

ISSN 0104-7795 (Impresso)
ISSN 2317-0190 (Online)

ACTA FISIÁTRICA

Volume Suplemento

28 - 1

Abril - 2021



INSTITUTO DE
MEDICINA FÍSICA E
REABILITAÇÃO
HC FMUSP

Rede Lucy Montoro

www.revistas.usp.br/actafisiatrica



XXVII CONGRESSO BRASILEIRO de Medicina Física e Reabilitação

ANAIS
XXVII Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação
Formato Online - 7 a 10 de Abril 2021



ABMFR

Associação Brasileira de
Medicina Física e Reabilitação

A revista Acta Fisiátrica (ISSN 0104-7795, e-ISSN 2317-0190) é uma publicação trimestral do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas e do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Editora Chefe

Linamara Rizzo Battistella

Editora Associada

Marta Imamura

Editor Técnico

Flavio Rodrigo Cichon

Conselho Editorial

Armando Pereira Carneiro (Hospital Arapiara), Carlos Alberto Issa Musse (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul), Carmen Lúcia Natividade de Castro (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Christina May Moran de Brito (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo), Fabio Marcon Alfieri (Centro Universitário Adventista de São Paulo), José Augusto Fernandes Lopes (Associação de Assistência à Criança Deficiente), José Maria Santarém Sobrinho (Instituto Biodelta de Ensino e Pesquisa), Marcelo Alves Mourão (Universidade de São Paulo), Marcelo Saad (Hospital Israelita Albert Einstein), Margarida Harumi Miyazaki (Universidade de São Paulo), Rebeca Boltes Cecatto (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo), Therezinha Rosane Chamlian (Universidade Federal de São Paulo), Satiko Tomikawa Imamura (Universidade de São Paulo)

Conselho Editorial Internacional

Pedro Cantista (Universidade Católica Portuguesa), Filipa Faria, (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Portugal), Jorge Manuel Costa Laíns (Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro, Portugal)

Indexação



Contato

Rua Diderot, 43 - Vila Mariana | São Paulo - SP

Fone: +55 (11) 5180-7855

E-mail: actafisiatrica@hc.fm.usp.br

Web: www.revistas.usp.br/actafisiatrica

Associada / Membro



The Acta Fisiatrica Journal (ISSN 0104-7795, e-ISSN 2317-0190) is a quarterly publication of the Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas and the Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho of the Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Editor in Chief

Linamara Rizzo Battistella

Associate Editor

Marta Imamura

Technical Editor

Flavio Rodrigo Cichon

Editorial Board

Armando Pereira Carneiro (Hospital Arapiara), Carlos Alberto Issa Musse (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul), Carmen Lúcia Natividade de Castro (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Christina May Moran de Brito (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo), Fabio Marcon Alfieri (Centro Universitário Adventista de São Paulo), José Augusto Fernandes Lopes (Associação de Assistência à Criança Deficiente), José Maria Santarém Sobrinho (Instituto Biodelta de Ensino e Pesquisa), Marcelo Alves Mourão (Universidade de São Paulo), Marcelo Saad (Hospital Israelita Albert Einstein), Margarida Harumi Miyazaki (Universidade de São Paulo), Rebeca Boltes Cecatto (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo), Therezinha Rosane Chamlian (Universidade Federal de São Paulo), Satiko Tomikawa Imamura (Universidade de São Paulo)

Editorial Board Internacional

Pedro Cantista (Universidade Católica Portuguesa), Filipa Faria, (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Portugal), Jorge Manuel Costa Laíns (Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro, Portugal)

Indexing



Contact

Rua Diderot, 43 - Vila Mariana | São Paulo - SP

Fone: +55 (11) 5180-7855

E-mail: actafisiatrica@hc.fm.usp.br

Web: www.revistas.usp.br/actafisiatrica

Associated / Member





XXVII CONGRESSO BRASILEIRO de Medicina Física e Reabilitação

7 de ABRIL

BÁSICO DE DOR

Coordenadores: Luciana Dotta\Diego Toledo
Carga Horária: 7h30min
Duração: 08:30 - 17:00
Modalidade: Curso Teórico
Público Alvo: Médicos
Sala: 1

PROGRAMAÇÃO

8:30 - 9:10	Definições, classificações e epidemiologia <i>Carlos Alberto Issa Musse</i>
9:10 - 9:50	Diagnóstico da dor aguda e da dor crônica <i>Diego Toledo Reis Mendes Fernandes</i>
10:00 - 10:40	Dor neuropática <i>Rogério Adas Ayres de Oliveira</i>
10:40 - 11:20	Dor em populações especiais (idosos, mulheres, crianças e gestantes) <i>Luciana Dotta</i>
11:20 - 12:00	Instrumentos de avaliação de dor nociceptiva e neuropática <i>Irina Raicher</i>
13:00 - 13:45	Princípios do tratamento da dor aguda <i>Luciana Dotta</i>
13:45 - 14:45	Princípios do tratamento da dor crônica <i>Diego Toledo Reis Mendes Fernandes</i>
15:00 - 15:45	Plasticidade cerebral na dor <i>Liliana Lourenço Jorge</i>
15:45 - 16:05	Discussão de casos clínicos: dor aguda <i>Diego Toledo Reis Mendes Fernandes</i>
16:05 - 16:30	Discussão de casos clínicos: dor neuropática <i>Rogério Adas Ayres de Oliveira</i>
16:30 - 17:00	Discussão de casos clínicos: dor aguda <i>Carlos Alberto Issa Musse</i>

POSSIBILIDADES EM PRÓTESES PARA AMPUTAÇÕES DO MEMBRO INFERIOR

Coordenação: Academy Ottobock
Duração: 08:30 - 17:00
Modalidade: Curso
Público Alvo: Médicos
Sala: 2

MIF, weeFIM e SCIM

Coordenadora: Viviana Porangaba Sarmiento
Carga Horária: 7h30min
Duração: 08:30 - 17:00
Modalidade: Curso Teórico
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: Sala 4

PROGRAMAÇÃO

8:30 - 8:50	Introdução
8:50 - 9:20	Funcionalidade X incapacidade / desempenho X capacidade <i>Juliana Nogueira Coelho</i>
10:00 - 10:30	Spinal Cord Independence Measure (SCIM) - perspectiva histórica (Versões I, II, III e IV) <i>Thabata Pasquini Soeira</i>
10:30 - 11:15	Aplicabilidade, validação, reprodutibilidade e tradução <i>Thabata Pasquini Soeira</i>
11:15 - 12:00	Exercícios de fixação - vídeos de pacientes <i>Juliana Nogueira Coelho</i>
13:00 - 13:30	Medida da Independência Funcional (MIF) <i>Thabata Pasquini Soeira</i>
13:30 - 14:30	Aplicabilidade, validação, reprodutibilidade e tradução <i>Thabata Pasquini Soeira</i>
14:30 - 15:30	Exercícios de fixação - vídeos de pacientes <i>Juliana Nogueira Coelho</i>
15:40 - 16:40	weeFIM <i>Viviana Porangaba Sarmiento</i>
16:40 - 17:00	Discussão

12:00 - 13:00
Simpósio Satélite Allergan

ABERTURA
CONFERÊNCIA MAGNA
Desafios da Reabilitação na era Pós COVID 19
Prof. Dra. Marta Imamura – São Paulo, SP
Horário: 17:00 - 18:00
Sala 6

LESÕES ENCEFÁLICAS

Coordenadora: Liliانا Lourenço Jorge
Carga Horária 3 horas
Duração: 18:00 - 21:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 1

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:25	Interface cérebro-máquina e exoesqueletos - tecnologia na reabilitação do AVC <i>Edgard Morya</i>
18:25 - 18:50	Reabilitação precoce no AVC - resultados funcionais e impacto econômico <i>Mônica Calazans Silva Cherpak</i>
18:50 - 19:15	Neuroimagem como ferramenta diagnóstica e prognóstica <i>Liliana Lourenço Jorge</i>
19:30 - 19:55	Biomarcadores prognósticos no AVC <i>Marcel Simis</i>
19:55 - 20:20	Eletroestimulação no sistema nervoso e neuroplasticidade: neuroreabilitação aumentada <i>Erich Talamani Fonoff</i>
20:20 - 20:45	Reabilitação nos distúrbios do equilíbrio <i>Vanessa Costa Monteiro</i>

DOR MUSCULOESQUELÉTICA

Coordenador: Leonardo Fossati Metsavaht

Carga Horária: 3 horas

Duração: 18h00 - 21h00

Modalidade: Mesa Redonda

Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde

Sala: 2

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:25	Atualização em fibromialgia <i>Carlos Alberto Issa Musse</i>
18:25 - 18:50	Síndrome de hiper mobilidade <i>Angélla Aragonez Essado Jácomo</i>
18:50 - 19:15	Toxina botulínica no tratamento da dor miofascial <i>Ana Cristina Ferreira Garcia Amorim</i>
19:15 - 19:40	Indicação de injeções epidurais nas lombalgias <i>Daniel Camargo Pimentel</i>
19:50 - 20:15	ENMG como método auxiliar no diagnóstico e tratamento das lombociatalgias <i>Caio Ribeiro Azevedo Gomes</i>
20:15 - 20:40	Avaliação biocinética nos acometimentos dolorosos do aparelho locomotor <i>Leonardo Fossati Metsavaht</i>
20:40 - 21:05	Erros comuns no tratamento da lombalgia crônica inespecífica <i>Lin Tchia Yeng</i>
21:05 - 21:20	Encerramento

CUIDADOS PALIATIVOS

Coordenadora: Luciana Dotta

Carga Horária: 3 horas

Duração: 18h00 - 21h00

Modalidade: Mesa Redonda

Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde

Sala: 3

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:20	Panorama brasileiro e mundial <i>Sandra Caires Serrano</i>
18:20 - 18:40	Cuidados paliativos em pediatria <i>Luciana Dotta</i>
18:40 - 19:00	Cuidados paliativos nas doenças neurológicas graves <i>Eduardo Dias</i>
19:20 - 19:40	Burn out do cuidador <i>Cristiane Isabela de Almeida</i>
19:40 - 20:00	Manejo de conflitos e o impacto da comunicação efetiva <i>Sandra Caires Serrano</i>
20:00 - 20:20	Decisões de fim de vida e a legislação no Brasil e no mundo <i>Sandra Caires Serrano</i>
20:20 - 20:40	Modelos integrativos: hospitalar, ambulatorial, hospícios e alternativos <i>Eduardo Dias</i>

REABILITAÇÃO ONCOLÓGICA

Coordenadora: Christina May Moran de Brito

Carga Horária: 3 horas

Duração: 18:00 - 21:00

Modalidade: Mesa Redonda

Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 4

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:30	Moderador: <i>Pedro Melhado Tovo</i> Neuropatia induzida por quimioterapia: avaliação e reabilitação <i>Rebeca Boltes Cecatto</i>
18:30 - 19:00	Cuidados de reabilitação em pacientes com doença óssea metastática <i>Christina May Moran de Brito</i>
19:50 - 20:20	Manejo da síndrome dolorosa pós-cirurgia oncológica de mama <i>Victor Figueiredo Leite</i>
20:20 - 20:50	Reabilitação em oncologia ortopédica pediátrica <i>Silvia Wasserstein</i>

REABILITAÇÃO PÓS COVID 19

Coordenadora: Aline Rosseti Mirisola
Carga Horário: 3 horas
Duração: 18:00 - 21:00
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Modalidade: Mesa Redonda
Sala: 5

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:20	Reabilitação em Unidades Hospitalares e Clínicas de Transição Demandas de reabilitação na fase aguda <i>Renato Silva Martins</i>
18:20 - 18:40	Transição de cuidados em hospital terciário e abordagem das complicações cardiorrespiratórias <i>Luciana Diniz Nagem Janot Matos</i>
18:40 - 19:00	Reabilitação em clínica de transição e planejamento de cuidados domiciliares <i>Cláudia Sayuri Furukawa Oshiro</i>
19:20 - 19:40	Reabilitação em Centros de Reabilitação Alterações neurológicas <i>Chiara Maria Tha Crema</i>
19:40 - 20:00	Reabilitação no idoso e fadiga <i>Danielle Bianchini Rampim</i>
20:00 - 20:20	Sarcopenia <i>Isabel Chateaubriand Diniz de Salles</i>
20:20 - 20:40	Dor <i>Daniel Amorim Tavares</i>

18:00 - 21:00
Temas Livres
Apresentação de Trabalhos



XXVII CONGRESSO BRASILEIRO de Medicina Física e Reabilitação

8 de ABRIL

POSSIBILIDADES EM PRÓTESES PARA AMPUTAÇÕES DO MEMBRO SUPERIOR

Coordenação: Academy Ottobock
Carga Horária: 7:30min
Duração: 08:30 - 17:00
Modalidade: Curso
Público Alvo: Médicos
Sala: 1

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA INCAPACIDADE - CIF

Coordenadora: Juliana Nogueira Coelho
Carga Horária: 7:30min
Duração: 08:30 - 17:00
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Modalidade: Curso
Sala: 2

PROGRAMAÇÃO

	Palestrante: <i>Juliana Nogueira Coelho</i>
8:30 - 9:00	Introdução e histórico da CIF
9:00 - 9:15	Modelo da CIF
9:25 - 10:30	Exercícios de fixação
11:00 - 12:00	Qualificadores
13:00 - 13:15	Check list da CIF
13:15 - 14:00	Core sets da CIF
14:00 - 14:45	Instrumentos baseados na CIF
14:55 - 15:20	Aplicabilidade da CIF

TERMOGRAFIA

Coordenadora: Luciane Fachin Balbinot
Moderador: Antonio Carlos de Camargo Filho
Carga Horária: 9 horas
Duração: 09:00 - 17:30
Público Alvo: Médicos
Modalidade: Curso
Sala: 4

PROGRAMAÇÃO

9:00 - 9:10	Metas e projetos do capítulo de termografia da ABMFR <i>Luciane Fachin Balbinot</i>
9:10 - 9:30	Como incluir o ensino da termografia na residência médica fisiatríca
9:30 - 10:00	Princípios físicos e histórico da termografia médica no Brasil e no mundo <i>Luciane Fachin Balbinot</i>

10:15 - 10:35	Bases fisiológicas da interpretação de imagem infra vermelha <i>Marcos Leal Brioshi</i>
10:35 - 11:15	Novos softwares para análise de imagens termográficas <i>Marcos Leal Brioshi</i>
11:15 - 12:00	Implantação de um Laboratório de Termografia em um Centro de Reabilitação <i>Linamara Rizzo Battistella</i>
13:30 - 14:00	Vídeos comentados de realização do exame termográfico e análise de imagens <i>Moderador e palestrantes</i>
14:00 - 16:00	Protocolos de aplicação ao médico fisiatra (sequência de casos clínicos)
14:00 - 14:25	Dor musculoesquelética e reabilitação esportiva <i>Marcos Leal Brioshi</i>
14:25 - 14:50	Dor neuropática e neuropatias <i>Luciane Fachin Balbinot</i>
16:00 - 16:25	Dor generalizada: termografia em fibromialgia <i>Joana Stela Rovani</i>
16:25 - 16:50	Termografia aplicada a perícias médicas <i>Rodrigo de Almeida Prado</i>
16:50 - 17:15	Discussão

SIMPÓSIO TRATAMENTO POR ONDAS DE CHOQUE

Coordenador: Cláudio Lopes Simplício

Carga Horária: 3 horas

Duração: 9:00 - 12:00

Público Alvo: Médicos

Modalidade: Curso / Simpósio

Sala: 5

PROGRAMAÇÃO

9:00 - 9:20	Ondas de choque: princípios e efeitos <i>Cláudio Lopes Simplício</i>
9:20 - 9:40	Indicações e contra-indicações <i>Oyama Arruda Frei Caneca Junior</i>
9:40 - 10:00	Síndrome miofascial <i>Gilson Tanaka Shinzato</i>
10:30 - 10:50	Lombalgia <i>Antônio Rodrigues D'Almeida Neto</i>
10:50 - 11:10	Tratamento de feridas <i>Ana Lucia Teixeira Mourão</i>
11:10 - 11:30	Aspectos econômicos <i>Cláudio Lopes Simplício</i>

12:00 - 13:00

Simpósio Satélite Green Care
Manejo da Dor Crônica com Uso de Canabidiol
Caio Ribeiro Rondon
Sala 5

MESOTERAPIA

Coordenador: Leonardo Metsavaht

Carga Horária: 4 horas

Duração: 13:00 - 17:00

Modalidade: Curso

Público Alvo: Médicos
Sala: 5

PROGRAMAÇÃO

13:00 - 13:20	Introdução ao método da Mesoterapia Porque mesoterapia? <i>Leonardo Fossati Metsavaht</i>
13:20 - 13:40	Introdução a mesoterapia <i>Lícia Alexandrino de Araújo</i>
13:40 - 14:10	Farmacologia básica <i>João Eduardo de Paula Pereira de Almeida</i> Como eu trato
14:10 - 14:40	Cervicalgias e dorsalgias <i>Gilson Lotario Zahdi</i>
14:40 - 15:10	Lombalgias <i>Danielle Muri Rivera</i>
15:20 - 15:50	Osteoartrite <i>Maria Matilde de Mello Sposito</i>
15:50 - 16:20	Tendinopatias
16:20 - 16:50	Nervos periféricos <i>Luciane Fachin Balbinot</i>

17:00 - 18:00
Conferência Magna
Medicina Baseada em Evidências em Medicina Física e Reabilitação
Simo Taimela – Espoo, Finlândia
Sala 6

ESPASTICIDADE

Coordenadora: Maria Matilde de Mello Sposito
Carga Horária: 3 horas
Duração: 18:00 - 21:00
Público Alvo: Médicos
Modalidade: Mesa Redonda
Sala: 1

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:20	Toxina botulínica: uso baseado em evidências científicas <i>Rafael Hossamu Yamauti</i>
18:20 - 18:40	Espasticidade na criança <i>Maria Angela de Campos Gianni</i>
19:00 - 19:20	Tratamento clínico da espasticidade no adulto: visão global <i>Luiz Antonio M. H. M. Castro</i>
19:20 - 19:40	Ondas de choque no tratamento adjuvante da espasticidade <i>Gilson Tanaka Shinzato</i>
19:50 - 20:10	Canabinóides no tratamento da espasticidade <i>Pedro Antônio Pierro Neto</i>
20:20 - 20:40	Tratamento neurocirúrgico <i>Bernardo de Monaco</i>

MEDICINA DO TRABALHO E PERÍCIA MÉDICA

Coordenador: Moisés da Cunha Lima

Carga Horária: 3 horas

Duração: 18:00 - 21:00

Público Alvo: Médicos

Modalidade: Mesa Redonda

Sala: 2

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:30	Preditores de absenteísmo e afastamento definitivo do trabalho <i>Simo Taimela – Espoo, Finlândia</i>
18:30 - 18:55	Lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho <i>Diego Toledo</i>
18:55 - 19:20	Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho <i>José Carlos do Carmo</i>
19:35 - 20:00	Reabilitação laboral <i>Carlos Souto dos Santos Filho</i>
20:00 - 20:25	Quando a ENMG pode colaborar com o laudo pericial trabalhista <i>Fabiola Cavaliere</i>
20:25 - 20:50	Desafios de se atestar incapacidade para o trabalho em pacientes com dor crônica <i>Moisés da Cunha Lima</i>

REABILITAÇÃO DESPORTIVA

Coordenador: Paulo Potiguara Novazzi Pinto

Carga Horária: 3 horas

Duração: 18:00 - 21:00

Público Alvo: Médicos e Profissionais de Saúde

Modalidade: Mesa Redonda

Sala: 3

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:25	Reabilitação das lesões musculares traumáticas <i>Mário Sergio Rossi Vieira</i>
18:25 - 18:50	Uso racional de suplementos <i>Paulo Potiguara Novazzi Pinto</i>
19:10 - 19:35	Indicações do ácido hialurônico nas lesões esportivas <i>Paulo Cesar Hamdan</i>
19:35 - 19:55	Mesoterapia no esporte <i>Luciane Fachin Balbinot</i>
19:55 - 20:20	Uso da terapia por ondas de choque em lesões esportivas <i>Ana Lúcia Teixeira Mourão</i>
20:30 - 20:55	Paraesporte no Brasil <i>Roberto Vital</i>

DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS

Coordenador: Rodrigo Parente Medeiros

Carga Horária: 3 horas

Duração: 18:00 - 21:00

Público Alvo: Médicos

Modalidade: Mesa Redonda

Sala: 4

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:20	Esclerose Lateral Amiotrófica Manejo fadiga <i>Mirian Conceição Moura</i>
18:20 - 18:40	Uso de Cannabis medicinal <i>Sarah Ribeiro Issy</i>
18:40 - 19:00	Manejo da dor <i>Ana Cristina Ferreira Garcia Amorim</i>
19:20 - 19:40	Atrofia Muscular Espinal Padrões respiratórios <i>Lorine Uchoa Inácio Matos</i>
19:40 - 20:00	Manejo fonoaudiológico <i>Paula Martins Alves de Castro Roldão</i>
20:00 - 20:20	Deformidades e complicações AME: o fisiatra na prevenção e tratamento <i>Carolinne Borges Alves</i>
20:20 - 20:40	Custo e benefícios dos tratamentos <i>Cristiane de Araújo Martins Moreno</i>

NEUROPATIAS PERIFÉRICAS

Coordenador: Lucas Martins de Exel Nunes
Carga Horária: 3 horas
Duração: 18:00 - 21:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 5

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:40	Qual a importância da neurofisiologia para a Fisiatria? <i>Tae Mo Chung</i>
18:40 - 19:20	Polirradiculoneuropatias Inflamatórias <i>Fabiola Cavaliere</i>
19:30 - 20:10	Neuropatia de fibras finas <i>Lucas Martins de Exel Nunes</i>
20:10 - 20:50	Reabilitação das neuropatias compressivas mais comuns <i>Danielle Bianchini Rampim</i>

CANABINÓIDES

Coordenadora: Luciana Dotta
Carga Horária: 3 horas
Duração: 18:00 - 21:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos
Sala: 6

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:40	Conceitos básicos no uso de canabinóides
18:40 - 19:20	Uso no tratamento da dor <i>Sandra Caires Serrano</i>
19:30 - 20:10	Uso na espasticidade <i>Andrea Thomaz Viana</i>
20:10 - 20:50	Uso no TEA, distonias e epilepsia <i>Maurício Brigagão Verderame</i>



XXVII CONGRESSO BRASILEIRO de Medicina Física e Reabilitação

9 de ABRIL

POSSIBILIDADES EM ÓRTESES PARA LESÕES NEUROLÓGICAS DO MEMBRO INFERIOR

Coordenação: Academy Ottobock
Duração: 8:30 - 12:00
Modalidade: Curso
Público Alvo: Médicos
Sala: 1

ANÁLISES BIOCINÉTICAS TRIDIMENSIONAIS

Coordenador: Leonardo Fossati Metsavaht
Carga Horária: 4 horas
Duração: 8:00 - 12:00
Público Alvo: Médicos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Educadores Físicos
Modalidade: Curso
Sala: 2

PROGRAMAÇÃO

8:00 - 8:30	Conceitos fundamentais para análises biocinéticas tridimensionais <i>Mariana Machado</i>
8:30 - 9:00	Análises biocinéticas 3D nas patologias dos membros inferiores <i>Renato Locks</i>
9:00 - 9:30	Análises biocinéticas 3D nas patologias dos membros superiores <i>Gustavo Leporace</i>
9:30 - 10:00	Análises biocinéticas 3D nas patologias da coluna <i>Leonardo Fossati Metsavaht</i>
10:10 - 10:40	A procura do movimento perfeito: esse é o caminho perfeito? <i>Gustavo Leporace</i>
10:40 - 11:10	Como utilizar avaliações biocinéticas para tomada de decisões médicas? <i>Leonardo Fossati Metsavaht</i>
11:10 - 12:00	Mesa redonda: casos clínicos para diagnóstico funcional e intervenção Moderador: <i>Leonardo Fossati Metsavaht</i> Debatedores: <i>Gustavo Leporace</i> <i>Leonardo Fossati Metsavaht</i> <i>Mariana Machado</i>

I JORNADA CONO SUR – AMLAR

Coordenador: Eduardo de Melo Carvalho Rocha
Carga Horária: 4 horas
Duração: 08:00 - 12:00
Público Alvo: Médicos
Modalidade: Mesa Redonda
Sala: 3

PROGRAMAÇÃO

8:00 - 8:25	Análisis de marcha y dolor crónica <i>Suzana Amorós – Madrid, Espanha</i>
8:30 - 8:55	Dolor en niños <i>Veronica Matassa – Buenos Aires, Argentina</i>
9:00 - 9:25	Evaluación electrodiagnostica em unidade de cuidados intensivos <i>Enrique Estévez Rivera – Bogotá, Colombia</i>
9:30 - 9:55	Capsulitis adhesiva <i>Gabriela Stadler Waldner – Montevideo, Uruguay</i>
10:30 - 10:55	Implante de membros <i>Juan Manuel Guzman – Ciudad de México, México</i>
11:00 - 11:25	Rehabilitación en covid <i>Carolina de Lourdes Rivera – Santiago, Chile</i>
11:30 - 11:55	Reabilitação pós covid em Portugal <i>Jorge Lains – Lisboa, Portugal</i>

11:00 - 12:00
WORKSHOP MERZ
Sala 6

12:00 - 13:00
SIMPÓSIO INDÚSTRIA IPSEN
Sala 5

12:00 - 13:00
Conferência Magna
Fenótipos da osteoartrite e novos alvos de tratamento
Ali Mobasheri – Oulu, Finlândia
Sala 6

TELEREABILITAÇÃO

Coordenadora: Milene Silva Ferreira
Carga Horária: 4 horas
Duração: 14:00 - 18:00
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Modalidade: Mesa Redonda
Sala: 1

