

CONHECIMENTO DO FISIOTERAPEUTA SOBRE OS CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E TÉCNICAS DE REALIZAÇÃO DA POSIÇÃO PRONA COMO RECURSO TERAPÊUTICO EM TERAPIA INTENSIVA

Orientando: Amanda Cestaroli

Orientadores: Prof. Daniel Gimenez da Rocha

Profa. Renata Pletsch Assunção

INTRODUÇÃO: Dentre as várias áreas de atuação, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é uma das áreas em que, nos últimos 20 anos, o fisioterapeuta vem atuando e se tornando um especialista no cuidado ao paciente crítico, sendo considerado membro importante na equipe multidisciplinar. Inúmeros são os manejos possíveis dentro de uma UTI para tratar as mais diversas situações na qual os indivíduos se encontram. Um dos maiores problemas encontrados em pacientes respiratórios é a hipoxemia prolongada e quando não tratada pode levar a desfechos ruins nos pacientes com comprometimento respiratório. A posição prona (PP) é uma manobra utilizada para combater a hipoxemia nos pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo. Hoje é considerada um modo eficaz de melhorar a oxigenação. A posição prona ganhou bastante notoriedade com sua utilização em pacientes durante a pandemia de COVID-19. Acredita-se que os pacientes acordados com COVID-19 podem ter os mesmos benefícios sobre a oxigenação, reduzindo a necessidade de ventilação invasiva. As principais complicações da posição prona dão-se pelo desenvolvimento de úlceras de pressão, lesão de plexo braquial e dificuldades de acesso venoso. Por esse motivo, o tratamento intensivo demanda equipes preparadas para evitar tais progressos, realizando mudanças na posição do paciente para diminuir os pontos de pressão e evitar lesões nervosas. O uso de travesseiros e os ciclos de pronação com duração de 12 a 16 horas podem contribuir para a redução das úlceras, evitando essa evolução de alta mortalidade. Ademais, a sua ocorrência apresenta grande risco de desenvolvimento de osteomielite ou sepse, além de potencializar hemorragias que são agravadas pelo uso de anticoagulantes, por exemplo, no tratamento da COVID-19. Estudos já demonstram a importância da posição prona e a consideram uma ferramenta essencial para o tratamento de internados. O seu uso, no

entanto, gera injúrias que necessitam de atenção e preparo da equipe de saúde, evitando a morte dos pacientes e possíveis agravamentos que podem causar maior desgaste dos profissionais e despender mais custos para os serviços de saúde, os quais já se encontram sobrecarregados. A apresentação de soluções para os aspectos negativos do uso da posição prona e a sua exigência evitam a maior sobrecarga do sistema, utilizando-a da maneira mais eficaz possível a fim de auxiliar no tratamento da síndrome respiratória.

OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é avaliar/definir qual é o nível de conhecimento dos fisioterapeutas especialistas em fisioterapia hospitalar e afins, sobre os critérios para a utilização da posição prona com recurso terapêutico em Unidade de Terapia Intensiva, bem como quais são as técnicas para sua realização. **MÉTODO:** Delineamento: Estudo descritivo. Critérios de Inclusão: Profissionais graduados em Fisioterapia, de ambos os sexos, que independentemente da idade, já tenham finalizado a pós-graduação nas seguintes áreas: Fisioterapia Hospitalar, Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva e áreas correlatas e que no momento da pesquisa, atuem em ambiente hospitalar. Critérios de Exclusão: Fisioterapeutas com especialização fora da área de afinidade, fisioterapeutas que não estão atuando em área hospitalar no momento da pesquisa. Coleta de Dados: Foram realizadas através de formulário eletrônico desenvolvido pelos autores disparado por meios digitais como WhatsApp e e-mail aos profissionais da área de fisioterapia após aprovação pelo comitê de ética e pesquisa. Análise Estatística: Foi utilizado o programa SPSS 21.0 (IBM Statistics). Foram realizadas médias e desvio padrão ou medianas e intervalos interquartis. As frequências foram representadas através de porcentagens. **RESULTADOS.** Os resultados foram carregados a partir dos dados retirados dos formulários do google forms conforme dados e tabelas a seguir: 83 participantes de pesquisa responderam ao questionário. Todos eles, 100% eram pessoas com graduação concluída no curso de Fisioterapia.

