

1991. Pelo SMI não apresentaram baixa massa muscular.

Em relação aos hábitos alimentares 11 apresentaram IASAD menor que 71 indicando alimentação de baixa qualidade. Enquanto 5 (29,41%) pelo IASAD a dieta precisa de melhorias. E apenas 1 (5,88%) apresentou dieta de boa qualidade (maior que 100 pontos).

DISCUSSÃO

A maioria das pessoas diagnosticadas com OAJ tem excesso de gordura corporal que não é capturada apenas pelo IMC. Níveis mais baixos de massa muscular esquelética também devem ser investigados em pacientes com dor devido à osteoartrite primária do joelho. Neste trabalho a baixa massa muscular foi detectada apenas no sexo feminino. Os hábitos alimentares devem ser avaliados e controlados regularmente nesses pacientes.

Vários autores já descreveram que indicadores antropométricos convencionais, como IMC e peso, podem não ser capazes de representar totalmente a adiposidade. Neste estudo pacientes com baixo peso pelo IMC apresentaram baixa massa muscular.

Um estudo realizado na Holanda tipo caso controle evidenciou que a melhora de dor, fadiga e sono, ocorreu independente da perda de peso. Mostrando, que são vários os fatores que corroboram para a inflamação, incluindo a gestão do stress e prática de exercícios.

Com relação à massa muscular é importante destacar alguns pontos: a sarcopenia pode ser primária quando relacionada a idade ou secundária relacionada a pouca atividade física ou longos períodos acamados, doenças e dietas deficientes em macro e micronutrientes. Quando a alteração não está relacionada à quantidade de massa magra, mas a força muscular recebe o nome de dinapenia. A pré-sarcopenia ocorre quando o comprometimento é apenas na quantidade de massa magra sem declínio da força e funcionalidade.

A sarcopenia é caracterizada pela redução massa magra e perda da força ou funcionalidade. A sarcopenia grave é então caracterizada pela redução da massa magra com perda de força e funcionalidade.

Encontramos baixa quantidade de massa magra em 11,63 % dos casos em pacientes do sexo feminino e, portanto, não é possível classificar como sarcopenia. Enquanto nos pacientes do sexo masculino não detectamos baixa massa muscular esquelética.

A qualidade da alimentação segundo o IASAD leva em consideração o consumo de cereais, tubérculos, raízes, vegetais, frutas, leguminosas, laticínios, carnes, óleos, gorduras, açúcares, doces bem como gordura total, saturada, colesterol e variedade da dieta. Logo, a partir da pontuação obtida das variáveis avaliadas no IASAD, recomenda-se que as dietas sejam classificadas em boa qualidade (superior a 100 pontos), precisando de melhorias (71-100 pontos) e <70 dieta de má qualidade. Na literatura dietas pouco inflamatórias como a mediterrânea está associada a perda de peso, menor inflamação na osteoartrite. Igualmente dietas saudáveis à base de vegetais, altos níveis de fibras e baixo em gordura saturada, além de estarem associadas ao melhor controle das comorbidades.

CONCLUSÃO

Desta forma observamos em nosso estudo que a maioria das pessoas diagnosticadas com OAJ tem excesso de gordura corporal que não é aferida apenas pelo IMC. É importante avaliar a

massa muscular esquelética, pois em pacientes de baixo peso ela pode estar reduzida. Outro ponto importante é avaliar o padrão alimentar e poder ajudar a direcionar o tratamento para práticas integrativas que proporcionem mudança de estilo de vida.

REFERÊNCIAS

Organização Pan-Americana de Saúde. Projeto SABE (saúde, bem estar e envelhecimento). O Projeto SABE no Município de São Paulo. Brasília (DF): OPAS, 2003.

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. Doi: [10.1093/ageing/afy169](https://doi.org/10.1093/ageing/afy169)

Mota JF, Rinaldi AEM, Pereira AF, Maestá N, Scarpin MM, Burini RC. Adaptação do índice de alimentação saudável ao guia alimentar da população brasileira. *Rev Nutr*. 2008;21(5):545-52. Doi: [10.1590/S1415-52732008000500007](https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000500007)

Basat S, Sivritepe R, Ortoboz D, Sevim E, Atay S, Baygul A. The Relationship Between Osteoarthritis and Sarcopenia in Geriatric Diabetic Patients. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2021;55(4):516-523. Doi: [10.14744/SEMB.2021.42890](https://doi.org/10.14744/SEMB.2021.42890)

