuição da qualidade de vida (QV), assim como nas realizações das atividades de vida diária (AVD'S), causando um grande impacto de cunho emocional, físico-funcional, social e econômico, podendo até mesmo levar ao isolamento social (CAMARGOS et al., 2004).

Entre os principais sinais e sintomas da DP, têm-se as alterações motoras, que quando somadas ao sedentarismo e ao isolamento social, interferem na mobilidade dos portadores da patologia. As alterações motoras e emocionais levam a incapacidade durante todo o percurso da doença, para tanto, o foco do tratamento é a melhora ou manutenção das capacidades funcionais, principalmente as motoras, que em decorrência promoverá uma melhora na QV (SILVA, et al., 2010; RIBEIRO; KEMPER, 2009).

Desta forma, este estudo teve como objetivo avaliar as AVD'S dos portadores da doença de Parkinson, antes e após intervenção fisioterapêutica.

Metodologia

A amostra foi composta por seis mulheres com diagnóstico de DP, escolhidas de forma intencional. Inicialmente aplicou-se a escala UPDRS que objetiva uma avaliação clínica-funcional dos portadores da DP. O tratamento foi realizado de forma individual, durante 13 sessões, com duração média de 50 minutos cada, duas vezes por semana. A intervenção fisioterapêutica baseou-se em um protocolo estabelecido pela pesquisadora. Ao final do tratamento, as pacientes foram reavaliadas com os mesmos instrumentos. Os dados foram analisados através do teste não paramétrico dos postos assinalados de *Wilcoxon* com nível de significância de 5%, considerando $p \leq 0,05$, utilizando o programa SPSS 17.

Resultados e Discussão

A escala UPDRS é um dos instrumentos específicos para aplicação em portadores da doença de Parkinson. É subdividida em quatro dimensões, sendo que seus escores neste estudo foram obtidos separadamente. A dimensão I diz respeito à



atividade mental, comportamento e humor; a dimensão II engloba as AVD'S; a dimensão III refere-se à exploração motora; e a dimensão IV investiga as complicações do tratamento medicamentoso, que não foi analisado por não fazer parte dos objetivos deste estudo. A pontuação de cada item varia de 0 a 4, onde o valor mais baixo indica menor gravidade da doença (TIAGO et al., 2010).

Pode-se verificar que três pacientes mantiveram as médias pré e pós intervenção fisioterapêutica referentes a dimensão I. Nas demais dimensões todos os pacientes apresentaram uma redução das médias, o que se correlaciona com uma melhora dos escores englobados por cada dimensão, indicando menor gravidade da doença.

A dimensão I refere-se à atividade mental, comportamento e humor, englobando questões como: motivação e iniciativa, depressão, transtornos do pensamento e comprometimentos intelectuais. Após a análise de dados para comparação pré e pós-intervenção fisioterapêutica obteve-se $p=0,102$, constatando que apesar da melhora, esta não foi estatisticamente significativa, o que se justifica pelo fato da intervenção realizada não atuar diretamente nos itens que dizem respeito ao comprometimento intelectual e transtornos do pensamento englobados por esta dimensão; e a melhora encontrada dá-se pelas questões depressão, motivação e iniciativa pois estas interligam-se e podem modificarem-se de acordo com alterações das outras dimensões. Para Goulart e colaboradores (2004) os portadores da DP, além dos comprometimentos motores, possuem uma tendência rápida ao isolamento, sendo vários os fatores que contribuem para isto, tais como: depressão, alteração da voz e fala, tremor e perda de autoestima, levando a uma visão pessimista da vida.

Nos itens englobados nas dimensões II e III (AVD'S e exploração motora), encontrou-se melhoras estatisticamente significativas em ambas as dimensões, sendo $p=0,027$. Estas dimensões estão intimamente interligadas, pois quando há uma alteração na exploração motora, isto se reflete em alterações nas respostas das AVD'S. Para Silva (2010) entre os principais sinais e sintomas da DP, têm-se as alterações motoras, que quando somadas ao sedentarismo e ao isolamento social, interferem na mobilidade dos portadores da patologia. No estudo de Goulart e colaboradores (2004) observou-se uma redução na velocidade para realização dos movimentos, bem como baixa aptidão física tanto na fase inicial quanto na moderada, e não somente na fase avançada, concluindo que as alterações interferem nas habilidades funcionais diárias, fazendo-se importante a intervenção fisioterapêutica em todas as fases da DP.