Características	Resultados
Idade	45,8%, 31 a 40 anos 25%, 41 a 50 anos 25%, 21 a 40 anos 4,2%, 51 a 60 anos

Gênero	78,3% feminino
Tempo de Experiência Profissional	29,2%, 11 a 15 anos 20,8%, 6 a 10 anos 20,8%, 1 a 5 anos 29,2%, outros
Utilização da posição prona no ambiente atual de trabalho	82,6% sim
Utilização de posição prona precoce no ambiente atual de trabalho	83,3%, sim
Considera a posição prona segura	100%, sim

Quando foram realizados questionamentos em relação a algumas questões relevantes para a utilização da posição prona, o estudo chegou aos seguintes resultados:

100% dos participantes souberam pontuar assertivamente o conceito de paciente crítico. Não houve consenso do tempo mais adequado para utilização da posição prona ininterrupta. 44% dos participantes não souberam responder assertivamente quando o paciente é considerado respondedor da posição prona. Os participantes demonstraram também dificuldade em descrever as contraindicações e/ ou complicações corretas da posição prona. Mais de 50% dos participantes da pesquisa relataram que a maior dificuldade encontrada nos serviços os quais trabalham é a falta de preparo da equipe, assim como a falta de colaboração. A posição prona é uma manobra utilizada para combater a hipoxemia nos pacientes com síndrome do desconforto respiratório do adulto. Os fisioterapeutas utilizam a posição prona, também conhecida como decúbito ventral, que consiste em posicionar o abdome do paciente em direção ao leito e inclinar a cabeça para um dos lados, permitindo uma distribuição mais uniforme da tensão e pressão pulmonar e melhorando os índices ventilatórios. A perfusão, a mecânica pulmonar e a parede torácica atuam sinergicamente na diminuição da duração no uso da ventilação mecânica e também da mortalidade. Em relação ao tempo de utilização da postura prona para os pacientes ainda não existe um consenso a respeito do tempo ideal para manter o paciente em posição prona. O que a maioria dos trabalhos tem em comum é uma resposta mais significativa na oxigenação nas duas primeiras horas com alguns pequenos

acréscimos nas quatro horas seguintes. Há grupos que a aplicam por quatro, seis e dez horas, e recentemente tem sido empregada continuamente. Muitas vezes necessitamos manter o paciente em posição prona continuamente, pois, quando o recolocamos na posição supina, ocorre nova deterioração gasométrica. O que levamos em consideração é a resposta encontrada na fase precoce da SDRA e, por isso, preconizamos manter o paciente em posição prona pelo maior tempo possível, até a estabilização do quadro, e então retorná-lo para a posição supina, para avaliar se há necessidade de retornar à posição prona. Quando são consideradas as contraindicações e complicações associadas à manobra, a incidência de complicações graves na posição prona, como extubação acidental, hipotensão severa e arritmias, são baixas, talvez devido ao trabalho dos enfermeiros e fisioterapeutas nos cuidados com o manejo dos pacientes nesta posição. No entanto, outras complicações menos graves são mais comuns. A posição prona é contraindicada em casos de queimadura ou ferimentos na face ou região ventral do corpo, instabilidade da coluna vertebral, hipertensão intracraniana, arritmias graves ou hipotensão severa e, apesar da não contra-indicação, deve-se avaliar quanto à presença de cateteres de diálise e drenos torácicos. Outras complicações, como deslocamento de cateter venoso central e barotrauma devido a intubação traqueal seletiva, são raras. Apenas um único relato de ulceração infecciosa de córnea foi descrito na literatura. Outro ponto desfavorável é que, em posição prona, a necessidade de sedação é maior, e este fato é preocupante, pois pode aumentar a ocorrência de paresias neuromusculares, que aparecem freqüentemente em pacientes graves internados nas unidades de terapia intensiva. Nesse trabalho, não obtivemos de forma assertivas as principais complicações e/ou contraindicações ao método. Em relação à resposta do paciente à manobra até agora tratamos a posição prona como uma estratégia em que 100% das aplicações tivessem resultados positivos, mas o fato é que podemos encontrar três tipos de situações: os pacientes respondedores, ou seja, os que aumentam a PaO₂ em pelo menos 20% quando pronados, que estão entre 70% e 80% e se subdividem em respondedores persistentes (~50%), ou seja, os que mantêm o ganho alcançado na PaO₂ após retornar para a posição supina e respondedores não persistentes (~25%), os que não mantêm o ganho após serem reposicionados; e, por último, os não respondedores (~25%). Nossos participantes não responderam assertivamente quando perguntados sobre a resposta dos pacientes o que, na prática, muitas vezes, aumenta o risco de complicações e faz com que o método não tenha eficácia dentro do quadro em que o paciente se encontra. Como dito pelos participantes desse estudo, um dos maiores obstáculos é a equipe, sendo pela falta de treinamento

adequando, seja pela falta de colaboração. Apesar do procedimento ser seguro e barato exige trabalho em equipe e habilidade. Assim, centros com menos experiência podem ter dificuldade em gerir as complicações, mas protocolos e diretrizes de cuidados podem mitigar este risco. **CONCLUSÃO:** Estudos que tem como objetivo verificar o conhecimento da aplicação de uma técnica específica sempre são valiosos para que se possa pensar em estratégias de melhorias ligadas a implantação e utilização. Nesse estudo foi possível verificar que ainda existe divergências em relação ao uso da manobra prona, apesar de sabida sua necessidade para casos específicos. Ainda foi possível verificar que a falta de colaboração de membros de equipe também ainda é um obstáculo. É importante difundir a necessidade de equipes colaborativas para que estratégias como da posição prona possam ser tratadas de maneira adequada, assim como é importante que os profissionais envolvidos tenham conhecimento adequada para que se mitigue riscos de complicações e contraindicações por falta de habilidades e/ ou conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia em terapia intensiva, posição prona, síndrome respiratória grave do adulto

REFERÊNCIAS:

Marques, Amélia Pasqual; Peccin, Maria Stella. Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. *Fisioterapia e pesquisa*. 2005;12(1):43-48.