Morales-Ivorra I, Romera-Baures M, Roman-Viñas B, Serra-Majem L. Osteoarthritis and the Mediterranean Diet: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018;10(8):1030. Doi: [10.3390/nu10081030](https://doi.org/10.3390/nu10081030)

Walrabenstein W, Wagenaar CA, van de Put M, van der Leeden M, Gerritsen M, Twisk JWR, et al. A multidisciplinary lifestyle program for metabolic syndrome-associated osteoarthritis: the "Plants for Joints" randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2023;31(11):1491-1500. Doi: [10.1016/j.joca.2023.05.014](https://doi.org/10.1016/j.joca.2023.05.014)

Spanoudaki M, Giaginis C, Mentzelou M, Bisbinas A, Solovos E, Papadopoulos K, et al. Sarcopenia and Sarcopenic Obesity and Osteoarthritis: A Discussion among Muscles, Fat, Bones, and Aging. *Life (Basel)*. 2023;13(6):1242. Doi: [10.3390/life13061242](https://doi.org/10.3390/life13061242)

Conhecimento de Medicina Física e Reabilitação por estudantes do sexto ano de medicina: estudo comparativo

Paolo Kam Ticeu¹, Eduardo de Melo Carvalho Rocha¹, Eduardo Hideyuki Akamine¹, Fernando Lazar¹, Ana Paula Naomi Saad², Maurício Shigueru Shimada¹

¹*Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

²*Universidade Santo Amaro*

Palavras-chaves: Ensino, Medicina Física e Reabilitação, Brasil

INTRODUÇÃO

A reabilitação, restaurando funcionalidade e autonomia diante de incapacidades causadas por doenças, remonta a tempos antigos. No entanto, foi nos séculos XIX e XX que a reabilitação propriamente dita surgiu, principalmente após as Guerras Mundiais.¹

Nos Estados Unidos e na Europa, centros de reabilitação começaram a ser projetados com o objetivo de reabilitar soldados incapacitados almejando devolver seu potencial funcional máximo e permitir seu retorno à sociedade.¹

Por volta de 1950, no Brasil, surgiram os primeiros centros de reabilitação devido à epidemia de poliomielite¹. Nessa década, a Medicina Física e Reabilitação (MFR), também conhecida como Fisiatria, foi oficialmente reconhecida no Brasil com a fundação da Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação (ABMFR) em 1954.²

Atualmente, a reabilitação tem sido definida como 'uma maneira de pensar, uma filosofia dentro da prática médica que afirma que sempre existem maneiras de ajudar nossos pacientes, mesmo quando abordagens médicas e cirúrgicas tradicionais estão esgotadas'³ e, de forma prática, 'a utilização de todos os meios para reduzir ao máximo o impacto de condições incapacitantes e auxiliar pessoas com deficiência a alcançar seu nível desejado de autonomia e participação da sociedade'.³ Com o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida, associada à diversas limitações funcionais, a importância da medicina de reabilitação cresce devido ao aumento provável dos níveis de incapacidade.³

Apesar disso, a reabilitação não tem recebido prioridade e continua a enfrentar escassez de recursos. Em resposta, a Organização Mundial da Saúde implementou a iniciativa Rehabilitation 2030 para fortalecer a reabilitação nos sistemas de saúde globalmente.⁴ O Brasil reflete a realidade mundial, com 18,6 milhões de pessoas, 8,6% da população, enfrentando algum tipo de incapacidade.² Ainda que haja esforços para aprimorar a situação, como aumento de 26,4% no número de especialistas na última década¹⁸, presença de 17 instituições de ensino com programas de residência,⁵ o Brasil apresenta uma relação de 0,48 especialista por 100.000, abaixo da meta da Rehabilitation 2030 de 1 especialista para 100.000 habitantes.⁵

Além disso, a educação médica de MFR apresenta desafios significativos no mundo inteiro devido à falta de uniformidade em sua inclusão nos programas de graduação, variação considerável em relação ao conteúdo, estrutura e ênfase da disciplina.³ Também se observa uma deficiência no ensino de medicina musculoesquelética e falta de conhecimento sobre encaminhamento.

Embora não haja trabalhos evidenciando esse déficit no Brasil, sabe-se que poucas escolas médicas em nosso país possuem um estágio/disciplina próprio de MFR durante a formação médica. O presente estudo, portanto, visa avaliar o conhecimento de alunos do último ano da graduação acerca da especialidade MFR.

OBJETIVO

Avaliar o conhecimento dos alunos, os quais entre os anos de 2022 e 2023 estavam no sexto ano do curso de medicina de duas instituições; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e Universidade Santo Amaro (UNISA), sobre o tema de Medicina Física e Reabilitação.

