

A Função Multiprofissional da Fisioterapia 2

Claudiane Ayres Prochno
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2019

A Função Multiprofissional da Fisioterapia 2

Claudiane Ayres Prochno
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
F979	<p>A função multiprofissional da fisioterapia 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Claudiane Ayres Prochno. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (A Função Multiprofissional da Fisioterapia; v. 2)</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-734-5 DOI 10.22533/at.ed.345192310</p> <p>1. Fisioterapia – Brasil. 2. Fisioterapia – Profissão. I. Prochno, Claudiane Ayres. II. Série.</p> <p style="text-align: right;">CDD 615.820981</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O profissional fisioterapeuta é capaz de realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente coletando dados, solicitando, executando e interpretando exames complementares, visando elaborar o diagnóstico cinético-funcional. Através de sua avaliação, tal profissional está apto a eleger as intervenções e condutas fisioterapêuticas adequadas a cada caso clínico, objetivando tratar as diferentes disfunções de saúde em toda a sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica.

A fim de fundamentar as diversas áreas de atuação da fisioterapia e consolidar a importância de tal profissional nas diversas áreas da saúde e em complementação a edição do volume I do e-book “A Função Multiprofissional da Fisioterapia”, a Editora Atena lança a segunda edição desta obra (A Função Multiprofissional da Fisioterapia II), contemplando 27 novos artigos que demonstram a diversidade de áreas que possibilitam a atuação fisioterapêutica.

Aproveite para se aprofundar ainda mais nessa área de conhecimentos sobre a atuação do profissional fisioterapeuta.

Boa leitura!

Claudiane Ayres Prochno

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS DE CINESIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

Diana Divensi
Arthiese Korb

DOI 10.22533/at.ed.3451923101

CAPÍTULO 2 10

ÉTICA E BIOÉTICA SOB A ÓTICA DE DISCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA

Juscimara Lopes de Sousa
Rose Manuela Marta Santos
Tatiana Almeida Couto
Julianna Costa Assis Nogueira
Raiane Santos Lima
Sérgio Donha Yarid

DOI 10.22533/at.ed.3451923102

CAPÍTULO 3 18

EFICÁCIA DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE ABDOMINOPLASTIA: SOB A PERCEPÇÃO DE PACIENTES NA QUALIDADE DA RECUPERAÇÃO

Jociana Lourenço de Pontes
Elenita Lucas de Andrade
Douglas Pereira da Silva
Fabiana Veloso Lima
Sônia Mara Gusmão Costa

DOI 10.22533/at.ed.3451923103

CAPÍTULO 4 35

EXPERIÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Fábio Firmino de Albuquerque Gurgel
Maria Eliza Nunes Solano
Fernanda Mariany de Almeida Menezes Freire
Matheus Madson Lima Avelino
Alana Jucielly Lima de Moraes
Francisca Jerbiane Silva Costa
Ana Karine Alves Maia
Gilvan Elias da Fonseca Neto
Lúcia de Fátima de Carvalho Sousa
Yara Thereza Souza Menezes
Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima
Thayane Suyane de Lima Gurgel

DOI 10.22533/at.ed.3451923104

CAPÍTULO 5	47
EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉTIL PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL - ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO	
Fernanda Jabur Wesley Justino Magnabosco Carla Elaine Laurienzo da Cunha Andrade Eliney Ferreira Faria Mônica de Oliveira Orsi Gameiro João Luiz Amaro Hamilton Akihissa Yamamoto	
DOI 10.22533/at.ed.3451923105	
CAPÍTULO 6	62
FISIOTERAPIA NA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA: REVISÃO DE LITERATURA	
Ramon Souza Tazoniero	
DOI 10.22533/at.ed.3451923106	
CAPÍTULO 7	70
GRAU DE MOBILIDADE DE PACIENTES INTERNADOS EM UCE DE HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO CEARÁ	
Dandara Beatriz Costa Gomes Cristiane Maria Pinto Diniz Nayara Caroline Ribeiro de Oliveira Stefhania Araújo da Silva Tannara Patrícia Silva Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3451923107	
CAPÍTULO 8	78
EFEITOS DO USO DO DISPOSITIVO MIOFUNCIONAL NA SEVERIDADE DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ESTUDO CLÍNICO	
Jaqueline Antoneli Rech Isis Maria Pontarollo Camila Kich Claudia Bernardes Maganhini Simone Mader Dall’Agnol Franciele Aparecida Amaral	
DOI 10.22533/at.ed.3451923108	
CAPÍTULO 9	89
INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE RESIDÊNCIA, ATUANDO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Juliana Martins Holstein Antonio Adolfo Mattos de Castro	
DOI 10.22533/at.ed.3451923109	

CAPÍTULO 10 98

INTERAÇÃO ENTRE O FISIOTERAPEUTA E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ABORDAGEM DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Fábio Firmino de Albuquerque Gurgel
Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima
Gislainy Luciana Gomes Câmara
Thayane Suyane de Lima Gurgel
Sabrina Lisboa Bezerra
Moisés Costa do Couto
Israel Alexandre de Araújo Sena
Aline Helene Silva Fernandes
Keylane de Oliveira Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.34519231010

CAPÍTULO 11 109

INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS EM CRIANÇAS COM ESCOLIOSE NO PERÍODO ESCOLAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabriela Milena Amoras da Costa
Ana Gabriela Carvalho Bezerra
Amanda Marinho Borges
Maria de Nazaré Ataíde Consolação
Monique Oliveira Aleixo dos Santos
Yasmim Vieira Sousa
Rafael Antônio Lima da Silva
Larissa de Almeida Barros
Michelle Castro da Silva Holanda

DOI 10.22533/at.ed.34519231011

CAPÍTULO 12 118

LEVANTAMENTO DO INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE DO TRABALHADOR PARA LER/DORT NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Josiane Fernandes Dimer
Aline dos Santos Tomasini