França Eduardo Ériko Tenório de, Ferrari Francimar, Fernandes Patrícia, Cavalcanti Renata, Duarte Antonio, Martinez Bruno Prata et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2012;24(1):6-22.

O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V; British Thoracic Society Emergency Oxygen Guideline Group; BTS Emergency Oxygen Guideline Development Group. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax*. 2017 Jun;72(Suppl 1).

Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim CM, Divatia JV, et al. Asian Critical Care Clinical Trials Group. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med*. 2020 6. pii:S2213-2600(20)30161-2.

Ding L, Wang L, Ma W, He H. Efficacy and safety of early prone positioning combined with HFNC or NIV in moderate to severe ARDS: a multi-center prospective cohort study. Crit Care. 2020 Jan 30;24(1):28.

Paiva KCA, Beppu OS. Posição prona. JBP. 2005 abril; 31.

Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, et al. PROSEVA Study Group. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2013;368(23):2159-68. doi: 10.1056/NEJMoa1214103

CONHECIMENTO DO FISIOTERAPEUTA SOBRE OS CRITÉRIOS E TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Orientando: Marcelo Pereira Marques

Orientador: Prof. Daniel Gimenez da Rocha

INTRODUÇÃO: Durante muitos anos, os fisioterapeutas atuaram com bases em livros de reabilitação importados, cuja característica marcante eram protocolos prontos, que dispensavam a necessidade de avaliação crítica para tomada de decisões. Atualmente essa tendência sofreu mudanças, felizmente, e a prática clínica é necessariamente alicerçada em pesquisa¹. A Resolução 80 do Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO)² determina que o fisioterapeuta precisa avaliar, estabelecer o diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico, selecionar intervenções e realizar reavaliações. Dentre as várias áreas de atuação, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é uma das áreas em que, nos últimos 20 anos, o fisioterapeuta vem atuando e se tornando um especialista no cuidado ao paciente crítico, sendo considerado membro importante na equipe multidisciplinar¹. De acordo com 2º Censo Brasileiro de Unidades de Terapia Intensivas é de 1 a 6 dias o tempo médio de permanência do paciente internado em UTIs brasileiras. No entanto, a incidência de complicações decorrentes dos efeitos deletérios da imobilidade na unidade de terapia intensiva (UTI) contribui para o declínio funcional, aumento dos custos assistenciais, redução da qualidade de vida e sobrevivência pós-alta⁵. É frequente durante a estadia em UTI que os pacientes imobilizados por mais do que alguns dias desenvolvam fraqueza neuromuscular¹⁰, chegando a índices que podem variar de 30% a 60%¹¹. A taxa de perda de massa muscular varia de 1% a 5%¹². Essa fraqueza pode contribuir para aumentar a duração do tempo de ventilação mecânica (VM), aumentar o tempo de permanência na UTI e da internação hospitalar, além de estar associada à má qualidade de vida entre os sobreviventes^{13,14}. Dentre as inúmeras intervenções importantes, a mobilização precoce tem sido associada à diminuição das taxas de morbidade e mortalidade de pacientes criticamente doentes, além de diminuir o tempo de internação em UTI⁸. Apesar destes benefícios, uma barreira frequentemente percebida para a mobilização precoce na UTI é a preocupação em relação à segurança do paciente, incluindo as possíveis alterações fisiológicas (por exemplo, hipotensão e hipoxemia), além da remoção acidental de cateteres e dispositivos²⁰. Em recente revisão sistemática e metanálise, com dados de mais de 7.500 pacientes e mais de 22.000 procedimentos de mobilização / reabilitação na UTI,

concluiu que a mobilização precoce parece segura, com uma incidência geral de potenciais eventos de segurança de apenas 2,6%²². Vale ressaltar que a mobilização precoce na UTI deve representar uma intervenção diferente, ou uma ampliação dos modos tradicionais de fisioterapia, com o uso cada vez mais prematuro de técnicas como sedestação a beira leito, exercícios de fortalecimento ativo e uso de cicloergômetro.

OBJETIVOS. O presente estudo se desenvolveu com a intenção de analisar o conhecimento do Fisioterapeuta especialista, sobre o uso da mobilização precoce.

