

A intervenção multidisciplinar para desenvolvimento de componentes motores, cognitivos e sensorial no recém-nascido com malformações congênicas pode favorecer a potencialização do desenvolvimento infantil. Segundo os autores, a literatura científica sugere a combinação de instrumentos padronizados à fomentação de um planejamento que favoreça as atividades orientadas à tarefa para obtenção de resultados. Essas atividades promovem a aquisição de habilidades, de forma direcionada, através do monitoramento e da avaliação de resultados do desempenho motor e cognitivo, que são qualificados por ferramentas capazes de medir a melhora funcional e a participação do paciente em atividade.

A aplicação de atividades orientadas à tarefa associadas ao uso de instrumentos avaliativos padronizados é o caso do modelo de atendimento multidisciplinar integrado entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional em um Programa de Follow-Up na Casa da Esperança de Santos®.

## OBJETIVO

Apresentar um modelo de atendimento multidisciplinar integrado entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional com um recém-nascido com malformações congênicas.

## MÉTODO

Relato de caso do paciente G.C.C., sexo masculino, recém-nascido com malformações congênicas, 11 meses de idade cronológica e 10 meses de idade corrigida, acompanhado há quatro meses em um Programa de Follow-Up na Casa da Esperança de Santos®. Possui diagnóstico de malformações congênicas dos seios cardíacos, deformidades congênicas dos pés, atraso do desenvolvimento e hipotonia congênita. Neste estudo, foi dada ênfase à abordagem entre Estimulação Neurosensório-motora e Integração Sensorial, do qual submeteu o paciente para avaliação através de instrumentos como AIMS, Perfil Sensorial 2 e HINE.

## RESULTADOS

O acompanhamento entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional com o paciente G.C.C. está em andamento há quatro meses. A AIMS exibiu percentil <5 (atraso motor significativo) nas aplicações com três meses de diferença entre elas, apesar de pontuar 12 pontos gerais na primeira e 36 pontos gerais na segunda avaliação. A HINE pontuou 54 no escore global e 12 no escore comportamental, o que representa vulnerabilidade do prognóstico motor e comportamento social aquém do esperado à idade. O Perfil Sensorial 2 apresentou comportamento predominantemente esquivo com hiper-resposta auditiva e hipo-resposta tátil e oral.

## DISCUSSÃO

A avaliação e intervenção multidisciplinar integrada entre fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, corroborando com os autores investigados, associa a terapia convencional e as atividades orientadas à tarefa com uma forte qualificação para desenvolvimento das habilidades exigidas ao recém-nascido com malformações congênicas.

A literatura científica destaca que, nesse modelo de atendimento, há uma base sólida para desenvolvimento precoce de habilidades motoras e cognitivas em atraso para o alcance

dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que a intervenção multidisciplinar ao recém-nascido com malformações congênicas apresentou-se satisfatória para a aquisição de habilidades em atraso. Apesar do paciente exibir comprometimento motor significativo, há potencialidade de melhora com a continuidade do modelo de atendimento integrado entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional e uso de instrumentos padronizados para mensuração dos resultados sistematicamente.

## REFERÊNCIAS

Lucas BR, Elliott EJ, Coggan S, Pinto RZ, Jirikowic T, McCoy SW, et al. Interventions to improve gross motor performance in children with neurodevelopmental disorders: a meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2016;16(1):193. Doi: [10.1186/s12887-016-0731-6](https://doi.org/10.1186/s12887-016-0731-6)

Paulsen H, Ljungblad UW, Riiser K, Evensen KAI. Early neurological and motor function in infants born moderate to late preterm or small for gestational age at term: a prospective cohort study. *BMC Pediatr.* 2023;23(1):390. Doi: [10.1186/s12887-023-04220-w](https://doi.org/10.1186/s12887-023-04220-w)

Zhou L, Zhong W, Liu L. Investigation and influence analysis of motor development in preterm infants. *Am J Transl Res.* 2023;15(1):273-280

## Acompanhamento assistencial das pessoas amputadas após alta de um programa de reabilitação física

Letícia Cunha da Silva<sup>1</sup>, Elizabeth Vieira da Silva<sup>1</sup>, Celso Vilella Matos<sup>1</sup>, Camila Carneiro de Souza<sup>1</sup>, Elaine Cristina da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro Santos / Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim

**Palavras-chave:** Amputados, Pessoas com Deficiência, Reabilitação

## INTRODUÇÃO

Estima-se que mais de um bilhão de pessoas convivam com alguma forma de deficiência, dentre as quais aproximadamente 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. E de acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (2012),<sup>1</sup> as pessoas com deficiência apresentam níveis de escolaridade mais baixos, piores perspectivas de saúde e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência. No Brasil, o acesso integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade é um direito assegurado pelo artigo 18 do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015), assim como sua reabilitação.