DOI 10.22533/at.ed.34519231012

CAPÍTULO 13 130

MOBILIZAÇÃO NEURAL EM PACIENTES COM LOMBOCIATALGIA

Richele Jorrara de Oliveira Sales
Danielly e Silva Castelo Branco de Areia Leão
Russmann Deynne Coelho Miranda
Maria Augusta Amorim Franco de Sá

DOI 10.22533/at.ed.34519231013

CAPÍTULO 14 139

O USO DA HIDROTERAPIA NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON - REVISÃO DE LITERATURA

Loriane Francisca Tarnopolski Borges
Camila Kich
Maria Eduarda Tarnopolski Borges

DOI 10.22533/at.ed.34519231014

CAPÍTULO 15 144

O USO DE ANIMAIS EM ENSINO E PESQUISA CIENTÍFICA: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA

Maria Luísa Valiatti Zanotti
Caio Gomes Reco
Luiza Handere Lorencini
Henrique Soares Pulchera
Danilo Nagib Salomão Paulo
Marcela Souza Lima Paulo

DOI 10.22533/at.ed.34519231015

CAPÍTULO 16 150

OBESIDADE E TECNOLOGIAS ASSISTIVAS: O USO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Luana Pereira Paz
Arlete Ana Motter
Natalye Victoria da Costa Arsie
Regina Helena Senff Gomes
Rúbia Bayerl
Vanessa Silva de Quevedo

DOI 10.22533/at.ed.34519231016

CAPÍTULO 17 154

LASERTERAPIA VERSUS TÉCNICA DE COMPRESSÃO ISQUÊMICA: A AVALIAÇÃO COMPARATIVA DOS EFEITOS TERAPÊUTICOS E FUNCIONAIS DA CONTRATURA DO MÚSCULO TRAPÉZIO

Andréa Costa dos Anjos Azevedo
Paulo Henrique Gomes Mesquita
Elza Carolinne Arruda de Brito
Denilson de Queiroz Cerdeira

DOI 10.22533/at.ed.34519231017

CAPÍTULO 18 169

PERFIL DE PACIENTES COM OSTEOARTROSE DO SETOR DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA DAS CLÍNICAS INTEGRADAS GUAIRACÁ – ESTUDO TRANSVERSAL

Camila Kich
Marilene Duarte
Claudia Bernardes Maganhini
Franciele Aparecida Amaral

DOI 10.22533/at.ed.34519231018

CAPÍTULO 19 176

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE PARKINSON DE UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA DO ESTADO DO PARÁ. UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Leticia Cardoso Pinto
Leandra Cristina Coelho Barroso
Niele Silva de Moraes
Mariângela Moreno Domingues
Renata Amanajás de Melo

DOI 10.22533/at.ed.34519231019

CAPÍTULO 20 184

POSICIONAMENTO PÉLVICO E A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES

Gabrielle De Souza Santos
Zâmia Aline Barros Ferreira
Karla Cavalcante Silva de Moraes
Nayara Alves de Sousa
Bráulio Dutra Farias Melo
Félix Meira Tavares
Rosana Porto Cirqueira
Juliana Barros Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.34519231020

CAPÍTULO 21 196

SÍNDROME DE BURNOUT EM DISCENTES COM JORNADA DUPLA

Vinicius De Almeida Lima
Jordana Batista Da Silva Lima
Dhaynna Cristiny Barros Silva
Lays De Souza Albuquerque
Sara Rosa De Sousa Andrade
Marcelo Jota Rodrigues Da Silva

DOI 10.22533/at.ed.34519231021

CAPÍTULO 22 205

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA AVALIAÇÃO, PRESCRIÇÃO E HABILITAÇÃO/REABILITAÇÃO DE USUÁRIOS DE PRÓTESES DE MEMBRO SUPERIOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcelo Mendes de Oliveira
Menilde Araújo Silva Bião

DOI 10.22533/at.ed.34519231022

CAPÍTULO 23 214

TÉCNICAS MANUAIS VISCERAIS EM PACIENTES RESTRITOS AO LEITO POR LONGA PERMANÊNCIA

Bruno da Silva Brito
Rosângela Guimarães de Oliveira
Juliana da Silva Brito
Renata Gomes Barreto
Wendy Chrystyan Medeiros de Sousa
Marcos Aparecido Soares Mendes
Lucia Medeiros Di Lorenzo Carvalho
Gilberto Costa Teodozio
Othilia Maria Henriques Brandão Nóbrega
Katia Jaqueline da Silva Cordeiro
Lindinalva Vitoriano Velez
Haydêe Cassé da Silva

DOI 10.22533/at.ed.34519231023

CAPÍTULO 24 225

TERAPIA DE ESPELHO COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA REDUÇÃO DA DOR FANTASMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Tátilla Gabrielle Rolim Cardoso
Giovanna Patresse da Paz Soares Sousa
Richele Jorrara de Oliveira Sales
Ana Vannise de Melo Gomes

DOI 10.22533/at.ed.34519231024

CAPÍTULO 25	235
USO DO LASER NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS DIABÉTICAS	
<p>Ionara Pontes da Silva Bruna Rafaela Viana Macêdo Maria de Fátima de Carvalho Calaça Paloma Lima de Meneses Gabriel Mauriz de Moura Rocha</p>	
DOI 10.22533/at.ed.34519231025	
CAPÍTULO 26	242
USO DO GUA SHA BRASIL NO TRATAMENTO DOS SINTOMAS DO NEUROMA DE MORTON: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<p>Lorena Vidal Almeida Reis George Alberto da Silva Dias Andréa De Cassia Lima Guimarães Paulo Henrique dos Santos Moraes Paola Paulo de Oliveira Ingrid Ferreira dos Santos Samarina Pompeu Braga Gonçalves</p>	
DOI 10.22533/at.ed.34519231026	
CAPÍTULO 27	250
EFEITOS DA ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA REPETITIVA SOBRE O COMPORTAMENTO ELETROFISIOLÓGICO DOS MÚSCULOS QUADRÍCEPS FEMORAL E TIBIAL ANTERIOR EM INDIVÍDUOS COM LESÃO MEDULAR: ESTUDOS DE CASOS	
<p>Débora Araújo do Nascimento Caio Henrique Oliveira Pinto Brandão Patrícia Emanuela Pereira de Gois Ianne Monise Soares Medeiros Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa Gilma Serra Galdino</p>	
DOI 10.22533/at.ed.34519231027	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	259
ÍNDICE REMISSIVO	260

