

Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM

Laura Luísa Rodrigues Dias
Matheus Jose da Silva Azevedo

Tudo sobre a Fisioterapia Dermatofuncional e Traumato-Ortopédica

Fisioterapia Dermatofuncional e Traumato-Ortopédica

Patos de Minas

2021

Laura Luísa Rodrigues Dias
Matheus José da Silva Azevedo

Tudo sobre a Fisioterapia Dermatofuncional e Traumato-Ortopédica
Fisioterapia Dermatofuncional e Traumato-Ortopédica

Projeto de pesquisa sobre as especialidades de dermatofuncional e traumato-ortopédica apresentado como atividade prática supervisionada pelo Centro Universitário de Patos de Minas sob a orientação da Dra. Vitória Regina de Moraes Cardoso Rodrigues.

Patos de Minas
2021

Laura Luísa Rodrigues Dias
Matheus José da Silva Azevedo

Tudo sobre a Fisioterapia Dermatofuncional e Traumato-Ortopédica
Fisioterapia Dermatofuncional e Traumato-Ortopédica

Projeto de pesquisa sobre as especialidades
de dermatofuncional e traumato-ortopédica
apresentado como atividade prática
supervisionada pelo Centro Universitário de
Patos de Minas sob a orientação da Dra.
Vitória Regina de Moraes Cardoso Rodrigues

Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM

Assinatura dos autores do trabalho



Laura Luísa Rodrigues Dias



Matheus José da Silva Azevedo

Dedicatória

Dedicamos esse trabalho à professora Dra. Vitoria Regina de Moraes Cardoso Rodrigues que nos transmitiu todo conhecimento dessas áreas mas principalmente da área de dermatofuncional que nos propiciou grande conhecimento, curiosidade e carinho por essa área, por isso todo nosso agradecimento.

Epígrafe

“Mudanças acontecem a partir de movimentos. E os movimentos curam”

Joseph Pilates

Resumo

Este Artigo tem como objetivo transmitir o conhecimento sobre o surgimento da fisioterapia no Brasil, como ela se desenvolveu e falar especificamente das suas especialidades dentro das áreas de dermato funcional e traumato-ortopédica, suas legislações, órgãos responsáveis que os representam e suas áreas de atuação.

Palavras Chaves

Fisioterapia. Dermatofuncional. Traumato-Ortopédica.

Lista de Ilustrações

- Figura 1 - Imagem do Dr. Waldo Rolim de Moraes
- Figura 2 - Logo da ABRAFIDEF
- Figura 3 - Logo da ABRAFITO
- Figura 4 - Gráfico do câncer de mama
- Figura 5 - Brasão da Fisioterapia
- Figura 6 - Gráfico mostrando aumento da Fisioterapia

Lista de tabela

Tabela 1 - Tabela Principais Patologias na Área de Traumato-Ortopédica

Lista de abreviaturas e siglas

- CREFITO Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- COFFITO Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- ABRAFIDEF Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional
- ABRAFITO Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica
- USP Universidade de São Paulo
- FMUSP Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
- BRAFIDEF Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional
- APF Associação Paulista de Fisioterapeutas
- ABF Associação Brasileira de Fisioterapeutas
- WCPT World Confederation for Physical Therapy/Confederação mundial de Fisioterapia
- LER Lesão por esforço repetitivo
- DORT Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
- INCA Instituto Nacional de Câncer
- TENS Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

Sumário

1 Introdução.....	07
2 Fundamentação Teórica.....	09
3 Metodologia.....	20
4 Resultado e Discussão.....	21
5 Conclusão.....	21
6 Casos Clínicos	23
7 Referências	25

1.0 Introdução

A fisioterapia no Brasil se iniciou no ano de 1919, quando se fundou no Brasil o Departamento de Eletricidade Médica pelo professor Raphael de Barros da faculdade de medicina da USP (Universidade de São Paulo).

Dez anos depois da fundação deste departamento, um médico chamado Dr. Waldo Rolim de Moraes instalou o serviço de fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho no local do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia em São Paulo ele também planejou e instalou o hospital das Clínicas em São Paulo e o serviço de Fisioterapia Hospitalar das Clínicas

Em 1951 ele quem planejou o primeiro curso de Fisioterapia do Brasil onde tinha o objetivo em formar vários técnicos em fisioterapia, este curso formou inúmeros fisioterapeutas e persistiu até 1958, quando a lei 5.029 cria anexo a cadeira de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Foi no IR (Instituto de Reabilitação) que se iniciou o primeiro curso de fisioterapia com padrão internacional mínimo, com duração de dois anos, para atender aos programas de reabilitação que a OPAS estava interessada em desenvolver na América Latina. Em 7 de abril de 1967 a USP declara dentro de sua grade este curso, o regulamento do curso de fisioterapia e Terapia Ocupacional expedido pela FMUSP. O curso de Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com duração de 3 anos foi até o 1979 no ano seguinte seu curso teve duração de 4 anos. (MARQUES, A.P., SANCHES, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. Rev.Fisioter. Universidade de São Paulo, 1(1): 5-10, jul./dez., 1994)



1.2 Associação Brasileira de Fisioterapia

Na década de 50 o número de fisioterapeutas era relativamente baixo, porém eles já discutiam sobre os problemas da sua profissão, assim em 1957 surgiu a APF (associação paulista de fisioterapeutas) com o objetivo de promover o aperfeiçoamento desses profissionais dentro de todas as áreas da profissão.

Já a ABF (associação brasileira de fisioterapeutas) foi fundada em 19 de agosto de 1959 e várias entidades reconheceram sua importância, uma delas foi a AMB (associação médica brasileira) que reconheceu sua importância em 13 de fevereiro de 1962, a ABF também foi reconhecida internacionalmente pela WCPT (World Confederation for Physical Therapy) em 20 de julho de 1963 que trouxe vários benefícios para os fisioterapeutas brasileiros e influenciando no reconhecimento da profissão em nosso país.