PROGRAMAÇÃO

14:00 - 14:25	Legislação e marcos regulatórios e suas especificidades na reabilitação <i>Chao Lung Wei</i>
14:25 - 14:50	Limites éticos e riscos do teleatendimento <i>Chao Lung Wei</i>
14:50 - 15:15	Humanização e teleatendimento <i>Izabel Cristina Rios</i>
15:15 - 15:40	Reabilitação presencial X telereabilitação (prós, contras, modelos mistos): limites e possibilidades <i>Linamara Rizzo Battistella</i>

16:00 - 16:40	Experiências no SUS - Rede Lucy Montoro <i>Fernando Quadros Ribeiro</i>
16:40 - 17:20	Experiências na rede suplementar de saúde <i>Milene silva Ferreira</i>

NOVAS TECNOLOGIAS

Coordenador: André Tadeu Sugawara
Carga Horária: 3 horas
Duração: 18:00 - 21:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 1

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:25	IV revolução industrial na saúde 4.0 <i>Maria Lidia Rebello Pinho Dias Scoton</i>
18:25 - 18:50	Automação e robotização <i>Eduardo Mario Dias</i>
18:50 - 19:15	Vantagens e evidências clínicas da reabilitação robótica <i>Marta Imamura</i>
19:15 - 19:40	Aplicativos em reabilitação <i>Patrícia Martins Ferreira</i>
19:45 - 20:10	Aplicações da realidade virtual na reabilitação <i>Dalton Yoshimi Kina</i>
20:10 - 20:35	Realidade virtual e realidade aumentada <i>Andre Sernaglia Cerdeira</i>
20:35 - 21:00	Gemeo digital <i>Elcio Brito</i>
21:00 - 21:15	Discussão

DOR

Coordenador: Diego Toledo Reis Mendes Fernandes
Carga Horária: 6 horas
Duração: 14:00 - 20:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 2

PROGRAMAÇÃO

14:00 - 14:45	Atualização no tratamento da lombalgia crônica inespecífica <i>Patrick Hunka Ferreira</i>
14:45 - 15:10	Atualização no tratamento da cervicalgia <i>Diego Toledo Reis Mendes Fernandes</i>
15:10 - 15:35	Abordagem do ombro doloroso <i>Mariela Diamant Socolowski</i>
16:00 - 16:25	Terapia por ondas de choque no tratamento da dor neuropática <i>Gilson Tanaka Shinzato</i>
16:25 - 16:50	Avaliação neurofisiológica da dor neuropática <i>Lucas Martins de Exel Nunes</i>
16:50 - 17:15	Neuromodulação no tratamento da dor crônica <i>Rogério Adas Ayres de Oliveira</i>
17:35 - 18:00	Particularidades da dor na mulher <i>Telma Regina Mariotto Zakka</i>

18:00 - 18:25	Dor na infância <i>Luciana Dotta</i>
18:25 - 18:50	Nutrição e dor <i>Maike Heerd</i>
19:10 - 19:35	Papel do fisiatra no tratamento da dor oncológica <i>Elisangela Pinto Marinho de Almeida</i>
19:35 - 20:00	Uso racional de opióides <i>Hazem Adel Ashmawi</i>
20:00 - 20:25	Derivados da Cannabis no tratamento da dor crônica <i>Caio Ribeiro Rondon</i>

GESTÃO

Coordenadora: Danielle Bianchini Rampim
Carga Horária: 7 horas
Duração: 14:00 - 21:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos
Sala: 3

PROGRAMAÇÃO

14:00 - 14:25	Gestão pessoal <i>Maike Heerd</i>
14:25 - 14:50	Gestão de carreira médica <i>Linamara Rizzo Battistella</i>
14:50 - 15:15	Marketing médico <i>Paulo Potiguara Novazzi</i>
15:40 - 16:05	Gestão de consultório <i>Paulo Potiguara Novazzi</i>
16:05 - 16:35	Liberdade financeira: o que a faculdade não ensina <i>Francinaldo Lobato Gomes</i>
16:35 - 17:05	Aposentadoria sem previdência <i>Francinaldo Lobato Gomes</i>
17:30 - 18:20	Design thinking <i>André Lupu</i>
18:40 - 19:05	Gestão em operadora de saúde <i>Danielle Bianchini Rampim</i>
19:05 - 19:30	Bundles em reabilitação <i>Marcelo de Jesus Justino Ares</i>
19:30 - 19:55	Certificação em reabilitação <i>Paola Lucesoli de Valyi</i>
19:55 - 20:20	Gestão de Equipe Multidisciplinar <i>Lorella Marianne Chiappetta</i>

BIOFOTÔNICA E REABILITAÇÃO

Coordenadora: Rebeca Boltes Cecatto
Carga Horária: 4 horas
Duração: 14:00 - 18:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 4

PROGRAMAÇÃO

14:00 - 14:30	Histórico do uso da biofotônica na área da saúde <i>Nivaldo Antônio Parizotto</i>
----------------------	---

14:30 - 15:00	Princípios técnicos do uso da biofotônica <i>Kristianne Porta Santos Fernandes</i>
15:25 - 15:50	Aplicações clínicas da biofotônica na reabilitação <i>Hélio Plapler</i>
15:50 - 16:15	Biofotônica no tratamento da dor crônica <i>Mariana Bernardes Batista Monteiro</i>
16:15 - 17:40	Panorama do uso da biofotônica no SUS <i>Filipe Danilo das Neves</i>

REABILITAÇÃO HOSPITALAR

Coordenadora: Isabel Chateubriand Diniz Salles
Carga Horária: 3 horas
Duração: 18:00 - 21:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e profissionais da Saúde
Sala: 4

PROGRAMAÇÃO

18:00 - 18:25	Reabilitação em unidades críticas e unidades de internação <i>Isabel Chateubriand Diniz Salles</i>
18:25 - 18:50	Desafios de um serviço de interconsulta hospitalar em fisioterapia num hospital geral <i>Moisés da Cunha Lima</i>
18:50 - 19:05	A necessidade de padronização - uso da CIF na reabilitação hospitalar <i>Christina May Moran Brito</i>
19:30 - 19:55	Cuidados de transição hospital-domicílio <i>Milene Silva Ferreira</i>
19:55 - 20:20	Programa de transição integrado em pacientes com AVC <i>Ana Paula Fonseca</i>
20:20 - 20:45	A monitorização de desfechos clínicos em um hospital de reabilitação: qual o momento de alta e para onde?

LESÃO MEDULAR

Coordenador: Marcelo de Jesus Justino Ares
Carga Horária: 7 horas
Duração: 14:00 - 21:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 5

PROGRAMAÇÃO

14:00 - 14:25	Atualização em classificação AIS e uso da CIF no tratamento da lesão medular <i>Marcelo de Jesus Justino Ares</i>
14:25 - 14:50	Abordagem fisioterápica na fase aguda da lesão medular <i>Daniel Rubio de Souza</i>
14:50 - 15:05	Morbimortalidade na fase crônica da lesão medular <i>Sandra Tripodi</i>
15:25 - 15:50	Indicação de marca passo diafragmático em tetraplégicos <i>Miguel Lia Tedde</i>
15:50 - 16:15	Lesão medular em idosos <i>Marcelo de Jesus Justino Ares</i>
16:15 - 16:40	Comparando programas de reabilitação em regime de internação e ambulatoriais <i>Ester Bueno Cunha</i>
16:40 - 17:05	Paciente oncológico com lesão medular <i>Victor Figueiredo Leite</i>

17:30 - 17:55	Neuromodulação sacral em lesão medular <i>Ricardo Salvodelli</i>
17:55 - 18:20	Terapias integrativas no tratamento da dor neuropática em lesados medulares <i>Adriana Rosa Lovisotto Cristante</i>
18:20 - 18:55	Perspectivas de tratamento e regeneração medular <i>Júlia Maria D'Andrea Greve</i>
19:20 - 19:45	Tratamento da dor neuropática em lesão medular - casos difíceis <i>Bernardo de Monaco</i>
19:45 - 20:10	Tratamento da espasticidade refratária na lesão medular - casos difíceis <i>Bernardo de Monaco</i>
20:10 - 20:35	O que lesado medular faz fora do Centro de Reabilitação? <i>Elizabeth Tsubomi Saito Guiotoko</i>
20:35 - 21:00	Discussão

MEDICINA REGENERATIVA E NOVAS TERAPÊUTICAS

Coordenadora: Suely Mitiko Gomi Kuwae

Carga Horária: 7 horas

Duração: 14:00 - 21:00

Modalidade: Mesa Redonda

Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde

Sala: 6

PROGRAMAÇÃO

14:00 - 14:30	Introdução <i>Suely Mitiko Gomi Kuwae</i>
14:30 - 15:00	Bases da regeneração tecidual <i>Renato Luiz Bevilacqua de Castro</i>
15:00 - 15:30	Terapia celular nas doenças articulares <i>Ali Mobasheri</i>
15:30 - 16:00	Viscossuplementação e ácido hialurônico <i>Eduardo de Melo Carvalho Rocha</i>
16:00 - 16:30	PRP - plasma rico em plaquetas <i>Arthur Rangel Azevedo</i>
16:30 - 16:50	Discussão
16:50 - 17:00	Intervalo
17:00 - 17:30	Indicações e vantagens de procedimentos guiados por ultrassom <i>Glauco Pimentel</i>
17:30 - 18:00	Terapia por ondas de choque na dor crônica <i>Cláudio Lopes Simplício</i>
18:00 - 18:30	Terapia neural - fundamentos na dor musculoesquelética <i>Gonzalo Hernán Andina</i>
18:30 - 18:50	Discussão
18:50 - 19:00	Intervalo
19:00 - 19:30	Ozonioterapia na medicina regenerativa <i>Maria Emilia Gadelha</i>
19:30 - 20:00	Nutrição e osteoartrite <i>Antonio Martins Tieppo</i>
20:00 - 20:30	Suplementação alimentar <i>Paulo Potiguara Novazzi</i>
20:30 - 21:00	Discussão e Encerramento



XXVII CONGRESSO BRASILEIRO de Medicina Física e Reabilitação

10 de ABRIL

PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE

Coordenadora: Cristiane Isabela Almeida

Carga Horária: 10 horas

Duração: 8:00 - 18:00

Modalidade: Mesa Redonda

Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde

Sala: 1

PROGRAMAÇÃO

8:00 - 8:15	Abertura - práticas integrativas em saúde <i>Cristiane Isabela de Almeida</i>
8:15 - 8:45	Conceitos e princípios da medicina integrativa e saúde <i>Denise Tiemi Noguchi</i>
8:45 - 9:15	Efeitos das práticas mente-corpo no SNC <i>Rui Afonso</i>
9:15 - 9:45	Integrative Health Coaching: práticas de gestão de estresse externo e autoinduzido <i>Fábio Ricardo de Souza Romano</i>
10:00 - 10:30	Espiritualidade e religiosidade: evidências científicas na saúde <i>Marcelo Saad</i>
10:30 - 11:00	Bases biológicas da empatia, bondade e saúde <i>Sheila Jean McNeill Ingham</i>
11:00 - 11:40	Ética e cultura da paz: interdependência e cuidado humano <i>Lia Diskin</i>
11:40 - 12:00	Prática meditativa: atenção e concentração <i>Lia Diskin</i>
13:00 - 13:30	Gestão emocional das organizações: cultivando o equilíbrio emocional <i>Elisa Kozasa</i>
13:30 - 14:00	Yoga e vida com qualidade <i>Marcos Rojo Rodrigues</i>
14:00 - 14:30	Contribuições do Oriente para a medicina integrativa <i>Mario Sérgio Rossi Vieira</i>
14:30 - 15:00	Manutenção da saúde motora através do toque terapêutico <i>Luiz Fernando Bertolucci</i>
15:15 - 15:45	Yogaterapia <i>Danilo Forghieri Santaella</i>
15:45 - 16:25	Treinamento da compaixão e a experiência da prática integrativa na graduação médica <i>Carlos Henrique Amaral de Souza</i>
16:25 - 16:45	Prática meditativa: autocompaixão <i>Carlos Henrique Amaral de Souza</i>
16:45 - 17:15	Interface da reabilitação, medicina integrativa e cuidados paliativos <i>Alice Conceição Rosa Ramos</i>
17:15 - 17:45	Experiências de práticas integrativas em centro de reabilitação <i>Adriana Rosa Lovisotto Cristante</i>
17:45 - 18:00	Encerramento - próximos passos <i>Cristiane Isabela de Almeida</i>

OSTEOARTRITE, OSTEOPOROSE E SARCOPENIA

Coordenadores: Cyro Scala de Almeida Júnior e Pérola Grinberg Plapler

Carga Horária: 9 horas

Duração: 8:00 - 17:00

Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde

Modalidade: Mesa Redonda

Sala: 2

PROGRAMAÇÃO

8:00 - 8:10	Abertura <i>Cyro Scala de Almeida Junior, Pérola Grinberg Plapler, Antonio Martins Tieppo</i>
8:10 - 10:10	Osteoartrite: biomarcadores e terapias promissoras emergentes <i>Moderador: Leonardo Honorato Cheng</i>
8:10 - 8:35	Tissue engineering and regenerative medicine for osteoarthritis <i>Gun-Il Im (OARSI's president 2021-2023)</i>
8:35 - 8:40	Discussão
8:40 - 9:05	Biomarkers in osteoarthritis: is early diagnosis possible? <i>Ali Mobasheri (OARSI's president 2019-2021) – Helsinki, Finland</i>
9:05 - 9:10	Discussão
9:10 - 9:35	Innovative drugs for the treatment of osteoarthritis <i>Juan Jose Scali – Buenos Aires, Argentina</i>
9:35 - 9:40	Discussão
9:40 - 10:05	MicroRNA na osteoartrite: uma promissora terapia modificadora da doença? <i>Antonio Martins Tieppo</i>
10:05 - 10:15	Discussão
10:15 - 11:40	Abordagem por alvos na osteoartrite: papel na reabilitação <i>Moderador: Paulo Cesar Hamdan</i>
10:15 - 10:40	Conceito de osteoartrite por alvos <i>Gustavo Constantino de Campos</i>
10:40 - 11:05	Papel dos autocuidados e educação em osteoartrite: quanto ajuda? <i>Márcia Uchoa Rezende</i>
11:05 - 11:30	Atualização na abordagem da osteoartrite: visão integrativa <i>Mário Sérgio Rossi Vieira</i>
11:30 - 11:40	Discussão
11:40 - 12:30	Injeções intra-articulares na osteoartrite: viscosuplementação <i>Moderador: Marcelo Cordeiro dos Santos</i>
11:40 - 11:55	Tratamentos por injeções intra-articulares na osteoartrite <i>Paulo Cesar Hamdan</i>
11:55 - 12:10	Viscosupplementation and possible associations to enhance the treatment of OA <i>Alberto Migliore - Roma, Itália</i>
12:10 - 12:25	Guia para viscosuplementação do joelho com osteoartrite <i>Cyro Scala de Almeida Junior</i>
12:25 - 12:30	Discussão
13:00 - 14:30	Osteoporose e incapacidade <i>Pérola Grinberg Plapler</i>
13:00 - 13:20	Osteoporose gerando incapacidade <i>Pérola Grinberg Plapler</i>
13:20 - 13:40	Osteoporose em pacientes neurológicos <i>Daniel Rubio de Souza</i>
13:40 - 14:00	O osteócito, a atividade física, o osso <i>Christina May Moran de Brito</i>
14:00 - 14:20	Atualização no tratamento da osteoporose <i>Vera Lúcia Szejnfeld</i>
14:20 - 14:30	Discussão

14:40 - 16:50	Sarcopenia: da fragilidade à deficiência <i>Moderador: Antonio Martins Tieppo</i>
14:40 - 15:10	Referências atuais para abordagem da sarcopenia <i>Eduardo de Melo Carvalho Rocha</i>
15:10 - 15:40	Da sarcopenia à fragilidade e deficiência: conceitos e prevenção <i>Giuliana Forte</i>
15:40 - 16:10	Sarcopenia: aminoácidos de cadeia ramificada otimizando exercícios <i>Caio Gonçalves de Souza</i>
16:10 - 16:40	A sarcopenia na prática do médico Fisiatra <i>Leonardo Honorato Cheng</i>
16:40 - 16:50	Discussão
16:50 - 17:00	Encerramento <i>Cyro Scala de Almeida Junior, Pérola Grinberg Plapler, Antonio Martins Tieppo</i>

LESÕES ENCEFÁLICAS

Coordenadora: Liliana Lourenço Jorge
Carga Horária: 10 horas
Duração: 8:00 - 18:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 3

PROGRAMAÇÃO

8:00 - 8:30	Reabilitação cognitiva <i>Ivan Hideyo Okamoto</i>
8:30 - 9:00	Intervenções medicamentosas nas alterações das funções corticais superiores em lesão encefálica <i>Rodrigo Parente Medeiros</i>
9:00 - 9:30	Reabilitação na heminegligência <i>Sonia Teresa Gaidzakian Akopian</i>
10:00 - 10:30	Atualização em afasias <i>Juliana Wanderley Cidreira Neves</i>
10:30 - 11:00	Tecnologia assistiva para afasia <i>Adriana Peres</i>
11:00 - 11:30	Gameterapia na reabilitação do AVC <i>Ingrid Gielow</i>
14:00 - 14:30	Musicoterapia na reabilitação das lesões encefálicas <i>Renan Barreto de Souza</i>
14:30 - 15:00	Bases neurofisiológicas da arteterapia <i>Tania Cristina Freire</i>
15:00 - 15:30	Sexualidade pós TCE <i>Carlos Souto dos Santos Filho</i>
16:30 - 17:00	Atualização no tratamento da disfagia <i>Elza Maria Lemos</i>
17:00 - 17:30	Tratamento da sialorreia <i>Maria Matilde de Mello Sposito</i>
17:30 - 18:00	Nasofibroscopia como aliada da reabilitação <i>Roberta Ismael Dias Garcia</i>

REABILITAÇÃO PEDIÁTRICA

Coordenador: Sandro Rachevsky Dorf
Carga Horária: 8 horas
Duração: 8:00 - 18:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 4

PROGRAMAÇÃO

8:00 - 8:40	Escoliose: atualização no tratamento clínico na infância e adolescência <i>Leonardo Grandi</i>
8:40 - 9:05	A visão do fisiatra na cardiopatia congênita <i>Regina Helena Morganti Fornari Chueire</i>
9:05 - 9:30	Protetização 3D em crianças <i>Eliane Machado Araújo</i>
9:30 - 9:55	Prescrevendo natureza <i>Lívia Rangel Borgneth</i>
10:25 - 10:50	Classificação da paralisia cerebral <i>Valéria Cassefo Silveira</i>
10:50 - 11:15	Abordagem paliativa em crianças funcionalmente graves <i>Sandro Rachevsky Dorf</i>
11:15 - 11:40	Terapia de alta intensidade em paralisia cerebral <i>Manuela Barreira Amorim Mello</i>
13:00 - 13:30	Doenças neuromusculares: o contexto atual da reabilitação com o avanço de medicamentos <i>Fernanda Moraes Rocco</i>
13:30 - 14:00	Autismo: atualizações no diagnóstico <i>Giuseppe Pastura</i>
14:00 - 14:30	Segmento de crianças com microcefalia por Zica virus <i>Carla Andrea Cardoso Tanuri Caldas</i>
14:50 - 15:20	Aplicações sucessivas de toxina botulínica e a repercussão a longo prazo nos músculos <i>Tae Mo Chung</i>
15:20 - 16:50	Anestesia em crianças neuropatas <i>Eneida Maria Vieira</i>
16:50 - 17:20	Rizotomia supereletiva em paralisia cerebral <i>Gustavo Botelho Sampaio</i>
17:20 - 17:50	Desafios da reabilitação na transição para adolescência em pacientes com deficiência <i>Rodrigo Parente Medeiros</i>

EDUCAÇÃO

Coordenador: Leandro Heidy Yoshioka
Carga Horária: 4 horas
Duração: 8:00 - 12:00
Modalidade: Fórum
Público Alvo: Médicos Fisiatras
Sala: 5

PROGRAMAÇÃO

8:00 - 8:25	A Fisioterapia no currículo da faculdade de medicina <i>Linamara Rizzo Battistella</i>
8:25 - 8:50	A participação da fisioterapia nas bases humanísticas da formação médica <i>Elizabeth Tsubomi Saito Guiotoko</i>
8:50 - 9:15	Ligas extra curriculares <i>Marta Imamura</i>
9:50 - 10:15	Competências universitárias na área da Medicina Física e Reabilitação <i>Christina May Moran Brito</i>
10:15 - 10:40	A Importância da pesquisa científica no desenvolvimento do aluno <i>Marcelo Riberto</i>
10:40 - 11:05	Possibilidade de inclusão do aluno nas diversas esferas da saúde <i>Lívia Rangel Lopes Borgneth</i>
11:05 - 11:30	Desafio do currículo em acompanhar as mudanças das demandas "alunos/desenvolvimento" <i>Milton de Arruda Martins</i>

12:00 - 13:00
Simpósio Satélite Allergan

AMPUTADOS

Coordenadora: Mariane Tateishi
Carga Horária: 6 horas
Duração: 8:00 - 15:00
Modalidade: Mesa Redonda
Público Alvo: Médicos e Profissionais da Saúde
Sala: 6

PROGRAMAÇÃO

8:00 - 8:30	Índice preditores de sucesso na protetização <i>Caio Ribeiro Azevedo Gomes</i>
8:30 - 9:00	Treino de marcha robotizado para amputados <i>Donaldo Jorge Filho</i>
9:20 - 9:50	Próteses por Impressão 3D para membros superiores <i>Maria Candida Luzo</i>
9:50 - 10:20	Novas tecnologias em próteses de MMII <i>Paulo Henrique Gomes Mulazzani</i>
10:20 - 10:50	Novas tecnologias em próteses de MMSS <i>Eliane Machado Araújo</i>
13:00 - 13:30	Dor no membro fantasma <i>Caio Ribeiro Azevedo Gomes</i>
13:30 - 14:00	Aderência ao uso de próteses <i>André Tadeu Sugawara</i>
14:00 - 14:30	Reabilitação de amputados em regime de internação <i>Leandro Heidy Yoshioka</i>

19:00 - 20:30
Assembléia ABMFR

20:30 - 21:00
Encerramento
Sala 6

Decanoato de Nadrolona para osteoporose pós-menopausa: revisão com busca sistemática

Lucas Caseri Camara¹, Aécio Flavio Teixeira de Góis¹, Virginia Moça Trevisani¹, Vinicius Civile¹, Erika Magalhães Suzigan²

¹ Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

² Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE

Introdução

As fraturas osteoporóticas, em especial, as que ocorrem em decorrência das alterações pós-menopausa, têm a projeção de liderar as causas de dor, incapacidade, institucionalização e aumento da morbimortalidade até o ano de 2025; com expectativa de despender USD 25 bilhões. Visando o aumento da densidade óssea, diversas medicações estão sendo utilizadas: uma delas é o Decanoato de Nandrolona (DN). Apesar de evidências científicas prévias para o uso dessa droga, um esteróide anabólico, esta não está incluída nas opções de tratamentos recomendados. O Decanoato de Nandrolona (DN) age no aumento da densidade mineral óssea ao aumentar a atividade osteoblástica e diminuir atividade dos osteoclastos.

Objetivos

Realizar uma revisão narrativa com busca sistemática da literatura referente ao uso do DN para o tratamento da osteoporose pós-menopausa.

Métodos

Busca sistemática realizada nas bases de dados Medline, Lilacs, Central, tripdatabase, Scielo e Opengrey. Foram utilizados estruturadamente, descritores DeCS e MeSH, combinados com palavras chave, buscando apenas estudos randomizados controlados em humanos, sem limite de data. Para a extração dos dados, a estratégia PICO (paciente, intervenção, comparação e outcomes) foi realizada: P: pós-menopausa em mulheres, I: nandrolona ou decanoato de nandrolona; C: placebo, tratamento preconizado e O: densidade mineral óssea, fraturas, marcadores bioquímicos do metabolismo ósseo.

Resultados e Discussão

Da busca, foram selecionados 11 estudos incluídos para tabulação, e todos apresentaram algum resultado positivo relacionado a manutenção ou aumento de massa óssea em diferentes regiões, melhora de marcadores de reabsorção óssea, aumento de massa muscular e, redução do número de fraturas. Nestes, foi realizada a administração de DN 50mg, a cada 2 a 4 semanas, por período de 12 a 36 meses. Os resultados estão sumarizados no Quadro 1. Foram também observados efeitos adversos nos estudos citados, incluindo alterações bioquímicas e relacionadas a androgenização, no entanto, foram considerados de leve a moderados, e clinicamente aceitáveis na maioria dos casos. Os resultados estão sumarizados no Quadro 2.