TERAPIA DE ESPELHO COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA REDUÇÃO DA DOR FANTASMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Tátilla Gabrielle Rolim Cardoso

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

Giovanna Patresse da Paz Soares Sousa

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

Richele Jorrara de Oliveira Sales

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

Ana Vannise de Melo Gomes

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

RESUMO: O membro fantasma é a experiência de possuir um membro que se comporta como o real. As informações sensoriais dos nervos periféricos se tornam ausentes e os neurônios do sistema nervoso central se tornam hiperativos, gerando dor. A terapia de espelho ativa áreas motoras e pré-motoras do córtex cerebral funcionando como via de recrutamento dos neurônios motores que melhora a mobilidade, reverte o quadro de mudanças dentro do córtex sensório-motor e reduz a dor. O objetivo foi averiguar a eficácia da terapia de espelho em pacientes com dor no membro fantasma. A revisão foi realizada a partir de artigos disponibilizados nas bases de dados LILACS, SciELO, PEDro, CAPES e MEDLINE dos

últimos 10 anos através da combinação dos descritores “Amputação”, “Membro Fantasma”, “Extremidade Superior”, “Extremidade Inferior” e seus equivalentes em inglês e espanhol com arranjo dos operadores booleanos. Foram excluídos artigos indisponíveis, realizados em animais, relatos de casos, artigos de revisão e aqueles que não corresponderam à temática proposta. Foram obtidos 599 artigos científicos, contudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 4 artigos abordavam a temática proposta para análise. A terapia de espelho faz-se uma técnica de reabilitação eficiente no tratamento de pacientes amputados. Porém, os resultados encontrados foram de grande variedade, devido uma falta de padronização nos protocolos, não impedindo ou interferindo na eficácia do tratamento. Com base na literatura e os dados observados, a terapia de espelho é eficaz no tratamento de pacientes com dor fantasma.

PALAVRAS-CHAVE: Amputação; Dor Fantasma; Terapia de Espelho

MIRROR THERAPY AS A THERAPEUTIC RESOURCE IN THE REDUCTION OF PHANTOM PAIN: AN INTEGRATING REVIEW

ABSTRACT: The phantom limb is the experience of owning a limb that behaves like the real one.

The sensory information of the peripheral nerves becomes absent and the neurons of the central nervous system become hyperactive, generating pain. Mirror therapy activates motor and pre-motor areas of the cerebral cortex functioning as a recruitment pathway for motor neurons that improves mobility, reverses the changes within the sensorimotor cortex, and reduces pain. The objective was to investigate the efficacy of mirror therapy in patients with phantom limb pain. The review was carried out from articles available in the LILACS, SciELO, PEDro, CAPES and MEDLINE databases of the last 10 years by combining the descriptors “Amputation”, “Phantom Limb”, “Upper Extremity”, “Lower Extremity”, and its equivalents in English and Spanish with arrangement of Boolean operators. Unavailable items, made in animals, case reports, review articles and those that did not correspond to the proposed theme were excluded. 599 scientific articles were obtained, however, after applying the inclusion and exclusion criteria, only 4 articles addressed the proposed theme for analysis. Mirror therapy is an efficient rehabilitation technique for treating amputees. However, the results were of great variety, due to a lack of standardization in the protocols, not hindering or interfering in the efficacy of the treatment. Based on the literature and observed data, mirror therapy is effective in treating patients with phantom pain.

KEYWORDS: Amputation; Phantom Pain; Mirror Therapy

1 | INTRODUÇÃO

Amputação pode ser definida como a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro (CARVALHO, 2003). Esta retirada tem como objetivo abrandar os sintomas e proporcionar melhora da função, possibilitando qualidade de vida à pessoa amputada (SENEFONTE, 2012). Segundo Schoeller (2013), estudos apontam que a grande maioria dos pacientes amputados são do sexo masculino e possuem etiologia de caráter traumático, seja ela por acidente de trabalho ou por acidente no trânsito. A faixa etária mais acometida é de jovens e adultos. A partir dos 40 anos nota-se uma distribuição mais uniforme tanto em relação as causas, como ao sexo, mas somente após os 70 anos a amputação incide igualmente nos sexos, sendo associada a causas crônico-degenerativas como diabetes mellitus (DM) e doenças do aparelho circulatório. As neoplasias distribuem-se equilibradamente segundo a faixa etária, acometendo duas vezes mais o sexo masculino.

O membro fantasma pode ser compreendido como a experiência de possuir um membro ausente que se comporta similarmente ao membro real. Esta sensação é descrita por quase todos os pacientes amputados e geralmente vem associada a dor, que varia em intensidade e duração para cada caso (DEMIDOFF; PACHECO; SHOLL-FRANCO, 2007). Segundo Kuhn (1997), a dor fantasma (DF) geralmente é descrita em forma de agulhadas, pontadas, variações de temperatura e câibras de causas etiológicas diferentes. Na amputação de um membro, como as informações sensoriais dos nervos periféricos se tornam ausentes, os neurônios do sistema nervoso central, que até então recebiam informações daquele membro, se tornam

hiperativos (DEMIDOFF; PACHECO; SHOLL-FRANCO, 2007).