Em 7 de julho de 1966 a ABF é declarada utilidade pública através da lei de 9372 da assembleia legislativa do estado de São Paulo tanto a ABF como a APF se mantém na ativa até hoje promovendo cursos, jornadas, encontros, simpósios, congressos com o intuito de promover o trabalho do fisioterapeuta no Brasil. (MARQUES, A.P., SANCHES, E.L. Origem e

evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. Rev.Fisioter. Universidade de São Paulo, 1(1): 5-10, jul./dez., 1994)

1.3 Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional

Em 2009 foi reconhecido a especialidade de dermatofuncional dentro da fisioterapia e regulamentada pela resolução 394 de 2011, desde de então ela tem firmado sua importância nos processos de prevenção e recuperação de lesões tegumentares mostrando sua importância atuando nas mais diversas áreas de estética e pos operatorio e outras áreas.

Nas últimas duas décadas essa ciência evoluiu no conceito técnico científico sobretudo no que se diz respeito às terapias e seu alinhamento com o escopo de atuação da fisioterapia, hoje já podemos notar como esta cada vez mais crescente o reconhecimento da sociedade e seus adeptos, e os demais profissionais do meio acadêmico que tem aumentado sua carga horária, que anteriormente já foi denominada de fisioterapia estética, o'que não se condiz ao nome pois esta área vai muito além do que apenas cuidar da estética e o padrão de beleza.

Quando se olha para trás percebe se a velocidade em que essa especialidade se evolui, não se leva precedentes em nenhuma das outras 14 especialidades reconhecidas pelo COFFITO, em especial quando se leva em conta as gigantescas taxas de obsolência e renovação de procedimentos compartilhados dentro do campo da estética, cosmética, estomatologia, distúrbio vasculares, queimaduras, dentre outros que fazem a interface direta com a dermatofuncional.

A criação da ABRAFIDEF foi um verdadeiro marco histórico de 2005, de importância fundamental, foi reconhecido pela sociedade brasileira de cirurgia plástica em 2015, sendo recomendado a fisioterapia dermatofuncional na condução de pós operatórios de cirurgias plásticas. (MENDONÇA, Adriana Clemente. Fisioterapia Dermatofuncional: prática científica, uso ilegal dos recursos próprios da categoria e estratégias de valorização, CREFITO 4)



1.4 Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica

No Brasil a fisioterapia teve origem após a inserção da mesma como solução dos altos índices de acidentes de trabalho que existiam. O profissional desta área precisava curar, reabilitar os pacientes desses acidentes para que eles pudessem retornar às suas tarefas (REBELATTO; BOTOMÉ; 1999).

A palavra ortopedia surgiu do grego Orthos (correto) e Pedia (criança) como um significado etimológico de reparação das suas deficiências. A história da ortopedia é tão longa quanto a da medicina a ortopedia teve um grande progresso nos últimos 20 anos, é uma ampla especialidade clínicas e cirúrgicas dedicadas a prevenção, diagnósticos e tratamento de doenças e lesões do sistema

musculoesquelético. Seu campo de atuação não se limita aos ossos e articulações, mas também inclui músculos, tendões, ligamentos, bolsas, nervos e vasos sanguíneos, o sistema muscular esquelético e tudo que se movimenta (MARGOTTI, 2003).

A fisioterapia Traumato-Ortopédica realiza na investigação, prevenção e tratamento de doenças ósseas, musculares, articulares e ligamentares. Sendo inseridos no processo de reabilitação de fraturas, entorses ligamentares, amputação, lesões musculares, LER/DORT, distúrbios mecânicos da coluna vertebral, pós-operatórios, entre outros, utilizando recursos usados para alívio de quadro mecânico muscular, recuperação de movimentos, equilíbrio, propriocepção e reeducação postural. Inclusive prevenindo que estas ocorram ou reduzindo seu impacto funcional. Em muitos casos a atuação desses profissionais também evita o processo de operações cirúrgicas trabalhando assim de forma preventiva.



2.0 Fundamentação teórica

2.1 Dermatofuncional

A Fisioterapia dermatofuncional atua na reabilitação prevenção e na promoção da saúde com congressos simpósios eventos científicos e outros eventos a fim de promover campanhas públicas para a população a ABRADDEF a instituição responsável por esses fisioterapeutas, sem fim lucrativos e de nível nacional responsável por promover essas campanhas recebem diversos associados que vão desde estudantes que se interessam nessas áreas ou fisioterapeutas formados devidamente regulamentados no CREFITO (Quem Somos, ABRADDEF, Disponível em: <<http://www.abrafidef.org.br/quem-somos>> .Acesso em 25/05/2021)

2.2 Mastectomia

A Mastectomia é um procedimento cirúrgico onde a mulheres fazem a retirada parcial ou total da mama, Devido à grande demanda de público feminino atingido pelo câncer de mama, ela pode ser realizada em diversos tipos de acordo com o caso em específico

Um relatório apresentado no instituto nacional do câncer INCA como os casos vêm surgindo e depois de descobertos o descaso e a demora para serem tratados estes casos muitas vezes acarreta no pioramento do caso clínico ou até mesmo na morte dessas pacientes , o

gráfico retirado da matéria mostra isso a demora do tempo para o tratamento das mulheres após a descoberta dos casos.

O Câncer de mama é o segundo tipo mais comum e prevalente na população feminina onde depois de descoberto, a maioria das mulheres com **câncer de mama** fará algum tipo de cirurgia como parte de seu tratamento e dependendo da condição terá diferentes indicações. Por exemplo, a cirurgia pode ser realizada para remover o máximo possível do **tumor**.

fisioterapia dermatofuncional é destinada a manter a integridade do sistema tegumentar como um todo, incluindo as alterações superficiais da pele e para isso se apropria de vários recursos como: eletrotermofototerapia, massoterapia, drenagem linfática, enfaixamentos, bandagem elástica, cinesioterapia, etc.