A lei prevê medidas efetivas e apropriadas para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida.<sup>2</sup>

O Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro Santos (CMRLMS) tem como objetivo prestar o serviço de reabilitação às pessoas com deficiências físicas incapacitantes, motoras e sensorio-motoras, provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os tratamentos são realizados por equipes multidisciplinares, composta por profissionais especializados em reabilitação, entre médicos fisiatras, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos e fonoaudiólogos.

As pessoas atendidas são acompanhadas por um período que varia de acordo com o plano de tratamento individual para cada paciente. E quando o paciente recebe alta do seu tratamento, ele ainda continua sendo acompanhado. O acompanhamento pós alta é um atendimento realizado com serviço médico e social, a cada seis meses no período de dois anos. O propósito é acompanhar o seguimento da pessoa atendida aos recursos assistenciais no município de origem, conforme demanda apresentada.<sup>3</sup>

## OBJETIVO

Acompanhar o seguimento da pessoa amputada atendida aos recursos assistenciais no município de origem.

## MÉTODO

Estudo retrospectivo baseado na coleta de dados de prontuários eletrônicos e físicos, dos participantes que frequentaram o CMRLMS e receberam alta do tratamento, no período de janeiro/2019 a dezembro/2021. As informações foram extraídas referentes aos atendimentos com o serviço médico e serviço social que ocorreram em 06, 12, 18 e 24 meses, após a alta do tratamento de reabilitação física. Dentre elas foram verificados os encaminhamentos aos recursos assistenciais (fisioterapia, terapia ocupacional, nutricionista, psicologia e atividade física), se houve seguimento e quais motivos em caso de não adesão. Foram incluídos todos os prontuários de pessoas com amputação de membros; que mantiveram acompanhamento em retorno de consultas médica; apresentaram encaminhamentos

seguimento de terapias no município de origem (Baixada Santista), ambos após a alta do tratamento. O estudo foi aceito pelo Comitê de Ética local, sob o parecer 4590805.

## RESULTADOS

No período de janeiro/2019 a dezembro/2021 foram atendidos 173 pacientes amputados em consultas de acompanhamento pós-alta. Destes, 33% (n= 57) retornaram em seis meses; 23,1% (n= 40) em 12 meses; 22,5% (n= 39) em 18 meses e 21,4% (n= 37) em 24 meses, resultando em 51 encaminhamentos durante os atendimentos (Tabela 1). A prevalência de encaminhamentos foi: atividade física (56%), serviço de fisioterapia (39%) e psicoterapia (3,9%). Cinquenta e três por cento não deram seguimento (Tabela 2).

Não houve encaminhamentos aos serviços de terapia ocupacional e nutricionista. Houve baixa adesão à atividade física por motivo de não procura pessoal. No serviço de fisioterapia houve maior adesão, porém com dificuldades de disponibilidade de vaga nos municípios (Tabela 1). Notou-se menor necessidade de encaminhamento ao recurso de fisioterapia após a conclusão do tratamento sugerindo adequada adaptação funcional das pessoas amputadas. Não houve encaminhamentos aos serviços de terapia ocupacional e nutricionista sugerindo que suas demandas foram finalizadas, durante o período de reabilitação, não sendo necessário a continuação destes serviços. O acompanhamento pós alta, dentro deste período pós reabilitação, fornece um parâmetro de acompanhamento aos recursos assistenciais, conforme a demanda da pessoa amputada. A baixa adesão a atividade física gera um ponto de atenção a ser analisado. Pois, compreendendo as comorbidades geralmente presentes nas pessoas amputadas, esta prática se faz indispensável para prevenções de futuros agravos.