MÉTODO. Estudo descritivo, com 300 profissionais fisioterapeutas com especialização em fisioterapia cardiopulmonar ou áreas correlatas. A pesquisa foi feita através de questionário do google forms com perguntas sobre o conhecimento e utilização de técnicas por parte dos fisioterapeutas e foram incluídos na pesquisa após aceitarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS. Esse estudo demonstrou que os fisioterapeutas que atuam em UTI, conhecem o conceito de imobilismo e as consequências para os pacientes, bem como os benefícios da mobilização precoce. Apenas 83 participantes responderam ao questionário. Apesar do número de participantes abaixo do esperado, é possível observar que o profissional fisioterapeuta especialista em fisioterapia respiratória e áreas correlatas, com experiência na atuação hospitalar, sabe classificar adequadamente a síndrome do imobilismo e trata-la de forma adequada. A maioria dos participantes tinham idade entre 31 e 40 anos, do gênero feminino, 100% deles graduados em fisioterapia e pós-graduados na área de cardiopulmonar e/ou terapia intensiva, 94,4% mobilizam seus Pacientes precocemente.

CONCLUSÃO. Os fisioterapeutas especialistas nas áreas de UTI e hospitalar, conhecem, em teoria, a importância da mobilização precoce neste ambiente. No entanto, não há consenso sobre a melhor técnica e a maior barreira para a mobilização, parece ser cultural. Considerando que o ato de mobilizar um paciente em leito de UTI não é exclusivo de apenas um profissional ou equipe, é importante salientar que os resultados encontrados em nosso estudo, corroboram com a necessidade de disseminação do conhecimento dos benefícios da mobilização precoce, com foco na cultura da equipe multiprofissional na UTI, pois espera-se que os resultados dessa pesquisa auxiliem na modificação da prática clínica empregada atualmente nessas unidades, visando a melhora na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Mobilização precoce, fisioterapia, unidade de terapia intensiva

REFERÊNCIAS:

Marques, Amélia Pasqual; Peccin, Maria Stella. **Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos**. Fisioterapia e pesquisa. 2005;12(1):43-48.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO-80 de 21 de maio de 1987. Diário Oficial da União 1987;93(1):7609.

Orlando JMC, Milani CJ. 2º Anuário Brasileiro de UTIs – 2º Censo Brasileiro de UTIs. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); Edição 2002-2003.

São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP nº 170, de 6 de novembro de 2007. Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva. Diário Oficial do Estado de São Paulo; Poder Executivo. 2007;1(1):152.

França Eduardo Ériko Tenório de, Ferrari Francimar, Fernandes Patrícia, Cavalcanti Renata, Duarte Antonio, Martinez Bruno Prata et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Rev. bras. ter. intensiva. 2012;24(1):6-22.

Aquim EE, Bernardo WM, Buzzini RF, Azeredo NSG, Cunha LS, Damasceno MCP, et al. Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(4):434-443

Soares TR, Avena KM, Olivieri FM, Feijó LF, Mendes KMB, Souza Filho SA et al. Retirada do leito após a descontinuação da ventilação mecânica: há repercussão na mortalidade e no tempo de permanência na unidade de terapia intensiva? Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(1):27-32.

Zomorodi M, Topley D, McAnaw, M. Developing a Mobility Protocol for Early Mobilization of Patients in a Surgical/Trauma ICU. Critical Care Research and Practice. 2012; 2012(1):964547.

Adler J, Malone D. Early Mobilization in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 2012;23(1):5-13

Hodgson CL, Berney S, Harrold M, Saxena M, Bellomo, R. Clinical review: Early patient mobilization in the ICU. *Critical Care*. 2013;17(1):207.

Silva APP, Maynard K, Cruz MR. Effects of motor physical therapy in critically ill patients: literature review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(1):85-91.

Sandri, P., Guimarães, H. P. Manual prático de fisioterapia no pronto socorro e UTI. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

Herridge MS. Long-term outcomes after critical illness: past, present, future. *Curr Opin Crit Care* 2007;13(1):473-475.

Herridge MS. Legacy of intensive care unit-acquired weakness. *Crit Care Med*. 2009;37(10):457-461.

Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2017;43(2):171e83.

Berry MJ, Morris PE. Early Exercise Rehabilitation of Muscle Weakness in Acute Respiratory Failure Patients. *Exercise and Sport Sciences Reviews*. 2013;41(4): 208–215.
Santos PMR, Ricci NA, Suster EAB, Paisani DM, Chiavegato LD. Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery: a systematic review. *Physiotherapy*. 2017;103(1):1–12.

Gensheng Zhang KZ, Wei Cui¹, Yucai Hong, Zhongheng Zhang. The effect of early mobilization for critical ill patients requiring mechanical ventilation a systematic review and meta-analysis. *Journal of Emergency and Critical Care Medicine*. 2018;2(9):1–13.

Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med.* 2008;36(8):2238-43.

Dantas CM, Silva PFS, Siqueira FHT, Pinto RMF, Matias S, Maciel C et al. Influence of early mobilization on respiratory and peripheral muscle strength in critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012;24(2):173-178.