Quadro 1. Estudos incluídos

Author / Year	Study / Type	Population / Age	ND Intervention / Duration	Main efficacy outcomes
Need AG et al. ¹ 1987	CO	52 PMWO (66±1y)	ND 50mg; IM, every 2wk 6 mo aprox.	ND group: Increased BMC (right forearm) (+0.793 to +0.821 g/cm); higher BMC mean rate change in ND group vs control (+0.053 vs -0.016 g/cm/year)
Johansen JS et al. ² 1989	RCT	39 PMWO (55-75y)	ND 50mg; IM, every 3wk 12 mo	ND group: increased proximal part of the distal forearm BMC (+3%)
Gennari C et al. ³ 1989	RCT	20 PMWO (55-65y)	ND 50mg; IM, every 3wk 12 mo	ND group: Increased lumbar spine BMC (+9.8% vs placebo -3.2%); +3.5% increase in femoral diaphysis (vs -3.3% in placebo group); reduced urinary excretion of hydroxyproline; increased intestinal calcium absorption; reduction in bone pain; increased TBV % and OS%
Szűcs J et al. ⁴ 1992	RCT	45 PMWO (49-69y)	Norandrostrolona Decanoate; IM, 50mg every 4wk; 36 mo	ND group: no significant bone loss at 24mo; combination with calcitonin extended treatment efficacy (BMC) up to 36 months (no bone loss, distal radius); increased metacarpal indices; no decrease in lumbar biconvavity indices; height maintenance during 36mo; reduced bone pain; no new crush or other fractures
Birkenhäger JC et al. ⁵ 1992	RCT	36 PMWO or osteopenia (50-70y)	ND 50mg; IM, every 4wk; 24mo	ND group: increased proximal and distal forearm BMC (1y: +3.2%; 2y: +4.5%), increased lumbar BMC (1y: +9.2%; 2y: +12.2%), QCT: increased by 29% (at 6mo), no increase of newly deformed vertebrae (2y)
Passeri M et al. ⁶ 1993	RCT	46 PMWO (46-68y)	ND 50mg; IM, every 3wk 18 mo	ND group: increased (4%, 6-12 mo) distal radius BMD (vs placebo: -4%, 18mo); increased (2.9%, 18mo) vertebral BMD (vs placebo: -2.3%); reduced urinary excretion of hydroxyproline; reduced bone pain; no new fractures
Need AG et al. ⁷ 1993	RCT / CO	45 PMW with low BMD (age: NR)	ND 50mg; IM, every 4wk; 6 mo	ND group: increased FMD and FMC (+8.3 ± 3.7 mg/cm), and decreased forearm fat (-12.3 ± 1.44 mg/cm); reduced plasma and urinary phosphate (-0.082 ± 0.020 mmol/L)
Erdsiek RJ et al. ⁸ 1994	RCT	33 PMWO or osteopenia (50-70y)	ND 50mg; IM, every 4wk; 36mo	ND group: increased lumbar BMC (+3.5%); maintenance of results for 1 additional year after ND cessation; 1 less fracture after 3y (also a lower estimate fractures for ND group)
Lyrítis GP et al. ⁹ 1994	RCT	88 PMWO (46-68y)	ND 50mg; IM, every 3wk 12 mo	ND group: 69% of patients with reduction in pain intensity (-1.08 ± 0.16; 1-5 scale); increased mobility (+0.47 ± 0.10); increased (5%) BMC corrected for soft tissue (vs Vitamin D group: -2.5%)
Flicker L et al. ¹⁰ 1997	RCT	123 PMWO or osteopenia (60-88y)	ND 50mg; IM, every 4wk; 40wk + 24wk off ND + 40wk	ND group: increased lumbar spine BMC (+4.7 ± 1.9%); increased proximal femur BMD (+3.8 ± 1.8%); maintenance of results for 24wk off ND
Frisoli A Jr et al. ¹¹ 2005	RCT	65 PMWO (>70y)	ND 50mg; IM, every 3wk 24 mo	ND group: increased lumbar spine BMD after 12 and 24 mo (+3.4 ± 6.0% and 3.7 ± 7.0%); increased trochanter BMD after 12 mo (+4.8 ± 9.3%); increased femoral neck BMD after 12 and 24 mo (+4.1 ± 7.3% and 4.7 ± 8.0%); reduced new fractures at 24 mo (8 vs 16 placebo); increased muscle mass (2 kg/y); less drop out (4 vs 12 placebo)

CO: cross over; RCT: randomized controlled trial; PMWO: post menopausal women with osteoporosis; y: year; ND: nandrolone decanoate; wk: week; mo: months; BMC: bone mineral content; TBV%: trabecular bone volume; OS%: osteoid surface área; QCT: cancellous bone density of L3; FMD: forearm mineral density; FMC: forearm mineral content; NR: not reported

Quadro 2. Efeitos adversos

Author / Year	ND dose / time	Adverse Events
Need AG et al. ¹ 1987	ND 50mg; every 2wk 6 mo aprox.	25/52 some voice alteration (after 4mo ND stop: 4 normal voice and 15 improved, 2 no improvement; 19/52 complained of increased facial hair
Johansen JS et al. ² 1989	ND 50mg; every 3wk 1 year	not described
Gennari C et al. ³ 1989	ND 50mg; every 3wk 12 mo	2/20 increased hair growth and voice changes (mild, not sufficient to stop ND); biochemical analysis without liver enzymes changes
Szücs J et al. ⁴ 1992	Norandrostenolona Decanoate; 1x mo, 50mg; 36 mo	Rare and minimal side effects (few minutes flushes after injections, mainly in chin and ear; mild nausea, disappeared spontaneously)
Birkenhäger JC et al. ⁵ 1992	ND 50mg; IM, every 4wk; 24mo	higher percentage of patients complained os voice changes (timbre, unsteadiness, voice lowering and loss of high frequencies), and decreased HDL (1.38 ± 0.29 to 1.22 ± 0.18 mM). Liver enzymes panel without changes. No complaints of increased hair growth (facial or elsewhere)
Passeri M et al. ⁶ 1993	ND 50mg; IM, every 3wk; 18 mo	7/25 mild well toleratd side effects, such as facial hair (n=4, most common), weighth gain (less than 2kg), hoarseness, blood pressure (n=2, 5-15mmHg)
Need AG et al. ⁷ 1993	ND 50mg; IM, every 4wk; 6 mo	8/37 minimal voice changes (only noticed when questioned); 19/37 hair growth (facial, body) or increased loss (scalp) (mild and of little or no significance to the patients). All symptoms remitted 6 mo later
Erdtsieck RJ et al. ⁸ 1994	ND 50mg; IM, every 4wk; 36mo	5 (of all 9 patients who stopped treatments; ND or control/HRT) stopped due to voice changes (timber, loss of high frequencies, instability); no signs or complaints of increased hair growth in different sites; no changes on lipid (HDL, Total cholesterol) or liver enzymes panel
Lyritys GP et al. ⁹ 1994	ND 50mg; IM, every 3wk; 12 mo	no changes in biochemical panel (HDL, LDL, total cholesterol, triglycerides, total phospholipids, apolipoproteins, SGOT, SGTP, alkaline phosphatase, albumin, total protein), no changes in blood parameters
Flicker L et al. ¹⁰ 1997	ND 50mg; IM, every 4wk ; 40wk + 24wk off ND + 40wk	at 104wk: 7% increase in SBP and 10% increase in DBP; 15% increase in aspartate aminotransferase (no liver toxicity); 6% increase in haemoglobin; 4/52 leg oedema; 25/52 some degree of voice hoarseness (all mild, except for 2 moderate); 6/52 increased hair growth (all mild)
Frisoli A Jr et al. ¹¹ 2005	ND 50mg; IM, every 3wk; 24 mo	increased haemoglobin at 12 and 24 mo (7% and 14%); 2/32 hoarseness; 2/32 soft facial hirsutism; 2 drop out (1 hoarseness, 1 hirsutism); no oedema; no changes in GPT, GOT, alkaline phosphatase, total calcium and cholesterol levels

Conclusão

Em mulheres menopausadas, o DN mostrou-se eficaz em promover anabolismo ósseo e muscular, reduzir marcadores de reabsorção óssea e número de fraturas. Também, segundo os autores dos estudos selecionados, apresentou-se com segurança clínica aceitável. Assim, sugere-se que deva ser sistematicamente analisado como potencial droga auxiliar no tratamento da osteoporse.

Referências

1. Need AG, Horowitz M, Morris HA, Walker CJ, Nordin BE. Effects of nandrolone therapy on forearm bone mineral content in osteoporosis. Clin Orthop Relat Res. 1987;(225):273-8.

2. Johansen JS, Hassager C, Pødenphant J, Riis BJ, Hartwell D, Thomsen K, et al. Treatment of postmenopausal osteoporosis: is the anabolic steroid nandrolone decanoate a candidate? Bone Miner. 1989;6(1):77-86. Doi: [https://doi.org/10.1016/0169-6009\(89\)90025-1](https://doi.org/10.1016/0169-6009(89)90025-1)
3. Gennari C, AgnusDei D, Gonnelli S, Nardi P. Effects of nandrolone decanoate therapy on bone mass and calcium metabolism in women with established post-menopausal osteoporosis: a double-blind placebo-controlled study. Maturitas. 1989;11(3):187-97. Doi: [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(89\)90210-7](https://doi.org/10.1016/0378-5122(89)90210-7)
4. Szücs J, Horváth C, Kollin E, Szathmári M, Holló I. Three-year calcitonin combination therapy for postmenopausal osteoporosis with crush fractures of the spine. Calcif Tissue Int. 1992;50(1):7-10. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF00297289>
5. Birkenhäger JC, Erdtsieck RJ, Zeelenberg J, van Kuik C, van Veen LC, Birkenhäger-Frenkel DH, et al. Can nandrolone add to the effect of hormonal replacement therapy in postmenopausal osteoporosis? Bone Miner. 1992;18(3):251-65. Doi: [https://doi.org/10.1016/0169-6009\(92\)90811-q](https://doi.org/10.1016/0169-6009(92)90811-q)
6. Passeri M, Pedrazzoni M, Pioli G, Butturini L, Ruys AH, Cortenraad MG. Effects of nandrolone decanoate on bone mass in established osteoporosis. Maturitas. 1993;17(3):211-9. Doi: [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(93\)90049-n](https://doi.org/10.1016/0378-5122(93)90049-n)
7. Need AG, Nordin BE, Chatterton BE. Double-blind placebo-controlled trial of treatment of osteoporosis with the anabolic nandrolone decanoate. Osteoporos Int. 1993;3 Suppl 1:218-22. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF01621912>
8. Erdtsieck RJ, Pols HA, van Kuijk C, Birkenhäger-Frenkel DH, Zeelenberg J, Kooy PP, et al. Course of bone mass during and after hormonal replacement therapy with and without addition of nandrolone decanoate. J Bone Miner Res. 1994;9(2):277-83. Doi: <https://doi.org/10.1002/jbmr.5650090217>
9. Lyritys GP, Androulakis C, Magiasis B, Charalambaki Z, Tsakalakos N. Effect of nandrolone decanoate and 1-alpha-hydroxy-calciferol on patients with vertebral osteoporotic collapse. A double-blind clinical trial. Bone Miner. 1994;27(3):209-17. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0169-6009\(08\)80194-8](https://doi.org/10.1016/s0169-6009(08)80194-8)
10. Flicker L, Hopper JL, Larkins RG, Lichtenstein M, Buirski G, Wark JD. Nandrolone decanoate and intranasal calcitonin as therapy in established osteoporosis. Osteoporos Int. 1997;7(1):29-35. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF01623456>
11. Frisoli A Jr, Chaves PH, Pinheiro MM, Szejnfeld VL. The effect of nandrolone decanoate on bone mineral density, muscle mass, and hemoglobin levels in elderly women with osteoporosis: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60(5):648-53. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/60.5.648>

Testosterona e acidente vascular encefálico isquêmico

Lucas Caseri Camara¹, Erika Magalhães Suzigan², Aécio Flavio Teixeira de Góis¹, Virginia Moça Trevisani¹

1 Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

2 Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE

Introdução

Níveis de testosterona sérica já foram relacionados a piora de fatores hematológicos, função e envelhecimento vascular, contribuindo potencialmente para formação de trombos. Com o envelhecimento, dados epidemiológicos mostram declínio dos níveis de testosterona, prejuízo da função vascular e aumento da incidências de doenças vasculares, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Objetivos

O objetivo do presente artigo é descrever estudos que abordaram potencial relação dos níveis de testosterona com prevenção, apresentação clínica, prognóstico reabilitação do AVE.

Métodos

Busca sistemática da literatura publicada em três diferentes bases de dados (Medline, Scielo, Lilacs), utilizando termos relacionados a testosterona e AVE (inglês e português), filtrada para estudos em humanos. Após a primeira seleção, realizada por dois revisores (autores), foram incluídos apenas estudos que abrangiam o papel da testosterona no AVE e seus diferentes aspectos clínicos.

Resultados e Discussão

A busca recuperou 493 artigos da MEDLINE, 85 da SCIELO e 521 da LILACS. Dos 1.099 artigos, 12 estudos foram classificados como relevantes. Para análise e discussão, foram avaliados 7 estudos observacionais, 3 transversais, 2 experimentais. Estudos observacionais verificaram um papel protetor da testosterona na incidência de AVE. Estudos transversais verificaram alterações endocrinológicas, como o hipogonadismo, na fase aguda do AVE, bem como melhor apresentação clínica (gravidade, tamanho da lesão). Estudos experimentais controlados verificaram benefícios clínicos e funcionais da suplementação de testosterona em pacientes em reabilitação.

Quadro 1. Resumo dos estudos relacionando testosterona - AVE e principais achados relevantes

Autores	Tipo de estudo	População	Achados relevantes
Yeap BB et al. ¹ 2009	Observacional (Coorte) Seguimento 3,5 anos	3443 idosos (> 70 anos), sem histórico prévio de AVE ou AIT	Baixos níveis de TT e TL foram preditores de AVE e AIT (Hazard Ratio - TT: 1,99 - IC95%: 1,33 - 2,99; TL: 1,69 - IC95%: 1,15 - 2,48)
Yeap BB et al. ² 2014	Observacional (Coorte) Seguimento 6,6 anos	3690 idosos (70-89 anos)	Maiores níveis de TT associados com menor razão de riscos (Hazard Ratio - 0,56; IC95%: 0,39 - 0,81)
Holmegard HM et al. ³ 2016	Observacional (Coorte) Seguimento 6,6 anos	4615 homens (idade média na entrada no estudo 59 anos) 4724 mulheres (idade média na entrada no estudo 59 anos)	Níveis mais baixos de TT (Percentil 10) aumentaram a razão de riscos para AVE 1,34 (IC95%: 1,05 - 1,72), quando comparados a maiores níveis de TT (Percentil 11-90)
Shores MM et al. ⁴ 2014	Observacional (Coorte) Seguimento 29 anos	1032 homens idoso (66-99 anos)	TT e TL : associação NS DHT-Lc: associação linear inversa para maiores níveis e menor razão de riscos para AVE (Hazard Ratio- 0,77; IC 95%: 0,61 - 0,98)
Jeppesen LL et al. ⁵ 1996	Observacional (Coorte) Seguimento 6 meses	144 pacientes (35-92 anos) Pós AVE (fase aguda e após 6 meses)	Redução de TT (18%) e TL (20%) em comparação a controles saudáveis Associação inversa significativa de TT e TL com severidade do AVE e mortalidade em 6 meses
Elwan O et al. ⁶ 1990	Transversal	52 pacientes Pós AVE (fase aguda)	Níveis significativamente reduzidos de TT no pós AVE, em comparação a 82 controles sem AVE
Dimopoulou I et al. ⁷ 2005	Transversal	33 pacientes (57 ± 12 anos) Pós AVE (ventilação mecânica)	39% (n=13) dos pacientes apresentaram achados laboratoriais de hipogonadismo
Dash RJ et al. ⁸ 1991	Transversal	9 pacientes AVE de acometimento motor puro	8 de 9 pacientes com LH alto e níveis normais ou baixos de TT (não responsivos ao estímulo com HCG devido a potencial resposta reduzida das células de Leydig testiculares)
Momosaki R et al. ⁹ 2014	Observacional (Coorte)	111 homens (74 ± 10 anos) Pós AVE (35,6 ± 14,3 dias) Permanência em reabilitação hospitalar (66,8 ± 37,1 dias)	Correlação positiva significativa entre TL e FIM na admissão, na alta, e nos ganhos de FIM durante a reabilitação
Morgunov L et al. ¹⁰ 2011	Ensaio Clínico Controlado	42 pacientes (61,4 ± 4,1 anos) IM Undecanoato de testosterona (1000mg) 3/3 meses, seguimento 2 anos	Redução da deficiência androgênica, melhora de parâmetros metabólicos (IMG, triglicérides, LDL, hemoglobina glicada), aumento da potência muscular Novo AVE em 7,1% do grupo T em comparação a 16,6% no grupo controle 28,6% retornaram ao trabalho no grupo T, em comparação a 6,6% no grupo controle
Okamoto S et al. ¹¹ 2011	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	26 pacientes hemiplégicos Pós AVE (fase aguda) Pré e pós 6 semanas de IM Enantato de Metenolona (100mg/semana)	Aumento significativo na TC da medida da área de secção transversa da coxa (13,4% e 14,5, lado afetado e lado não afetado, respectivamente), em comparação a 3,3% e 5,2% em controles Correlação inversa da FIM e ganhos de área de secção transversa da coxa)
Casas S et al. ¹² 2017	Observacional (Coorte)	30 pacientes (60-90 anos) Pós AVE (medidas realizadas na admissão e na alta)	Associação NS entre T e desfechos cognitivos, neurológicos e funcionais (NIHSS, Escore de status mental de Pfeiffer, Teste de foto, Escala de Rankin,)

T: testosterona; TT: testosterona total; TL: testosterona livre; AIT: acidente isquêmico transitório; DHT-Lc: dihidrotestosterona livre calculada; NS: não significante; LH: hormônio luteinizante; FIM: (Functional Independence Measure) - Medida da Independência funcional; IM: intramuscular; IMC: índice de massa corporal; LDL: lipoproteína de baixa densidade; TC: tomografia computadorizada; NIHSS: (National Institute of Health Stroke Scale) - Escala de AVE do Instituto Nacional de Saúde; HCG: gonadotrofina coriônica humana

Conclusão

Apesar dos potenciais diversos benefícios destacados de níveis mais altos de testosterona no AVE, mais estudos que abordem de forma sistematizada o papel da testosterona em aspectos preventivos, de apresentação clínica, reabilitação e prognóstico serão bem vindos, para melhor manejo e otimização do tratamento do AVE.

Referências

1. Yeap BB, Hyde Z, Almeida OP, Norman PE, Chubb SA, Jamrozik K, et al. Lower testosterone levels predict incident stroke and transient ischemic attack in older men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(7):2353-9. Doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2008-2416>
2. Yeap BB, Alfonso H, Chubb SA, Hankey GJ, Handelsman DJ, Golledge J, et al. In older men, higher plasma testosterone or dihydrotestosterone is an independent predictor for reduced incidence of stroke but not myocardial infarction. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(12):4565-73. Doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2664>
3. Holmegard HN, Nordestgaard BG, Jensen GB, Tybjaerg-Hansen A, Benn M. Sex hormones and ischemic stroke: a prospective cohort study and meta-analyses. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(1):69-78. Doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2015-2687>
4. Shores MM, Arnold AM, Biggs ML, Longstreth WT Jr, Smith NL, Kizer JR, et al. Testosterone and dihydrotestosterone and incident ischaemic stroke in men in the Cardiovascular Health Study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2014;81(5):746-53. Doi: <https://doi.org/10.1111/cen.12452>
5. Jeppesen LL, Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS, Winther K. Decreased serum testosterone in men with acute ischemic stroke. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 1996;16(6):749-54. Doi: <https://doi.org/10.1161/01.atv.16.6.749>
6. Elwan O, Abdallah M, Issa I, Taher Y, el-Tamawy M. Hormonal changes in cerebral infarction in the young and elderly. *J Neurol Sci.* 1990;98(2-3):235-43. Doi: [https://doi.org/10.1016/0022-510x\(90\)90264-n](https://doi.org/10.1016/0022-510x(90)90264-n)
7. Dimopoulou I, Kouyialis AT, Orfanos S, Armaganidis A, Tzanela M, Thalassinou N, et al. Endocrine alterations in critically ill patients with stroke during the early recovery period. *Neurocrit Care.* 2005;3(3):224-9. Doi: <https://doi.org/10.1385/ncc.3.3.224>
8. Dash RJ, Sethi BK, Nalini K, Singh S. Circulating testosterone in pure motor stroke. *Funct Neurol.* 1991;6(1):29-34.
9. Momosaki R, Abo M, Watanabe S, Kakuda W, Yamada N, Mochio K. Effects of testosterone levels on functional recovery with rehabilitation in stroke patients. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2014;54(10):794-8. Doi: <https://doi.org/10.2176/nmc.oa.2014-0078>
10. Morgunov Llu, Denisova IA, Rozhkova TI, Stakhovskaia LV, Skvortsova VI. Androgenic deficit and its treatment in stroke male patients with diabetes mellitus type II. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 2011;111(8 Pt 2):21-4.
11. Okamoto S, Sonoda S, Tanino G, Tomida K, Okazaki H, Kondo I. Change in thigh muscle cross-sectional area through administration of an anabolic steroid during routine stroke rehabilitation in hemiplegic patients. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011;90(2):106-11. Doi: <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31820172bf>
12. Casas S, Gonzalez Deniselle MC, Gargiulo-Monachelli GM, Perez AF, Tourreilles M, Mattiazzi M, et al. Neuroactive Steroids in Acute Ischemic Stroke: Association with Cognitive, Functional, and Neurological Outcomes. *Horm Metab Res.* 2017;49(1):16-22. Doi: <https://doi.org/10.1055/s-0042-119201>

Estudo da eficácia da terapia por onda de choque extracorpórea para o tratamento da dor no ombro hemiplégico

Fábio Coimbra Rodrigues Abboud¹, Rodrigo da Cruz Filho¹, Rafael Calanzani Rocha¹, Marcos Vinícius Carvalho Maure¹, Marcelo Riberto¹

¹ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP-USP

Introdução

A síndrome do ombro doloroso hemiplégico (SODH) consiste no surgimento de queixas dolorosas junto ao ombro do pacientes hemiplégico por acidente vascular cerebral (AVC), tem alta prevalência e relevante impacto na qualidade de vida por interferir na participação adequada aos programas de reabilitação, atividades de vida diária e relacionamento interpessoal. Sua etiologia é multifatorial e o tratamento adequado muitas vezes depende de uma abordagem multidisciplinar. A terapia por ondas de choque (TOC) utiliza ondas mecânicas para o controle da dor musculoesquelética e pode ser uma alternativa terapêutica nesta condição clínica.

Objetivo

Avaliar a eficácia do tratamento com ondas de choque (TOC) extracorpóreas para o controle da dor e facilitação de movimentação do ombro de pacientes com Síndrome do Ombro Doloroso do Hemiplégico (SODH).

Métodos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do HCRP e os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Desenho: Ensaio clínico prospectivo, duplo-cego, aleatorizado e controlado por placebo. Participantes: pacientes com hemiplegia devido a AVC com e SODH que conseguissem relatar adequadamente o nível de dor. Os pacientes foram alocados aleatoriamente para receber a TOC com um aplicador real ou com um aplicador simulado (SHAM) por 4 semanas consecutivas. A aplicação consistia de 1500 pulsos sobre a tuberosidade maior do úmero, seguida de mais 1500 pulsos no mesmo local com rotação externa do braço. Quando fossem identificados pontos-gatilho em músculos regionais, outros 500 pulsos poderiam ser aplicados.

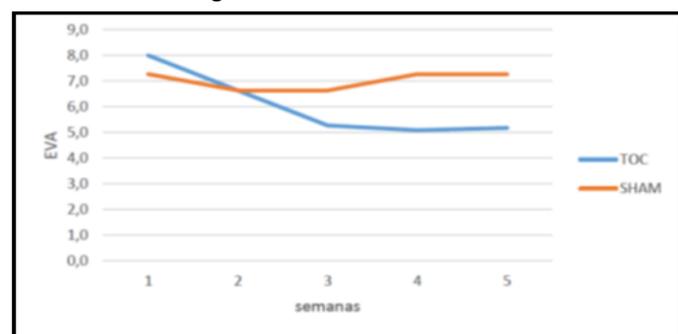


Os pacientes deveriam manter as atividades de reabilitação que já estivessem em uso. Avaliação / desfechos: - Escala Visual Analógica (EVA) para intensidade da dor durante a mobilização e em repouso; - Goniometria ativos e passivos de abdução e rotação externa; - Momentos: inicial, nas 3 semanas subsequentes e um mês após a última sessão sem que houvesse aplicação alguma.

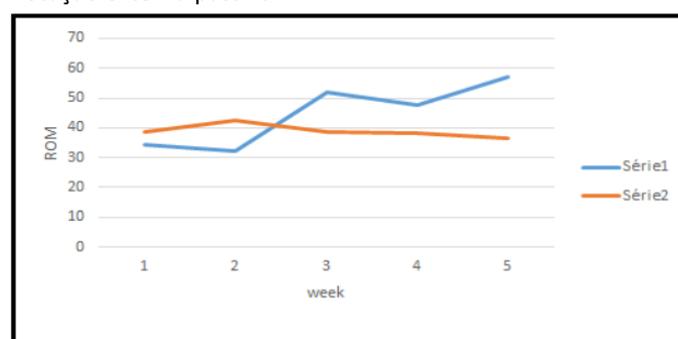
Resultados e Discussão

O estudo contou com 24 voluntários, sendo 15 homens, com média de idade de $58,0 \pm 12,1$ anos, e tempo de AVC de $6,2 \pm 5,5$ meses, 12 pacientes tinham hemiparesia D. O valor inicial médio de EVA foi $8,0 \pm 1,5$. O tratamento com TOC implicou em redução significativa da dor no ombro ($8,0 \pm 1,8$ x $5,2 \pm 2,8$; $p=0,01149$), porém não foi possível perceber diferença de melhora entre os grupos (ANOVA; $F=1,176$; $p=0,3256$). O mesmo foi percebido na goniometria para a rotação externa passiva do braço, que aumentou nos pacientes submetidos ao tratamento ativo. A goniometria passiva para os movimentos de abdução, flexão e extensão do ombro não apresentou qualquer modificação estatisticamente significativa.