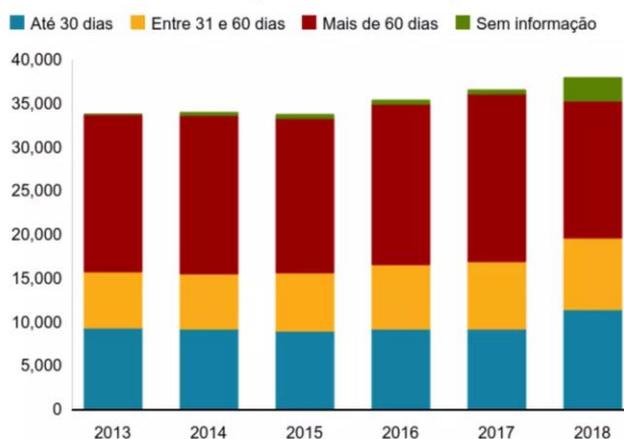
Em pacientes mastectomizadas, a fisioterapia dermatofuncional tem como principal objetivo, restabelecer o mais rápido possível a funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia. Objetivos: Destacar a importância da utilização dos recursos da fisioterapia dermatofuncional na reabilitação de pacientes mastectomizadas. Além de analisar os diferentes protocolos, comparar os benefícios terapêuticos entre os grupos de estudos, compreender a eficácia dos mais diversos recursos da fisioterapia dermatofuncional no tratamento de pacientes mastectomizadas e destacar variáveis como: redução de linfedema, controle da dor, ganho de força, amplitude de movimento e cicatrização.

2.3 Queimados

A intervenção fisioterapêutica tem como objetivo avaliação, planejamento, tratamento e reavaliação do doente queimado bem como prevenir sequelas e diminuir o tempo de internação, com objetivo de restabelecer as funções do paciente queimado e replanejar sua qualidade de vida em termos biopsicossociais. As queimaduras continuam a representar uma causa importante de mobilidade. Os sobreviventes de queimaduras enfrentam grandes dificuldades relacionadas às mudanças físicas na aparência e na função, as quais têm grande impacto psicológico e devem ser consideradas no processo de recuperação dos pacientes queimados que buscam tratamento de HNB, bem com os benefícios da intervenção no tratamento precoce da queimadura. O tratamento envolve uma equipe multifuncional, sendo a presença de uma fisioterapeuta na equipe multiprofissional essencial para prevenir sequelas e diminuir o tempo de internação do paciente.

Até recentemente a fisioterapia só poderia iniciar a sua abordagem após a alta hospitalar. Hoje já pode ter início na fase aguda das queimaduras de primeiro grau e dura cerca de dois anos após a alta, em regime ambulatorial, nas queimaduras de espessura total.

Tempo entre diagnóstico e início do tratamento
Dados referentes ao SUS (por número de casos)



Fonte: Relatório Painel-Oncologia/INCA

BBC

2.4 Pre e Pos-operatorio de Cirurgia Plástica

A fisioterapia dermatofuncional tem sido amplamente reconhecida pelos cirurgiões plásticos, como procedimentos de tratamento pós-operatório de cirurgia, contribuindo com técnicas e recursos para as consequências das operações cirúrgicas, visando minimizar as lesões causadas pelo trauma cirúrgico e agilizar a recuperação dos pacientes com complicações (SILVA, 2014).

No pré operatório o objetivo é melhorar a circulação sanguínea e linfática da área cirúrgica e eliminar possíveis congestionamentos além de promover uma cicatrização mais rápida e melhor. Muitos pacientes submetidos à cirurgia plastica nao sao encaminhados ao fisioterapeuta para o tratamento pós-operatórias, ou são encaminhados para um estágio avançado, o que pode levar a resultados insatisfatórios (MACEDO, 2014).

2.5 Fibrose Pós Operatória em Cirurgia Plástica Corporal

O surgimento da fibrose pós-operatória, que é, na verdade, um processo natural do organismo em reação a uma incisão ou trauma que ocorre paralelamente à cicatrização.

A fibrose ocorre durante um processo de cicatrização comum após procedimentos cirúrgicos estéticos ou outros onde o corte dos tecidos precisa ser removido. É formado por resposta de defesa do próprio organismo para manter sua homeostasia. De um modo geral começa a se desenvolver logo em seguida ao sangramento causado por uma ruptura dos vasos sanguíneos, onde as plaquetas formam um coágulo inicial, atraindo células inflamatórias e outras substâncias responsável pelo processo de reparação dos tecidos (ALTAMORE e MACHADO, 2006). Para explicar sua mecânica, Vieira e Netz (2012) verificam a resposta do organismo ocorre pela lesão acarretando uma resposta fisiológica que estimula a inflamação.

Por sua vez, as células lesionadas são substituídas pelo tecido cicatricial, composto especialmente por meio das fibras de colágeno, que são as proteínas mais abundantes do corpo humano. O objetivo do colágeno é suprir tecidos e alguns órgãos com resistência e integridade estrutural.

Portanto, quando o tecido é ferido, as fibras de colágenos irão agir impedindo que o restante do tecido seja prejudicado, formando uma borda grossa que se origina a fibrose. As fibras de colágenos são absorvidas no decorrer do crescimento, remodelação, involução, inflamação e reparo dos tecidos (GUIRRO, 2002).

2.7 Leis da Fisioterapia DermatoFuncional

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, no exercício de suas atribuições legais e regimentais e cumprindo o deliberado em sua 213ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de agosto de 2011, em sua sede, situada na SRTVS, Quadra 701, Conj. L, Ed. Assis Chateaubriand, Bloco II, Sala 602, Brasília – DF, na conformidade com a competência prevista nos incisos II, III e XII do Art. 5º, da Lei nº. 6.316, de 17.12.1975,

CONSIDERANDO o disposto no Decreto-Lei 938, de 13 de outubro de 1969;

CONSIDERANDO os termos da Resolução COFFITO n.º 80, de 09 de maio de 1987;

CONSIDERANDO os termos da Resolução COFFITO n.º 362, de 20 de maio de 2009;

CONSIDERANDO os termos da Resolução COFFITO n.º 370, de 06 de novembro de 2009;

CONSIDERANDO os termos da Resolução COFFITO n.º 377, de 11 de junho de 2010;

CONSIDERANDO os termos da Resolução COFFITO n.º 381, de 03 de novembro de 2010;

CONSIDERANDO os termos da Resolução COFFITO n.º 387, de 08 de junho de 2011;

CONSIDERANDO a Ética Profissional do Fisioterapeuta, que é disciplinada por meio do seu Código Deontológico Profissional;

RESOLVE:

Art. 1º – Disciplinar a atividade do Fisioterapeuta no exercício da Especialidade Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional.