Dubb R., Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, Kaltwasser A, Needham DM. Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(5):724–30.

Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, et al. Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(5):766–777.

Kawaguchi YMF, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil *J Bras Pneumol.* 2016;42(6):429-434.

Kawaguchi, Yurika Maria Fogaça. Validação cultural e confiabilidade das versões em português das escalas de mobilidade na UTI: Perme Intensive Care Unit Mobility Score e Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2017.

Parry SM, Berney S, Koopman R, Bryant A, El-Ansary D, Puthuchery Z, Hart N, Warrillow S, Denehy L. Early rehabilitation in critical care (eRiCC): functional electrical stimulation with cycling protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2012;13;2(5).

Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985;13(10):818-29.

Cintra, M. M. M., Mendonça, A. C., Rossi e Silva, R. C., & Abate, D. T. Influência da fisioterapia na síndrome do imobilismo. *Colloquium Vitae*. 2014 ISSN: 1984-6436, 5(1), 68–76. Disponível em: <https://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/874> Acesso em 06 de março de 2023.

**IDENTIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DA POPULAÇÃO
DIAGNOSTICADA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E
ACOMPANHADA PELO CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ (CRJ) E
CLÍNICA DA SAÚDE UNIANCHIETA**

Orientando: Tthiago Arruda Piccione

Orientadora: Profa. Andrea Peterson Zomignani

INTRODUÇÃO. Primeiramente e conforme salientado pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (2021), “O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o surgimento de um déficit neurológico súbito causado por um problema nos vasos sanguíneos do sistema nervoso central”. Importante ainda salientar que as alterações no fluxo e no equilíbrio da circulação sanguínea cerebral podem ser de forma isquemia ou hemorrágica, sendo que, após um quadro de AVC, são evidenciadas alterações funcionais e cognitivas, capazes de influenciar negativamente o bem-estar físico e psicossocial, tendo em vista as inúmeras sequelas (dificuldade na otimização de suas atividades de vida diária, mobilidade, espasticidade, dor, incontinência, deglutição, comunicação, humor, memória etc) que podem decorrer de um evento não fatal. (CAMARGO, 2019). No mais, segundo dados publicados, o AVC é a segunda principal causas de morte, incapacitação e internações na população de todo o mundo (OMS, 2010). Na mesma linha, YOSHIDA et. al. (2019) informam que: “O Acidente Vascular Cerebral é uma doença que acomete aproximadamente 16,9 milhões de pessoas em todo no mundo, sendo considerada uma doença altamente incapacitante. No cenário brasileiro, o AVC ainda é a primeira causa de morte do país”. Todo esse contexto fático impõe a necessidade de atuar preventivamente, tomando ações para controlar os fatores de risco de acometimento, além da efetivar medidas que propiciem atendimento qualificado e preciso na hipótese de diagnóstico positivo de AVC, objetivando a reabilitação e o arrefecimento das sequelas porventura experimentadas. (MORAES et al., 2021). Aliado ao aspecto supramencionado, a questão da inatividade física como fator de risco para inúmeras patologias tem sido amplamente estudada por diversos profissionais de saúde, além de entidades de classe, instituições públicas e privadas e até mesmo organismos internacionais. Nesse sentido, o sedentarismo (inatividade física), além de outros fatores, está altamente associado ao aumento do risco de ocorrência do AVC. (CARLUCCI, 2014). Destarte, o presente estudo se justifica em

decorrência da realidade acima referenciada e da comprovada e legitimada relação entre os níveis de atividade física de um indivíduo e o seu risco de acometimento de novo AVC. (NAHAS, 2017). E ainda, apesar desses vários estudos consagrados, a presente pesquisa tem a finalidade de fazer o diagnóstico pontual da realidade atualmente observada em pacientes do Centro de Reabilitação Jundiaí – CRJ, possibilitado que, na sequência, sejam propostas a efetivação de ações práticas (campanhas, palestras, atividades para pacientes), iniciando-se assim trabalhos correlatos no sentido de enfrentar mais precisamente o resultado porventura observado pela análise situacional evidenciada. **OBJETIVO.** O presente trabalho tem como objetivo avaliar o nível de atividade física da população acometida por AVC e que está em atendimento fisioterapêutico (ou aguardando chamamento) junto ao CRJ – Centro de Reabilitação Jundiaí e a Clínica da Saúde/UniAnchieta, ambos localizados na cidade de Jundiaí/SP. **MÉTODO.** O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Padre Anchieta, tendo sido aprovado pelo respectivo Comitê sob o protocolo número CAAE: 56289622.5.0000.5386 e parecer: 5.344.603. Tratou-se de estudo aplicado e descritivo realizado com indivíduos acometidos por AVC e atendidos pelo CRJ - Centro de Reabilitação Jundiaí e Clínica da Saúde/UniAnchieta. Após o convite e inserção dos indivíduos no estudo, os mesmos, de forma voluntária (após a devida assinatura do TCLE), foram submetidos ao questionário internacional de atividade física (IPAQ-curto). Participaram desse estudo 29 indivíduos acometidos por AVC, de ambos os gêneros, com idades variando de 34 a 87 anos. A amostragem foi obtida por adesão voluntária e conveniente ao trabalho, sendo composta por indivíduos com diagnóstico de AVC e em condição de entender e responder ao questionário (pesquisa autoaplicável). A tarefa escolhida para o presente teve como principal ferramenta a resposta ao Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão curta), bem como a devida vinculação a sua respectiva tabela de classificação. Referido levantamento possui coeficientes de validade e reprodutibilidade similares a de outros instrumentos, com a vantagem de sua forma curta, possibilitando comparativos de grandes grupos populacionais. (MATSUDO, et al., 2001). Após a devida coleta, os dados foram colocados em tabela para análise das prevalências e estratificação possível dos resultados. **RESULTADOS.** Conforme mencionado anteriormente, participaram do estudo o total de 29 indivíduos (100%) acometidos por AVC (todos de origem isquêmica), que estavam em atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação de Jundiaí (CRJ) e/ou na Clínica da Saúde/UniAnchieta, com idades variando de 34 a 87 anos de idade, sendo 21 homens