Conclusões

O objetivo de verificar o nível de funcionalidade e a qualidade das AVD'S dos portadores da Doença de Parkinson, após uma rotina de intervenção fisioterapêutica, foi amplamente alcançado o que pode ser observado a partir das condutas avaliativas adotadas.

Ambos os domínios da escala UPDRS, apresentaram melhoras estatisticamente significativas, mostrando que o nível de funcionalidade das AVD'S, bem como a rigidez muscular, estabilidade postural e a marcha associada ao risco de quedas obtiveram resultados positivos enfatizando a importância da realização de um programa fisioterapêutico para melhora do quadro clínico do ponto de vista físico-funcional destes pacientes.



Referências

- CAMARGOS, A. C. R. et al. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, SP, v. 8, n. 3, p. 267-272, mai./jun., 2004.
- GOULART, F et al. Análise do desempenho funcional em pacientes portadores de doença de Parkinson. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, SP, v. 11, n. 1, pg. 12-16, 2004.
- KAUFFMAN, T. L. **Manual de reabilitação geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- RIBEIRO, A. P. et al. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.4 p. 1265-1273, 2009.
- SILVA, F. S. et al. Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida. **Revista Neurociências**, São Paulo, SP, v. 18, n.4, p.463-468, 2010.
- STOKES, M. **Neurologia para fisioterapeutas**. Moscou: Premier, 2000.
- TIAGO, M. S. F. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida na doença de Parkinson. **Revista Neurociências**, São Paulo, SP, v. 18, n.4, p. 538-543, 2010.



SÍNDROME DE DRAVET: RELATO DE CASO

SMANIOTTO, MARCELA; TESORI, BRUNA CARLA; SILVA, TAINÁ; WISNIEWSKI, ELVIS; WISNIEWSKI, MIRIAM SALETE WILK
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim.
E-mail: msalete@uricer.edu.br

Introdução

Síndrome de Dravet ou Epilepsia mioclônica severa da infância é uma forma grave de epilepsia caracterizada por convulsões clônicas ou tônico-clônicas podendo ser desencadeadas por febre ou estímulos visuais. Esta síndrome foi identificada por Dravet em 1978 e incluída na Classificação Internacional de Epilepsia e Síndromes Epilépticas em 1989 (LIBERALESSO, 2007; ARAS, ISLA, MEUR, 2015).

É considerada uma doença rara, cuja incidência é de 1 / 20.000 e 1 / 40.000 nascidos vivos e as manifestações ocorrem durante o primeiro ano de vida. Além de epilepsia, a Síndrome de Dravet está associada com atrasos cognitivos e motores, distúrbios comportamentais e um elevado risco de morte súbita (ARAS, ISLA, MEUR, 2015). Segundo Fernández-Jaén et al., (1998) a primeira crise ocorre por volta dos quatro aos oito meses de idade sendo geralmente desencadeada pela febre e com longa duração. Nesta primeira fase, até os doze meses de vida, o desenvolvimento psicomotor é normal. No entanto, a partir dos dois anos de idade, ou antes, as crises febris e mioclônicas começam a aparecer com maior frequência. Devido a esse aumento, as funções neuropsicomotoras deterioram-se progressivamente em decorrência da atividade epiléptica frequente (CASTILHO et al., 2014).

Segundo Nieto et al., (2000) podem ocorrer alterações imunológicas devido a resistência ao seu controle e tratamento clínico. Através disso, o presente estudo teve como objetivo proporcionar o contato com um indivíduo com esta síndrome, oportunizar a realização de uma anamnese seguida de um breve exame físico, com o intuito de compreender e transmitir novos conhecimentos sobre esta, que até então, é pouco conhecida.