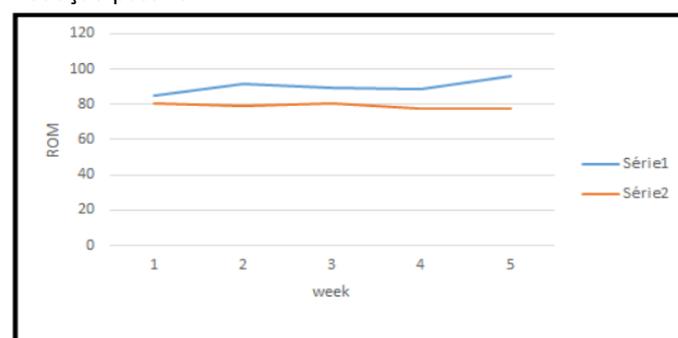
Escala visual analógica – dor



Rotação externa passiva



Abdução passiva



Conclusão

A TOC foi eficaz para o controle da dor e goniometria na SODH, porém houve comprometimento estatístico decorrente do tamanho amostra.

Referências

Kim YW, Shin JC, Yoon JG, Kim YK, Lee SC. Usefulness of radial extracorporeal shock wave therapy for the spasticity of the subscapularis in patients with stroke: a pilot study. *Chin Med J (Engl)*. 2013;126(24):4638-43. Doi: <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0366-6999.20131129>

Comparação de escalas em pacientes com dor crônica acompanhados por equipe multiprofissional: estudo intervencionista-prospectivo

Leandro Monteiro Maemura¹, Joenice de Almeida Ferreira Matos¹, Raissa Freitas de Paula Oliveira¹, Thiago Machado Carrijo¹, Rodrigo Parente Medeiros¹

¹Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

Introdução

A avaliação multidisciplinar de pacientes com mais de 3 meses de dor envolve mais de um especialista da área da saúde e baseia em uma abordagem ampla para compreensão das esferas biopsicossociais. Dentre as diversas escalas utilizadas, a Escala Visual Analógica (EVA) auxilia na aferição da intensidade da dor no paciente, sendo medida de forma numérica crescente de 0 a 10. Já o Short Form-36 (SF36) é uma escala de qualidade de vida, dividida em 8 domínios que aferem alterações nos aspectos sociais, emocionais, físicos, dolorosos e funcionais. Afim de analisar escalas para avaliar o tratamento desses pacientes é necessário saber se a correlação entre elas trará algum benefício.

Objetivos

Correlacionar a qualidade de vida com uma escala de mensuração de dor em pacientes submetidos a tratamento com equipe de reabilitação multidisciplinar.

Métodos

Trata-se de um estudo intervencionista e prospectivo, com acompanhamento multidisciplinar de 27 pacientes com dor crônica durante 4 meses. As escalas EVA e SF36 foram aplicadas no início e término do tratamento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília, sob o comprovante de parecer 031083/2019 com o CAAE 10491819.9.0000.0023.

Resultados e Discussões

A comparação entre as escalas acima evidenciou um $p >$

0,05 para todos os escores utilizados, com relação de -0,27 para capacidade funcional, -0,33 limitação por aspectos físicos, -0,18 limitação por aspectos emocionais, -0,32 vitalidade, -0,29 saúde mental, -0,02 aspectos sociais, -0,19 dor e -0,35 estado geral de saúde. Desta forma, não há relação entre a melhora da EVA e da qualidade de vida (SF-36). Os pacientes tratados de forma multidisciplinar que não tiveram alívio expressivo da dor, porém ostentaram melhora em outros aspectos biopsicossociais relevantes no contexto da qualidade de vida. Tal discrepância também foi encontrada em Pietilä Holmner *et al.* (2013), em uma comparação entre a gravidade da dor medida pela EVA e o Inventário Multidirecional de Dor Sueco (MPI-S), ao comparar os efeitos antes e depois da abordagem terapêutica. Neste, a intervenção de 4 semanas não afetou a dor observada na EVA, mas afetou a severidade da dor observada no MPI-S.

Conclusão

O presente estudo não encontrou relação entre as escalas utilizadas, devido a EVA ser uma escala mais subjetiva e quantitativa, ao contrário do SF36 que mede diversos aspectos de forma mais específica.

Referências

Stanos S, Houle TT. Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006;17(2):435-50. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2005.12.004>

Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 1(Suppl 1):S17-24. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00586-005-1044-x>

Ware JE. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: New England Medical Center; 1993.

Pietilä Holmner E, Fahlström M, Nordström A. The effects of interdisciplinary team assessment and a rehabilitation program for patients with chronic pain. *Am J Phys Med Rehabil*. 2013;92(1):77-83. Doi: <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e318278b28e>

Hiperglicemia persistente dificulta ganho de força muscular num programa de exercício resistido em idosos DM2

Angelica Castilho Alonso¹, André Seixas Soares, Guilherme Carlos Brech¹, Adriana Machado-Lima, João Eduardo Nunes Salles, Marcelo Macedo Rogero¹, José Maria Santarém-Sobrinho, Ricardo Becker, Júlia Maria D'Andréa Greve¹

¹ Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – IOT HC FMUSP

Introdução

A diabetes traz maior risco de sarcopenia, incapacidade física, distúrbios metabólicos, riscos cardiovasculares e quedas

associados ao envelhecimento,^{1,2} o que leva a perda progressiva da massa e força muscular, potencializada pelo sedentarismo.³ O declínio de massa muscular é de duas a quatro vezes maior nas pessoas que vivem com diabetes tipo 2 (DM2),² a massa muscular esquelética é menor³ e a força muscular e capacidade funcional também são menores¹ em relação aos não diabéticos. O exercício físico, associado a uma dieta equilibrada, é a mais importante estratégia terapêutica não farmacológica para a gestão da DM2.⁴

Objetivo

Avaliar a associação entre os níveis séricos de Hemoglobina Glicada (HbA1c) com o ganho de força muscular num programa de treinamento resistido (TR).

Métodos

Foram treinados 26 homens portadores de DM2 com idade entre 65 e 79 anos, cujo índice de massa corporal (IMC) estava entre 22 e 32 kg/m². A avaliação da força muscular foi realizada por uma repetição máxima (1RM) de cada exercício proposto pré e pós treinamento. O TR foi realizado por 12 semanas, duas vezes por semana, em cada exercício foram realizadas 3 séries entre 8 a 12 repetições. A intensidade permaneceu entre 7 - 8 de acordo com a Percepção Subjetiva de Esforço, utilizando a OMNI-Resistance Exercise Scale (OMNI-RES) de 0 a 10. Foram realizados exercícios destinados aos grandes grupos musculares: "press" peitoral, remada, leg-press, cadeira extensora, flexões plantares e abdominais.

Resultados e Discussão

Mostram correlação moderada negativa entre os valores de HbA1c e o ganho de força muscular após o TR em todos os grupos musculares. Quanto maior HbA1c menor o ganho de força muscular, o que corrobora com Nebuloni *et al.*⁵ que a maior presença de dinapenia está entre os diabéticos não controlados, devido aos efeitos da exposição a hiperglicemia prolongada. Segundo os autores, altas concentrações de açúcares no sangue levam a disfunções dos nervos periféricos devido a desmielinização e atrofia do axônio motor; afetando a capacidade de transmissão dos impulsos nervosos, reduzindo o potencial regenerativo e causando perdas de fibras nervosas. Além disso, há um aumento da glicação de proteínas no músculo, favorecendo atrofia muscular, modificações na estrutura da linha Z, anormalidades morfológicas nas mitocôndrias do músculo, dificultando a geração de energia para contrações e geração de força muscular.

Conclusão

A diabetes não controlada, dificulta o ganho de força muscular em um programa de TR em idosos DM2.

Referências

1. Leenders M, Verdijk LB, van der Hoeven L, Adam JJ, van Kranenburg J, et al. Patients with type 2 diabetes show a greater decline in muscle mass, muscle strength, and functional capacity with aging. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(8):585-92. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.02.006>

2. Kim TN, Park MS, Yang SJ, Yoo HJ, Kang HJ, Song W, et al. Prevalence and determinant factors of sarcopenia in patients with type 2 diabetes: the Korean Sarcopenic Obesity Study (KSOS). *Diabetes Care.* 2010;33(7):1497-9. Doi: <https://doi.org/10.2337/dc09-2310>
3. Kim KS, Park KS, Kim MJ, Kim SK, Cho YW, Park SW. Type 2 diabetes is associated with low muscle mass in older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14 Suppl 1:115-21. Doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.12189>
4. Pan B, Ge L, Xun YQ, Chen YJ, Gao CY, Han X, et al. Exercise training modalities in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018;15(1):72. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0703-3>
5. Nebuloni CC, Máximo RO, Oliveira C, Alexandre TDS. Uncontrolled Diabetes as an Associated Factor with Dynapenia in Adults Aged 50 Years or Older: Sex Differences. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020;75(6):1191-1197. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/glz257>

Programa de reabilitação física pós-covid em hospital privado: série de casos

Rayssa Berto Souza¹, Ana Paula Breda Fiego¹, Elaine Rosa¹, Marcos Nunes¹, Liliana Lourenço Jorge¹, Sonia Teresa Gaidzakian Akopian¹, Luciana Diniz Nagem Janot de Matos¹, Milene Silva Ferreira¹

¹ Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução

A Covid-19 é uma doença responsável por problemas respiratórios severos em aproximadamente 5% dos pacientes. Esta e outras complicações, como renal e cardiovascular, podem levar à necessidade de intubação, aumentar o tempo de internação e frequentemente ao desenvolvimento de miopatia do doente crítico. Após a alta hospitalar, muitos pacientes permanecem com fadiga e dispneia, necessitando de reabilitação física.

Objetivos

Avaliar o efeito de um programa de reabilitação baseado em exercícios físicos em uma série de pacientes convalescentes da Covid-19.

Métodos

Observou-se uma série de casos de pacientes que internaram por Covid-19 no período de março a dezembro de 2020 e, que após a alta hospitalar, participaram do programa de reabilitação física do Centro de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Todos os pacientes realizaram avaliação médica inicial e conforme a necessidade, prescrevia-se 12 ou 20 sessões de reabilitação, 2-3 x/sem, compostas de exercício aeróbicos e resistência muscular. Para este estudo,

coletou-se os dados dos prontuários das avaliações iniciais e finais, das seguintes ferramentas: escala de Barthel, escala subjetiva de fadiga, questionário de qualidade de vida Euroqol e teste de passada no lugar. Após a análise, descreveu-se os dados qualitativos em termos de porcentagem, os dados quantitativos por média e desvio padrão, e verificou-se o efeito do tratamento por meio do teste t ($p < 0,05$).

Resultados e Discussão

Analisou-se 15 pacientes com idade 54 ± 7 anos, e as comorbidades mais frequentes foram diabetes mellitus (19%), hipertensão arterial sistêmica (19%) e obesidade (14%). Os pacientes passaram por tempo de internação prolongada 28 ± 15 dias e a grande maioria foi intubada (87%). Quando o número de sessões prescrita não contemplava as necessidades dos pacientes, mais foram solicitadas, sendo realizadas 18 ± 8 . Na reavaliação observou-se melhora significativa no nível de dependência funcional ($p = 0,019188$), na escala de fadiga ($p = 0,00250178$), no nível subjetivo de saúde geral ($p = 0,00012$) e no teste de passada no lugar ($p = 0,00000212$).

Conclusão

Os resultados desta análise exploratória evidenciam que pacientes convalescentes após Covid-19 apresentam ganhos funcionais e de qualidade de vida mesmo após curto período em reabilitação.

Referências

Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021;397(10270):220-232. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)

Simpson R, Robinson L. Rehabilitation After Critical Illness in People With COVID-19 Infection. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020;99(6):470-4. Doi: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001443>

Protocolo assistencial para o tratamento da lombalgia crônica: projeto piloto

Grasiele Correa de Mello¹, Carla Ferro de Oliveira¹, Morgana Postal¹

¹Hospital Tacchini

Introdução

As doenças da coluna representam uma das maiores causas de morbidade e incapacidade laboral dentre os distúrbios que acometem o sistema musculoesquelético. As etiologias para essa queixa são variadas e podem ser de origem inflamatória, degenerativa, neoplásica, reumatológicas, posturais dentre outras, o que torna seu tratamento desafiador. Entretanto, a literatura demonstra que mais de 90% das lombalgias são de caráter inespecífico, ou seja, caracterizadas pela ausência de

alterações estruturais como redução do espaço do disco, compressão de raiz nervosa, lesão óssea ou articular. Uma das hipóteses mais estudadas para justificar a relação dor e lombalgia inespecífica é existência de possíveis desarmonias biomecânicas nas estruturas extra articulares como nervos, músculos, fáscias e ligamentos. O tratamento das lombalgias inespecíficas é geralmente conservador, contudo, pela diversidade de abordagens possíveis, são deflagrados amplos debates acerca das escolhas mais eficazes. A associação da reabilitação multidisciplinar, reeducação do paciente e uso de fármacos específicos, são estratégias com eficácia sugerida. A abordagem mais adequada de exercícios para esses pacientes ainda é alvo de discussões. Também não há consenso sobre o manejo farmacológico, porém o uso de opióides na lombalgia crônica é desestimulado pela maioria dos autores devido ao alto risco de hiperalgesia refratária, adição e desequilíbrios hormonais que culminam em redução da massa mineral óssea. No que diz respeito aos antidepressivos, 75 % dos estudos indicam o uso de antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivo de recaptção de serotonina e noradrenalina na lombalgia crônica. Já os relaxantes musculares são recomendados por metade dos autores para tratamento da lombalgia na fase crônica, por 33% deles em qualquer fase e 45% são contra o uso dessa classe de medicamentos.

Objetivos

Avaliar a efetividade em relação a “melhora da dor” e “capacidades motoras” dos pacientes diagnosticados com afecções de coluna e beneficiários da operadora Tacchimed após serem submetidos a Programa Multiprofissional no serviço de Fisiatria e Dor da instituição.

Métodos

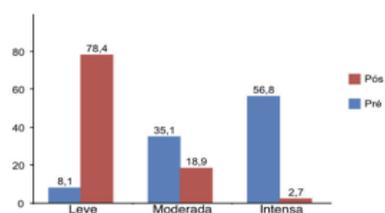
Trata-se de um estudo retrospectivo que objetiva avaliar se houve redução da dor e incapacidade funcional dos pacientes com dor lombar inespecífica tratados em nosso serviço. Os dados serão baseados na análise do prontuário dos pacientes tratados nesse serviço no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 e que foram submetidos a protocolo assistencial desenvolvido para a padronização do manejo terapêutico. Foram objeto de estudo todos os pacientes com queixa de lombalgia que procuraram o serviço de reabilitação e dor durante o período referido e que aceitaram fazer parte do programa assistencial para controle da dor. A inclusão da totalidade dos pacientes nos permitiu conhecer o perfil do paciente atendido em nosso serviço para posterior adequação dos instrumentos terapêuticos. Todos os pacientes foram atendidos por um único médico Fisiatra e divididos em grupos conforme a classificação da lombalgia. Os pacientes com lombalgia persistente com ou sem cialgia receberam manejo farmacológico conforme etiologia da dor e participaram do programa de reabilitação padrão. Para mensuração da eficácia do tratamento foram utilizados os seguintes instrumentos: escala analógica visual (EVA) e questionário de incapacidade (Oswestry 2.0). Os critérios de exclusão são pacientes com cirurgia prévia e diagnóstico de fibromialgia pois esses possuem fisiopatologia da dor distinta e necessitam manejo específico que não está presente no protocolo assistencial padrão. Pacientes que não completaram integralmente o

protocolo de reabilitação física ou que apresentaram sinais de gravidade ao longo do protocolo e que por isso foram encaminhados para a cirurgia pois não receberam a intervenção padrão necessária para mensuração dos resultados. Pacientes cujos prontuários em que o inventário de "oswestry 2.0" ou EVA não estivessem corretamente preenchido pela equipe assistencial pois não possuíam comprovação documental dos resultados do tratamento.

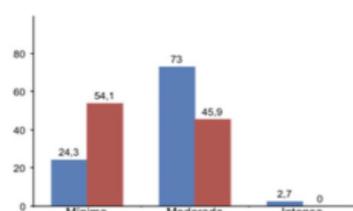
Resultados e Discussão

Para o período estudado, 37 pacientes perfizeram os critérios de inclusão e tiveram seu prontuário avaliado. A média de idade foi de 49,9 anos ($\pm 13,3$) sendo 19 homens (51,4%) e 18 mulheres (48,6%). Os dados do prontuário foram transpostos para tabela excel e analisados pelo programa SPSS 21.0. Utilizamos o Teste de Wilcoxon para comparar os resultados EVA inicial e EVA final e Oswestry pré e pós tratamento. O Teste de McNemar foi utilizado para analisar o uso de medicações e classificação de EVA e Oswestry pré e pós tratamento. A mediana da intensidade da dor mensurada pela escala visual analógica (EVA) na primeira consulta médica foi de 7 (P25: 5; P75: 8) e após a intervenção foi de 1 (P25: 0; P75: 3) sendo $p < 0,001$. O questionário de "oswestry 2.0" que mensura a incapacidade do paciente com lombalgia demonstrou mediana de 30% (P25: 21,5; P75: 34) na avaliação pré tratamento e de 16% (P25: 7; P75: 26) na avaliação após a finalização do protocolo de reabilitação $p < 0,001$. Quanto a classificação da dor, 2 pacientes (5,4%) possuíam dor de caráter neuropático, 19 (51,4%) de caráter nociceptivo e 16 (43,2%) possuíam dor de caráter misto. O tratamento para lombalgia ainda é controverso, porém publicação recente demonstrou que o manejo conservador deve ser a primeira escolha para pacientes com lombalgia sem déficits focais ou com sinais de malignidade. Em nosso estudo observamos redução da dor, melhora das capacidades motoras e redução do uso de fármacos após o protocolo assistencial empregado, todos os desfechos considerados estatisticamente significativos sugerindo a eficácia da intervenção para um período de 6 meses após a intervenção.

Intensidade da dor pré e pós tratamento por categorias



Classificação da incapacidade motora por categorias pré e pós intervenção



Uso de fármacos por classes no pré e pós intervenção

Medicações	Pré	Pós	p
	n (%)	n (%)	
Pregabalina	18 (48,6)	3 (8,1)	<0,001
Dipirona	16 (43,2)	3 (8,1)	<0,001
Ciclobenzaprina	24 (64,9)	5 (13,5)	<0,001

Conclusão

Os resultados do estudo apontaram para a redução da dor e incapacidades motoras dos pacientes submetidos ao protocolo de manejo farmacológico e reabilitação física em nosso serviço. A literatura à cerca do melhor manejo para o tratamento da lombalgia se mantém controversa, mas nosso estudo conflui com alguns autores que demonstram que a abordagem conservadora demonstra bons resultados e deve ser a primeira escolha para o tratamento da lombalgia inespecífica. Por ter sido realizada em um único centro e tratar-se de um estudo retrospectivo, nosso estudo possui limitações para universalização dos resultados. Uma amostra mais robusta de pacientes poderá ser necessária para melhor demonstrar a eficácia da nossa intervenção.

Referências

- Romero DE, Santana D, Borges P, Marques A, Castanheira D, Rodrigues JM, et al. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(2):e00012817. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012817>
- Nascimento PR, Costa LO. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1141-56. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046114>
- Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(1):31-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011005000001>
- Azevedo DC, Van Dillen LR, Santos HO, Oliveira DR, Ferreira PH, Costa LO. Movement system impairment-based classification versus general exercise for chronic low back pain: protocol of a randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2015;95(9):1287-94. Doi: <https://doi.org/10.2522/ptj.20140555>
- Lee JW, Lim YH, Won YH, Kim DH. Effect of gel seat cushion on chronic low back pain in occupational drivers: A double-blind randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(40):e12598. Doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012598>
- Viola DC, Lenza M, Almeida SL, Santos OF, Cendoroglo Neto M, Lottenberg CL, et al. Redução do custo em cirurgia de coluna em um centro especializado de tratamento. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013;11(1):102-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082013000100018>

Desenvolvimento do protocolo de avaliação cardiovascular do paciente amputado de membro inferior

Nicole Carmona Aching¹, Rodrigo da Ponte Barbosa¹, Eduardo de Melo Carvalho Rocha¹, Pedro Veronese¹, Cyro Scala de Almeida Junior¹

¹Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – ISCMSP

Introdução

Os pacientes com amputação maior de membro inferior (transfemoral ou transtibial) apresentam perfil epidemiológico característico conforme a etiologia da amputação. Os pacientes amputados por causas vasculares abrangem àqueles que perderam o membro devido doença aterosclerótica periférica, portanto, em geral são idosos e tem alta incidência de comorbidades associadas. Já os pacientes amputados por causas não vasculares incluem as demais etiologias, como trauma, tumores, amputações congênitas, artropatias e infecções sem associação com doença vascular periférica. Mesmo sem história prévia de comorbidades, esses pacientes também evoluem, a longo prazo, para maior risco de doença cardiovascular (CV). A avaliação cardiológica antes do início do programa de reabilitação tem grande importância para elaboração de metas e prevenção de complicações, entretanto, não se deve atrasar o início da reabilitação à espera de exames complementares.

Objetivos

Desenvolver o protocolo de avaliação cardiovascular a ser aplicado no início do programa de reabilitação para paciente amputados de membros inferiores no Serviço de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SRISCMSP)

Métodos

Foi realizado uma revisão narrativa sobre cada submeta relevante para elaboração do Protocolo de avaliação CV ao paciente amputado.

Resultados e Discussão

Os pacientes amputados serão classificados conforme risco para desenvolvimento de doenças CV de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Para isso pode ser utilizado o aplicativo obtido no site do Departamento de Aterosclerose da SBC. Todos os pacientes classificados como “Alto Risco” e “Muito Alto Risco” deverão ser submetidos a cintilografia de miocárdio, estar em uso de estatina e poderão manter treinamento físico inicial em baixa a moderada intensidade. Os pacientes de “Risco Intermediário” deverão ser avaliados quanto a deambulação e prognóstico funcional; caso haja perspectiva de aumento importante de gasto energético para marcha, seguirão as recomendações dos grupos anteriores. Pacientes de “Risco Intermediário” que deambulam com meio auxiliar já estão submetidos à alta

demanda metabólica e podem seguir em terapias com menor restrição. Por fim, amputados classificados como “Baixo Risco” poderão desempenhar exercícios intensos e exaustivos, sem necessidade de monitorização cardíaca durante a prática.

Conclusão

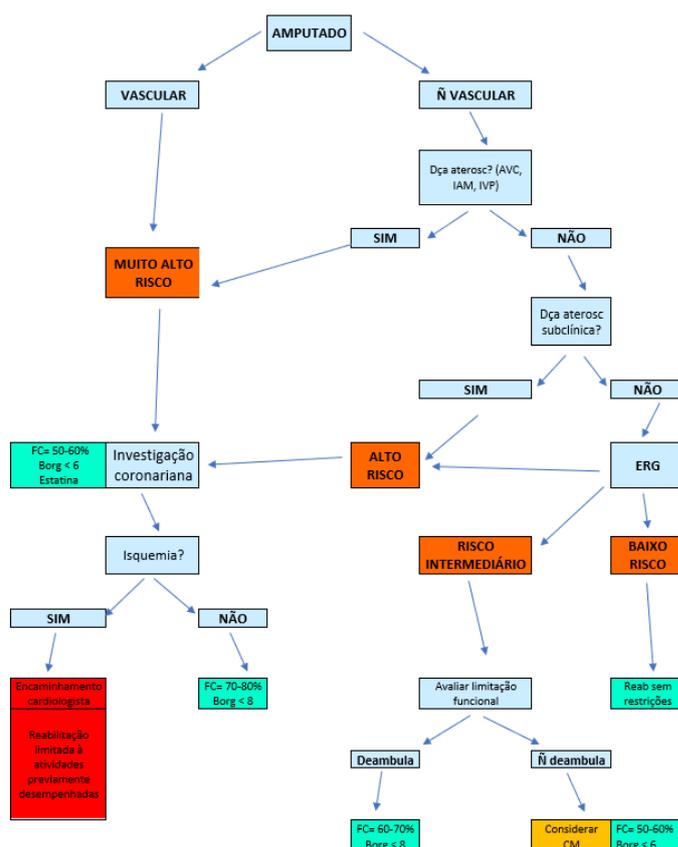
O presente estudo se propôs à criação de um protocolo para avaliação clínica do paciente amputado no SRISCMSP. Conforme a estratificação do risco cardiovascular ao início do programa de reabilitação, são sugeridos exames complementares, intervenções medicamentosas e prescrição de exercícios físicos, levando-se em consideração a funcionalidade atual do paciente.

Referências

DeCarlo C, Scher L, Shariff S, Phair J, Lipsitz E, Garg K. Statin use and other factors associated with mortality after major lower extremity amputation. *J Vasc Surg.* 2017;66(1):216-225. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.01.048>

Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2017; 109(2 suppl 1): 1-76. Doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20170121>

Czerniecki JM, Morgenroth DC. Metabolic energy expenditure of ambulation in lower extremity amputees: what have we learned and what are the next steps? *Disabil Rehabil.* 2017;39(2):143-51. Doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1095948>



Efeito da eletroestimulação abdominal transcutânea na constipação de pacientes com lesão medular - estudo piloto

Lívia Tech dos Santos¹, Milton Oshiro¹, Marcel Simis¹, Paula Cristina Nogueira²

¹ Instituto de Medicina Física e Reabilitação – IMRea HCFMUSP

² Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EE-USP

Introdução

Entre as complicações da lesão medular (LM) destacam-se as gastrointestinais sendo a constipação alteração mais frequente¹ com prevalência de 68,2% após a lesão.² O autocuidado intestinal envolvendo manobras, alimentação, hábitos culturais apresentam evidências de melhora,³ porém com resultados imprecisos na mensuração dos efeitos positivos. A estimulação elétrica (EE) abdominal transcutânea surge como alternativa promissora no favorecimento do movimento peristáltico, redução no tempo de trânsito colônico e neuromodulação intestinal.⁴

Objetivo

Avaliar o efeito da EE abdominal sobre a frequência de evacuação, consistência e quantidade de fezes em indivíduos com LM e constipação e identificar o padrão evacuatório e as técnicas convencionais de esvaziamento utilizadas.