A presença de dor fantasma prejudica a reabilitação do paciente amputado, retardando a evolução dos programas terapêuticos, sobretudo a protetização do amputado (LIMA; CHAMLIAN; MASIERO, 2006). Deste modo, a Terapia de Espelho (TE) é uma intervenção de baixo custo e fácil aplicabilidade, por meio de um espelho posicionado de modo sagital, em que o paciente realiza uma série de movimentos com o membro saudável que são refletidos pelo espelho e interpretados como se fosse realizado com o membro fantasma (MEDEIROS et al, 2014). Esta técnica, ativa as áreas motoras e pré-motoras do córtex cerebral, funcionando como uma via de entrada para o recrutamento de neurônios motores. A TE tem sido utilizada como alternativa para abordagem sensorial, por meio do treinamento com feedback virtual visual do membro fantasma, com o objetivo de melhorar a mobilidade do membro fantasma e reverter o quadro de mudanças neuroplásticas dentro do córtex sensório-motor e redução da dor (MERCIER; SIRIGU, 2009).

Deste modo, este artigo tem como objetivo avaliar a eficácia da terapia de espelho em pacientes com dor no membro fantasma.

2 | METODOLOGIA

A revisão integrativa é assim denominada porque fornece informações mais amplas sobre um assunto, constituindo-se um corpo de conhecimento. É um método que tem por finalidade a sintetização de resultados obtidos em pesquisas sobre determinada temática, de maneira sistemática e abrangente (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). Inclui a análise de pesquisas que dão suporte para a tomada de decisão e melhora da prática clínica. Este método permite a síntese de múltiplos estudos, possibilitando conclusões a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Deste modo, foram selecionados artigos que objetivaram avaliar a eficácia da terapia de espelho na dor fantasma em pacientes amputados através da combinação dos seguintes descritores: “Amputação”, “Membro Fantasma”, “Extremidade Superior” e “Extremidade Inferior” e seus equivalentes em inglês e espanhol, assim como suas combinações a partir dos operadores booleanos *and*, *or* e *and not*. A revisão da literatura foi realizada a partir de artigos disponibilizados nas bases de dados *online* LILACS, SciELO, PEDro, CAPES e MEDLINE (FIGURA 1). A realização da pesquisa e obtenção dos artigos para a leitura e análise foi realizada no período entre março e maio de 2018.

Foram incluídos nesta pesquisa artigos publicados no período de 2008 a 2018 que abordavam o uso da terapia do espelho em pacientes com dor fantasma. Para a exclusão, foram utilizados os seguintes critérios: artigos indisponíveis, realizados em animais, relatos de casos, artigos de revisão e aqueles que não corresponderam

à temática proposta.

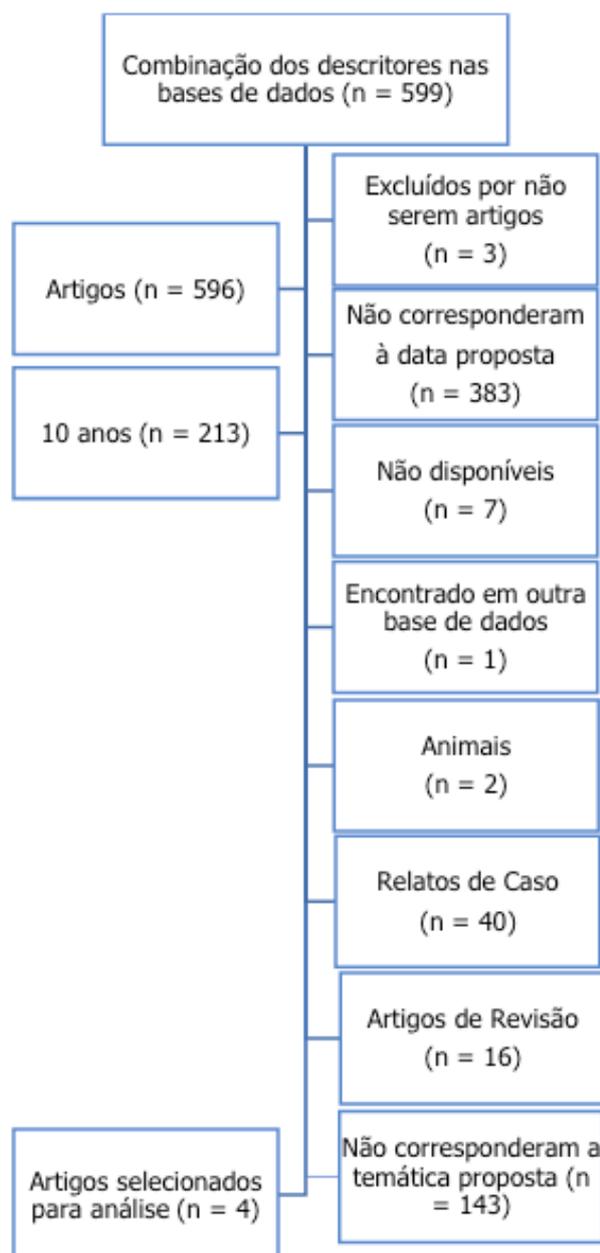


Figura 1. Fluxograma correspondente à busca de artigos científicos em bases de dados eletrônicos.

3 | RESULTADOS

A partir do uso dos descritores utilizados relacionando Amputação, Membro Fantasma, Extremidade Superior e Extremidade Inferior, foram obtidos um total de 599 artigos científicos. Contudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, baseados pela leitura do título e resumo dos artigos, apenas 04 abordavam a terapia de espelho em pacientes com dor no membro fantasma, de acordo com a delimitação proposta neste estudo. Entre os artigos obtidos e selecionados, as características foram: um buscou determinar a eficácia da terapia de espelho autodidata, dois investigaram os efeitos da terapia de espelho em pacientes com

dor fantasma e um examinou como o treinamento com feedback virtual visual pode aliviar a dor fantasma. As demais características dos artigos incluídos nesta revisão estão sintetizadas na tabela 1.