MÉTODO

O estudo realizado foi transversal, comparativo e qualitativo, envolvendo 50 estudantes do curso de medicina da FCMSCSP e 52 da UNISA. A inclusão ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enquanto foram excluídos

aqueles que não completaram o formulário da pesquisa ou forneceram respostas discordantes.

Os dados foram coletados ao longo de 17 meses, de janeiro de 2022 a maio de 2023, utilizando um formulário elaborado pelo pesquisador e distribuído via Google Forms®, Whatsapp® e e-mail. As variáveis incluíam nome da instituição à qual o aluno pertence, conhecimento sobre a especialidade MFR/Fisiatria, se o aluno foi apresentado sobre a especialidade na graduação e nos casos positivos, em qual momento do curso isso aconteceu e se o curso foi teórico, prático ou misto; nos casos negativos, indicar o motivo, de maneira sucinta, se a instituição de ensino possui um departamento próprio, e uma pergunta solicitando que o aluno marcasse as condições clínicas que fossem sobre o campo de atuação do Médico Fisiatra. Análises descritivas foram conduzidas, utilizando médias simples e porcentagens, com um intervalo de confiança de 95%, nível de significância inferior a 0,05% e o índice de correlação de Wilcoxon para comparações entre as respostas analisadas.

RESULTADOS

Foram coletadas 102 respostas, 50 dos alunos da FCMSCSP e 52 da UNISA, contudo foram utilizadas 98, 49 da FCMSCSP e 49 da UNISA, devido aos critérios de exclusão. As respostas das perguntas I, II e III estão reunidos na Tabela 1.

Após foi questionado em qual ano da graduação que ocorreu a disciplina/estágio e 35 da FCMSCSP disseram que foi no 3º ano, 2 no 4º ano, 2 no 6º ano e 10 responderam que não tiveram. Os 49 da UNISA responderam que não tiveram. Em relação ao modo de aplicação do curso, na FCMSCSP 31 responderam que foi teórico, 8 teórico-prático e 10 que não tiveram. Já na UNISA os 49 responderam que não tiveram.

Logo em seguida foi perguntado que se caso não tivesse a disciplina, se teve algum contato, na FCMSCSP, considerando as 10 pessoas que responderam não à pergunta anterior, 2 não tiveram contato, 3 foram por atividade extracurricular, 2 foram através de colega/residentes e 3 não responderam. Na UNISA, 40 não tiveram contato nenhum, 4 foram através de residentes, 2 foram por colega/contato, 1 foi por busca própria, 1 foi por professor, 1 foi no internato. Após foi solicitado que selecionassem as doenças que se enquadram na área do Fisiatra (Figura 1).

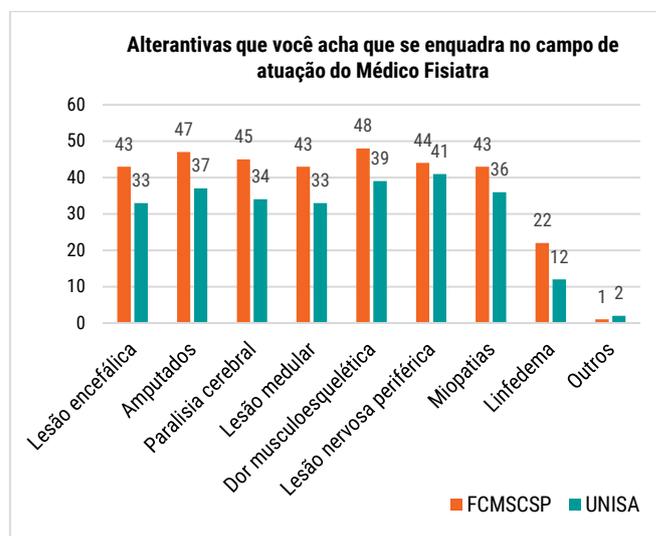


Figura 1. Campo de atuação do Médico Fisiatra

Tabela 1. Distribuição dos estudantes dos cursos de graduação em medicina segundo sexo e instituição

Variável	FCMSCSP			UNISA		
	Sim N (%)	Não N (%)	Parcial N (%)	Sim N (%)	Não N (%)	Parcial N (%)
I - Você sabe o que é Fisiatria/Medicina Física e Reabilitação?	29 (59,2%)	0 (0%)	20 (40,8%)	23 (46,9%)	6 (12,3%)	20 (40,8%)
II - Você teve a disciplina ou um estágio específico de Fisiatria/Medicina Física e Reabilitação na graduação?	39 (79,6%)	10 (20,4%)	0 (0%)	0 (0%)	49 (100%)	0 (0%)
III - A sua instituição de ensino ou hospital escola tem um departamento próprio de Fisiatria/Medicina Física e Reabilitação?	49 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	49 (100%)	0 (0%)

DISCUSSÃO

A reabilitação está se tornando cada vez mais importante, entretanto ainda é uma especialidade pouco conhecida, tanto pela população quanto pelos médicos que realizam encaminhamentos inadequados⁶.