Método

Estudo piloto experimental, Crossover, randomizado (Figura 1). Foram incluídos 10 participantes com LM em programa de reabilitação em internação, de ambos os sexos, acima de 18 anos, com classificação ASIA A a D 5, com constipação intestinal posterior à lesão conforme Escala de Roma III e Bristol. Excluindo aqueles com contraindicação à EE.

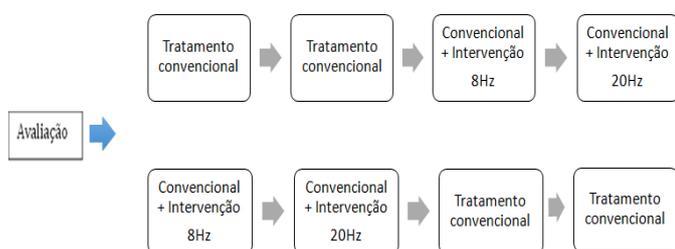


Figura 1. Desenho experimental para avaliação do efeito da EE abdominal em pacientes internados com LM e constipação

Resultados e Discussão

Houve significância quando comparado o convencional com o mesmo e EE referente à frequência de evacuação ($p=0,029$), baseline e convencional com EE ($p=0,029$). Na quantidade de fezes houve significância na associação da EE com convencional isolado ($p=0,031$) e da EE com o baseline ($p=0,023$). Quanto a consistência das fezes não houve diferença estatisticamente significativa entre a semana do tratamento convencional e a semana do tratamento convencional e EE. Os indivíduos

participantes do estudo apresentaram aumento de sua frequência evacuatória em 90% dos casos para três ou cinco episódios semanais. As técnicas convencionais utilizadas para o esvaziamento intestinal durante os tratamentos ofertados (convencional e EE) foram predominantemente a massagem abdominal diária (70%) e toque dígito anal (30%). A utilização da EE permitiu aumento da eliminação fecal, e diminuição do tempo e esforço gasto com as técnicas de autocuidado convencionais para evacuação desses indivíduos desempenhadas tanto pelos pacientes como pelos cuidadores⁶ pois facilitou o trânsito fecal e aumentou a frequência semanal.

Conclusão

Os resultados sugerem que a EE abdominal, associada ao tratamento convencional, melhora o padrão de evacuação dos pacientes com LM e constipação, em relação ao tratamento convencional apenas. Estudos com amostras maiores são necessários e promissores para a comprovação dos resultados com maior poder estatístico.

Referências

1. Campoy LT, Rabe SAN, Nogueira PC, Vianna PC, Miyazaki MY. Práticas de autocuidado para funcionamento intestinal em um grupo de pacientes com trauma raquimedular. *Acta Fisiatr.* 2012;19(4):228-32. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20120036>
2. Rabe SAN, Nogueira PC, Caliri MHL. Funcionamento intestinal e a relação com a independência funcional de indivíduos com lesão medular. *Coluna/Columna.* 2013;12(2):153-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1808-18512013000200013>
3. Pardee C, Bricker D, Rundquist J, MacRae C, Tebben C. Characteristics of neurogenic bowel in spinal cord injury and perceived quality of life. *Rehabil Nurs.* 2012;37(3):128-35. Doi: <https://doi.org/10.1002/RNJ.00024>
4. Singleton C, Bakheit AM, Peace C. The Efficacy of Functional Electrical Stimulation of the Abdominal Muscles in the Treatment of Chronic Constipation in Patients with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. *Mult Scler Int.* 2016;2016:4860315. Doi: <https://doi.org/10.1155/2016/4860315>
5. American Spinal Injury Association. International standards for neurological classification of spinal cord injury. Atlanta: American Spinal Injury Association; 2011. Disponível em: http://www.asiaspinalinjury.org/publications/59544_sc_Exam_Sheet_r4.pdf
6. Ragnarsson KT. Functional electrical stimulation after spinal cord injury: current use, therapeutic effects and future directions. *Spinal Cord.* 2008;46(4):255-74. Doi: <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3102091>

Avaliação da bioimpedância de pacientes pós COVID-19 em programa reabilitacional

Giovana de Andrade Resende¹, Regina Helena Morganti Fornari Chueire¹, Cristiane Bonfim², Rafael Pereira de Freitas¹, Letícia Lacerda Gonçalves Galdi²

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

² Instituto de Reabilitação Lucy Montoro / São José do Rio Preto

Introdução

As incapacidades apresentadas pelos sobreviventes da infecção pelo coronavírus (COVID-19) geram grande impacto na qualidade de vida. Podendo citar: disgeusia, astenia, déficits cognitivos, mialgia e a sarcopenia, esse último, tem relação direta com a perda de massa muscular e déficit de força, demandando uma análise mais precisa, a qual pode ser efetuada pelo uso da bioimpedância, contribuindo assim para a elaboração e análise da efetividade do Programa de Reabilitação.

Objetivos

Adquirir novos conhecimentos sobre o perfil muscular e nutricional dos pacientes acometidos pelo COVID-19 e medir a efetividade das terapias para o ganho de peso e de massa muscular e, conseqüentemente, melhora da força.

Métodos

Durante avaliação inicial multiprofissional com médico fisiatra e nutricionista, 10 pacientes em jejum foram submetidos a análise da composição corporal pela bioimpedância, com o aparelho Biodynamics 450. Sendo segunda avaliação realizada após dois meses de Programa visando comparar peso e ganho de massa magra (Kg).

Resultados e Discussão

O grupo foi composto por 5 mulheres e 5 homens, dos quais 9 apresentaram casos graves de COVID-19, necessitando de internação e 1 caso leve. Na avaliação inicial, pré-reabilitação, baseado no IMC, observou-se que a maioria (60%) se encontrava na faixa de obesidade ou sobrepeso (1 grau I, 3 grau II e 2 com sobrepeso), 3 com peso adequado e 1 abaixo do peso. Após 2 meses de Programa Reabilitacional, com condicionamento físico e orientação nutricional, 70% já apresentavam ganho de peso, desses, 100% com ganho de massa magra, variando de 0,9 a 7,1Kg. Um participante apresentou aumento de massa magra mesmo com diminuição do peso. O paciente com baixo peso (IMC = 15) ganhou 4,5kg, sendo 1,4kg de massa magra (IMC = 16,5). Foi possível perceber que os pacientes mais aderentes as orientações e sem faltas na reabilitação, apresentaram melhores resultados.

Conclusão

Conclui-se que o uso da bioimpedância contribui para estabelecer estratégias reabilitacionais dos pacientes, demonstrando impacto positivo quanto ao ganho de massa

magra dos sobreviventes do COVID-19, em curto período de tempo.

Referências

Araújo ND, Rosolem M, Cucolicchio S, Prevelato C. Implantação do atendimento em reabilitação aos pacientes curados da COVID 19 após alta hospitalar – ESF e NASF. Brasília: Portal da Inovação da Gestão do SUS; 2020.

Demeco A, Marotta N, Barletta M, Pino I, Marinaro C, Petraroli A, et al. Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. J Int Med Res. 2020;48(8):300060520948382. Doi: <https://doi.org/10.1177/0300060520948382>

Uso do G-Walk na análise da marcha em pacientes pós COVID-19 em instituto de reabilitação

Rafael Pereira de Freitas¹, Regina Helena Fornari Chueire¹, Giovana de Andrade Resende¹, Paulo Rafael Condi¹, Juliano Aparecido Pires¹

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Introdução

Com o advento da pandemia por COVID-19 foram notadas diversas incapacidades nos pacientes sobreviventes como fraqueza muscular, alterações de marcha, dentre outras. A avaliação fisioterápica é mandatória e, além da propedêutica clássica, a tecnologia proporciona meios de avaliação mais precisos. O uso do laboratório de marcha com análise do movimento dos pacientes por meio do dispositivo G-Walk auxilia no diagnóstico.

Objetivos

Analisar a marcha de sobreviventes do COVID-19 por meio do dispositivo G-Walk no laboratório de marcha.

Métodos

Foram selecionados 10 pacientes com alteração de marcha pós COVID-19. Todos os pacientes ficaram internados no Hospital de Base de São José do Rio Preto, tanto em leitos de unidade intensiva como de enfermagem, e nenhum apresentava queixa prévia para deambulação antes da internação. Os mesmos realizaram uma avaliação inicial no laboratório de marcha com o dispositivo G-Walk antes de iniciar o programa de Reabilitação. Foi realizado o teste do “Time Up and Go” e o Teste de Caminhada por 6 minutos. Em seguida, os pacientes foram inseridos no programa de Reabilitação no Instituto Lucy Montoro de São José do Rio Preto com médico fisiatra e equipe interdisciplinar. O programa englobou cinesioterapia, treino neuro-postural, treino de aptidão cardiorrespiratória, suporte psicológico e nutricional, com reavaliação após 60 dias.

Resultados e Discussão

Os parâmetros da marcha analisados na avaliação inicial

foram: cadência, velocidade, comprimento da passada e comprimento do passo. Todos os pacientes apresentaram alterações em pelo menos dois dos itens avaliados. Na segunda avaliação, sessenta dias após início do programa de reabilitação, foram observados que todos os pacientes atingiram a faixa da normalidade nos parâmetros avaliados e referiram melhora nas queixas de fraqueza e dificuldade para deambular.

Conclusão

Apesar do número limitado de pacientes, pode-se concluir que o uso do G-Walk proporciona uma análise precisa das alterações da marcha podendo contribuir para avaliar a eficácia do programa de Reabilitação, demonstrando os enormes ganhos para a locomoção independente em torno de sessenta dias de treino.

Referências

Maitin I Current: Medicina Física e Reabilitação - diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: AMGH; 2016.

Sheehy LM. Considerations for Postacute Rehabilitation for Survivors of COVID-19. JMIR Public Health Surveill. 2020;6(2):e19462. Doi: <https://doi.org/10.2196/19462>

Depression associated variables among amputees in the state of Santa Catarina

Mariana Francisco Botelho¹, Rafael Gustavo Sato Watanabe², Leticia Goulart Ferreira¹, Isabela de Carlos Back, Sergio Fernando Torres de Freitas¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Introduction

Depression and its relationship with lower limbs amputees (LLA) have been studied in different moments of the amputees follow up (pre and post-surgery/prosthesis adaptation). The rehabilitation goal is their reintegration into society. The high prevalence of depressive symptoms has a major impact on adherence to rehabilitation, functional prognosis, quality of life, and a lower rate of adaptation to the prosthesis and its use. The knowledge and the control of the variables related to depression on patients with high risk of presenting depressive symptoms may favor an early approach and treatment, ultimately optimizing the rehabilitation process and social reintegration.

Objective

Identify depressive symptoms in LLA and to test their relation among several variables (sociodemographic, clinical data, previous history of depression and follow up) in a case-control study.

Methods

The association among independent variables and

depressive symptoms were tested in a case-control study with 63 patients (21 cases and 42 controls) who attended to the reference center for LLA in the Santa Catarina State. The sample was calculated based on a previous prevalence study. The depressive symptoms were assessed with the Beck Depression Inventory-II. The statistical methods included chi-square test to bivariate analysis. All variables with associations $p < 0,2$ were selected to multivariate analysis. Logistic regression, backward, non-conditional, by likelihood ratio method were performed. All analysis were done using SPSS package, 27.0 version.

Results and Discussion

The model that best explained the presence of depressive symptoms included previous depression (OR=17.08; CI95=2.1-136.3), low social class (OR=3.04; CI95=1.2-7.5) and stable income (OR=0.5; CI95=0.1-1.7). This last variable, despite non-significant, was included to improve the adjustment of the model. The accuracy of the model was 71.4%, adequately classifying 88.1% of negatives and 23.8% of positives. The model has an outstanding capability to predict negative cases, i.e., amputees referred for the use of prosthesis that belong to C socioeconomic class (when compared to D or E classes) and did not have a previous diagnosis of depression rarely presented depressive symptoms. On the other hand, LLA who present these 2 variables (socioeconomic class D/ E, and previous diagnosis of depression) should be evaluated for depression, because this latest group present a higher chance of depression, close to 1 in 4.

Conclusion

Health care professionals should be aware of depressive symptoms in amputees, especially if they present previous history of depression and low income, to offer early psychological treatment to lessen the impact of depressive symptoms in the rehabilitation and improve their social reinsertion.

References

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [homepage on the Internet]. São Paulo: ABEP; c2019 [cited 2019 June 6]. Available from: http://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2019.pdf
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd ed. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
- Pedras S, Carvalho R, Pereira MG. A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation. *Disabil Health J.* 2018;11(1):79-85. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.013>
- Sabino SM, Torquato RM, Pardini ACG. Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta Fisiatr.* 2013;20(4):224-8. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130037>
- Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry.* 2012;34(4):389-94. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>

Singh R, Hunter J, Philip A. The rapid resolution of depression and anxiety symptoms after lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 2007;21(8):754-9. Doi: <https://doi.org/10.1177/0269215507077361>

Arias Vázquez PI, Castillo Avila RG, Dominguez Zentella MDC, Hernández-Díaz Y, González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, et al. Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. *Int J Rehabil Res.* 2018;41(1):52-6. Doi: <https://doi.org/10.1097/MRR.000000000000259>

Uzun O, Yildiz C, Ates A, Cansever A, Atesalp AS. Depression in men with traumatic lower part amputation: a comparison to men with surgical lower part amputation. *Mil Med.* 2003;168(2):106-9. Doi: <https://doi.org/10.1093/milmed/168.2.106>

Órtese funcional em paciente tetraplégico: confecção e uso – um relato de caso

Claudia Sayuri Furukawa Oshiro¹, André Daniel Tavares¹, Edinar Alves dos Santos¹, Frederico Alberto Nogueira Berardo¹

¹ Clínica Premium Care / Unidade Bela Vista

Introdução

As lesões raquimedulares cervicais, caracterizando quadros de tetraplegia, acarretam grande dependência funcional e menor qualidade de vida, sendo a limitação de função manual um dos principais fatores para estes. Pacientes com quadro motor incompleto podem apresentar movimentação para iniciar atividades, mas com limitações para o seu desempenho, e se beneficiam de auxílio e adaptações como órteses de confecção sob medida para atividades que necessitem da preensão palmar e motricidade fina.

Objetivos

Confecção de órtese funcional para tenodese sob molde. Avaliação de ganhos em independência e funcionalidade nas atividades de vida diária com o uso da órtese em um paciente com tetraplegia incompleta.

Métodos

Paciente H. S., masculino, 43 anos, vítima de trauma raquimedular por acidente automobilístico em 2016, realizando artrodese cervical C6-C7 e apresentando quadro de tetraplegia C4 AIS C. Apresentava flexão de cotovelo esquerdo e extensão de punho grau 4, sem preensão manual efetiva (força grau 1), necessitando de tenodese para acionar o movimento dos dedos de forma mais efetiva. Membro superior direito com fraqueza e encurtamento mais importantes, com menor funcionalidade. Realizada confecção de órtese funcional para tenodese sob molde em termoplástico (Sabine et al.), associado com treino de terapia ocupacional duas vezes por semana por 2 meses e orientações a fazer uso nas atividades que necessitassem da mesma. Foi aplicada avaliação Medida

Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) antes do uso da órtese e ao final do estudo. Foi aplicado TCLE com paciente.

Resultados e Discussão

Após confecção e treino, paciente conseguiu fazer uso da órtese nas atividades de alimentação para preensão de garrafa plástica de 1L, copo, caneca, atividade de higiene com preensão de shampoo, halter de 2kg para exercícios de fortalecimento muscular. A órtese foi eficaz para auxílio na preensão de objetos maiores, grossos, com maior diâmetro e não para preensão de objetos menores e finos. Ao final dos treinos e uso no cotidiano o paciente relatou melhora e satisfação, maior segurança para pegar objetos maiores e mais pesados, maximizando a função de preensão da mão esquerda. No decorrer do estudo percebemos que, para o uso da órtese, seria importante aprimorá-la adaptando com tecido antiderrapante nos dedos para que os objetos não escapassem, ficando estáveis, com preensão mais precisa.

Conclusão

Nesse paciente com tetraplegia incompleta, sem preensão manual efetiva, a órtese funcional para tenodese foi capaz de promover maior independência, funcionalidade e satisfação ao paciente para preensão de objetos até 2kg e exercícios de fortalecimento muscular.

Referências

Sabine C, Sammons F, Michela BJ. Report of development of the RIC plastic tenodysis splint. *Arch Phys Med Rehabil.* 1959;40:513-5.

Caldas ASC, Facundes VLD, Silva HJ. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2011;22(3):238-44. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i3p238-244>

Snoek GJ, IJzerman MJ, Hermens HJ, Maxwell D, Biering-Sorensen F. Survey of the needs of patients with spinal cord injury: impact and priority for improvement in hand function in tetraplegics. *Spinal Cord.* 2004;42(9):526-32. Doi: <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101638>

Devivo MJ. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications. *Spinal Cord.* 2012;50(5):365-72. Doi: <https://doi.org/10.1038/sc.2011.178>

Perfil epidemiológico dos pacientes com síndrome de Guillain Barré internados em um centro de reabilitação

Joenice de Almeida Ferreira Matos¹, Rodrigo Parente Medeiros¹, Raissa Freitas de Paula Oliveira¹, Leandro Monteiro Maemura¹, Marsani Rocha Batista¹

¹ Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

Introdução

A Síndrome de Guillain Barré (SGB) começou a ser identificada no século XVIII e em 1916 Guillain Barré e Strohl descreveram casos de fraqueza muscular ascendente, arreflexia, parestesia e dissociação proteíno-citológica no líquido. A síndrome foi descrita como uma polirradiculopatia de caráter inflamatório dos nervos periféricos, aguda e progressiva.^{1,2} Este trabalho torna-se relevante pois o primeiro passo para dar a melhor assistência aos pacientes é conhecer o perfil epidemiológico e as manifestações da doença em cada indivíduo. Sendo assim, os pacientes serão melhores assistidos e direcionados adequadamente para a rede de cuidados integrados, obtendo assim, sua melhor recuperação e reintegração na sociedade.

Objetivos

Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes internados para a fisioterapia em um hospital de referência, com o diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo da análise de prontuários de pacientes acometidos por SGB, internados de março de 2016 a fevereiro de 2019 no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER). Foram avaliadas: idade; sexo; tempo entre o início da doença e a chegada para Reabilitação; tempo de internação; diagnóstico funcional; via respiratória inicial e final; via alimentar inicial e final; presença de lesão por pressão; presença de infecção com suspensão de terapias; Medida de Independência Funcional (MIF) de entrada e saída e óbito durante a internação. Após autorização do Comissão de Ensino e Pesquisa e da Plataforma Brasil do CRER, foi analisado o prontuário de 208 pacientes, foram excluídos 178 e 30 selecionados para a pesquisa. Os critérios de exclusão foram: nome de pacientes duplicados, internação fora do período estabelecido, pacientes internados para outras especialidades, pacientes tratados apenas em regime ambulatorial, diagnóstico diferente de SGB e pacientes sem nenhum atendimento médico prévio.

Resultados e Discussão

Número de pacientes por sexo	Mulheres: 08 (27 %) Homens: 22 (73 %) TOTAL: 30
Média de idade por sexo	Mulheres: 41 – 50 anos Homens: 31 – 40 anos
Média do número de dias entre a doença e internação para reabilitação	60 dias
Média do número de dias de internação para reabilitação	47 dias
Número de pacientes de acordo com o diagnóstico funcional e sexo	Hemiparesia: 0 Hemiplegia: 0 Paraparesia: 1: Homem: 1; Mulher: 0 Paraplegia: 0 Tetraparesia: 23 Homem: 16; Mulher: 07 Tetraplegia: 6 Homens: 5; Mulheres: 01

Número de pacientes em relação à via aérea inicial	AA: 22 TQT: 04 VM: 04
Número de pacientes em relação à via aérea final	AA: 27 TQT: 02 VM: 01
Número de pacientes em relação à via de alimentação inicial	VO: 23 SNE: 06 GTT: 01
Número de pacientes em relação à via de alimentação final	VO: 25 SNE: 03 GTT: 02
Número de pacientes com lesão por pressão durante a internação de acordo com o sexo	Mulheres: 02 Homens: 01
Presença de infecção com necessidade de suspensão de terapias	Mulheres: 04 Homens: 05
Média da MIF inicial	52
Média da MIF final	64
Número de óbitos por sexo	Mulheres: 00 Homens: 01

Conclusão

Reabilitar pacientes com Síndrome de Guillain Barré em regime de internação traz melhora nos níveis de MIF permitindo aos mesmos mais independência de terceiros em relação aos seus cuidados.

Referências

- van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol.* 2008;7(10):939-50. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70215-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70215-1)
- Rabello FAPCJ, Jurno ME, Tollendal AB, Alvarenga Júnior AF, Ferreira FC, Perpétuo LHC, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores da síndrome de Guillain-Barré em um hospital regional de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26(Supl 5):S110-S116.

Disfagia pós artrodese cervical via anterior: relato de caso e revisão de condutas clínicas

Felipe Eduardo Ramos Xavier da Silva, Alcy Albuquerque dos Santos, Thiago Rocha Alves Duarte, Regina Mitiko Yassuda, Daniel Rubio de Souza

Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – IOT HC FMUSP

Introdução

A disfagia é uma complicação conhecida após procedimentos cirúrgicos na região cervical anterior.^{1,2} Entretanto, a incidência descrita na literatura é muito variável. Suas causas são multifatoriais e não totalmente esclarecidas. São considerados fatores de risco o sexo feminino, a quantidade de vértebras envolvidas e a manipulação mecânica das estruturas locais.³ O diagnóstico pode ser obtido através de

diversas ferramentas como questionários e exames de imagem. A análise pormenorizada é fundamental para excluir acometimentos de maior gravidade, como lesões nervosas periféricas.⁴ O tratamento inclui medidas gerais de suporte, dietas adaptadas, manobras, alimentação por via alternativa e procedimentos cirúrgicos. A rápida identificação e intervenção são essenciais, uma vez que as complicações decorrentes de disfagia pioram o prognóstico pós-cirúrgico e podem aumentar a morbimortalidade pós operatória. A vigilância sobre esta potencial complicação e a atenção de uma equipe multidisciplinar especializada é essencial para bom acompanhamento do paciente.⁵

Objetivo

Descrever um caso de disfagia após artrodese cervical e discutir as principais intervenções clínicas indicadas.

Método

Descrição de caso clínico baseado em dados do prontuário e revisão assistemática da literatura.

Descrição de Caso Clínico

INS, 39 anos, sexo masculino, vítima de trauma raquimedular cervical direto em 11/04/2020, por acidente em cama elástica. Evoluiu com tetraplegia de predomínio crural com preservação parcial de movimentos em membros superiores e perda do controle esfinteriano. Ressonância Nuclear Magnética mostrou anterolistese grau I de C4, com angulação anterior do corpo vertebral e discreta retrolistese de C5, além de conteúdo discal/hematoma epidural anterior, nos níveis do disco C5-C6 e do corpo vertebral de C6, determinando acentuada compressão dural e da medula espinhal, sendo optado pela realização de discectomia C4-C5/C5-C6 e artrodese por via anterior de C4-C5-C6 seis dias após o acidente. Após procedimento, o paciente manteve quadro de tetraplegia espástica, AIS B, com queixa de desconforto e dificuldade para deglutir líquidos e sólidos. Sem comprometimento do volume ingerido, engasgos ou tosse pós alimentar. Foi realizada investigação tomográfica 11 dias após o procedimento cirúrgico cervical que evidenciou espessamento de partes moles no espaço retrofaríngeo e esofágico, que, juntamente com material da artrodese, abaulava a transição faringoesofágica além de discreta coleção e edema local ratificando hipótese de disfagia esofágica. Paciente recebeu atendimento fonoaudiológico na qual foram realizadas manobras de compensação durante a deglutição, observando-se melhora do sintoma com rotação cervical ipsilateral à cicatriz cirúrgica. O status nutricional manteve-se preservado durante todo o período. Por motivos técnicos (pandemia COVID 19) não foi possível realização de videodeglutograma para complementação diagnóstica. Paciente evoluiu com resolução completa da queixa em 20 dias. Não houve alteração do estado nutricional durante toda evolução. Paciente recebeu alta para centro de reabilitação com alimentação via oral com consistência normal.