AUTOR/ ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
Yildirim; Kanan (2016)	Investigar o efeito da TE no tratamento da DF.	15 pacientes com DF receberam um espelho e foram instruídos com treinamento prático de 40 minutos de TE por 4 semanas. Receberam um folheto com 28 páginas para avaliar a sensação de dor (Intensidade de 0-10) antes e após a TE. Após o treinamento, praticavam em casa. 2 vezes por semana eram contatados por telefone, a fim de incentivar e tirar quaisquer dúvidas.	Ao término das 4 semanas, pode-se verificar que a dor fantasma reduziu. Na 1ª semana, a média antes da TE foi de 5,09 e após, 3,49. Na 2ª semana, antes de 4,29 e após, 2,31. Na 3ª semana, 3,98 e após, 1,93. Na última semana, antes da TE 3,23 e após a TE, 1,46.
Foell et al (2014)	Avaliar os efeitos da TE na DF crônica, comparar as alterações cerebrais relacionadas aos efeitos do tratamento antes e após a terapia.	13 pacientes com amputação de membro superior e DF participaram da TE. 11 participaram da comparação de alterações cerebrais. Foi utilizado o Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale modificado para avaliar DF. Por 2 semanas, os pacientes foram avaliados antes para obter um valor basal da DF. Nas 4 semanas seguintes, realizaram exercícios com o espelho, 3 minutos cada: abrir e fechar os dedos com palma em direção ao espelho sem contato entre os dedos ou das pontas dos dedos e a palma; alongar os dedos com a palma voltada para o espelho; pronar e supinar; convergência sequencial das pontas dos dedos e polegar com palma em direção ao espelho, sem contato real entre as pontas dos dedos; traçar figuras com o dedo indicador. 2 semanas após, a DF foi avaliada, para mensurar os efeitos a longo prazo. No dia anterior a TE e após, a ativação encefálica foi avaliada por meio de movimentos espelhados com a mão. Os pesquisadores contatavam os pacientes pelo menos 1 vez por semana.	Todos os pacientes relataram dor estável 2 semanas antes da TE, com declínio após a 1ª semana. A média de dor na semana após o treinamento foi menor que a do início. Os movimentos espelhados da mão causaram uma ativação bilateral significativa nas regiões motoras e somatossensoriais antes e após o tratamento, bem como no córtex insular, no córtex parietal inferior e no tálamo. Antes e após o tratamento, a ativação no córtex S1 foi menos intensa no hemisfério afetado pela amputação.

Darnall; Li (2012)	Determinar a eficácia preliminar de curto prazo da terapia de espelho autodidata.	40 pacientes com amputação e DF receberam um espelho e fichário com informação sobre TE, folhas para o diário, questionários de estudo para completar, devendo ser devolvidos no tempo de 1 e 2 meses. Os que se inscreveram remotamente, receberam os mesmos itens e um DVD de com uma breve demonstração da TE autogerida, além de dinheiro para compra do espelho. Mostrou-se como posicionar o espelho para esconder a amputação atrás dele e ser capaz de ver a imagem refletida de seu membro. As instruções eram: reserve 25 minutos diariamente para praticar a TE; encontre uma posição confortável com o espelho; mantenha os olhos posicionados de tal forma que você veja a imagem de ter dois membros intactos; mova seu membro intacto gentilmente; varie os movimentos pode evitar o tédio.	31 completaram o tratamento e no mês 1. Apenas 26 completaram o tratamento no mês 2. A intensidade média da DF nos meses 1 e 2 foi comparada com a do início do estudo. Houve redução na intensidade da DF durante o tratamento. Houve um rebote na intensidade da dor no mês 2, mas não foi estatisticamente significativo. 4 indivíduos relataram pior DF no final do estudo, 6 não relataram nenhuma mudança, e 16 relataram reduções na DF.
Mercier; Sirigu (2009)	Examinar como o treinamento com feedback visual pode aliviar a dor fantasma.	Antes da intervenção foi feita uma entrevista com 8 pacientes com DF para as sensações fantasmas. As imagens virtuais do membro foram obtidas pela filmagem do membro intacto, executando diferentes ações. As imagens foram invertidas e projetadas em uma tela de computador refletida em um espelho colocado acima do membro amputado. Os movimentos foram: flexão e extensão do cotovelo, pronação e supinação, flexão e extensão do punho, abertura e fechamento da mão, abdução e adução dos dedos, oposição dos dedos, flexão e extensão do polegar, segurar um objeto, aperto de precisão com objetos pequenos e discar um número de telefone. O nível de dificuldade foi um pouco superior à capacidade real para promover a melhoria motora, sendo ajustado a cada sessão. Em cada, 10 movimentos eram realizados 10 vezes, com descanso. Durante o período, o paciente relatava sua capacidade de acompanhar o movimento e as sensações sentidas. Cada sessão durou 30-60 minutos, 2 sessões por semana, durante 8 semanas.	Os pacientes sofreram dor, com pontuação média de 4,9 na EVA. Todos relataram que os movimentos fantasmas eram mais fáceis de realizar com o feedback visual. 5 pacientes relataram uma redução da dor de 30% ou mais em relação ao período de referência. A média de alívio da dor foi de 38% no final do tratamento e após 4 semanas. Foram percebidas sensações de sudorese, cansaço muscular, diminuição da pressão e sensações elétricas não dolorosas.

Tabela 1. Artigos selecionados para análise de revisão.

4 | DISCUSSÃO

A remoção da extremidade de um membro, seja cirúrgica ou decorrente de acidentes, acarreta ao paciente conseqüente alteração da imagem corporal, levando a limitações em atividades antes praticadas na vida diária. Complicações como

deiscências de sutura, edema, úlceras, inflamações, infecções, retrações cutâneas, neuromas, espículas ósseas e membro fantasma, são apresentadas na fase pós-operatória.

Complicações essas que levam a uma variedade de impactos na vida dos pacientes, dificultando a mobilidade do membro, dores e até retardo na protetização, impedindo maior independência do paciente. Dentre elas, o membro fantasma tem-se apresentado como uma das complicações que mais limita a vida dos pacientes. Mesmo após a retirada do membro, há relatos de pacientes que sentem o membro se movendo, sensações de choque, formigamento, pressões, pontadas e até dor.