(73%) e 8 mulheres (28%). Assim, após o tratamento dos dados colhidos, ficou evidenciado que, do total da amostra (n = 29): 21% dos participantes foram classificados como Ativos; 31% dos participantes foram classificados como Sedentários; 48% dos participantes foram classificados como Insuficientemente Ativos; e nenhum deles foi classificado como Muito Ativo, tudo nos termos da Tabela abaixo.

Tabela – Valores referentes ao nível de atividade física dos participantes incluídos no estudo.

*N=29	Quantidade	Ativo	Sedentário	Irregularmente ativo
Masculino	21 (73%)	5 (17%)	7 (24%)	9 (31%)
Feminino	8 (28%)	1 (4%)	2 (7%)	5 (17%)
Total	29 (100%)	6 (21%)	9 (31%)	14 (48%)
*N: Número de participantes				

Portanto, conforme os resultados apontados pela pesquisa, verificou-se que 79% dos indivíduos acometidos por AVC (e em processo de reabilitação no CRJ e na clínica da Saúde/UniAncheita) são sedentários ou irregularmente ativos, isto é, não possuem uma rotina minimamente adequada de atividades físicas (evidenciando inequívoco comportamento sedentário). Nesse sentido, pode-se dizer (a partir dos dados colhidos) que a maioria dos pacientes são praticamente inativos, residindo neste aspecto um importante fator de risco para a ocorrência de um novo evento. Ratificando tal entendimento, verifica-se que o indivíduo acometido por AVC permanece sedentário até 01 (um) ano após o evento e, mesmo com boa recuperação funcional, tende a manter comportamento de inatividade física (MORTON et al., 2019). E mais, inúmeras evidências têm sido divulgadas nos últimos anos, no sentido de que a atividade física regular pode (e deve) ser utilizada como uma ferramenta adjuvante no tratamento de algumas doenças crônicas, principalmente quando medicamentos já não são muito eficazes (BENJAMIN et al., 2019). Voltando ao nosso estudo, segundo Billinger et al. (2014), as alterações e déficits motores, de mobilidade e de equilíbrio podem resultar na prevalência da inatividade física em indivíduos acometidos pelo AVC, propiciando e agravando o descondicionamento físico e o estilo de vida sedentário dessa população. Desse modo, continuam os mesmos autores acima citados, as recomendações de atividade física para sobreviventes de AVC, deveriam central sua atenção em propostas de prevenção secundária, compreendendo diminuição do comportamento sedentário,

práticas de baixa a moderada intensidade e exercícios resistidos, restando evidente a necessidade de adotar múltiplas estratégias para reduzir ou anular os prejuízos decorrentes desse comportamento, fazendo com que os pacientes atinjam um nível de atividade física satisfatório. Destarte, a presente análise cuidou de apontar o diagnóstico pontual da realidade atualmente observada em pacientes do Centro de Reabilitação Jundiá – CRJ e Clínica da Saúde UniAnchieta, possibilitado que, na sequência, sejam propostas a efetivação de ações práticas (campanhas, palestras, atividades estruturadas para pacientes). Por fim, resta amplamente evidenciada a necessidade de um acompanhamento sistemático dos indivíduos pós-AVC, elaborando programas para estimular as práticas regulares de atividade física e compreendendo, sem equívocos ou digressões, os benefícios da manutenção de um bom nível de atividade física, inclusive nas abordagens adotadas em sobreviventes do AVC. (SIMÕES et al., 2017). Por fim, outros estudos são necessários para especificar as abordagens mais eficazes para maximizar a atividade física dos pacientes pós-AVC, ocasião em que deverão ser apontadas as respectivas intervenções a estimular a mudança desse padrão de comportamento. **CONCLUSÃO.** Lançar o olhar sobre a situação específica da população acometida por AVC e em atendimento sobre no CRJ e na Clínica da Saúde/UniAnchieta se revelou como a finalidade precípua deste trabalho. Nesse sentido, conclui-se que grande parte dos indivíduos acometidos por AVC (79% da nossa amostragem) possui incontestável insuficiência em seus níveis de atividade física diários/semanais – fato este que pode prejudicar e/ou adiar eventual recuperação; bem como impactar diretamente em novo acometimento; além de contribuir para a deterioração de suas condições de saúde (seja física, cognitiva e/ou emocional).