Na FCMSCSP, 100% dos alunos sabem o que é Fisiatria e afirmam que a instituição possui um departamento e 79,6% responderam que tiveram a disciplina durante a graduação. Na UNISA, 87,7% sabem o que é Fisiatria, 100% afirmam que não possui departamento e que tiveram a disciplina. Essas diferenças influenciam na capacidade de reconhecer e encaminhar paciente para médicos de MFR, pois os alunos da FCMSCSP reconheceram mais pacientes que os da UNISA em todas as categorias e em seis delas o número total de alunos da FCMSCSP eram 20% maior que os da UNISA.

Outro achado interessante é a irregularidade do ensino de MFR, uma instituição tem 40 horas destinadas a essa disciplina enquanto a outra não tem na formação. Isso decorre da autonomia concedida às instituições de ensino superior pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, aprovadas em 2001 garantindo a ampla autonomia na definição da carga horária⁷. Contudo a falta de exposição prejudica a comunidade de especialistas, porque a exposição precoce está ligada a uma decisão mais rápida de ingressar na carreira⁸. Dessa forma, os acadêmicos da FCMSCSP têm uma maior probabilidade de escolher a Fisiatria como especialidade do que os da UNISA, já que a FCMSCSP oferece essa disciplina e UNISA não.

É crucial promover mudanças para aprimorar o ensino. As propostas sugeridas visam envolver alunos, faculdades, centros de formação e órgãos competentes. Para estudantes sem acesso à disciplina na graduação, recomenda-se buscar a ABMFR para participar de programas extracurriculares durante o estágio eletivo. Faculdades podem elaborar cursos de Reabilitação, conduzidos por Fisiatras, ou a integração do tema nos cursos existentes. Propõe-se também a inclusão de questões sobre MFR/Fisiatria nas provas de residência e a criação de novos centros de reabilitação associados a centros de formação, como medidas mais impactantes.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste estudo mostram que os alunos que cursam a matéria de MFR/Fisiatria e frequentam a instituição de ensino com o Departamento de Reabilitação tem

um conhecimento maior e identificam mais paciente que podem ser atendidos por Médicos Fisiatras.

REFERÊNCIAS

1. Souza LA, Faro ACM. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. *Enfermería Global*. 2011;10(24):290-306.
2. Suzigan EM, Rocha EMC. Escenario actual de la especialidad en medicina física y rehabilitación en Brasil. *Rev Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2023;33:e385-e385. Doi: [10.28957/rcmfr.395](https://doi.org/10.28957/rcmfr.395)
3. Gibson J, Lin X, Clarke K, Fish H, Phillips M. Teaching medical students rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil*. 2010;32(23):1948-54. Doi: [10.3109/09638281003797364](https://doi.org/10.3109/09638281003797364)
4. Goulart BNG, Anderle P. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. *CoDAS*. 2020;32(2):e20190120. Doi: [10.1590/2317-1782/20192019120](https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019120)
5. Schiappacasse C, Guzmán JM, Dean MH, Corletto S, Battistella LR, Imamura M, et al. Physical Medicine and Rehabilitation in Latin America: Development and Current Status. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2019;30(4):749-755. Doi: [10.1016/j.pmr.2019.07.001](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2019.07.001)
6. Abramson S, Stein J. Medical student referral patterns for musculoskeletal disorders. *Am J Phys Med Rehabil*. 1998;77(3):235-42. Doi: [10.1097/00002060-199805000-00008](https://doi.org/10.1097/00002060-199805000-00008)
7. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União Federativa da Brasil*. Brasília (DF): 2001 Out 10; Seção 1E: 131.
8. DeLisa JA, Jain SS, Campagnolo DI, Kirshblum SC, Findley T. Factors influencing the specialty choice of the physical medicine and rehabilitation graduating class of 1994 and the entering class of 1995. *Am J Phys Med Rehabil*. 1995;74(4):262-70. Doi: [10.1097/00002060-199507000-00002](https://doi.org/10.1097/00002060-199507000-00002)