Diante deste quadro, diversas técnicas terapêuticas têm sido utilizadas para o tratamento destas complicações. Dentre elas, a Terapia de Espelho, um recurso que objetiva a mobilidade do membro não comprometido de modo que movimentos sejam refletidos no espelho e observados pelo paciente, que tem a impressão de que é o membro comprometido que se move sem limitações e dor. Ao longo dos últimos anos, a TE tem sido referida em diversos estudos.

Ao investigar os efeitos da terapia de espelho para o tratamento da dor fantasma, Yildirim e Kanan (2016) submeteram 15 pacientes ao tratamento. Estes pacientes foram instruídos com treinamento prático por 40 min e preenchem um diário para avaliar a dor antes e após a TE. Assim que garantissem que os pacientes cumpriam o treinamento de forma adequada, os pesquisadores liberavam para o treinamento em domicílio. Ao recolher os diários devidamente preenchidos e analisarem os dados. Dentre as sensações mais sentidas pelos participantes do estudo, sensação de choque elétrico e formigamento estavam nos primeiros lugares (60% e 40%, respectivamente). Foi concluído também que a dor fantasma reduziu. Isto é percebido pela redução dos valores médios do grupo. Na primeira semana, a média foi de 5,09 para 3,49. Na segunda semana, de 4,29 para 2,31. Na terceira semana, 3,98 para 1,93. Na última semana de 3,23 para 1,46.

Além de partilhar dos mesmos objetos que Yildirim e Kanan (2016), Foel et al (2014) também buscou comparar as alterações cerebrais relacionadas aos efeitos do tratamento com a TE. Dos 13 pacientes que participaram da TE, apenas 11 participaram da comparação das alterações cerebrais, isto se deve ao fato de que dois pacientes (um com tatuagem e outro com achado incidental em imagens anatômicas). A dor fantasma e dor residual foram avaliadas pelo Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale modificado. Duas semanas antes de iniciar a TE, os pacientes foram avaliados em relação a dor, para se obter um valor basal. Durante 4 semanas, eles realizaram exercícios com o espelho, os movimentos foram de abrir e fechar os dedos com palma em direção ao espelho sem qualquer contato entre os dedos ou das pontas dos dedos e a palma, alongar os dedos com a palma voltada para o espelho, pronar e supinar o antebraço, fazer convergência sequencial das pontas dos dedos e polegar com palma em direção ao espelho, sem contato real entre as pontas dos dedos e traçar figuras com o dedo indicador. Cada

movimento era realizado por 3 minutos de modo que o total fosse de 15 minutos. Nas duas semanas seguintes, apenas a dor fantasma foi avaliada para se conhecer os efeitos a longo prazo. Já a avaliação da encefálica foi realizada antes e após a TE, por meio de movimentos espelhados com a mão e abertura de lábios.

Os resultados relevaram que a dor foi estável nas duas semanas que antecederam a intervenção. Na primeira, segunda e terceira semanas houve redução da dor, corroborando com os resultados de Yildirim e Karan (2016). Contudo, na sexta semana os valores aumentaram. Na sétima semana os valores mantiveram-se estáveis em relação à sexta semana. Já na oitava, os valores aumentaram. Ao se comparar a primeira semana com a oitava, houve redução da dor. Na tarefa de movimentação dos lábios, em ambos os momentos, os participantes mostraram uma ativação bilateral significativa durante a realização do movimento em S1, M1 e córtex insular. Os movimentos espelhados da mão causaram uma ativação bilateral significativa nas regiões motoras e somatossensoriais antes e após o tratamento, bem como no córtex insular, no córtex parietal inferior e no tálamo. Antes e após o tratamento, a ativação no córtex S1 foi menos intensa no hemisfério afetado pela amputação (FOEL et al, 2014).

Darnall e Li (2012) ao determinarem a eficácia de curto prazo de TE autodidata utilizaram 40 pacientes amputados e com dor fantasma. Estes pacientes participaram do estudo de modo presencial ou remotamente. Os de forma presencial, receberam um fichário de estudo com uma folha de informação sobre TE, folhas para o diário, questionários de estudo para completar e devolver no tempo de 1 e 2 meses e um espelho. Aqueles que se inscreveram remotamente, receberam os mesmos itens e um DVD de com uma breve demonstração da terapia de espelho autogerida, além de dinheiro para compra de um espelho. Foi mostrado como posicionar o espelho para esconder a amputação e ser capaz de ver a imagem refletida de seu membro no espelho. Foram informados para: reservar 25 minutos diariamente para praticar a TE, encontrar uma posição confortável com o espelho, manter os olhos posicionados de tal forma que visse a imagem de ter dois membros intactos, mover o membro intacto gentilmente e variar os movimentos pode evitar o tédio. No restante do conteúdo do DVD havia orientação de assuntos para o fichário do estudo, os questionários a serem preenchidos nos meses 1 e 2 e os métodos para os questionários preenchidos pela equipe do estudo.

Dos 40 pacientes, apenas 31 iniciaram o tratamento e completaram o primeiro mês e somente 26 completaram o segundo mês, mostrando diminuição na taxa de adesão ao tratamento. 87,1% dos indivíduos relataram sensações fantasma diárias ou constantes, e 90,4% estão “um pouco incomodados” ou “extremamente incomodados” por sensações fantasmas. Houve grande redução na intensidade da DF média em ambos os pontos de tempo durante o tratamento. Também foi mostrado um pequeno rebote na intensidade da dor no mês 2, mas não foi estatisticamente significativo. 4 indivíduos relataram pior DF no final do estudo, 6 indivíduos não

relataram nenhuma mudança, e 16 relataram reduções na dor fantasma (DARNALL; LI, 2012).