PALAVRAS-CHAVE: Pós-AVC (Acidente Vascular Cerebral), Nível, Atividade Física.

REFERÊNCIAS:

BENJAMIN, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Virani, S. S.; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2019). Heart disease and stroke statistics – 2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139, e56–e528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>

BILLINGER SA, Arena R, Bernhardt J, Eng JJ, Franklin BA, Johnson CM, MacKay-Lyons M, Macko RF, Mead GE, Roth EJ, Shaughnessy M. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014 Aug;45(8):2532- 53

CAMARGO, Natália Andrade de. Orientações multidisciplinares para pacientes pós AVC. Unidade de AVC HCFMB. Unesp/Botucatu. 2019.

CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza. et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. Programa de Mestrado em Promoção da Saúde (PPGPS) do Centro Universitário Cesumar UNICESUMAR, Maringá-PR, Brasil. 1. Recebido em 26/setembro/2013 Aprovado em 02/abril/2014. *Com. Ciências Saúde*. 2013; 24(4): 375-384.

MATSUDO, Sandra. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (I-Paq): Estudo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul- CELAFISCS & Programa Agita São Paulo. *Revista Atividade Física e Saúde*. Volume 6. Número 2. 2001 – P. 6 a 18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. 2013.

MORAES, Mariana de Almeida; et. al. Caracterização clínica, incapacidade e mortalidade de pessoas com acidente vascular cerebral isquêmico em 90 dias. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, 2021.

MORTON S, Fitzsimons C, Hall J, et al. Sedentary behavior after stroke: A new target for therapeutic intervention. *International Journal of Stroke*. 2019; Vol.14(1):9-11. Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions DOI: 10.1177/1747493018784505 journals.sagepub.com/home/wso

NAHAS, Markus Vinicius. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo / Markus Vinicius Nahas. – 7. ed. – Florianópolis, Ed. do Autor, 2017.

SIMÕES TFP, Ferreira AJ, Martins JC, Faria CDCM. Nível de atividade física de usuários da atenção primária: comparação entre indivíduos saudáveis e pós acidente vascular cerebral. *Revistas USP - Acta Fisiatr.* 2017;24(2):56-61 <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/153470/150043>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Combatendo o AVC – Ebook. 2021. <https://avc.org.br/wpcontent/uploads/2021/10/Manual-AVC2021-Ebook.pdf>

YOSHIDA, Hélio Mamoru; BARREIRA, Júlia; FERNANDES, Paula Teixeira. Habilidade motora, sintomas depressivos e função cognitiva em pacientes pós-AVC. *Fisioterapia e Pesquisa*, [s.l.], v. 26, n. 1, p.9-14, mar. 2019. *Fap UNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17001026012019>.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER

Orientanda: Rita de Cássia Calheiros Rossoni

Orientador: Julia Figueiredo Machado

INTRODUÇÃO. Além da obesidade, os comportamentos considerados não saudáveis como fumar, consumir bebidas alcoólicas, sedentarismo e dieta pobre em vegetais também aumentam o risco de desenvolver dez tipos de câncer. A exposição de um indivíduo a um ou mais fatores de riscos e a possibilidade de desenvolver a doença estão relacionados com todo o contexto de sua vida.¹ Em novembro de 2022, foi lançado pelo INCA a Estimativa de Câncer do triênio de 2023 a 2025, noticiando a estimativa de 704 mil novos casos de câncer por ano no Brasil até 2025.¹ O câncer engloba mais de cem tipos diferentes de doenças, que tem como característica o crescimento desordenado das células, que podem invadir outros tecidos ou outros órgãos.² “O câncer surge a partir de uma mutação genética, ou seja, de uma alteração no DNA da célula, que passa a receber instruções erradas para as suas atividades(...).”³ Portanto, todo câncer tem base genética, através das mutações celulares, mas nem todo câncer é hereditário, pois podem se desenvolver através de comportamentos considerados não saudáveis.¹⁻² O conhecimento dos fatores de risco é fundamental ao diagnóstico ou até mesmo prevenção. Cânceres como, de mama, estômago, intestino, apresentam incidências e evidências de histórico familiar, mas não podemos descartar a possibilidade de os membros da família estarem expostas aos mesmos fatores de riscos.⁴ Acredita-se que esta tendência pode ser explicada através das alterações biológicas que ocorrem ao longo da vida em decorrência das exposições ambientais, dietéticas, estilo de vida, obesidade e microbiota, que mudaram desde meados do século XX.⁵ Através da Portaria 874, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. O objetivo desta Política, é “(...) a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos”.⁶ O presente estudo tem como objetivo determinar o perfil epidemiológico de pacientes com câncer, possibilitando o fornecimento de informações que possam contribuir com a elaboração de estratégias de prevenção da doença. **OBJETIVOS.** Traçar o perfil epidemiológico de