Art. 2º – Para efeito de registro, o título concedido ao profissional Fisioterapeuta será de Especialista Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional;

Art. 3º – Para o exercício da Especialidade Profissional de Fisioterapia Dermatofuncional é necessário o domínio das seguintes Grandes Áreas de Competência:

I – Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;

II – Realizar avaliação física e cinésiofuncional específica do cliente/paciente/usuário dermatofuncional;

III – Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais;

IV – Solicitar, realizar e interpretar exames complementares;

V – Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico;

- VI – Planejar e executar medidas de prevenção e redução de risco;
- VII – Prescrever e executar recursos terapêuticos manuais;
- VIII – Prescrever, confeccionar, gerenciar órteses, próteses e tecnologia assistiva;
- XIX – Aplicar métodos, técnicas e recursos terapêuticos manuais;
- X – Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, massoterapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico, aeroterapêuticos entre outros;
- XI – Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar;
- XII – Realizar posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, orientar e facilitar a funcionalidade do cliente/paciente/usuário;
- XIII – Prevenir, promover e realizar a recuperação do sistema tegumentar no que se refere aos distúrbios endócrino, metabólico, dermatológico, linfático, circulatório, osteomioarticular e neurológico como as disfunções de queimaduras, hanseníase, dermatoses, psoríase, vitiligo, piodermites, acne, cicatrizes aderentes, cicatrizes hipertróficas, cicatrizes queloidianas, cicatrizes deiscências, úlceras cutâneas, obesidade, adiposidade localizada, fibroedema gelóide, estrias atroficas, envelhecimento, fotoenvelhecimento, rugas, flacidez, hipertricose, linfoedemas, fleboedemas, entre outras, para fins de funcionalidade e/ou estética;
- XIV – Prevenir, promover e realizar a atenção fisioterapêutica pré e pós-operatória de cirurgias bariátricas, plásticas reparadoras, estéticas, entre outras;
- XV – Determinar as condições de alta fisioterapêutica;
- XVI – Prescrever a alta fisioterapêutica;
- XVII – Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica;
- XVIII – Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos.
- XIX – Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais.
- Art. 4º – O exercício profissional do Fisioterapeuta Dermatofuncional é condicionado ao conhecimento e domínio das seguintes áreas e disciplinas, entre outras:
- I – Anatomia geral dos órgãos e sistemas e em especial dos sistemas tegumentar, cardiorespiratório, circulatório, linfático, metabólico e endócrino;
- II – Biomecânica;
- III – Fisiologia humana geral;

IV – Fisiopatologia aplicada aos sistemas tegumentar, cardiorespiratório, digestório, circulatório, linfático, metabólico e endócrino;

V – Biologia e histologia dos sistemas tegumentar, cardiorespiratório, digestório, circulatório, linfático, metabólico e endócrino;

VI – Semiologia dos sistemas tegumentar, cardiorespiratório, digestório, circulatório, linfático, metabólico e endócrino;

VII – Endocrinologia e suas correlações com os sistemas tegumentar, cardiorespiratório, digestório, circulatório e linfático;

VIII – Instrumentos de medida e avaliação da Dermatofuncional;

IX – Farmacologia aplicada à Dermatofuncional;

X – Cosmetologia;

XI – Técnicas e recursos tecnológicos;

XII – Próteses, Órteses e Tecnologia Assistiva;

XIII – Humanização,

XIV – Ética e Bioética.

Art. 5º – Para efeito de registro das áreas de atuação desta especialidade, são reconhecidas as seguintes:

I – Fisioterapia Dermatofuncional no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Plástica;

II – Fisioterapia Dermatofuncional no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica;

III – Fisioterapia Dermatofuncional em Angiologia e Linfologia;

IV – Fisioterapia Dermatofuncional em Dermatologia;

V – Fisioterapia Dermatofuncional em Estética e Cosmetologia;

VI – Fisioterapia Dermatofuncional em Endocrinologia;

VII – Fisioterapia Dermatofuncional em Queimados.

§1º: O COFFITO disporá acerca do Certificado das áreas de atuação do Especialista Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional, nos termos do Título VII da Resolução COFFITO 377/2010.

§2º: Transcorrido prazo mínimo de seis meses a contar do registro de especialidade, o profissional poderá requerer o certificado de área de atuação e seu respectivo registro, devendo atender os critérios definidos em Portaria editada pelo presidente do COFFITO.

Art. 6º – O Fisioterapeuta especialista profissional em Fisioterapia Dermatofuncional pode exercer as seguintes atribuições, entre outras:

- I – Coordenação, supervisão e responsabilidade técnica;
- II – Gestão;
- III – Gerenciamento;
- IV – Direção;
- V – Chefia;
- VI – Consultoria;
- VII – Auditoria;
- VIII – Perícia.

Art. 7º – A atuação do Fisioterapeuta Dermatofuncional se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento ontogênico, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação e reabilitação do cliente/paciente/usuário, nos seguintes ambientes, entre outros:

- I – Hospitalar;
- II – Ambulatorial (clínicas, consultórios, centros de saúde);
- III – Domiciliar e Home Care;
- IV – Públicos;
- V – Filantrópicos;
- VI – Militares;
- VII – Privados;
- VIII – Terceiro Setor;

Art 8º – Os casos omissos serão deliberados pelo Plenário do COFFITO.

Art. 9º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

2.8 Traumato-Ortopédica

Antes de se falar sobre a especialidade de traumato-ortopedia devemos falar sobre outras áreas dentro da fisioterapia que são as áreas de ortopedia e a área de traumatologia geralmente essas duas especializações andam juntas, a fisioterapia ortopédica ela está ligada a todas as patologias relacionadas ao sistema osteomioarticular tudo que está ligado a ossos e a músculos faz parte da ortopedia, já a traumatologia está ligado a acidentes como queda.

A fisioterapia traumato-ortopédica é uma área especializada da fisioterapia, usada para tratar doenças musculoesqueléticas, como dores lombares e tendinites, lesões de tendões, ligamentos e fraturas também são tratados nessa área. Essas doenças musculoesqueléticas

podem causar graves alterações fisiológicas prejudiciais às práticas cotidianas e lombares, além de serem o segundo motivo de consultas e internações no Brasil (PRENTICE, 2003).