Ao examinar como o treinamento com feedback virtual visual pode aliviar a dor fantasma, 8 pacientes participaram do estudo de Mercier e Sirigu (2009). Nele, os participantes realizaram diferentes movimentos com seu membro fantasma. As imagens virtuais do membro foram obtidas por filmagem do membro intacto, executando diferentes ações. As imagens de vídeo foram invertidas digitalmente e projetadas em uma tela de computador e foi refletida em um espelho colocado acima da posição do membro amputado. Os movimentos foram: flexão e extensão do cotovelo, pronação e supinação do antebraço, flexão e extensão do punho, abertura e fechamento da mão, adução e abdução dos dedos, oposição dedo a dedo, flexão e extensão do polegar, segurando um objeto, aperto de precisão com objetos pequenos e discando um número de telefone. Os movimentos escolhidos eram diferentes para cada paciente, caso pudesse realizar a tarefa com feedback visual. O nível de dificuldade foi definido para ser um pouco superior à capacidade real para promover a melhoria motora, sendo ajustado de sessão para sessão. Antes da intervenção foi feita uma entrevista para as sensações fantasmas. Em cada sessão, 10 movimentos foram realizados 10 vezes, seguido por um período de descanso e depois a realização de outro movimento. No período de descanso, o paciente foi solicitado a relatar sua capacidade de acompanhar o movimento e as sensações sentidas. Cada sessão durou 30-60 minutos, dependendo da velocidade dos movimentos. Todos os pacientes foram submetidos a 2 sessões por semana, durante 8 semanas.

Os resultados de Mercier e Sirigu (2009) mostraram que a dor possuía pontuação média de 4,9 na EVA e paroxismos de dor de 7,9 em média. Todos relataram que os movimentos fantasmas eram mais fáceis de realizar com o feedback visual. Um total de 5 pacientes relataram uma redução da dor de 30% ou mais em relação ao período de referência. A média de alívio da dor foi de 38% no final do tratamento (n = 8) e no final do período de seguimento de 4 semanas (n = 7). Não houve mudança de regime de tratamento durante o período basal ou períodos de intervenção, exceção 1 que interrompeu a TENS pois não era mais necessário depois que ele começou a intervenção. Outro diminuiu gradualmente sua medicação (morfina) durante o período de acompanhamento, fazendo com que o paciente tivesse efeito rebote da medicação e sentindo um pouco mais de dor. Foram percebidas sensações de sudorese, cansaço muscular, diminuição da pressão e sensações elétricas não dolorosas.

5 | CONCLUSÃO

Com base na literatura e os dados observados, a Terapia do Espelho faz-se uma técnica de reabilitação eficiente no tratamento de pacientes amputados.

É notória a melhora dos pacientes que realizaram o tratamento e o concluíram seguindo as orientações propostas. Os resultados encontrados foram de grande variedade, devido uma falta de padronização nos protocolos, mas isso não impediu e nem interferiu na eficácia do tratamento.

É fundamental que mais publicações sejam feitas ao redor desta temática, pois notou-se que a quantidade de artigos disponíveis e relevantes nas bases de dados é pequena ao levar em consideração a margem de tempo e os descritores utilizados.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, JE. **Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2003.

DARNALL, BD; LI, H. **Home-based self-delivered mirror therapy for phantom pain: a pilot study**. Journal Rehabilitation Medicine, v. 44, n. 3, p. 254-260, 2012.

DEMIDOFF, AO; PACHECO, FG; SHOLL-FRANCO, A. **Membro-fantasma: o que os olhos não veem, o cérebro sente**. Ciências e Cognição, v. 12, p. 234-239, 2007.

ERCOLE, FF; DE MELO, LS; ALCOFORADO, CLGC. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2014.

FOELL, J et al. **Mirror therapy for phantom limb pain: brain changes and the role of body representation**. European Journal of Pain, v.18, p. 729-739, 2014.

LIMA, KBB; CHAMLIAN, TR; MASIERO, D. **Dor fantasma em amputados de membro inferior como fator preditivo de aquisição de marcha com prótese**. Revista Acta Fisiátrica, v. 13, n. 3, p. 157-162, 2006.

KUHN, P. **As amputações do membro inferior e suas próteses**. São Paulo: Lemos, 1997.

MEDEIROS, CSP et al. **Efeito da terapia de espelho por meio de atividades funcionais e padrões motores na função do membro superior pós-acidente vascular encefálico**. Revista Fisioterapia e Pesquisa, v. 21, n. 3, p. 264-270, 2014.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVAO, CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enfermagem: Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MERCIER, C; SIRIGU, A. **Training with virtual visual feedback to alleviate phantom limb pain**. Revista Neurorehabilitation and Neural Repair, v. 23, n. 6, p. 587-594, 2009.

SCHOELLER, SD. **Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação**. Revista Enfermagem UFPE online: Recife, v. 7, n. 2, p. 445-451, 2013.

SENEFONTE, FRA et al. **Amputação primária no trauma: perfil de um hospital da região centro-oeste do Brasil**. Jornal Vascular Brasileiro: Porto Alegre, v. 11, n.4, p. 269-276, 2012.

YILDIRIM, M; KANAN, N. **The effect of mirror therapy on the management of phantom limb pain**. The Journal of the Turkish Society of Algology, v. 28, n. 3, p. 127-134, 2016.

SOBRE A ORGANIZADORA

CLAUDIANE AYRES PROCHNO: Fisioterapeuta pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais- CESCAGE (2012), Mestre Ciências Biomédicas Universidade Estadual de Ponta Grossa- UEPG (2018). Atualmente é professora adjunta do curso de Fisioterapia do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais- (CESCAGE) e professora adjunta do curso de Estética e Cosmetologia do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR - Polo Ponta Grossa). Tem experiência na área de Fisioterapia Hospitalar e Fisioterapia Dermato funcional. Pós-graduada em Fisioterapia Cardiovascular, Pós-graduada em Fisioterapia Dermato funcional, Pós- graduada em Gerontologia. E-mail para contato: capfisio-2012@hotmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9434584154074170>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abdominoplastia 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34

Amputação 206, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 232, 234, 235, 236, 237

Animais de Laboratório 145, 148, 149

Articulação temporomandibular 78, 79, 98, 99, 102

Assoalho Pélvico 47, 48, 49, 50, 55, 57, 59, 184, 185, 186, 187, 191, 192, 193, 194, 195