Neste aspecto, embora não tenha sido a proposta do estudo, cabe sugerir a investigação do motivo desta baixa adesão, seja por falta de motivação, disciplina e até mesmo por barreiras cotidianas.<sup>4</sup> Futuros estudos neste âmbito devem ser incentivados.

**Tabela 1.** Acompanhamento dos atendimentos pós-alta do tratamento de reabilitação física de pessoas com amputação de membros, no período de 24 meses e seus respectivos encaminhamentos aos recursos assistenciais

Tipos de encaminhamentos e número total de atendimentos pós-alta	Total de encaminhamentos para recursos assistenciais (N)	Seguimento		Motivos do não seguimento		Não usam o serviço do município
		SIM	NÃO	Falta de vaga	Não buscaram o recurso	
<b>57 atendimentos</b>	<b>6 meses (n= 17)</b>					
Fisioterapia	10,5% (n= 6)	33% (n= 2)	67% (n= 4)	75% (n= 3)	25% (n= 1)	0
Atividade física	19,3% (n= 11)	45,5% (n= 5)	54,5% (n= 6)	17% (n= 1)	83,3% (n= 5)	0
Total período	29,8%					
<b>40 atendimentos</b>	<b>12 meses (n= 15)</b>					
Fisioterapia	15% (n= 6)	67% (n= 4)	33% (n= 2)	100% (n= 2)	0	0
Atividade física	20% (n= 8)	50% (n= 4)	50% (n= 4)	0	50% (n= 4)	0
Psicoterapia	2,5% (n= 1)	100% (n= 1)	0	0	0	0
Total período	37,5%					
<b>39 atendimentos</b>	<b>18 meses (n= 12)</b>					
Fisioterapia	12,8% (n= 5)	20% (n= 1)	80% (n= 4)	75% (n= 3)	25% (n= 1)	0
Atividade física	15,4% (n= 6)	67% (n= 4)	33% (n= 2)	0	100% (n= 2)	0
Psicoterapia	2,6% (n= 1)					
Total período	30,8%					
<b>37 atendimentos</b>	<b>24 meses (n= 7)</b>					
Fisioterapia	8,1% (n= 3)	33% (n= 1)	67% (n= 2)	100% (n= 2)	0	0
Atividade física	10,8% (n= 4)	25% (n= 1)	75% (n= 3)	33% (n= 1)	67% (n= 2)	0
Total período	18,9%					
<b>Total geral</b>	<b>0 a 24 meses</b>					
173 atendimentos	29,5% (n= 51)	47% (n= 24)	53% (n= 27)	44,4% (n= 12)	55,6% (n= 15)	0

**Tabela 2.** Tipos de encaminhamentos aos recursos assistenciais nos municípios e seus seguimentos das pessoas com amputação de membros, em acompanhamento pós-alta, no período de janeiro 2019 a dezembro 2021

Encaminhamentos para recursos assistenciais	(N)	% de Seguimento (N)	
		Sim	Não
Fisioterapia	20 (39%)	08	12
Psicoterapia	2 (3,9%)	02	0
Atividade física	29 (56%)	14	15
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>47% (24)</b>	<b>53% (27)</b>

## CONCLUSÃO

A maioria das pessoas amputadas apresentaram maior resistência em dar seguimento a atividade física no município de origem. Um plano de ação para incentivar e conscientizar o seguimento à atividade física, uma vez que o sedentarismo pode interferir no seu processo de independência funcional, deve ser enfatizado.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre a Deficiência. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo; 2012.
2. Brasil. Estatuto da Pessoa com Deficiência. 3 ed. Brasília (DF): Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2019.
3. Rede Lucy Montoro. Acompanhamento pós-alta do programa de reabilitação [homepage na Internet]. São Paulo: RLM; c2023 [citado 2023 fev 19]. Disponível em: <https://www.redelucymontoro.org.br/site/acompanhamento-pos-alta-do-programa-de-reabilitacao.html>
4. IGP Murta, Agostini DFB, Júnior Mendes F, Figueiredo GMS, Gobira MP, Valadares KSP, et al. Avaliação das barreiras à prática de atividade física em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Rev Med Minas Gerais. 2021;31(Supl 5):S39-S46. Doi: [10.5935/2238-3182.20180019](https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180019)