Portanto as patologias musculoesqueléticas têm gerado um preocupante problema de saúde pública, principalmente relacionado à saúde do trabalhador, tornando extremamente importante a pesquisa em fisioterapia Traumato-ortopédica. Isso se deve às condições de trabalho inadequadas, como aumento de carga horária, uso de muita força, postura inadequada e movimentos repetitivos. Portanto, esses distúrbios levam ao afastamento, indenização, aposentadoria antecipada (MAGNANO, 2007).

A eletroterapia se destaca nas técnicas de tratamento e reabilitação na fisioterapia traumato-ortopédica, Melzack e Wall estudam a fisiologia da eletroanalgesia desde 1965. Este método é baseado em impulsos eletrônicos aplicados por TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea). Devido aos resultados analgésicos, antiedematoso e aumento da recuperação funcional, o uso desse procedimento aumenta gradativamente se aplicado precocemente. Além disso, esse método quase não tem contraindicações e tem baixo custo, o que permite atenuar os efeitos prejudiciais dos distúrbios musculoesqueléticos (BORDIAK, 2013).

A especialização de Fisioterapia Traumato-ortopédica é uma Pós-Graduação que inclui fisiopatologia, avaliação e tratamento das doenças musculoesqueléticas mais recorrentes e relevantes. Os especialistas nesta área foram capacitados para avaliação holística de pacientes, realizando tratamentos adequados e interpretação radiológica de cada caso.

Estudo	Principais Patologias	Segmento Corporal Acometido (%)	Queixa Principal
Reis et al., 2008 ⁽¹²⁾	Artrose (33,59) Lombalgia (15,27) Fraturas (9,16)	*	Dor (85,49)
Oliveira e Braga, 2010 ⁽¹³⁾	Artrose (19,93) Lombociatalgia (12,55) Fratura de fêmur (4,80)	Joelho (27,67) Coluna lombar (22,14) Ombro (16,97)	*
Sacon et al., 2011 ⁽¹⁴⁾	Fratura (15,89) Artrose (9,27) Tendinite (9,27)	*	Dor (83,44)
Souza et al., 2012 ⁽¹⁵⁾	Artrose (46,21) Lombalgia (38,63) Escoliose (15,15)	*	*

Fonte: Artigo PRINCIPAIS PATOLOGIAS E RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NA FISIOTERAPIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA

Nascimento, Héli da Borges do; Moura, Janne Kelly Naiat Fernandes de; Morais, Kamylla Heloiza Correa de; Gil, Mariana Pereira dos Santos; Canedo, Mariana Ribeiro; Melo, Cecília Magnabosco; Silva, Rúbia Mariano da.

2.9 Leis da Fisioterapia Traumato-Ortopédico

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, no exercício de suas atribuições legais e regimentais e cumprindo o deliberado em sua 213ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia de 03 de agosto de 2011, em sua sede, situada na SRTVS, Quadra 701, Conj. L, Ed. Assis Chateaubriand, Bloco II, Sala 602, Brasília – DF, na conformidade com a competência prevista nos incisos II, III e XII do Art. 5º, da Lei nº. 6.316, de 17.12.1975,

Considerando o disposto no Decreto-Lei 938, de 13 de outubro de 1969;

Considerando os termos da Resolução COFFITO 80 de 09 de maio de 1987;

Considerando os termos da Resolução COFFITO n.º 260, de 11 fevereiro de 2004;

Considerando os termos da Resolução COFFITO 370 de 06 de novembro de 2009;

Considerando os termos da Resolução COFFITO 377, de 11 de junho de 2010;

Considerando os termos da Resolução COFFITO 381, de 03 de novembro de 2010;

Considerando os termos da Resolução COFFITO 387, de 08 de junho de 2011;

Considerando a Ética Profissional do Fisioterapeuta que é disciplinada por meio do seu Código Deontológico Profissional;

RESOLVE:

Artigo 1º – Disciplinar a atividade do Fisioterapeuta no exercício da Especialidade Profissional em Fisioterapia Traumato-ortopédica.

Artigo 2º – Para efeito de registro, o título concedido ao profissional Fisioterapeuta será de Especialista Profissional em Fisioterapia Traumato-ortopédica;

Artigo 3º – Para o exercício da Especialidade Profissional em Fisioterapia Traumato-ortopédica é necessário o domínio das seguintes Grandes Áreas de Competência:

- I) Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;
- II) Realizar avaliação física e cinésio-funcional específica do cliente/paciente/usuário traumato-ortopédico;
- III) Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais;
- IV) Solicitar, realizar e interpretar exames complementares;

- V) Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico;
- VI) Planejar e executar medidas de prevenção e redução de risco;
- VII) Prescrever, montar, testar, operar, avaliar e executar recursos terapêuticos tecnológicos;
- VIII) Prescrever, confeccionar, gerenciar órteses, próteses, adaptações e tecnologia assistiva;
- IX) Prescrever, analisar, aplicar, métodos, técnicas e recursos para restaurar as funções articular, óssea, muscular, tendinosa, sensorio, sensitiva e motoras dos clientes/pacientes/usuários;
- X) Prescrever, analisar, aplicar, métodos, técnicas e recursos para reeducação postural, da marcha, entre outros;
- XI) Prescrever, analisar, aplicar, métodos, técnicas e recursos para promoção de analgesia e a inibição de quadros álgicos;
- XII) Aplicar métodos, técnicas e recursos terapêuticos manuais;
- XIII) Preparar e realizar programas de atividades cinesioterapêuticas para todos os segmentos corporais;
- XIV) Prescrever, analisar e aplicar recursos tecnológicos, realidade virtual e/ou práticas integrativas e complementares em saúde;
- XV) Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico, aeroterapêuticos entre outros;
- XVI) Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar;
- XVII) Realizar posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, orientar e capacitar o cliente/paciente/usuário visando sua funcionalidade;
- XVIII) Determinar as condições de alta fisioterapêutica;
- XIX) Prescrever a alta fisioterapêutica;
- XX) Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica;
- XXI) Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos;
- XXII) Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais, ecológicas e ocupacionais;
- XXIII) Realizar atividades de segurança ambiental, documental, biológica e relacional.