Discussão

Os pacientes com cirurgias cervicais e tetraplegia

comumente necessitam de alimentação por sonda nasointestinal durante o pós operatório imediato e a retirada deste dispositivo é sempre acompanhada de avaliação e terapia fonoaudiológica. Estes pacientes estão em potencial risco de infecções respiratórias⁶ pois tem hipersecretividade brônquica por alteração autonômica,⁷ síndrome restritiva ventilatória por paralisia da musculatura respiratória intercostal⁸ e refluxo gastroesofágico com microaspirações. Uma aspiração alimentar acidental pode cursar com graves complicações e óbito. Ying mostra que a ocorrência de disfagia transitória, até 30 dias após cirurgia, varia entre 0 a 76% dos casos, com incidência global de 15,6% (95 % CI, 12.6 - 18.5 %) e de disfagia persistente, com duração maior que 90 dias pós-cirurgia, varia entre 1 e 7%.¹ Os principais fatores de risco para disfagia nestes casos são o sexo feminino, procedimento em mais de duas vértebras ou reabordagens cirúrgicas.^{1,3,9} Em pacientes lesados medulares, a idade, a presença de traqueostomia e uso de ventiladores mecânicos também representam risco para o desenvolvimento da disfagia.¹⁰ Entretanto, quaisquer agressões aos tecidos subjacentes ao procedimento podem contribuir com o sintoma, principalmente porque a abordagem anterior resulta na remoção de quantidade maior de tecido pré vertebral e exige maior força de tração sobre o esôfago, causando maior injúria local.^{1,3,11} Dessa forma, é de grande importância o acesso à descrição cirúrgica, a fim de avaliar os passos do procedimento, possíveis intercorrências, o tipo de fechamento e o material utilizado para a síntese.⁵ O rol de diagnósticos que geram disfagia é bem amplo, abrangendo desde alterações inflamatórias locais (que geralmente tem resolução espontânea em poucos dias) até lesões de nervo glossofaríngeo, nervo vago ou nervo hipoglosso, que coordenam a mecânica da deglutição. Lesões no nervo laríngeo superior, apesar de pouco prevalente, também pode causar sintomas limitantes.⁴ Estudo relata que há alterações na pressão de relaxamento do esfíncter esofageano superior em lesados medulares cervicais, fato que poderia facilitar a aspiração de alimentos.¹² Muitos são os sinais e sintomas sugestivos da disfagia como tosse, pigarro, sialorréia, olhos marejados, coriza durante ou após refeições, deglutição audível, regurgitação, entre outros. Vários métodos podem ser empregados para o diagnóstico. Inicialmente é realizada anamnese e avaliação das estruturas orais, incluindo avaliação funcional com líquidos e sólidos para verificar se o indivíduo apresenta riscos de aspiração/penetração laringotraqueal. Esse passo definirá se dieta via oral poderá ser liberada ou não, adaptando sua consistência ou o espessamento de líquidos, se necessário. Outra ferramenta importante são os questionários, que geralmente se propõe a diferenciar pessoas com risco de aspiração daquelas que podem ingerir sólidos e líquidos adequadamente, como o Bedside Swallowing Evaluation (BSE), o Functional Oral Intake Scale (FOIS) e o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD).^{10,13,14,15,16} Estudos observacionais relatam que o questionário BSE e o Videodeglutograma são comparáveis no diagnóstico de disfagia em pacientes com lesão medular.¹⁰ Avaliações fonoaudiológicas de deglutição, com alimentos de diferentes consistências são fundamentais. Além disso, o videodeglutograma e/ ou nasofibroscopia, considerados como padrão-ouro, possibilitam a visualização direta de todas as estruturas associadas à deglutição, além de determinar a

etiologia da disfagia e além de informar sob quais condições o paciente pode deglutir seguramente. Quando o paciente não pode ser eleito para o vídeo-deglutograma, a vídeo-endoscopia (nasofibroscoopia) é uma ferramenta precisa para a investigação, sendo bem tolerada por pacientes acamados e podendo ser feita por diversas vezes para observar a evolução da terapia. O fator limitante é que o exame não avalia a fase oral e esofágica da deglutição.¹⁰ O tratamento dependerá da etiologia do acometimento, do grau de severidade, do estado de saúde geral, da cognição, do estado emocional, da faixa etária e das complicações associadas. Apesar da maioria dos casos serem autolimitados, equipe multiprofissional com médico, enfermagem, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia devem estar em consonância para observação do consumo de alimentos pós-extubação, progressão da consistência dietética e direcionamento apropriado da investigação, caso necessário.^{5,10} Medidas de suporte geral como terapia física, posicionamento cervical, verificação do uso adequado de próteses dentárias e elevação da cabeceira (30º) podem ser maneiras práticas de minimizar a disfagia. Dietas com consistências variadas são fundamentais no manejo, com especial atenção ao aporte calórico ingerido, visto que mudança de consistência pode representar diminuição de calorias ingeridas, e má aceitação da dieta. Dietas líquidas podem ser difíceis de serem manejadas em um paciente acamado, sendo muitas vezes necessário o uso de espessantes. Métodos alimentares alternativos como as sondas (nasoenterais ou nasogástricas), a via parenteral ou a gastrostomia são terapias de escolha nos casos de pacientes muito debilitados e com má aceitação oral, com risco aumentado de broncoaspiração.⁵

Conclusão

Relatamos um caso típico de disfagia transitória após artrodese cervical com abordagem por via anterior. Como no caso relatado, a maior parte dos casos tem evolução benigna com o manejo adequado. A discussão chama a atenção para as potenciais complicações clínicas graves que podem ocorrer caso este diagnóstico seja negligenciado. A criação de protocolos de vigilância e tratamento em unidades que atendam estes pacientes é fundamental para identificação precoce da condição, reduzir o tempo de investigação e padronizar de condutas evitando aspiração alimentar.

Referências

1. Yang Y, Ma L, Liu H, Xu M. A meta-analysis of the incidence of patient-reported dysphagia after anterior cervical decompression and fusion with the zero-profile implant system. *Dysphagia*. 2016;31(2):134-45. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9681-7>
2. Fengbin Y, Xinwei W, Haisong Y, Yu C, Xiaowei L, Deyu C. Dysphagia after anterior cervical discectomy and fusion: a prospective study comparing two anterior surgical approaches. *Eur Spine J*. 2013;22(5):1147-51. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00586-012-2620-5>
3. Lee MJ, Bazaz R, Furey CG, Yoo J. Risk factors for dysphagia after anterior cervical spine surgery: a two-year prospective cohort study. *Spine J*. 2007;7(2):141-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2006.02.024>
4. Berlowitz DJ, Wadsworth B, Ross J. Respiratory problems and management in people with spinal cord injury. *Breathe (Sheff)*. 2016;12(4):328-340. Doi: <https://doi.org/10.1183/20734735.012616>
5. Jotz GP, Dornelles S. Distúrbios da deglutição. *Rev Hosp Universitário Pedro Ernesto*. 2012; 11(3):70-6.
6. Krassioukov A. Autonomic function following cervical spinal cord injury. *Respir Physiol Neurobiol*. 2009;169(2):157-64. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.resp.2009.08.003>
7. Schilero GJ, Bauman WA, Radulovic M. Traumatic Spinal Cord Injury: Pulmonary Physiologic Principles and Management. *Clin Chest Med*. 2018;39(2):411-425. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2018.02.002>
8. Singh G, Triadafilopoulos G. Gastroesophageal reflux disease in patients with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2000;23(1):23-7. Doi: <https://doi.org/10.1080/10790268.2000.11753504>
9. Cho SK, Lu Y, Lee DH. Dysphagia following anterior cervical spinal surgery: a systematic review. *Bone Joint J*. 2013;95-B(7):868-73. Doi: <https://doi.org/10.1302/0301-620X.95B7.31029>
10. Benton B, Iruthayarajah J, Longval M, McIntyre A, Blackport D, Muise S, et al. Nutrition Issues Following Spinal Cord Injury. In: Eng JJ, Teasell RW, Miller WC, Wolfe DL, Townson AF, Hsieh JTC, editors. *Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence*. Vancouver: SCIRE Project Version 7.0; 2019. p. 1-69.
11. Lee MJ, Bazaz R, Furey CG, Yoo J. Influence of anterior cervical plate design on Dysphagia: a 2-year prospective longitudinal follow-up study. *J Spinal Disord Tech*. 2005;18(5):406-9. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.bsd.0000177211.44960.71>
12. Tempel ZJ, Smith JS, Shaffrey C, Arnold PM, Fehlings MG, Mroz TE, et al. A multicenter review of superior laryngeal nerve injury following anterior cervical spine surgery. *Global Spine J*. 2017;7(1 Suppl):7S-11S. Doi: <https://doi.org/10.1177/2192568216687296>
13. Furkin AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Rev CEFAC*. 2008;10(4):503-12. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462008000400010>
14. McRae J, Smith C, Beeke S, Emmanuel A. Oropharyngeal dysphagia management in cervical spinal cord injury patients: an exploratory survey of variations to care across specialised and non-specialised units. *Spinal Cord Ser Cases*. 2019;5:31. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41394-019-0175-y>
15. Neville AL, Crookes P, Velmahos GC, Vlahos A, Theodorou D, Lucas CE. Esophageal dysfunction in cervical spinal cord injury: a potentially important mechanism of aspiration. *J Trauma*. 2005;59(4):905-11. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000188086.02488.b1>
16. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):199-205.

Avaliação da bioimpedância de paciente em reabilitação pós COVID-19: relato de caso

Henrique Fernandes Buosi¹, Giovana de Andrade Resende¹, Regina Helena Morganti Fornari Chueire¹, Cristiane Bonfim¹, HirokoTakaki Konno¹

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Introdução

São inúmeras as sequelas causadas pela infecção pelo coronavírus (COVID-19), diante do quadro clínico amplo da doença e de sua hospitalização por muitas vezes prolongada, uma das mais impactantes na qualidade de vida é o déficit de força causado pela perda muscular (sarcopenia), cuja bioimpedância pode ter enorme papel em sua mensuração e acompanhamento durante Programa de Reabilitação.

Objetivos

Relatar ganho individual de massa muscular em paciente acometido por quadro grave de Covid-19, aderente ao tratamento e reabilitação, a fim de contribuir no entendimento do perfil muscular do paciente pós COVID-19 e seus possíveis ganhos no período pós doença.

Métodos

Relato de caso da avaliação da bioimpedância de paciente masculino, após quadro grave de COVID-19, em Programa de Reabilitação por cinco meses e três dias.

Resultados e discussão

Paciente masculino, 32 anos, sem comorbidades, apresentou internação por quadro grave de Covid-19 por 21 dias, sendo destes, 16 dias sob intubação orotraqueal devido SARS grave, tratado com antibioticoterapia estendida por pneumonia relacionada à ventilação mecânica, além de dois episódios de parada cardiorrespiratória (revertidas após 4 e 8 minutos). Após alta, relatava diminuição de força em dimídio esquerdo. Em bioimpedância inicial após este quadro, apresentava massa magra de 66,1Kg, gorda de 32,5 Kg, IMC de 26,8, com peso em 97,9kg. Foi avaliado por médico fisiatra, iniciado reabilitação e acompanhamento nutricional na rede Lucy Montoro, com boa adesão ao tratamento. Após dois meses e 25 dias aumentou sua massa magra em 7,1Kg e, após cinco meses e três dias, apresenta massa magra em 76,3Kg (+10,2Kg), gorda em 31,5Kg (-1,0Kg) e IMC: 29,6. Em alta da reabilitação, paciente com melhora completa do quadro, retomou peso e com ganho total de força pré-existente.

Conclusão

Apesar da Covid-19 ser uma doença recentemente descrita, suas implicações musculares apresentam melhora com reabilitação e acompanhamento nutricional bem indicados, trazendo claro benefício na qualidade de vida e velocidade de recuperação dos pacientes acometidos por esta patologia. A Bioimpedância contribui para seguimento destes pacientes através de análise quantitativa no ganho de massa muscular.

Referências

Demeco A, Marotta N, Barletta M, Pino I, Marinaro C, Petraroli A, et al. Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. *J Int Med Res.* 2020;48(8):300060520948382. Doi: <https://doi.org/10.1177/0300060520948382>

Avaliação do grau de incapacidade física em pacientes portadores de Hanseníase no município de Fernandópolis

Paula Machado da Costa Lucas¹, Flávio Henrique Nuevo Benez dos Santos¹, Adriana Yukidi Taketa¹, Rullya Marson de Melo Oliveira¹

¹ Rede de Reabilitação Lucy Montoro / Fernandópolis

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, que se manifesta por sinais e sintomas dermatoneurológicos. No Brasil constitui em um problema de saúde pública, além de ser uma doença com agravantes inerentes às doenças de origem socioeconômica e cultural, é também marcada pela repercussão psicológica gerada pelas deformidades e incapacidades físicas. O diagnóstico clínico é realizado através do exame físico com avaliação dermatoneurológica, baciloscopia e/ou histopatológico. O tratamento é iniciado imediatamente após o diagnóstico de hanseníase, com a poliquimioterapia e a reabilitação, dessa forma é evitado contágio e incapacidades físicas.

Objetivos

Avaliar o grau de incapacidade física em pacientes portadores de Hanseníase, no início e após final do tratamento, no município de Fernandópolis/SP.

Métodos

Estudo clínico-epidemiológico descritivo e retrospectivo, CAAE 40435620.1.0000.5494, que avalia o grau de incapacidade física dos pacientes diagnosticados e tratados por hanseníase, no período compreendido entre janeiro 2017 a janeiro 2019, no CADIP – Centro de Atendimento à Doenças infectocontagiosas e Parasitárias de Fernandópolis/SP.

Resultados e Discussão

Entre 2017 e 2019 foram diagnosticados 150 pacientes, destes, após os criterios de exclusão, permaneceram 100 pacientes. O grau de incapacidade física antes do tratamento foi de I em 52 %, grau II em 35 % e grau 0 em 10 %. Após o tratamento reabilitacional associado ao medicamentoso, 44 % dos pacientes apresentaram grau I, 8 % com grau 2 e 48% com grau 0. O grau de incapacidade física é importante dentro dos programas de controle da hanseníase e é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés, no qual grau I e II correspondem a incapacidades já instaladas, que falam a favor de diagnostico tardio.

Conclusão

Os pacientes portadores de hanseníase apresentam maior comprometimento da qualidade de vida, o que mostra a necessidade de um diagnóstico e tratamento precoce afim de diminuir as sequelas. É necessário políticas de saúde para a população portadora da doença incapacitante, promovendo o diagnóstico precoce com o tratamento adequado e a reabilitação, minimizando assim suas complicações.

Referências

World Health Organization. Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities (Plan period: 2006-2010). Geneva: WHO; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Caderno 7, p.1-28).

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962. Baixa normas técnicas especiais para o combate à lepra no país e dá outras providências. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/historiadahanseníase/media/Decreto968.pdf>

Avaliação goniométrica em punho espástico pré e pós aplicação de Toxina Botulínica Tipo A, associado a funcionalidades de vida diária: um relato de caso

Fabiano Magnino, Gabriela Massafra Porazzi, Laíse de Paula Maitelli, Humberto Gessinger Nascimento dos Santos

Centro Universitário de Várzea Grande, Universidade Federal de Mato Grosso

Introdução

A espasticidade, que pode ser causada por lesões encefálicas adquiridas, tais como traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral e hipóxia neonatal, acontece quando há aumento do tônus muscular associada à exacerbação dos reflexos profundos, decorrentes de hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento. A complicação está associada a uma redução da capacidade funcional do indivíduo. O tratamento da espasticidade visa melhorar a mobilidade do membro, reduzindo as chances de complicações e auxiliando na analgesia. Sendo assim, este relato de caso tem como objetivo destacar os benefícios da Toxina Botulínica Tipo A (BoNT-A), medicação injetável, utilizada para tratar atividade muscular focal.^{1,2,3}

Objetivos

Demonstrar o benefício da Toxina Botulínica Tipo A para prevenção de deformidades e contraturas articulares em músculos espásticos.

Métodos

Trata-se de um relato de casos que analisa o uso da toxina botulínica em um paciente com sequelas motoras decorrente de hipóxia neonatal. Para isso foram feitas análises de espasticidade segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM) e a avaliação goniométrica de punho. Posteriormente, foram aplicadas doses de Toxina Botulínica tipo A da marca Dysport® (abobotulinum A) em segmentos musculares espásticos do punho. Após um mês do primeiro procedimento houve uma nova avaliação goniométrica (AG).

Resultados e Discussão

Paciente H.G.N.S, 23 anos, vítima de hipóxia neonatal apresenta hemiplegia à direita. Com isso, há prejuízo na fala, na marcha, nos movimentos de pinça e mão direita em garra. À primeira AG, punho o paciente apresentava 82 graus de flexão, sendo os músculos flexor radial do carpo (FRC) e flexor ulnar do carpo (FUC) com 4 pontos na escala de EAM. Ambos os músculos receberam aplicação de BoNT-A, sendo as doses respectivas 150 UI no FRC e 100 UI no FUC. Após um mês, observou-se melhora substancial na flexão do punho, sendo que o AG mostrou 2 graus, estando esse apoiado em superfície plana. A nova pontuação EAM foi averiguada em ambos os músculos, estando o FRC com 2 pontos e o FUC com um ponto. Foi relatada uma melhora da funcionalidade do membro, sem efeitos adversos.

Conclusão

Baseado nos resultados goniométricos e na pontuação EAM após as aplicações, observou-se a eficácia da BoNT-A no tratamento da mão em garra do paciente. Como não foram relatados efeitos colaterais adversos, pode-se inferir que se trata de um método, quando utilizado da maneira correta, seguro e eficaz ao paciente.³

Referências

1. Mohammadi B, Balouch SA, Dengler R, Kollwe K. Long-term treatment of spasticity with botulinum toxin type A: an analysis of 1221 treatments in 137 patients. *Neurol Res.* 2010;32(3):309-13. Doi: <https://doi.org/10.1179/016164109X12478302362734>
2. Ghai A, Garg N, Hooda S, Gupta T. Spasticity - Pathogenesis, prevention and treatment strategies. *Saudi J Anaesth.* 2013;7(4):453-60. Doi: <https://doi.org/10.4103/1658-354X.121087>
3. Trompetto C, Marinelli L, Mori L, Pelosin E, Currà A, Molfetta L, et al. Pathophysiology of spasticity: implications for neurorehabilitation. *Biomed Res Int.* 2014;2014:354906. Doi: <https://doi.org/10.1155/2014/354906>

Barreiras ao acesso da pessoa com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo

Karina Aparecida Padilha Clemente¹, Simone Vieira da Silva¹, Maritsa Carla de Bortoli², Tereza Toma, Gislene Inoue Vieira¹, Vinícius Delgado Ramos^{3,4}, Christina May Moran de Brito^{1,5}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – FMUSP

² Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

³ Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – HCFMUSP

⁴ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – FSP USP

⁵ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP

Apoio Financeiro: Fapesp #2017/50358-0

Introdução

As evidências indicam que as pessoas com deficiência têm maiores necessidades de saúde do que as pessoas sem deficiência, e que essas demandas em geral não são satisfeitas.¹ Além das necessidades usuais de saúde como a imunização, por exemplo, elas podem ter necessidades específicas devidas às suas deficiências e condições de saúde associadas, como a reabilitação. No entanto, evidências demonstram que elas têm piores níveis de acesso aos serviços de saúde e piores desfechos de saúde, especialmente em países de menor nível de renda, como o Brasil.^{1,2}

Objetivos

Este estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas globais e locais relativas às barreiras existentes ao acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde.

Métodos

Realizou-se uma revisão de escopo estabelecendo-se a pergunta norteadora: “Quais são as principais barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam no acesso a serviços de saúde?”. O levantamento dos artigos foi realizado em julho de 2019, em seis bases de dados de literatura científica. Dos 1.155 documentos identificados nas buscas, após seleção por título e resumo, foram lidas na íntegra 170 publicações e, após leitura, 96 revisões da literatura foram incluídas e categorizadas conforme referencial teórico.

Resultados e Discussão

A revisão identifica o número de publicações por ano e região geográfica, além de elencar as barreiras identificadas por prestadores de serviços e por pessoas com deficiência em todos os níveis de complexidade dos cuidados de saúde. Barreiras que são categorizadas pelas diferentes dimensões do acesso³ e da Lei Brasileira de Inclusão.⁴ De modo geral, as principais barreiras identificadas por usuários dos serviços foram: comunicação falha entre prestadores e usuários dos serviços; limitações financeiras; questões atitudinais/comportamentais; oferta de serviços escassa; barreiras organizacionais e de transporte. As principais

barreiras identificadas pelos prestadores de serviços foram: falta de capacitação dos profissionais; falhas do sistema de saúde; estrutura física; falta de recursos/tecnologia; idioma. Cabe ressaltar que apenas quatro estudos envolveram a análise de estudos brasileiros.

Conclusão

Ficou evidente que as pessoas com deficiência enfrentam diversas barreiras ao acesso aos serviços de saúde de que necessitam e usuários e profissionais de saúde têm visões distintas e complementares sobre as mesmas. Mais além, faltam estudos nacionais sobre esta temática.

Referências

1. World Health Organization. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPCD; 2012.
2. Bright T, Kuper H. A Systematic Review of Access to General Healthcare Services for People with Disabilities in Low and Middle Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):1879. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph15091879>
3. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. Doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
4. Brasil. Lei nº 13.146, 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2015 Jul 7; Seção 1:2-11.

Proposta de abordagem do aluno de medicina para prescrever atividades em contato com a natureza

Carlos Alberto Pereira de Rezende Neto¹, Sandro Rachevsky Dorf¹

¹ Núcleo de Reabilitação e Desenvolvimento Neuropsicomotor-IPPMG/UFRJ

Introdução

O Núcleo de Reabilitação e Desenvolvimento Neuropsicomotor (Núcleo RDN) do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ atua com equipe de reabilitação multiprofissional e interdisciplinar formada por: médicos fisiatra e pediatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo. Com o avanço tecnológico, observa-se o afastamento de crianças e adolescentes de atividades ao ar livre, em contato com a natureza, que são substituídas por momentos em frente a dispositivos eletrônicos. Estima-se que essa tendência possa ser ainda maior quando há atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Durante a passagem pelo serviço, os alunos de medicina têm a vivência do atendimento de crianças com atraso do desenvolvimento em diversas áreas. Há a proposta destes alunos abordarem as crianças e suas famílias para, inicialmente, arguir sobre os hábitos da criança e intervir com

orientações sobre a importância de atividades em contato com a natureza.

Objetivos

Estabelecer um modelo de abordagem do aluno de medicina com a criança e sua família sobre o tempo de exposição diário a dispositivos eletrônicos, de atividades ao ar livre, pautando em revisão de literatura prévia, treinando a relação médico-paciente e com a sua família especificamente sobre esse tema.

Métodos

Após revisão da literatura, o aluno poderá intervir aconselhando a família sobre os aspectos positivos da interação da criança com a natureza e os efeitos negativos da exposição excessiva a aparelhos eletrônicos.

Resultados e Discussão

Atividades em contato com áreas verdes podem provocar redução: de hipertensão arterial sistêmica, do estresse e da fadiga; dos níveis de cortisol, da frequência cardíaca, da obesidade, de depressão, de processos alérgicos e infecciosos respiratórios; e promover: sensação de bem estar, melhora na função cognitiva, da atenção e da memória e da imunidade. Em contraste, a exposição prolongada a telas pode: alterar o sono, provocar ametropia, induzir ao sedentarismo, obesidade, dislipidemia, diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica e síndrome metabólica; aumentar a incidência de reações alérgicas e infecciosas respiratórias e provocar alterações comportamentais como irritabilidade.

Conclusão

Através de questionamentos à criança e seu responsável sobre hábitos de atividades ao ar livre e a respeito do tempo de exposição a telas, o aluno de medicina pode intervir e auxiliar em mudanças de hábitos da criança e sua família, orientando sobre os benefícios do contato com a natureza e os malefícios da exposição excessiva a telas. Corroborando essa conduta, estima-se que o perfil das crianças do Núcleo RDN, devido ao atraso no desenvolvimento, essa situação pode ser ainda mais recorrente.

Referências

Farrero E, Antón A, Egea CJ, Almaraz MJ, Masa JF, Utrabo I, et al. Guidelines for the management of respiratory complications in patients with neuromuscular disease. Arch Bronconeumol. 2013;49(7):306-13. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2012.12.003>

Lovell R, Depledge M, Maxwell S. Health and the natural environment: A review of evidence, policy, practice and opportunities for the future. London: Defra; 2018.

Russell R, Guerry AD, Balvanera P, Gould RK, Basurto X, Chan KMA, et al. Humans and Nature: How Knowing and Experiencing Nature Affect Well-Being. Annu Rev Environ Resour. 2013;38:473-502. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-environ-012312-110838>

Oliveira JS, Barufaldi LA, Abreu GA, Leal VS, Brunken GS, Vasconcelos SML et al. ERICA: uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes. Rev Saude Publica. 2016;50(Supl 1):7s. Doi: <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006680>

Bratman GN, Daily GC, Levy BJ, Gross JJ. The benefits of nature experience: Improved affect and cognition. Landscape and Urban Planning. 2015;138:41-50. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2015.02.005>

Caumo GH, Spritzer D, Carissimi A, Tonon AC. Exposure to electronic devices and sleep quality in adolescents: a matter of type, duration, and timing. Sleep Health. 2020;6(2):172-178. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.12.004>

Rook GA. Regulation of the immune system by biodiversity from the natural environment: an ecosystem service essential to health. Proc Natl Acad Sci U S A. 2013;110(46):18360-7. Doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1313731110>

Proposta de cuidados de transição pré alta hospitalar em pacientes com lesão medular

Daniel Rubio de Souza, Chen Chieng Yuan, Pérola Grinberg Plapler

Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – IOT HCFMUSP

Introdução

A lesão medular é um dos acometimentos mais graves e complexos que pode atingir o ser humano. Há uma série de consequências físicas e alterações fisiológicas com impacto na independência funcional e qualidade de vida interferindo em aspectos emocionais e na organização familiar, social e econômica do indivíduo. Ao longo dos últimos 20 anos, nosso serviço desenvolveu critérios para alta hospitalar deste paciente visando minimizar as complicações secundárias e possibilitar o maior potencial reabilitacional possível.

Objetivo

Descrever critérios de alta e objetivos de cuidados de transição de pacientes com lesão medular baseados na prática clínica e validados pela literatura.

Método

Descrição de diretrizes assistenciais pré alta hospitalar de pacientes com lesão medular e sua validação via revisão da literatura.