pacientes com câncer. **MÉTODO.** Trata-se de um estudo de caráter descritivo e retrospectivo. Foi realizada uma descrição e análise de dados relacionados à fatores de risco, dados clínicos e sociodemográficos de pacientes diagnosticados com câncer de 2009 até 2019. Para a coleta dos dados foi utilizado o banco de dados disponibilizado pelo INCA. Este banco apresenta dados de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna em diferentes localidades. No banco de dados, os pacientes estão codificados, ou seja, não há a identificação dos mesmos. O banco foi criado para a consulta pública ou para o desenvolvimento de pesquisas. Os dados coletados foram importados/tabulados em planilhas no EXCEL. **RESULTADOS.** Foram considerados, entre 2009 e 2019, 1.015.507 registros de diagnosticados da base populacional disponibilizado pelo INCA. Observou-se que a maioria da população, 54,72%, era do sexo feminino nos diferentes anos analisados. Observa-se, também, que os homens com tom de pele mais clara tiveram maior número de ocorrências. Indivíduos de pele cor/raça branca são predominantes nas diferentes CIDs (Classificação Internacional de Doenças). Do total de casos, 40,96%, é apontado ao CID C44, que se refere ao câncer de pele em diferentes locais. Destes, 40,56% foram para indivíduos de pele cor/raça Branca. O gráfico que apresenta o número de casos ocorridos aos cinco primeiros CID com maiores ocorrências entre 2009 e 2018 por tipo de raça/cor, corrobora com as informações disponibilizadas pelo INCA. A incidência e a mortalidade por câncer de mama tendem a crescer progressivamente a partir dos 40 anos.⁷ Nota-se, que o câncer de pele e de mama são predominantes em mulheres de cor/raça branca. Diante disto, conclui-se que as neoplasias malignas, em especial os de pele e mama, exercem um peso importante na morbidade das mulheres brasileiras, principalmente com cor/raça Branca. Em homens, o câncer de próstata é predominante em todas as regiões de nosso país, atrás apenas do câncer de pele não melanoma.⁸ Observa-se, a faixa etária com maior número de diagnósticos confirmados está entre os pertencentes a melhor idade, entre 60 e 69 anos de idade. Sendo que 11,40% dos casos concentram-se na faixa etária dos 60 aos 64 anos de idade e 11,35% entre 65 e 69 anos de idade. Constata-se, também, que na infância e adolescência houve menos casos diagnosticados. Entre 0 e 4 anos 0,44%; entre 5 e 9 anos 0,28%; 10 e 14 anos 0,33% e entre 15 e 19 anos 0,51%. Nestas faixas etárias citadas, em maior quantidade são do sexo feminino. **CONCLUSÃO.** O presente estudo mostrou a necessidade de um preenchimento no cadastro mais adequado de dados relacionados ao câncer. Um treinamento e a obrigatoriedade além da conscientização sobre o preenchimento completo dos registros. É necessário para minimizar a quantidade de registros sem informação ou

não identificado que podem alterar os resultados em sua totalidade. As análises, considerando os registros válidos da base de dados, mostraram uma maior incidência de câncer na população de sexo feminino, cor de pele branca, faixa etária entre 55 e 69 anos de idade. As cinco classificações com maior número de ocorrências foram CID44 neoplasia malignas de pele, CID50 câncer de mama, CID61 próstata, CID34 brônquios e pulmões e C18 cólon.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer, pacientes oncológicos, perfil epidemiológico

REFERÊNCIAS

Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa> Acesso em: 20/02/2022

O que é o câncer?. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 20/02/2022

Cancer Genetics. Van Cott C.Surg Clin North Am. 2020 Jun;100(3):483-498. doi: 10.1016/j.suc.2020.02.012. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32402295 Review

Hartikainen JM, Kataja V, Pirskanen M et al. Screening For BRCA1 And BRCA2 Mutations In Eastern Finnish Breast/Ovarian câncer families. Clinical genetics. 2007; 72:311-20.

Cancer Genetics. Van Cott C.Surg Clin North Am. 2020 Jun;100(3):483-498. doi: 10.1016/j.suc.2020.02.012. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32402295 Review

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Acesso 02/02/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade> acesso em: 18 jan 2021.

Schneider, R.H. e Irigaray, T.Q., O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais Acesso 10/02/2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdtHbLvZPLZk8MtMNmZyb/?format=pdf&lang=pt>