Artigo 4º. O exercício profissional do Fisioterapeuta Traumatológico é condicionado ao conhecimento e domínio das seguintes áreas e disciplinas, entre outras:

- I) anatomia geral dos órgãos e sistemas e em especial do sistema da musculoesquelético;
- II) biomecânica;
- III) fisiologia geral e do exercício;
- IV) fisiopatologia das doenças osteo mio articulares;
- V) física aplicada;
- VI) semiologia;
- VII) cinemática;
- VIII) ergonomia;
- IX) instrumentos de medida e avaliação;
- X) farmacologia aplicada;
- XI) técnicas e recursos tecnológicos;
- XII) condicionamento físico funcional;
- XIII) próteses, órteses e Tecnologia Assistiva;
- XIV) humanização;
- XV) ética e bioética.

Artigo 5º. O Fisioterapeuta especialista profissional em Fisioterapia Traumatológica-ortopédica Funcional pode exercer as seguintes atribuições, entre outras:

- I) Coordenação, supervisão e responsabilidade técnica;
- II) Gestão;
- III) Gerenciamento;
- IV) Direção;
- V) Chefia;
- VI) Consultoria;
- VII) Auditoria;
- VIII) Perícia.

Artigo 6º. A Atuação do Fisioterapeuta Traumatológico-ortopédico se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento ontogênico, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação e reabilitação do cliente/paciente/usuário, nos seguintes ambientes, entre outros:

- I) Hospitalar
- II) Ambulatorial
- III) Domiciliar e Home Care
- IV) Públicos
- V) Filantrópicos
- VI) Militares
- VII) Privados
- VIII) Terceiro Setor
- IX) Organizações Sociais

Artigo 7º – Os casos omissos serão deliberados pelo Plenário do COFFITO.

Artigo 8º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

3.0 Metodologia

Foram utilizadas para elaboração deste artigo sites científicos como os do CREFITO; COFFITO; ABRAFIDEF; ABRAFITO; INCA artigos científicos trabalhos de conclusão de curso relatórios livros o'que permitiu uma gama de conhecimento amplo sobre os assuntos discorridos além de reuniões e discussões feitas pelo grupo.

3.1 Áreas de atuação na DermatoFuncional

Entende-se que a fisioterapia dermatofuncional tem um amplo campo de estudos e está sempre em grande evolução desde o começo da sua independência em 2008 onde a sua principal função é atuar na reabilitação prevenção e promoção da saúde o profissional pode atuar em várias áreas do conhecimento como Hospitalar; Ambulatorial; Domiciliar; Públicos; Filantrópicos; Militares; Privados e Terceiro Setor;

3.2 Áreas de atuação na Traumato-Ortopédica

A especialidade de traumato ortopedica também vem se atualizando e evoluindo desde o começo da sua independência em Fevereiro de 2004 como também suas subáreas como traumatologia e ortopedia que vem tendo toda essa evolução técnico científico com o decorrer dos anos onde o profissional é responsável pela reabilitação prevenção e promoção da saúde o campo de trabalho da área de traumato-ortopédica é bastante amplo visto a epidemiologia dos distúrbios. Clínicas de Reabilitação, Clínicas Especializadas em Esportes, Hospitais, Home Care, Públicos, Filantrópicos, Ambulatorial, Militares, Privados, Terceiro Setor, Organizações Sociais. Todos são locais em que o fisioterapeuta traumato-ortopédico pode atuar.

4.0 Resultado e discussão

A fisioterapia surgiu no Brasil em 1919 e foi se evoluindo e criando toda sua autonomia no país desde então criando órgãos regulamentadores leis e desenvolvendo e investindo no seu campo de estudo e atuação, hoje existem 18 CREFITOS e 1 COFFITO espalhados pelo Brasil cada um responsável por uma região, Em fevereiro de 2002, o Plenário do Conselho Federal De Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) criou uma resolução para aprovar e regulamentar o uso do símbolo de **fisioterapia**. O símbolo é composto por duas serpentes verdes, um raio dourado e uma moldura que representa um camafêu. Essa ciência possui várias especializações e órgãos regulamentadores para cada uma dessas especialidades como a ABRADEF associação brasileira de fisioterapia dermatofuncional e ABRAFITO associação brasileira de fisioterapia traumato-ortopédica.



4.1 Dermatofuncional

sendo regulamentada pela associação brasileira de fisioterapia dermatofuncional ABRADEF criada em 2008 essa especialidade cresceu não só no Brasil mais no mundo de forma significativa atuando na prevenção promoção e pronação da saúde esse trabalhador atua em várias áreas tratando de várias enfermidades como por exemplo a mastectomia que é o câncer de mama no tratamento de pacientes queimados no pré e pós-operatório de pacientes que realizam cirurgias plásticas esse profissional pode trabalhar em qualquer um desses locais dentro da área Hospitalar; Ambulatorial; Domiciliar; Públicos; Filantrópicos; Militares; Privados e Terceiro Setor aplicando seus conhecimentos.

4.2 Traumato-ortopédica

Sendo regulamentada pela associação brasileira de fisioterapia dermatofuncional ABRAFITO criada em Fevereiro de 2004 essa especialidade cresceu não só no Brasil mais no mundo, de forma significativa atuando na prevenção, promoção, proteção esse trabalho atua em várias áreas tratando doenças musculoesqueléticas, como dores lombares e tendinites, lesões de tendões, ligamentos e fraturas, esses profissionais podem atuar dentro das áreas Clínicas de Reabilitação; Clínicas Especializadas em Esportes; Hospitais; Ambulatorial; Home Care; Públicos; Filantrópicos; Militares; Privados; Terceiro Setor e Organizações Sociais.

5.0 Conclusão

Então pode-se concluir que a fisioterapia dermatofuncional e traumato ortopedia vem evoluindo nos últimos anos nos quesitos técnicos científico em ambas as especializações os profissionais tem o intuito de fazer a promoção prevenção e promoção da saúde ambas tem sua independência e seu conselho regional no caso da dermatofuncional a ABRADEF e traumato-ortopédica ABRAFITO são de extrema importância para saúde e lazer e cuidado humano e pode se ver o aumento do mercado de trabalho dessas áreas, mais uma vez a fisioterapia se encontra em evidência e mostra sua importância na sociedade, crises emergenciais em um só lugar ou no mundo todo evidenciam essa aumenta pela busca desses serviços Fisioterapia foi a profissão que teve maior aumento de vagas de trabalho durante a

Pandemia do coronavírus e quem pensa que procedimentos estéticos diminuiriam se enganam pois mesmo com todas as restrições teve uma alta o que se constatou no ano de 2020 é que o setor da estética teve um faturamento que foi maior do que o registrado em 2019. Ou seja, mesmo em período de quarentena, o mercado da estética ganhou mais dinheiro do que no ano anterior ao ano da pandemia.