Resultados

Consideramos como pontos cruciais para melhores resultados e menor ocorrência de complicações secundárias que os seguintes tópicos sejam observados antes da alta hospitalar:

1- Tratamento precoce da dor (em especial a dor neuropática);

2- Prevenção e tratamento de lesões por pressão;
 3- Profilaxia de trombose venosa profunda;
 4- Orientação sobre hipotensão postural;
 5- Orientação sobre disreflexia autônoma;
 6- Profilaxia e tratamento de ossificação heterotópica;
 7- Treinamento de cateterismo intermitente limpo;
 8- Orientação sobre intestino neurogênico;
 9- Identificação e tratamento precoce de espasticidade;
 10- Prevenção de deformidades (orientação de exercícios e prescrição de órteses);
 11- Sedestação no leito e treino em cadeira de rodas;
 12- Treino de transferência e mudanças de decúbito;
 13- Orientação sobre adaptações domiciliares mínimas;
 14- Prescrição de cadeira de rodas e cadeira de banho;
 15- Acolhimento emocional ao paciente e familiares;
 16- Orientação sobre benefícios sociais;
 17- Decanulação de traqueostomia em pacientes abaixo de C4.
 Estas atividades são desenvolvidas de forma integrada com equipe formada por médico fisiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, técnico de órtese e prótese e nutricionista. O processo de cuidados de transição para alta hospitalar tem início após estabilização clínica do paciente nos primeiros dias de pós-operatório após alta da equipe ortopédica. O tempo médio de permanência de pacientes sem complicações clínicas para estes objetivos é de 1 a 2 semanas para paraplégicos e de 2 a 4 semanas para tetraplégicos (considerando paciente com lesões completas ou incompletas sensitivas).

Discussão e Conclusão

Em países desenvolvidos, todos pacientes com lesão medular são referenciados a leitos de reabilitação intensiva em regime de internação em períodos que variam de 2 semanas a 3 meses. Este modelo é considerado padrão ouro para tratamento da fase aguda/subaguda da lesão medular. Em nosso país, por indisponibilidade de vagas de reabilitação hospitalar, os pacientes tem sido encaminhados para programas de reabilitação ambulatoriais e muitas vezes não são treinados ou orientados sobre os cuidados necessários para o manejo adequado de sua condição clínica antes da alta. Por isso, é comum os Centros de Reabilitação receberem os pacientes tardiamente ou com complicações secundárias instaladas. Estas medidas podem prevenir estas ocorrências e permitir inclusão e maior potencial reabilitacional para lesados medulares.

Referências

Atkinson RA, Cullum NA. Interventions for pressure ulcers: a summary of evidence for prevention and treatment. *Spinal Cord*. 2018;56(3):186-198. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41393-017-0054-y>

Bellucci CH, Castro Filho JE, Gomes CM, Bessa Junior J, Battistella LR, Souza DR, et al. Contemporary trends in the epidemiology of traumatic spinal cord injury: changes in age and etiology. *Neuroepidemiology*. 2015;44(2):85-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000371519>

Bombardier CH, Adams LM, Fann JR, Hoffman JM. Depression Trajectories During the First Year After Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(2):196-203. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.10.083>

Botelho RV, Albuquerque LDG, Bastianello Junior R, Arantes Júnior AA. Epidemiologia do trauma raquimedular no Brasil: revisão sistemática. *Arq Bras Neurocir*. 2014;33(2):100-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1626255>

Burns AS, Marino RJ, Kalsi-Ryan S, Middleton JW, Tetreault LA, Dettori JR, et al. Type and Timing of Rehabilitation Following Acute and Subacute Spinal Cord Injury: A Systematic Review. *Global Spine J*. 2017;7(3 Suppl):175S-194S. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2192568217703084>

Cao Y, Krause JS, DiPiro N. Risk factors for mortality after spinal cord injury in the USA. *Spinal Cord*. 2013;51(5):413-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2013.2>

Caro CC, da Cruz DMC. A mobilidade funcional com cadeiras de rodas em sujeitos com lesão medular. *Cad Bras Ter Ocup*. 2020; 28(4):1133-50. Doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1984>

Castro AW. Efeito da radioterapia na profilaxia da ossificação heterotópica em pacientes com lesão medular traumática [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

Chen HL, Wang XD. Heparin for venous thromboembolism prophylaxis in patients with acute spinal cord injury: a systematic review and meta-analysis. *Spinal Cord*. 2013;51(8):596-602. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2013.48>

Elbasiouny SM, Moroz D, Bakr MM, Mushahwar VK. Management of spasticity after spinal cord injury: current techniques and future directions. *Neurorehabil Neural Repair*. 2010;24(1):23-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1545968309343213>

Fontes F, Martins BS. Deficiência e inclusão social: os percursos da lesão medular em Portugal. *Sociologia Problemas e Práticas*. 2015;77:153-72.

França ISX, Coura AS, Sousa FS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Qualidade devida em pacientes com lesão medular. *Rev Gaúcha Enfer*. 2013;34(1):155-63. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100020>

Krassioukov A, Eng JJ, Claxton G, Sakakibara BM, Shum S. Neurogenic bowel management after spinal cord injury: a systematic review of the evidence. *Spinal Cord*. 2010;48(10):718-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2010.14>

Krassioukov A, Eng JJ, Warburton DE, Teasell R. A systematic review of the management of orthostatic hypotension after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(5):876-85. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2009.01.009>

Krassioukov A, Warburton DE, Teasell R, Eng JJ. A systematic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(4):682-95. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2008.10.017>

Leite VF, Souza DR, Imamura M, Battistela LR. Complicações intra hospitalares em pacientes com lesão medular. Acta Fisiatr. 2018;25(1):36-9. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v25i1a158833>

Consortium for Spinal Cord Medicine. Bladder management for adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care providers. J Spinal Cord Med. 2006;29(5):527-73.

Mehta S, McIntyre A, Janzen S, Loh E, Teasell R. Systematic Review of Pharmacologic Treatments of Pain After Spinal Cord Injury: An Update. Arch Phys Med Rehabil. 2016;97(8):1381-1391.e1. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.12.023>

Nas K, Yazmalar L, Şah V, Aydın A, Öneş K. Rehabilitation of spinal cord injuries. World J Orthop. 2015;6(1):8-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.8>

Souza DR, Yuan CC, Rached RDVA. Characteristics of spinal cord injuries in areferral center in São Paulo-Brazil. R Rev Col Med Fis Rehab. 2012; 22(1): 44-48.

Teasell RW, Mehta S, Aubut JL, Ashe MC, Sequeira K, Macaluso S, et al. A systematic review of the therapeutic interventions for heterotopic ossification after spinal cord injury. Spinal Cord. 2010;48(7):512-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2009.175>

Yarkony GM, Bass LM, Keenan V 3rd, Meyer PR Jr. Contractures complicating spinal cord injury: incidence and comparison between spinal cord centre and general hospital acute care. Paraplegia. 1985;23(5):265-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.1985.43>

A possibilidade do uso da bandagem elástica adesiva na Fonoaudiologia: uma revisão integrativa

Rayssa Chiaparro^{1,2}, Mariana de Freitas Belém², Mirian Hideko Nagae²

¹ Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro – CMRLM/Santos

² Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Apoio Financeiro: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC); Conselho Nacional de Desenvolvimento de Científico e Tecnológico (CNPq)

Introdução

A bandagem elástica adesiva, também conhecida como Kinesio Tape (KT) é comumente aplicada pelo método Therapy Taping® (TT), a qual tem como objetivo principal propiciar apoio externo às partes do corpo ou a todo um segmento, propiciando alterações no sistema corporal, promovendo assim alívio da dor, edema, contrações musculares e estabilização articular.¹⁻³

Objetivos

Agregar informações científicas importantes quanto as metodologias que vêm sendo utilizadas e abrir possibilidade de

adequação das mesmas em músculos menores, considerando a respectiva neurofisiologia envolvida em cada caso, para que norteadores básicos possam ser considerados e pesquisas na área sejam realizadas com maior margem de segurança.

Método

Recorte temporal desde a década de 1970 até abril de 2019, publicados em quaisquer idiomas com aplicação acima da cintura escapular. Descritores DeCS/MeSH + Palavras-chave: "Kinesio Taping" e/ou "Therapy Taping". Bases de dados: BVS, PubMed, MedLine, Embase e Lilacs, bem como revistas como CEFAC e CoDAS. Estratégias: cruzamento dos descritores e palavras chave, além da técnica de "bola de neve". Pergunta norteadora: "Quais os benefícios da bandagem elástica na terapia fonoaudiológica?"

Revisão de Literatura

Foram analisados quinze artigos com aplicação da bandagem e três revisões de literatura que englobavam as áreas acima de cintura escapular.

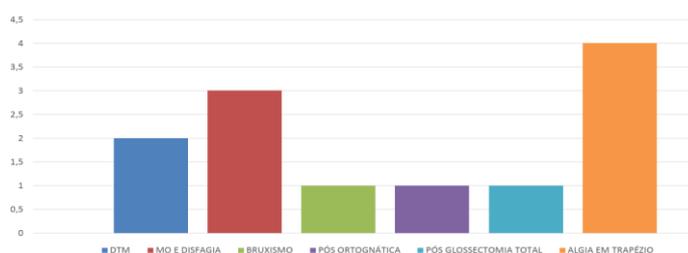


Figura 1. Acometimentos tratados com bandagem elástica adesiva

Acometimento	Áreas de aplicação	Resultados
Sialorréia	M. Supra hióideo ^{5,6} M. Orbicular de boca ⁷	Houve melhora, contudo não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o uso de TT e GC ⁵ Diminuição do volume à curto (1m) prazo mas não a longo (3m) ⁶ Eficaz a curto prazo (1m) ⁷
DTM	M.Masseter ⁸ Bochechas ⁹	Melhora na dor logo após tratamento ^{8,9}
MO/Disfagia adultos	M. Supra hióideo ¹⁰	Não foi observada diferença estatisticamente significativa pré o pós uso de TT ¹⁰
Dor em trapézio	M. Trapézio Superior ¹¹⁻¹⁴	Houve melhora, contudo não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o uso de TT e GC ¹¹ Diminuição de dor junto a demais exercícios ^{12,13} Diminuição da dor e aumento de força a curto prazo (1m) ¹⁴
Glossectomia Parcial	Pescoço ¹⁵	Não é possível afirmar que TT contribuiu para melhora do quadro clínico ¹⁵
Paralisia de Bell e/ou Sd. De Hunt	M. Orbicular de Boca ¹⁶	Eficaz para prevenir a deterioração da sincinesia oral ¹⁶
Bruxismo e/ou apertamento	M. Masseter ¹⁷	Eficaz para diminuir a dor e aumentar amplitude de abertura de boca ¹⁷
Cirurgia ortognática	Bochechas, Área pré-auricular masseter e pescoço ¹⁸	Eficaz para a diminuição do inchaço e melhora da função ¹⁸
Disfagia em RN	M. Suprahióideo e bochechas ¹⁹	Eficaz para a estimulação da alimentação VO ¹⁹

* Não esta descrito no artigo quais o(s) músculo(s) alvo da aplicação da KT

Conclusão

Foram constatadas maiores informações relacionadas aos aspectos metodológicos do que neurofisiológicos. A ausência de um protocolo de aplicação da bandagem elástica adesiva e rigor metodológico ocasionou limitações para a reprodutibilidade e a confiabilidade de estudos clínicos que utilizam a bandagem. Foram constatadas melhoras estatisticamente significantes em 87,5% dos casos clínicos dos participantes em que essa técnica foi empregada.

Referências

- Santana TF. Bandagem elástica como recurso auxiliar na alimentação via oral de recém-nascidos: estudo de casos [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2016.
- Bergesch DP. A Bandagem elástica adesiva aplicada a estética. Sefic, 2017. Canoas (Rio Grande do Sul), 2017: Universidade Lasalle.
- Morini Junior N. Bandagem terapêutica: conceito de estimulação tegumentar. São Paulo: Roca; 2013.
- Zavarize SF, Martelli A. Mecanismos neurofisiológicos de aplicação de bandagem funcional no estímulo somatossensorial. Rev Saúde Desenvol Humano. 2014;2(2):39-49.
- Nieves Estrada NA, Echevarría González AC. Effect of neuromuscular electrical stimulation and Kinesio taping® in sialorrhea in patients with mild cerebral palsy and moderate. Fisioterapia (Madri). 2013;35(6):272-6.
- Caneschi WF, Paiva CCAN, Frade RL, Motta AR. Use of elastic bandage associated with speech therapy in the control of sialorrhea (hypersalivation). Rev CEFAC. 2014;16(5):1558-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620149813>
- Mikami DLY, Furia CLB, Welker AF. Addition of Kinesio Taping of the orbicularis oris muscles to speech therapy rapidly improves drooling in children with neurological disorders. Dev Neurorehabil. 2019;22(1):13-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17518423.2017.1368729>
- Lietz-Kijak D, Kopacz Ł, Ardan R, Grzegocka M, Kijak E. Assessment of the short-term effectiveness of kinesiotaping and trigger points release used in functional disorders of the masticatory muscles. Pain Res Manag. 2018;2018:5464985. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2018/5464985>
- Anumula Anumula SK, Beku C, Raj M. Reduction of temporomandibular dislocation: a case report. J Physiother Rehabil. 2017;2:127. Doi: <http://dx.doi.org/10.4172/2573-0312.1000127>
- Araújo S. Atividade elétrica da região supra-hióideo durante deglutição pré e pós uso de Kinesio Taping [Dissertação]. Lisboa: Escola Superior de Saúde do Alcoitão - Santa Casa de Misericórdia de Lisboa; 2014.
- Azatcam G, Atalay NS, Akkaya N, Sahin F, Aksoy S, Zincir O, et al. Comparison of effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation and kinesio taping added to exercises in patients with myofascial pain syndrome. J Back Musculoskelet Rehabil. 2017;30(2):291-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.3233/BMR-150503>
- Chao YW, Lin JJ, Yang JL, Wang WT. Kinesio taping and manual pressure release: Short-term effects in subjects with myofascial trigger point. J Hand Ther. 2016;29(1):23-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jht.2015.10.003>
- Halski T, Ptaszkowski K, Słupska L, Paprocka-Borowicz M, Dymarek R, Taradaj J, et al. Short-term effects of kinesio taping and cross taping application in the treatment of latent upper trapezius trigger points: a prospective, single-blind, randomized, sham-controlled trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:191925. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/191925>
- Öztürk G, Külcü DG, Mesci N, Şilte AD, Aydog E. Efficacy of kinesio tape application on pain and muscle strength in patients with myofascial pain syndrome: a placebo-controlled trial. J Phys Ther Sci. 2016;28(4):1074-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.1074>
- Courtney-Koro S. Rehabilitation following partial glossectomy and neck dissection for tongue cancer. Rehabil Oncology. 2004;22(11):15-20. Doi: <https://doi.org/10.1097/01893697-200422010-00009>
- Kasahara T, Ikeda S, Sugimoto A, Sugawara S, Koyama Y, Toyokura M, et al. Efficacy of tape feedback therapy on synkinesis following severe peripheral facial nerve palsy. Tokai J Exp Clin Med. 2017;42(3):139-142.
- Keskinruzgar A, Kucuk AO, Yavuz GY, Koparal M, Caliskan ZG, Utkun M. Comparison of kinesio taping and occlusal splint in the management of myofascial pain in patients with sleep bruxism. J Back Musculoskelet Rehabil. 2019;32(1):1-6. Doi: <https://doi.org/10.3233/BMR-181329>
- Lietz-Kijak D, Kijak E, Krajczyk M, Bogacz K, Łuniewski J, Szczegieliński J. The impact of the use of kinesio taping method on the reduction of swelling in patients after orthognathic surgery: a pilot study. Med Sci Monit. 2018;24:3736-3743. Doi: <https://doi.org/10.12659/MSM.909915>

Tempo de chegada de paciente com síndrome de Guillain-Barré para início da reabilitação

Lethícia Silva Santos¹, Joenice de Almeida Ferreira Matos¹, Rodrigo Parente Medeiros¹, Marianna Miotto Cintra¹, Lucas Alves Portilho¹

¹ Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) foi descrita em 1916 por Guillain- Barrée Stroh, evidenciando a fraqueza muscular ascendente, a arreflexia, a parestesia e a dissociação proteínocitológica no líquido. Caracterizada como polirradiculopatia inflamatória dos nervos periféricos, aguda e progressiva. Apresenta incidência de 0,6-1,9 casos por 100.000 habitantes/ano, homens são mais acometidos e a idade média em torno de 50 anos. Em 60 % dos casos decorre de eventos imunossensibilizantes, após infecção por *Campylobacter jejuni*, Citomegalovírus, EBV, *Mycoplasma pneumoniae* e Zika.^{1,2}

Sabidamente a Plasmaférese e a Imunoglobulina Intravenosa fazem parte dos tratamentos consagrados iniciais para a SGB, e o quanto antes inseridas melhor a chance de um bom prognóstico, dessa mesma forma temos a reabilitação, que idealmente deveria ser iniciada o mais precoce possível possibilitando uma reabilitação mais favorável ao retorno às atividades de vidas diárias básicas e avançadas.

Objetivos

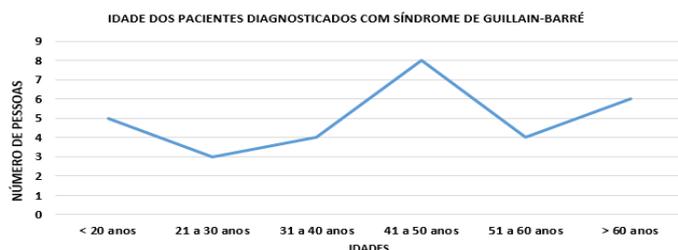
Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com SGB, avaliar tempo de chegada para iniciar a reabilitação, promovendo a reflexão sobre importância da intervenção precoce para recuperação da funcionalidade.

Método

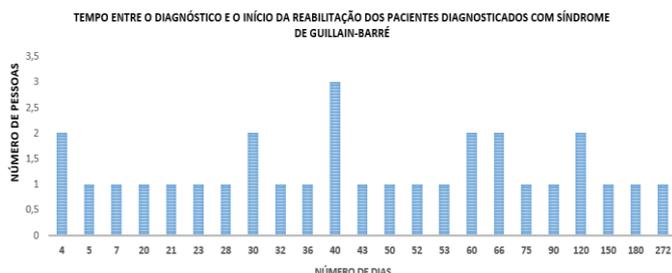
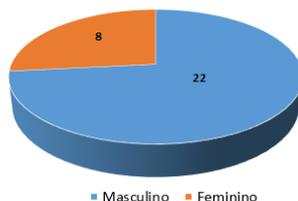
Trata-se de uma análise transversal e retrospectiva dos prontuários de pacientes com SGB, internados de março de 2016 a fevereiro de 2019 no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), em Goiânia-GO. Foi autorizado pelo CEP do CRER, (CAAE 28845620.9.0000.0023).

Resultados e Discussão

Tendo em vista 30 pacientes do presente estudo, observou-se que a média de idade foi 41-50 anos e o sexo prevalente foi masculino. Em relação ao tempo entre o diagnóstico e a reabilitação a média foi de 60 dias, fato explicado pelas repercussões da fase aguda, sendo que a progressão costuma ser de 2 a 4 semanas, o pico dos sintomas geralmente é da segunda a terceira semanas, e caso os sintomas permaneçam por mais de 8 semanas a síndrome é excluída das hipóteses diagnósticas.



SEXO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ



Conclusão

Concluimos que a epidemiologia encontrada correlaciona com a literatura atual a nível mundial. Quanto ao tempo de chegada para início da reabilitação, percebemos que ele é precoce, pois o paciente chega poucos dias após o encerramento do quadro agudo da doença, permitindo o tratamento rápido e aumento nas chances de recuperação das capacidades funcionais e retorno das atividades de vida diária.

Referências

- van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol.* 2008;7(10):939-50. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70215-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70215-1)
- Rabello FAPCJ, Jurno ME, Tollendal AB, Alvarenga Júnior AF, Ferreira FC, Perpétuo LHC, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores da síndrome de Guillain-Barré em um hospital regional de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26(Supl 5):S110-S116.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2004; 11(2): 72-6.

Perfil epidemiológico e classificação de pacientes com atrofia muscular espinhal em um centro de reabilitação

Raíssa Freitas de Paula Oliveira¹, Rodrigo Parente Medeiros¹, Leandro Monteiro Maemura¹, Joenice de Almeida Ferreira Matos¹, Marsani Rocha Batista¹

¹ Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER

Introdução

A atrofia muscular espinhal (AME) é uma doença neuromuscular caracterizada por fraqueza e atrofia muscular progressiva. Pode ser classificada de acordo com a idade de início dos sintomas e a melhor função motora alcançada em tipos: I) Incapaz de sentar; II) Capaz de sentar, mas não andar; III) Capaz de andar – subtipos: a) Início < 3 anos e b) Início 3-30 anos; IV) Início > 30 anos. Conhecer melhor o perfil dos pacientes atendidos em uma instituição auxilia o planejamento do serviço e favorece melhor alocação de recursos.

Objetivos

Traçar o perfil epidemiológico e conhecer a classificação de pacientes com AME acompanhados em um Centro de Reabilitação.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal retrospectivo da análise de 58 prontuários de pacientes com

diagnóstico de AME acompanhados no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), em Goiânia-GO, desde 2015.

Resultados e Discussões

A idade média foi de 18,75 anos (variação de 1-64), com 53,4% do sexo feminino e 46,6 % masculino. Foram classificados como AME tipo I, II, IIIa, IIIb e IV, 12 (20,7%), 20 (34,5%), 17 (29,3%), 9 (15,5%) e nenhum. A idade média desses pacientes por tipo foi de 3,9, 12,2, 23,4 e 44,4 anos, respectivamente. Evoluíram para óbito 5 (8,6%), sendo 2 (40%), 2 (40%) e 1 (20%) pertencentes, respectivamente, aos tipos I, II e IIIa, com idade (média \pm desvio padrão) de $4,14 \pm 4,13$ anos. Nenhum do tipo IIIb morreu.

Conclusão

A AME apresenta tanto formas mais graves que se manifestam precocemente com maior mortalidade, quanto formas mais leves que se manifestam mais tardiamente, resultando em um perfil heterogêneo de acometidos pela doença. A classificação é importante para entender o prognóstico e orientar o projeto terapêutico desses pacientes.

Referências

Prior TW, Leach ME, Finanger E. Spinal muscular atrophy. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Mirzaa G, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 2021.

Zerres K, Rudnik-Schöneborn S. Natural history in proximal spinal muscular atrophy. Clinical analysis of 445 patients and suggestions for a modification of existing classifications. Arch Neurol. 1995;52(5):518-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.1995.00540290108025>

Projeto de seguimento ambulatorial na reabilitação pós-COVID: a abordagem médica

Rodrigo da Ponte Barbosa¹, Eduardo de Melo Carvalho Rocha¹, Cyro Scala de Almeida Júnior¹, Leonardo Honorato Cheng¹, Nicole Carmona Aching¹

¹ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – ISCMSP

Introdução

Em Dezembro de 2019, tivemos os primeiros registros dos casos de infecção por SarsCov-2. Atualmente, o acumulado de óbitos mundialmente foi de 1.936.436. Casos confirmados já ultrapassam 90,3 milhões em todo mundo. No Brasil, os casos confirmados são superiores a 8,1 milhões e óbitos superiores a 200 mil. O perfil das incapacidades resultantes dessa infecção ainda é pouco claro. À medida que os primeiros trabalhos de seguimento populacional começam a ter os resultados

divulgados, aumenta a preocupação com como se dará a reabilitação desses pacientes.

Objetivos

Padronizar a consulta médica ambulatorial presencial, propondo ferramentas úteis para identificação e o acompanhamento das incapacidades desenvolvidas por sobreviventes da infecção por SarsCov2 (Covid-19). Racionalizar a equipe de Reabilitação para as terapias, individualizar as necessidades em Reabilitação para cada indivíduo, buscar ativamente possíveis fatores incapacitantes e diminuir incapacidades secundárias

Métodos

Inicialmente, decidiu-se pela tentativa de realização de revisão sistemática, em que foram utilizadas as seguintes palavras-chave: ("Ambulatory Care"[Mesh] OR "Outpatient Clinics,Hospital"[Mesh] OR "Outpatients"[Mesh])AND"Rehabilitation"[Mesh] AND ("COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-2"[Mesh]). Contudo, considerando a ineficiência dos resultados obtidos para atender o objetivo proposto, realizou-se revisão narrativa.

Resultados e Discussão

Mantendo a divisão tradicional, a Anamnese tem enfoque voltado para queixas relacionadas as incapacidades desenvolvidas, bem como das comorbidades que o paciente apresentava e rastreo de sua funcionalidade. No Exame Físico, a separação em tópicos seguiu os aspectos de maior relevância no cenário de Reabilitação: Cognitivo, Humor, Dor, Exame do Aparelho Cardíaco e do Aparelho Respiratório, Performance e Sarcopenia, Fadiga, Amplitudes de Movimento, Força muscular, Sensibilidade e Reflexos.

Conclusão

A escolha das ferramentas buscou simplicidade, facilidade e rapidez de execução. Tais características tornam a consulta viável e objetiva do ponto de vista de seguimento clínico e de coleta de dados. Ainda assim, acreditamos que esse documento reforce a necessidade de intensificação de produção científica voltada para a Reabilitação do Covid-19.