Metodologia

Para alcançar aos objetivos, os dados foram coletados através de uma entrevista conduzida pela pesquisadora, composta por perguntas referente à história da doença atual, história da doença pregressa, aspectos psicológicos, linguagem e comunicação, atividades de vida diária e medicamentos em uso. Além disso, foi realizado um breve exame físico. A entrevista foi autorizada por familiar mediante consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

Ao aplicar a anamnese obtiveram-se os seguintes dados: J.L.L., 18 anos, sexo masculino, residente em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul/RS, com diagnóstico de Síndrome de Dravet. Apresentou a primeira crise epilética aos quatro meses de idade com febre, tempo médio de 2 horas cada crise, porém seguiu com a evolução normal até os quatro anos de idade e a partir daí seu caso clínico foi evoluindo gradativamente. Devido à raridade da síndrome, apenas em 2009 recebeu



confirmação diagnóstica. Segundo Battaglia et al., (2016) uma mutação do gene SCN1A ocorre em 70% a 80% dos casos. Entretanto, para esse caso os exames genéticos não apresentaram alterações e a provável etiologia é decorrente de uma possível hipoxemia-isquêmica durante a gestação.

Apresenta atrasos neuropsicomotores, na fala e alterações posturais devido a contraturas articulares. Segundo Castilho et al., (2014) as alterações neuropsicomotoras ocorrem devido a atividade epiléptica frequente. A maioria dos pacientes sofrem problemas de atraso e de desenvolvimento que afetam a linguagem e, portanto, comunicação (CASTILHO et al., 2014).

Segundo Thome-Souza e Valente (2011), a Síndrome de Dravet é uma síndrome epiléptica fármaco resistente, com poucas opções terapêuticas disponíveis satisfatórias. Nesse relato de caso, os medicamentos utilizados são: Topiramato 100mg - 2xdia, Depakene xarope 250mg - 5ml 3xdia, Clonazepam 2mg - 3xdia, Lamotrigina 100mg - 3xdia. Segundo Aras, Isla e Meur (2015) em seu estudo puderam concluir que os medicamentos mais utilizados para os pacientes com esta síndrome na Europa são: Valproato, Clobazam, Topiramato, Estiripentol e Levetiracetam, além disso, consideram a combinação Valproato, Clobazam, e Estiripentol como padrão-ouro para seu tratamento. Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (2012) o medicamento Estiripentol não está registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, impedindo sua venda e circulação.

Conclusões

Com esse estudo pode-se concluir que a Síndrome de Dravet é uma doença rara e que devido a presença de atividade epiléptica, ocorrem alterações nas funções cognitivas, motoras e sensoriais do indivíduo acometido, afetando diretamente sua qualidade de vida. Ainda, faz-se necessário estudos multidisciplinares favorecendo a prevenção e o tratamento de possíveis complicações relacionadas a esta síndrome.

Referências

- ARAS, L. M; ISLA, J; MEUR, A. M-L. The European patient with Dravet syndrome: Results from a parent-reported survey on antiepileptic drugs use in the European Population with Dravet syndrome. **Epilepsy & Behavior**, v. 44, p. 104–9, 2015.
- BATTAGLIA, D. et al. Outlining a core neuropsychological phenotype for Dravet syndrome. **Epilepsy Research**, v.120, p. 91-7, 2016.
- CASTILHO, M. M. M. et al. Síndrome de Dravet. **Revista Clínica Médica Familiar**, v. 7, n. 2, p. 134-6, 2014.
- FERNÁNDEZ-JAÉN, A. et al. Diagnóstico em la epilepsia mioclónica severa de la infancia: estudio de 13 casos. **Revista de Neurología**, v. 26, n. 153, p. 759-62, 1998.
- LIBERALESSO, P. B. N. Epilepsias na infância: diagnóstico e tratamento. **Revista Pediatria Moderna**, v. 43, n. 6, 2007.
- NIETO, M. et al. Estudio inmunológico en pacientes con epilepsia mioclónica severa en la infancia. **Revista de Neurología**, v. 30, n. 5, p. 412-4, 2000.
- THOME-SOUZA, S; VALENTE, K. D. R. Droga órfã: surgimento de um novo conceito. **J. epilepsy clin. neurophysiol**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 144-7, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (OMS). **Estiripentol**. Disponível em <(http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/Estiripentol--atualizada-em-02-12-2013-.pdf)>. Acesso em 21 de março de 2016.