Atenção básica 36, 38, 40, 41, 45

Avaliação 1, 4, 8, 21, 25, 40, 46, 47, 50, 51, 52, 55, 57, 58, 72, 73, 77, 78, 79, 81, 82, 88, 94, 95, 100, 101, 102, 105, 108, 113, 116, 126, 128, 136, 138, 143, 154, 158, 160, 161, 162, 165, 166, 168, 172, 174, 175, 176, 179, 181, 182, 184, 185, 187, 190, 191, 192, 193, 195, 205, 208, 209, 210, 211, 212, 216, 218, 232, 238, 240, 245, 246, 252, 253, 256

B

Bioética 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 97, 149

Bronquiolite 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68

Bronquiolite Viral 62, 63, 64, 67, 68

D

Diabetes 57, 197, 226, 235, 236, 238, 239, 240, 241

Discentes 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 88, 196, 198, 200, 201, 203

Disfunção erétil 47, 48, 49, 51, 59

Doença de Parkinson 139, 140, 143, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

Doenças Profissionais 118

Dor 19, 21, 29, 31, 32, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 114, 130, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 175, 210, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 237, 239, 242, 243, 245, 246, 247, 248

Dor Fantasma 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233

Drenagem Linfática 18, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 75, 243

E

Eletromiografia 47, 51, 56, 250

Emergência 47, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 123, 214, 218

Equilíbrio Postural 169, 176

Escoliose 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 178

Estimulação Magnética Transcraniana 250, 252

Estudantes 10, 17, 128, 144, 145, 146, 147, 148, 161, 162, 164, 165, 166, 198, 201, 202, 203, 204, 205, 211, 249

Ética 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 49, 80, 120, 145, 146, 148, 149, 160, 199, 218, 253
Ética em Pesquisa 4, 13, 49, 80, 145, 146, 160, 253
Exercício 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 16, 51, 80, 113, 140, 142, 169, 171, 174, 186
Experimentação Animal 145, 149

F

Fatores socioeconômicos 98, 99, 102
Fenômenos psicológicos 98, 99, 102
Funcionalidade 44, 46, 71, 80, 99, 119, 133, 134, 136, 137, 151, 154, 173, 206, 207, 208, 217, 222, 256

H

Habilitação 205, 207, 208, 211, 212
Hidroterapia 139, 141, 143, 169, 173, 174, 175

I

Idoso 1, 2, 3, 7, 8, 43, 44, 70, 140, 172
Incontinência Urinária 49, 184, 185, 186, 191, 192, 193, 194, 195

L

Laser 86, 87, 88, 155, 158, 159, 165, 167, 168, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241
Lombalgia 130, 131, 132, 133, 135, 136, 138
Lombociatalgia 130, 131, 132, 133, 135, 137, 138

M

Mobilidade 2, 7, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 85, 86, 87, 134, 135, 139, 142, 151, 156, 169, 171, 172, 173, 174, 207, 225, 227, 231
Mobilização do Sistema Nervoso 131, 133, 138
Mobilização Neural 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138
Modalidades de Fisioterapia 62
Mulheres 18, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 43, 78, 79, 81, 85, 86, 101, 103, 164, 166, 174, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 202, 203, 217, 222, 242, 247

N

Neurodinâmica 131, 133

O

Osteoartrite 169, 171, 174, 175

P

Papel do Fisioterapeuta 205
Pelve 113, 184, 185, 186, 190, 191, 192, 193, 194
Perfil sociodemográfico 176, 179, 180, 181, 188, 196, 198, 199, 201, 202, 203
Pontos Gatilhos 80, 104, 108, 154, 155, 161, 164, 165, 166
Pós-operatório 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 48, 72
Postura 185
Pré-escolar 110, 115
Prostatectomia radical 47, 48, 49, 59
Próteses de membro superior 205, 207, 208, 212
Psicossomática 196, 197

Q

Qualidade de vida 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 18, 19, 21, 22, 37, 39, 44, 49, 70, 72, 75, 76, 98, 99, 102, 103, 118, 126, 127, 134, 139, 142, 143, 151, 174, 175, 178, 179, 182, 185, 194, 195, 198, 199, 206, 207, 212, 222, 226, 240, 248

R

Reabilitação 3, 11, 47, 48, 49, 52, 59, 70, 76, 130, 133, 139, 143, 150, 151, 152, 156, 166, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 224, 225, 227, 233, 234, 252, 256
Reabilitação do assoalho pélvico 47, 48, 59
Residência Multiprofissional 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 89, 91, 92, 98
Restrição ao Leito 215, 223

S

Saúde da família 36, 38, 41, 43, 45, 46, 128, 174
Saúde do trabalhador 118, 119, 120, 124, 125, 126, 127, 128, 197
Serviço Hospitalar de Fisioterapia 89
Sinais e sintomas 78, 79, 81, 87, 88, 90, 100, 101, 104, 139, 140, 170, 240
Síndrome de Burnout 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204
Sociodemográfico 176, 179, 180, 181, 184, 186, 188, 196, 198, 199, 201, 202, 203

T

Técnicas Manuais Viscerais 214, 215, 217, 221, 223
Terapia de Espelho 225, 227, 228, 230, 231, 232, 234
Transtornos da articulação temporomandibular 98, 99, 102
Transtornos Traumáticos Cumulativos 118
Tratamento 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 20, 21, 25, 27, 30, 31, 33, 42, 46, 47, 51, 58, 59, 62, 63, 66, 67, 69, 71, 72, 80, 81, 86, 88, 90, 91, 99, 101, 104, 107, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 126, 130, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 151, 152, 154, 157, 158,

159, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 173, 174, 175, 178, 182, 183, 186, 191, 194, 216, 217, 218, 222, 223, 224, 225, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 243, 245, 247, 248, 254

Trauma de Fêmur 215

Traumatismos da Medula Espinal 250

U

Úlceras 231, 235, 236, 237, 238, 239, 240

V

Vírus Sincicial Respiratório Humano 62

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-734-5



9 788572 477345