Referências

- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382(8):727-733. Doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
- Brazil - COVID-19 Overview. [homepage on the Internet]. Baltimore: Johns Hopkins University & Medicine; 2021 [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/region/brazil>
- Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. 2020;324(8):782-793. Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.12839>

4. Ganyani T, Kremer C, Chen D, Torneri A, Faes C, Wallinga J, et al. Estimating the generation interval for coronavirus disease (COVID-19) based on symptom onset data, March 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(17):2000257. Doi: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.17.2000257>
5. Mao R, Qiu Y, He JS, Tan JY, Li XH, Liang J, et al. Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(7):667-78. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S24681253\(20\)30126-6](http://dx.doi.org/10.1016/S24681253(20)30126-6)
6. Boldrini P, Bernetti A, Fiore P; SIMFER Executive Committee, SIMFER Committee for International Affairs. Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2020;56(3):316-318. Doi: <http://dx.doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06256-5>
7. Wade DT. Rehabilitation after COVID-19: an evidence-based approach. *Clin Med (Lond).* 2020;20(4):359-65. Doi: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmed.2020-0353>
8. Siripanthong B, Nazarian S, Muser D, Deo R, Santangeli P, Khanji MY, et al. Recognizing COVID-19-related myocarditis: The possible pathophysiology and proposed guideline for diagnosis and management. *Heart Rhythm.* 2020;17(9):1463-1471. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrthm.2020.05.001>
9. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *N Engl J Med.* 2020;382(23):2268-2270. Doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc2008597>

Estresse percebido por idosos em quarentena: impacto da COVID-19

Leticia Rodrigues Mendes Ribeiro¹, Vanessa Marques Ferreira Jorge¹, Carolina Ribeiro Garcia Pedote¹, Celso Vilella Matos¹, Elaine Cristina da Silva¹

¹ Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro – CMRLM/Santos

Introdução

A doença provocada pelo coronavírus (COVID-19) foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na China. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou-a como uma emergência em saúde pública internacional, alertando para o fato desta crise suscitar estresse na população. O estresse é uma reação natural do organismo com componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais, mediante necessidade de grande adaptação a um evento. As pandemias, assim como a COVID-19, são geradoras de forte impacto social, econômico e político, além de estarem associadas a sofrimento psicológico e sintomas de doença

mental, incluindo níveis elevados de estresse. Por característica desse vírus, idosos com 60 anos ou mais e doentes crônicos representam grupos de risco para esta infecção, estando expostos a agravos e maior mortalidade.

Objetivos

Avaliar o estresse percebido e sua prevalência quanto ao diagnóstico clínico, entre participantes idosos atendidos em centro de reabilitação, no período de quarentena domiciliar.

Método

Tratou-se de um estudo transversal, retrospectivo por meio de coleta de dados de prontuários de participantes com idade igual ou superior a 60 anos. Todos frequentavam centro de reabilitação física de forma presencial, mas no momento estavam em quarentena devido às recomendações dos órgãos governamentais. Dados como diagnóstico clínico, gênero, idade e pontuações da Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10) foram coletados. Este estudo foi aprovado por comitê de ética e isento de termo de consentimento livre esclarecido. Os resultados obtidos foram analisados de forma descritiva.

Resultados e Discussão

Vinte e dois prontuários foram avaliados, destes 55% eram homens e 45% mulheres com idade média de 70 anos. Quanto ao diagnóstico clínico, 36% apresentavam Lesão Encefálica Adquirida (LEA), 32% Amputações, 18% Doenças Neurodegenerativas e 14% Lesão Medular. Cerca de 22% da amostra reconheceram maior estresse percebido, 4% perceberam estresse na média de sua faixa etária, 63% perceberam estresse menor do que população da mesma faixa etária e 9% não perceberam nenhum sintoma para estresse associado ao período de vida. Dos que reconheceram maior estresse (22% da amostra) 60% apresentavam diagnósticos de LEA, 20% Amputações e 20% Lesão Medular.

Conclusão

A maior parte dos participantes idosos, que estavam em quarentena decorrente a COVID-19, não perceberam níveis de estresse associados ao período de isolamento. O diagnóstico clínico com maior prevalência nesta população foi LEA.

Referências

- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun.* 2020;87:40-48. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e72849. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
- Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr.* 2020;52:102066. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>

Prevalência de sintomas depressivos em amputados de membro inferior no Estado de Santa Catarina – Brasil

Mariana Francisco Botelho¹, Rafael Gustavo Sato Watanabe¹, Leticia Goulart Ferreira¹, Isabela de Carlos Back, Sergio Fernando Torres de Freitas¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Introdução

A depressão e sua relação com amputação de membros inferiores têm sido estudada em momentos diferentes ao longo do seguimento clínico dos pacientes (pré e pós amputação/ adaptação da prótese). O objetivo da reabilitação desses pacientes é a reintegração social. A elevada prevalência de sintomas depressivos tem grande impacto na aderência à reabilitação, no prognóstico funcional, na qualidade de vida e no baixo índice de adaptação à prótese e seu uso. A variação de prevalência em depressão em estudos prévios com amputados de membro inferior e a falta de dados sobre a nossa população justifica o estudo, visando possibilitarmos uma melhor abordagem e adequada reabilitação desses pacientes.

Objetivo

Avaliar a prevalência de depressão na nossa população e estimar assim a prevalência de depressão em amputados de membro inferior no Estado de Santa Catarina, correlacionando com dados sociodemográficos, socioeconômicos e comorbidades.

Métodos

O Centro Catarinense de Reabilitação é o único serviço público do Estado de Santa Catarina que fornece prótese para amputados pelo Sistema Única de Saúde para reabilitação. Portanto, podemos estimar a prevalência de sintomas depressivos de amputados de membro inferior no Estado de Santa Catarina no período. Um total de 105 pacientes foram entrevistados entre setembro de 2019 e janeiro de 2020. Os sintomas depressivos foram avaliados com a Escala de Depressão de Beck II (EDB-II). Dados sociodemográficos foram avaliados com médias e desvio padrão.

Resultados e Discussão

A maioria dos amputados foi do sexo masculino (71.4%) com médio de idade de 55 anos (DP±15.3). O tempo médio entre a amputação e a primeira avaliação médica para reabilitação foi de 15.2 meses (DP±21.3). A maioria dos pacientes era casada, aposentada ou pensionista, com baixo nível educacional (média 6.43 anos; DP±4.14) e classe média (61.9% classe social C). O escore EDB-II teve média de 12.7 pontos (DP±11.8). A etiologia mais prevalente na nossa amostra foi doença vascular periférica e/ou vasculopatia diabética (64.8%). Nós encontramos a classificação de depressão em 33.3% dos participantes. Nosso perfil sociodemográfico foi similar ao da literatura, com a maioria do gênero masculino, média de idade acima de 50 anos e causa

vascular como a principal etiologia. Nós tivemos uma baixa prevalência de depressão comparado a outro estudo nacional de Sabino et al. com amputados (48.4%) mas mais elevado que a população brasileira (8%).

Conclusão

Profissionais da área da saúde devem estar atentos a elevada prevalência de depressão em pacientes com amputação de membro inferior e oferecer tratamento psicológico/ psiquiátrico precocemente para minimizar o impacto dos sintomas depressivos na reabilitação e otimizar sua reinserção social.

Efeito do programa de condicionamento físico em pacientes neurológicos

Maria Isabel Cavalcanti¹, Carla Montenegro¹, Fernanda Teixeira¹, Daniel Bonifacio¹, Ana Carolina Moura¹, Lilian Bonichelli¹, Vanessa Monteiro¹, Gabriela Soveral, Ana Lucia Silveira¹, Marina Alexandre¹, Mariana Costola¹, Nathalia Candeloro¹, Tatiana Werneck¹, Leonardo da Silva¹, Fátima Cristina Gobbi¹, Milene Silva Ferreira¹, Luciana Diniz Nagem Janot de Matos¹, Liliana Lourenço Jorge¹

¹Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) salienta a necessidade da redução do comportamento sedentário para a população de todas as idades, estendendo a recomendação para indivíduos portadores de deficiência física que, podem ser beneficiados, com ganhos em seu estado geral de saúde e aptidões para atividades de vida diária. A correlação da distância percorrida no Teste de caminhada de 6 minutos e prognóstico de funcionalidade, vem sendo correlacionados e descritos na literatura para pacientes com sequelas físicas e de mobilidade, decorrentes de lesões neurológicas.

Objetivo

Avaliar o efeito do programa de condicionamento físico em pacientes neurológicos dentro de um processo de reabilitação.

Método

Trata-se de um estudo observacional, com amostra de conveniência. Foram incluídos 31 pacientes, com média de idade 58,56 anos (± 16,56), 48,5% do sexo feminino e 51,5% do sexo masculino, que participam do programa de reabilitação no Hospital Israelita Albert Einstein. Para avaliação do condicionamento, foi utilizado o Teste de caminhada de 6 minutos adaptado em esteira, e o mesmo, adaptado de acordo com a condição clínica do paciente, em ergômetro de membros superiores ou de membros inferiores. Todos os pacientes foram submetidos a um protocolo de treino de 30 minutos de exercício físico prescrito em zona alvo de frequência cardíaca, no ergômetro de melhor adaptação e, reavaliados em 2 meses.

Resultado e Discussão

Os indivíduos da amostra, em relação ao diagnóstico médico, são distribuídos nas seguintes porcentagens: 36% Lesões Encefálicas Adquiridas, 16% Esclerose Múltipla, 10% Lesão Medular, 3% Parkinson, 10% Câncer, 3% Neuromielite, 12% Lesões Nervosas Periféricas, 7% Pós Covid-19, 3% Síndrome da Fragilidade. Dos 31 pacientes, 16 realizaram o teste de 6 minutos na esteira, 11 realizaram na bicicleta horizontal e 4 em ciclo ergômetro de membros superiores. Após 2 meses de intervenção, observamos uma melhora de desempenho, expressa pelo aumento da distância percorrida, em 64,51% dos pacientes. Mantiveram seu desempenho 12,91% e apenas 22,58% apresentaram desempenho inferior ao da avaliação inicial, mesmo com as limitações físicas desta população.



Conclusão

Apesar da heterogeneidade da amostra, através dos resultados podemos observar que um programa de condicionamento físico associado às sessões de fisioterapia parece se mostrar benéfico e pode impactar nos desfechos dessa população. Faz-se necessário novos estudos controlados e randomizados.

Referências

Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020;54(24):1451-1462. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

Selves C, Stoquart G, Lejeune T. Gait rehabilitation after stroke: review of the evidence of predictors, clinical outcomes and timing for interventions. Acta Neurol Belg. 2020;120(4):783-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s13760-020-01320-7>

Cederberg KLJ, Sikes EM, Bartolucci AA, Motl RW. Walking endurance in multiple sclerosis: Meta-analysis of six-minute walk test performance. Gait Posture. 2019;73:147-153. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2019.07.125>

IncoBotulina A em dor neuropática - Lesão do Nervo Grande Auricular (GAN): descrição de caso

Carlos Alberto Issa Musse¹, Patricia Zambone da Silva²

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

² Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Introdução

A dor neuropática, classificação baseada nos mecanismos da dor, é uma situação de manejo difícil na prática médica. As diversas intervenções existentes apresentam resultados parciais e os pacientes na maioria das vezes permanecem com dor crônica.

Descrição caso clínico

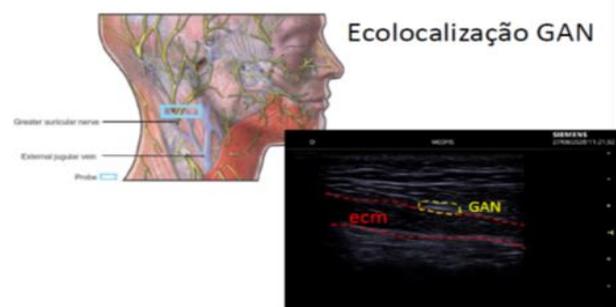


A paciente era feminina 43 anos, agricultora, casada 4 filhos. **1ª consulta em 23/01/2020** - Apresentava dor no pavilhão auricular desde março 2019, EVAD 8 "crises" de 10. Cirurgia para otite média crônica supurativa, (timpanoplastia e mastoidectomia,) em 27/03/19. Apresentava: dor na região da incisão retroauricular, alteração do paladar, dormência, queimação/disestesia, hiperacusia,

alodinia, tincl. Medicamentos já usadas: pregabalina, lidopatch, levopromazina, zolpidem, dexametasona, carbamazepina, gabapentina, imipramina, dipirona. Sem resposta terapêutica. Medicação atual: pregabalina 150/d, nortriptilina 50mg/d, codeína/paracetamol e cetorolaco QN. A distribuição dos sintomas e o tincl estão associados a lesão GAN. **1ª intervenção** - Duloxetina, Redução da pregabalina, Tramadol 37,5 +paracetamol 4 x dia, clonazepam; **13/02/20** - Após 20º dia EVAD 5, melhora da dor "desesperada"; **23/04/20** - Quadro estável, mantida condutas.

Intervenção e Resultados

27/08/20 - Falha terapêutica, dor EVA 8. Conduta realizar aplicação IncoTBA 2,5U cm2, metilprednisolona reg. do tincl



34º dia pós IncoTBA 100U - Melhora clínica 70%, redução tramadol para QN, sem tincl; **154º dia pós IncoTBA** - Piora clínica nova aplicação 100U; **38º pós 2ª aplicação tele consulta** - Sem analgésico, somente duloxetina 60mg.

Conclusão

Danos ao GAN são incomuns, séries de casos relataram pós-trauma ou procedimentos: parotidectomias, colocação de marca-passo, endarterectomia, face-lift, e timpano mastoidectomia.¹ A toxina botulínica mostra-se uma alternativa terapêutica para dor neuropática.² O bloqueio ecoguiado do GAN³ associado a incobotulina. A mostrou eficaz no manejo do caso clínico. Há poucas publicações de incobotulina em dor neuropática.⁴

Referências

1. Duvall JR, Garza I, Kissoon NR, Robertson CE. Great auricular neuralgia: case series. *Headache*. 2020 ;60(1):247-258. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/head.13690>
2. Egeo G, Fofi L, Barbanti P. Botulinum Neurotoxin for the Treatment of Neuropathic Pain. *Front Neurol*. 2020;11:716. Doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2020.00716>
3. Chang KV, Wu WT, Özçakar L. Greater auricular nerve entrapment/block in a patient with postinfectious stiff neck: imaging and guidance with ultrasound. *Pain Pract*. 2020;20(3):336-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/papr.12849>
4. Rodríguez-Piñero M, Vidal Vargas V, Jiménez Sarmiento AS. Long-Term Efficacy of Ultrasound-Guided Injection of IncobotulinumtoxinA in Piriformis Syndrome. *Pain Med*. 2018;19(2):408-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnx135>

Análise do perfil de pacientes com atrofia muscular espinhal em uso de Nusinersena

Raíssa Freitas de Paula Oliveira¹, Rodrigo Parente Medeiros¹, Leandro Monteiro Maemura¹, Joenice de Almeida Ferreira Matos¹, Thiago Machado Carrijo¹, Vieira Fernandes¹

¹ Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER

Introdução

A atrofia muscular espinhal (AME) é resultante da expressão insuficiente da proteína do neurônio motor de sobrevivência (SMN). Inclui variados fenótipos, podendo ser classificada de acordo com a idade de início dos sintomas e a melhor função motora alcançada em tipo I, II, IIIa, IIIb e IV. Atualmente, opções de tratamento medicamentoso são direcionadas à produção de SMN e mostraram ter um efeito positivo na progressão, particularmente se iniciadas precocemente.

Objetivos

Analisar o perfil de pacientes com AME em uso de terapia modificadora.

Métodos

Estudo observacional transversal retrospectivo da análise de 58 prontuários de pacientes com diagnóstico de AME acompanhados no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), em Goiânia-GO, desde 2015.

Resultados e Discussão

A idade média de início dos sintomas foi de 2,7, 7,5, 18,1 e 101,3 meses, para os pacientes classificados como AME tipo I, II, IIIa e IIIb, respectivamente. Nenhum foi classificado como tipo IV. Dos 19 (32,8%) que fizeram uso de terapia modificadora (Nusinersena), 10 (83,3%), 7 (35,0%) e 2 (11,8%) pertenciam aos tipos I, II e IIIa, e a idade em que iniciaram o uso da medicação foi de 40,1, 60,3, 120,0 meses, respectivamente. Nenhum do tipo IIIb fazia uso da medicação.

Conclusão

Apesar de a medicação Nusinersena ter sido aprovada para uso em todos os tipos de AME e incorporada Sistema Único de Saúde (SUS) para o tipo I, percebeu-se que, em nossa amostra, houve um atraso entre a idade de início dos sintomas da doença e o início do uso da medicação para todos os tipos de AME.

Referências

- Prior TW, Leach ME, Finanger E. Spinal muscular atrophy. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, Wallace SE, Bean LH, Mirzaa G, editors. *GeneReviews*[®] [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 2021.
- Zerres K, Rudnik-Schöneborn S. Natural history in proximal spinal muscular atrophy. Clinical analysis of 445 patients and suggestions for a modification of existing classifications. *Arch Neurol*. 1995;52(5):518-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.1995.00540290108025>

How are the surfaces and shape important to prevent pressure sores?

Martino Avellis, Domenico Carnevale, Roberto Prosdocimo, Eugenio Cometto, Mauro Rossini, Franco Molteni

Introduction

The contact surfaces shape and the material type which they are made of, are very crucial to figure out better the consequences on the skin integrity of the users sitting on a wheelchair. More, we have to consider how a contact surfaces can grant breathability and moisture absence, in order to avoy the increasing skin temperature and local humidity.

Objectives

In this study, we demonstrated that a particular backrest shape (a V-shape) and a innovative material used for the

backrest as well as for the seat, can work decreasing significantly the interface pressure on the user's skin, even without using a specific antidecubitus cushion (for those patients with no so high level of risk, according to Braden, Norton, Waterlow Scale, etc.).

Methods

We evaluated two patients: one with severe outcome of Sub Aracnoid Haemorrhage by Brain Aneurism followed by a non-response period, with high pressure sore risk (weight 45 kg), and another with an outcome of a Stroke Ischemic and Haemorrhagic followed by a non-response period (weight 78 kg). They were seated in a tilt-in-space wheelchair with a specific V-shape backrest and with a particular surfaces material, totally breathable and with a visco-elastic effect.

Results and Discussions

We tried to put them in different position according with the items of the study (no tilt, -20° of tilting, max tilting, max tilting and backrest reclination, max tilting and backrest reclination plus rised legrest), with and without the upholstery. The acquisition with Pressure Mapping Sensor were done immediately after positioning, after 10 minutes and after 1 hour and half of sitting

Conclusion

The data obtained showed in both patients a good distribution of the pressures, bearing in mind that there was not any interface cushion between the seat and the user's bottom. The records without upholstery showed that the back in the middle was completely unloaded and the pressure has been spread effectively.

References

International Review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. London: Wounds International; 2010.

Jan YK, Liao F, Jones MA, Rice LA, Tisdell T. Effect of durations of wheelchair tilt-in-space and recline on skin perfusion over the ischial tuberosity in people with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2013;94(4):667-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.11.019>

Eficácia das injeções intra-articulares de ácido hialurônico no tratamento de dor lombar: uma revisão sistemática

Angerson Magalhães Lima¹, Bianca de Lima Cruz¹

¹ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – ISCMSP

Introdução

A dor lombar crônica é um problema musculoesquelético

que ocorre tanto em países desenvolvidos quanto e desenvolvimento, sem respeitar faixas etárias. Logo, pode-se perceber que a dor lombar deve ser vista como um problema de saúde pública, que precisa de manejo clínico e medicamentoso efetivo do quadro doloroso. Nas últimas duas décadas, os autores passaram a apontar a injeção intra-articular de ácido hialurônico, em várias diferentes preparações, como um dos tratamentos possíveis para a dor lombar. Conhecida como viscosuplementação, a injeção de ácido hialurônico nas articulações visa restaurar suas funções mecânicas, bem como causar analgesia, com ação antiinflamatória e condroprotetora, servindo tanto como lubrificante, quanto como amortecedor de impactos. Portanto, dado que a utilização de AH pode ser opção adicional ao tratamento da dor lombar, tendo a vantagem de poder ser realizada ambulatorialmente, com baixo risco de causar dano tecidual ou perdas funcionais.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é fazer uma análise sistematizada acerca da eficácia relatada nos estudos existentes sobre o uso de ácido hialurônico no tratamento de pacientes com lombalgia.

Método

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura em bases de dados eletrônicas, utilizando os descritores: "Low Back Pain" e "Hyaluronic Acid". Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade pré-estabelecidos, e foram revisados em duplicata, considerando como principais desfechos a VAS e ODI.

Resultados e Discussão

Ao final da análise dos 65 estudos encontrados, apenas 3 se enquadraram nos critérios pré-estabelecidos e puderam ser inseridos na etapa de síntese qualitativa apresentando um total de 190 pacientes. Os estudos evidenciaram que as injeções de células mesenquimais associadas ao ácido hialurônico promovem uma melhora funcional significativa de curto e longo prazo e melhora da dor de curto prazo, sem eventos adversos relatados após a administração dos produtos.

Conclusão

A terapia adjuvante com ácido hialurônico parece ser uma opção segura, eficaz, durável e minimamente invasiva para indivíduos que têm dor lombar crônica associada a doença discal degenerativa ou osteoartrite na região lombar.

A eficácia do uso de ondas de choque para o tratamento de espasticidade em pacientes pós-AVC: uma revisão sistemática

Bianca de Lima Cruz¹, Angerson Magalhães Lima¹

¹ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – ISCMSP

Objetivo

Avaliar se há evidência científica de melhora clínica e funcional da espasticidade com o uso da terapia por ondas de choque, através de uma revisão bibliográfica sistematizada dos ensaios clínicos randomizados já publicados a respeito.

Métodos

Foram pesquisadas 5 bases de dados diferentes (Cochrane, Pubmed, Clinical Trial, Lilacs, PEDro) com os descritores “Shock wave” AND “AVC”.

Resultados e Discussão

Foram incluídos estudos: (1) ensaios clínicos randomizados (ECR) duplo-cego ou simples-cego; (2) estudos finalizados com resultados publicados; (3) que usaram participantes que sofreram AVC isquêmico ou hemorrágico; (4) que usaram ondas de choque sem outras intervenções associadas; (5) que possuem grupos controle com terapias por ondas de choque placebo (sham); (6) que usaram a Escala de Ashworth Modificada para avaliação da espasticidade; (7) que foram publicados em inglês ou português ou espanhol; e (8) que não estavam duplicados nas plataformas. Foram encontrados no total 171 artigos, ao se retirar os artigos em duplicidade ficaram 94, ao se analisar título e resumo foram excluídos 81 por não terem relevância, 13 foram para análise integral de textos que excluiu mais 9 estudos por alto risco de viés e associação com outras terapias. E por fim, apenas quatro estudos foram inseridos na síntese qualitativa. A seleção dos artigos e análise de resultados foi feita por dois avaliadores independentes que não divergiram nas conclusões. Todos os estudos demonstraram resultados positivos sobre a melhora da espasticidade após aplicação de terapia por ondas de choque, porém não houve padronização dos protocolos de aplicação, local de aplicação e tempos de avaliação, o que dificultou a comparação dos dados.

Conclusão

Os tratamentos com terapia por ondas de choque, podem ser considerados como potenciais para efeito anti-espástico, porém, mais estudos são necessários, com uma maior amplitude populacional, diferentes técnicas de avaliação e comparação de diferentes protocolos, em diferentes regiões anatômicas para afirmar os efeitos benéficos desta terapia para espasticidade pós-AVC em diferentes populações.

Facilitadores ao acesso da pessoa com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo

Simone Vieira da Silva¹, Karina Aparecida Padilha Clemente¹, Maritsa Carla de Bortoli², Tereza Toma², Gislene Inoue Vieira¹, Vinícius Delgado Ramos^{3,4}, Christina May Moran de Brito^{1,5}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – FMUSP

² Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

³ Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – HCFMUSP

⁴ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – FSP USP

⁵ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP

Apoio Financeiro: Fapesp #2017/50358-0

Introdução

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), os facilitadores são fatores que, por sua ausência ou presença, impactam a funcionalidade e a participação social de uma pessoa. Dentre esses fatores estão os serviços ofertados e as políticas que propõem aumentar o envolvimento das pessoas com deficiência para uma melhora das suas condições de saúde.^{1,2} Sendo este um grupo heterogêneo, um facilitador importante às ações de atenção à saúde é ter em consideração as suas especificidades.³

Objetivo

Este estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas globais e locais relativas aos facilitadores que promovem o acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde. Métodos: Realizou-se uma revisão de escopo estabelecendo-se a pergunta norteadora: “Quais são os principais facilitadores que as pessoas com deficiência enfrentam no acesso a serviços de saúde?”. O levantamento dos artigos foi realizado em julho de 2019, em seis bases de dados de literatura científica. Dos 1.155 documentos identificados nas buscas, após seleção por título e resumo, foram lidas na íntegra 170 publicações e, após leitura, 76 revisões da literatura foram incluídas e categorizadas conforme referencial teórico.

Resultados e Discussão

A revisão identifica o número de publicações por ano e região geográfica, além de elencar os facilitadores identificados por prestadores de serviços e por pessoas com deficiência em todos os níveis de complexidade dos cuidados de saúde. Facilitadores que são categorizados pelas diferentes dimensões do acesso⁴ e da Lei Brasileira de Inclusão.⁵ Os principais facilitadores identificados, tanto pelos usuários do serviço quanto pelos prestadores de serviços incluem a disponibilidade de programas de promoção à saúde, profissionais capacitados, informações sobre os serviços prestados, orientação em cuidados de saúde, serviços de cuidados precoces em reabilitação e suporte social. Cabe ressaltar que apenas quatro estudos envolveram a análise de estudos brasileiros.

Conclusão

Ficou evidente que os facilitadores aos serviços de saúde para as pessoas com deficiências precisam ser mais abordados na literatura científica, pois facilitadores no acesso aos serviços de saúde são essenciais para uma interação eficaz entre os usuários e os prestadores dos serviços de saúde. Os facilitadores podem ser promovidos por políticas públicas e programas voltados para esse público. Mais além, faltam estudos nacionais sobre esta temática.

Referências

1. Battistella LR, Brito CMM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Acta Fisiatr. 2002;9(2):98-101. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20020003>
2. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. Rev. Bras Epidemiol. 2014;1(2):437-45. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020012ENG>
3. Interdonato GC, Greguol M. Promoção da saúde de pessoas com deficiência – uma revisão sistemática. HU Rev. 2012;37(3):369-75.
4. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. Doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
5. Brasil. Lei nº 13.146, 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2015 Jul 7; Seção 1:2-11.