## Acupuntura no linfedema de membro superior avaliado pela termografia e bioimpedância espectroscópica: relato de caso

Jaqueline Covatti Marques<sup>1</sup>, Everton Horiquni Barbosa<sup>1</sup>, Guilherme Gallo Costa Gomes<sup>1,2</sup>, Gabriel Pádua da Silva<sup>2</sup>, Almir José Sarri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CER IV - Centro de Reabilitação do Hospital de Amor Barretos

<sup>2</sup>Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro/SP

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama, Linfedema, Acupuntura, Termografia, Reabilitação

## INTRODUÇÃO

O linfedema secundário, é a maior e mais importante morbidade associada ao tratamento para o câncer de mama com impacto

direto na qualidade de vida destas pacientes.<sup>1</sup>

A detecção precoce do linfedema é muito importante para o bom prognóstico do tratamento, sendo utilizado vários métodos para sua avaliação, como a perimetria, volumetria e bioimpedância espectroscópica (BIS), sendo estas duas últimas padrão ouro na literatura.<sup>2</sup> A BIS é um método não invasivo que mede a resistência da passagem do fluxo de uma corrente elétrica através dos tecidos de um corpo ou parte dele, geralmente com frequências de 4 kHz a 1 MHz.<sup>2</sup>

Outro método que vem sendo utilizado no meio clínico, é a termografia, método não invasivo que determina a distribuição de temperaturas da superfície corporal relacionadas às condições fisiológicas ou patológicas de tecidos e órgãos.<sup>3</sup>

O melhor tratamento para o linfedema é a prevenção, que deve ser realizado já no pós-operatório imediato, com orientações de cuidados com o membro ou autocuidados, cinesioterapia, terapia complexa descongestiva, auto-massagem e o uso de contensões elásticas.<sup>4</sup> O tratamento para o linfedema já é bem estabelecido na literatura, como a terapia complexa descongestiva, que envolve várias técnicas de intervenção, como a massagem manual, enfaixamento compressivo, cinesioterapia e auto-cuidados.<sup>1,5</sup>

Na atualidade, diversas terapias integrativas estão sendo utilizadas para tratar e amenizar efeitos do tratamento oncológico,<sup>6</sup> sendo a acupuntura hoje uma técnica utilizada para o tratamento do linfedema.<sup>7</sup> Na medicina tradicional chinesa (MTC), o linfedema é classificado na categoria de edema, e atribuem sua causa pela obstrução dos meridianos locais da parte superior dos membros. A aplicação da acupuntura no tratamento do linfedema, baseia-se na hipótese do aumento do nível de óxido nítrico nas regiões tratadas, com consequente aumento da circulação local.<sup>8</sup>

## OBJETIVO

Avaliar por meio da BIS e termografia, a alteração da circulação linfática pós aplicação da acupuntura em paciente com linfedema de membro superior.

## MÉTODO

Estudo observacional retrospectivo, com dados coletados em prontuário, paciente DLD, gênero feminino, 44 anos, diagnosticada com tumor de mama, submetida à tratamento cirúrgico no Hospital de Amor de Barretos, Fundação Pio XII - Barretos-SP, quadrantectomia com esvaziamento axilar direito e simetrização à esquerda em 2009. Foi encaminhada ao Departamento de Fisioterapia no dia 26/02/2021, com linfedema de membro superior direito. Feito avaliação com BIS, aparelho ImpediMed U 400 e termografia com câmera termográfica modelo Flir-C3 X, com temperatura do ambiente em 23° C. Após, realizado acupuntura no membro superior esquerdo (contralateral), nos pontos P5, IG9, VC 7 e VC9, por 20 minutos e reavaliação com os mesmos dispositivos (BIS e termografia).

Ao término da sessão de acupuntura sistêmica paciente foi submetida à terapia complexa descongestiva. Aprovado no CEP do Hospital de Câncer de Barretos, número - 2247/2021.

## RESULTADOS

Na avaliação com a BIS, antes da acupuntura, o resultado foi de 27,5 LDex e após 26,8 LDex, com redução de 0,7 LDex (Figura 1). A termografia evidencia uma maior concentração de calor no MSD antes do procedimento, e uma redução de temperatura após