Estudos mostram que a expectativa de vida vem aumentando nas últimas décadas o que influencia fortemente na fisioterapia quando mais idosa for a população de um determinado local lugar ou país mas atenção precisa ser dada a esse grupo pois o envelhecimento é outro fator que contribui para as fraturas pois perdemos massa óssea, deixando os ossos mais fracos. A falta de exercícios físicos também aumentam as chances de lesões, uma vez que estas atividades auxiliam no equilíbrio. Uma das fraturas mais comuns em pacientes da terceira idade são as de quadril Um ambiente sem adaptação correta para a locomoção do idoso, com superfícies escorregadias, má iluminação, ausência de corrimãos para apoio e com muitos tapetes ou degraus é um dos principais fatores de risco para quedas. O envelhecimento acarreta alterações fisiológicas que favorecem a ocorrência de quedas, como declínio da força muscular, alterações na massa óssea, déficit de equilíbrio, lentificação do tempo de reação, aumento do balanço do corpo, declínio dos reflexos, redução do controle postural, da coordenação motora.

Se há alguma coisa quase certa em relação à atual pandemia é que ela não será a última que a humanidade vai enfrentar. Só não se sabe quando e de onde virá a próxima e qual seu agente causador, se um vírus, bactéria ou outro micro-organismo. diz um estudo feito pela BBC como o aumento na expectativa aumentou o de natalidade A taxa de natalidade vem sofrendo queda generalizada nas cinco macrorregiões brasileiras, desde a década de 1970. Entretanto, entre as adolescentes, esse quadro se inverteu: entre 1991 e 2000, o número de partos realizados nos hospitais públicos em meninas, na faixa dos 10 aos 14 anos, aumentou aproximadamente 30%. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o acréscimo foi de mais de 25%. isso impacta positivamente na saúde humana pois a tendência é aumentar ou duplicar o número de pessoas no planeta o que impacta negativamente na saúde pública quanto maior a população maior as chances e riscos de desenvolver uma nova pandemia no mundo o que certamente colocará a fisioterapia em evidência novamente como também as outras áreas da saúde.



6.0 Casos Clínicos

6.1 Paciente com paralisia cerebral que trata na dermatofuncional

Um paciente que apresenta paralisia cerebral vai na fisioterapeuta dermatofuncional pois seu principal problema é o edema na perna o que faz disso um problema circulatório então ele trata essa parte fazendo treinos de marcha subindo no degrau isso tudo para poder auxiliar o retorno venoso para auxiliar a circulação porém isso acaba sendo um treino neurológico também pois ele precisa da demulação pela parte de lesão neurológica.

6.2 Paciente queimado

paciente, R.S.F., sexo masculino, 17 anos, foi admitido no Hospital do Oeste (HO) proveniente do Hospital Municipal Carmela Dutra em Bom Jesus da Lapa, vítima de choque elétrico com queimaduras de 2° e 3° graus no tronco anterior, membro superior direito e membros inferiores, apresentando menor número de escaras na axila esquerda, polegar esquerdo, face interna do membro superior direito e coxa direita. Foi realizado enxerto em MSD, tronco e MID. A área da lesão corporal atingida corresponde a mais ou menos 56% sendo este considerado um grande queimado por ser uma paciente traumatizado grave, de grande risco, que necessita de atendimento emergencial, multidisciplinar pré-programado.

Na avaliação da fisioterapia observou-se o nível de consciência do paciente, onde se encontrava lúcido, orientado em tempo e espaço, calmo, padrão respiratório torácico, em ventilação espontânea, MV+ SRA, ADM diminuída e dolorosa em MSD e MID e deambulando. O plano terapêutico baseia-se em auxílio na balneoterapia, cinesioterapia global e deambulação. Durante a internação as condutas realizadas na balneoterapia foi cinesioterapia passiva global sob efeito anestésico, posteriormente no leito o fisioterapeuta realizou alongamento ativo-assistido, mobilização articular, bombeamento Tibio-Társico, fortalecimento de quadríceps em contração isométrica e exercícios de reexpansão pulmonar. A fisioterapia com o programa de tratamento intensivo, ou seja, diariamente na balneoterapia e no leito realizando duas vezes ao dia durante sua internação, obteve grande contribuição para a reabilitação desse paciente, acelerando o processo de recuperação e diminuindo seu tempo de internação, de acordo com as condutas realizadas o paciente apresentou alterações no seu quadro clínico, sendo que este recebeu alta com ADM significativamente preservada, deambulando e realizando suas AVDs de forma mais independente possível.

6.3 Paciente com subacromial ficam comprimidos entre o acrômio

Um homem destro com 18 anos de idade, segundo prescrição de um ortopedista, procura uma clínica de fisioterapia para avaliação e tratamento de impacto subacromial no ombro direito. Diz ter começado a sentir dores no ombro há umas quatro semanas, e atribui essa condição ao fato de ter jogado tênis três vezes na semana anterior depois de um inverno inteiro sem praticar esse esporte. A dor no ombro aumenta quando ele estende o braço para a frente, tenta levar a mão às costas, levanta qualquer tipo de peso com o braço direito ou joga tênis. Além disso, o paciente relata que não consegue enfiar o cinto na presilha na parte de trás, nem enfiar a camisa dentro da calça nas costas, embora fizesse esses movimentos antes sem nenhuma dificuldade. A única posição que alivia a dor nas costas é deixar o braço na lateral do corpo. O médico receitou-lhe medicamentos anti-inflamatórios não esteroides, e isso ajudou a reduzir a

intensidade da dor. O raio X (tirado pelo médico no consultório) das articulações glenoumeral e acromioclavicular deu negativo para anormalidades ósseas e déficits estruturais. Além disso, não há nada notável na história médica do paciente. A dor no ombro afeta 16 a 21% da população adulta dos Estados Unidos, cedendo lugar apenas para a dor nas costas, em termos de prevalência total de condições musculoesqueléticas.¹⁻⁴ A síndrome do impacto subacromial (SISA) é responsável por 44 a 60% de todas as condições causadoras de dor no ombro.^{3,5,6} A síndrome do impacto envolve degeneração e/ou compressão mecânica das estruturas do tecido mole.³ No caso da SISA, o manguito rotador, a cabeça longa do bíceps e a bolsa subacromial ficam comprimidos entre o acrômio, o ligamento coracoacromial e a cabeça do úmero.

6.2 Paciente com diagnóstico de bursite trocantérica

Um paciente do gênero masculino de 46 anos de idade, empresário e praticante de corrida (maratonista), foi encaminhado para tratamento fisioterapêutico após diagnóstico de bursite trocantérica à direita, confirmado pelo médico responsável por meio do exame clínico e de ressonância nuclear magnética. Esse paciente já havia sido atendido anteriormente por outro serviço de fisioterapia, no qual foram realizadas 10 sessões com condutas analgésicas e anti-inflamatórias com remissão do quadro algico; porém, ao retornar à atividade de corrida, houve recidiva do sintoma de dor no quadril. Ao exame clínico fisioterapêutico, foi constatado Trendelenburg positivo à direita e, na história pregressa coletada durante anamnese, foi relatada cirurgia prévia de reconstrução do ligamento cruzado anterior com enxerto do terço central do tendão patelar do joelho ipsilateral, há 10 anos, e o paciente relatava joelho estável e sem sintomas de dor. **O diagnóstico de bursite trocantérica não poderia ser duvidoso nesse paciente, pois, por ser maratonista e gerar sobrecarga de treino, poderia desenvolver uma dor muscular tardia em razão do acúmulo de metabólicos como o ácido lático.**

6.5 Paciente com bloqueio Cervical

Garry é um surfista homem de 30 anos de idade que gosta de “pegar onda” no domingo de manhã. Não se recorda muito sobre o incidente, salvo que a dor começou no lado direito da parte baixa do pescoço e escápula após 10 minutos do incidente. A dor e a rigidez se tornaram pior rapidamente forçando-o a sair do mar e aumentaram de maneira geral durante a próxima hora. Ele percebeu que sua cabeça estava inclinada e rodada para o lado esquerdo e qualquer movimento fora desta posição aumentava significativamente sua dor no lado direito do pescoço. Teve uma noite de sono muito agitada com dificuldade em obter uma posição confortável. Se apresentou a você fisioterapeuta na manhã seguinte. Ele havia obtido um alívio provisório tomando Neurofen (ibuprofeno) e com compressas quentes, apesar de ainda permanecer com o desvio cervical e não pode ir trabalhar. Ele é um carpinteiro e está trabalhando atualmente em construir uma residência. Ele descreve a dor como uma dor constante profunda com dores “em fisgada” intermitentes durante movimentos de rotação particularmente para o lado direito e na extensão da cabeça. Não há nenhuma dor significativa no braço embora haja uma dor de cabeça ligeira no occipício direito. Não há nenhuma vertigem e náusea ou formigamentos ou diminuição da sensibilidade. Ele joga rugby nos fins de semana e está na posição da primeira fila. Não teve nenhuma história passada significativa de

traumatismo em seu pescoço. A saúde geral é normal, **isso ocorreu por causa da Lesão da articulação facetária direita C2/C3: a hipótese mais provável é um travamento cervical agudo repentino no nível C2/3 ou abaixo. Um pinçamento do tecido meniscóide interfacetárias é uma explicação possível.**

7.0 Referências

MARQUES, A.P., SANCHES, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. Rev.Fisioter. Universidade de São Paulo, 1(1): 5-10, jul./dez., 1994

MENDONÇA, Adriana Clemente. Fisioterapia Dermatofuncional: prática científica, uso ilegal dos recursos próprios da categoria e estratégias de valorização, CREFITO 4

Quem Somos, ABRADDEF, Disponível em: <<http://www.abrafidef.org.br/quem-somos>>. Acesso em 25/05/2021

Por que mais de 70% dos casos de câncer de mama no Brasil são diagnosticados em estágio avançado, TERRA.COM, Disponível em : <<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/por-que-mais-de-70-dos-casos-de-cancer-de-mama-no-brasil-sao-diagnosticados-em-estagio-avancado.5c913a95b5db92db2dfb870f18610b0df8d1522m.html>> Acesso em 25/05/2021

Função da Fisioterapia em Traumatologia e Reumatologia, PORTAL EDUCAÇÃO Disponível em :

<<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/fisioterapia/funcao-da-fisioterapia-em-traumato-ortopedia-e-reumatologia/58455#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20Fisioterapia%20teve,acidentes%20d>> Acesso em 25/05/2021

Cirurgia para Câncer de Mama, ONCOGUIA Disponível em :

<<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cirurgia-para-cancer-de-mama/1397/265/#:~:text=A%20maioria%20das%20mulheres%20com,o%20m%C3%A1ximo%20pos,s%C3%ADvel%20do%20tumor>>. Acesso em 25/05/2021

FERRARI, Fabiana Coelho Couto Rocha Correa, Fisioterapia na Atenção à Saúde, Ponta Grossa, Atena, 2020

COSTA, Raquel Fontenele, A fisioterapia dermatofuncional no tratamento da fibrose pós-operatória em cirurgia plástica corporal. google acadêmico

Leis da Fisioterapia Dermatofuncional Disponível em:

<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3157>

Leis da fisioterapia Traumatologia e Reumatologia Disponível em:

<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3167>

Nascimento, Héliida Borges do; Moura, Janne Kelly Naiat Fernandes de; Morais, Kamylla Heloiza Correa de; Gil, Mariana Pereira dos Santos; Canedo, Mariana Ribeiro; Melo, Cecília Magnabosco; Silva, Rúbia Mariano da. Artigo PRINCIPAIS PATOLOGIAS E RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NA FISIOTERAPIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA, 23 de Junho de 2020 UNIEVANGÉLICA

Lucamba, Edna Victória Tiago, Fisioterapia Dermato Funcional em Doentes Queimados, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa 2017

Adami, Muriele Seron; Silva, Eliane Augusto da, ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA DERMATO-FUNCIONAL NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE ABDOMINOPLASTIA E LIPOASPIRAÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA