CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

DÉBORA MARÇAL GODÊ DE BRITO

LEVANTAMENTO RETROSPECTIVO DOS ATENDIMENTOS DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL DE UMA FACULDADE PRIVADA NO SERTÃO PARAIBANO

PATOS-PB
2018

DÉBORA MARÇAL GODÊ DE BRITO

LEVANTAMENTO RETROSPECTIVO DOS ATENDIMENTOS DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL DE UMA FACULDADE PRIVADA NO SERTÃO PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Educacional de Ensino Superior de Patos LTDA das Faculdades Integradas de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientador:

Prof.Ma. Eva Jeminne de L. A. Munguba

PATOS-PB
2018

DÉBORA MARÇAL GODÊ DE BRITO

LEVANTAMENTO RETROSPECTIVO DOS ATENDIMENTOS DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL DE UMA FACULDADE PRIVADA NO SERTÃO PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Educacional de Ensino Superior de Patos LTDA das Faculdades Integradas de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: _____/_____/_____

Eva Jeminne de L. Araújo Munguba

PROF. Ma. EVA JEMINNE DE L. A. MUNGUBA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(ORIENTADOR (A))

Rubia Karine Diniz Dutra

PROF. Ma. RUBIA KARINE DUTRA DINIZ
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(1° MEMBRO)

Viviane Valeria de Caldas Guedes Garcia

PROF. Ma. VIVIANE VALERIA DE CALDAS GUEDES GARCIA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(2° MEMBRO)

DEDICATÓRIA

Dedico este meu trabalho a um anjo de luz, beleza, sabedoria, amor, afeto e extremamente protetora que cuidou de mim em todos os momentos de minha vida, teve sabedoria e discernimento de me educar, me acalmar, sabia me ouvir e foi um ser que soube enxergar em mim meu dom e minha capacidade.

“A você minha avó dedico este trabalho de conclusão, todos meus esforços, minha longa jornada que tenho pela frente”. Muito obrigado por ter me feito ser a mulher que sou.

Cícera Godê de Morais Oliveira (avó).

AGRADECIMENTOS

Ele merece sempre o primeiro lugar, por isso, agradeço a Ele, Pai celestial, que me deu o discernimento, a vida e o dom. Iluminou os meus caminhos me guiando, me protegendo e dando-me força para os baluartes e pilares do tempo me tornando um rio para superar os obstáculos.

A minha amada avó que foi o alicerce dessa grande conquista. Não bastaria somente um obrigado, és minha dádiva.

Aos meus pais, Daniela e Otacílio, pelo imenso esforço, apoio, compreensão, amor incondicional e orações em meu favor. Por isso e muito mais, amo vocês.

A minha irmã Yasmin, que eu amo muito, mesmo distante sempre me dando apoio para seguir firme nessa caminhada.

Aos meus tios, tias e demais familiares, por todo apoio, amor e por permanecerem ao meu lado sempre.

Ao meu amor, por todo carinho, paciência e compreensão que tem me dedicado.

Aos meus amigos que me ajudaram direta ou indiretamente durante todo esse percurso para a conquista desse sonho.

Não poderia deixar de agradecer aos companheiros que conquistei durante essa caminhada, das piadas que gargalhamos, dos problemas que enfrentamos, do auxilio que precisamos e dos sonhos que sonhamos. Levarei sempre cada um no meu coração, vão deixar saudades.

A minha orientadora Eva Jeminne, a quem admiro pela sua inteligência, agradeço por me confiar este trabalho, pela sua disponibilidade, paciência e dedicação.

Aos mestres pela dedicação e pelos conhecimentos repassados.

E por fim, a todos aqueles que fizeram parte dessa história, mesmo que tentasse não conseguiria agradecer a todos. Desejo que Deus lhes conceda a mesma alegria que sinto por todos vocês existirem.

MUITO OBRIGADA!

EPÍGRAFE

"Só eu sei cada passo por mim dado nessa estrada esburacada que é a vida, passei coisas que até mesmo Deus duvida, fiquei triste, capiongo, aperreado, porém nunca me senti desmotivado, me agarrava sempre numa mão amiga, e de forças minha alma era munida, pois do Céu a voz de Deus dizia assim: - Suba o queixo, meta os pés, confie em mim, vá pra luta que eu cuido das feridas."

Bráulio Bessa

RESUMO

Durante anos o homem sempre almejou um belo corpo e boa forma, desta forma, a ciência procurou criar fórmulas, aparelhos, procedimentos cirúrgicos para alcançar tal expectativa humana. A fisioterapia dermatofuncional vem obtendo espaço ao longo do tempo, abordando as disfunções físico-estético-funcionais resultantes das patologias, procedimentos cirúrgicos e/ou sequelas que induzem direto e indiretamente a integridade do sistema tegumentar. Gerando o avanço e a recuperação da aparência e autoestima, em característico aos elencados à saúde funcional com vistas à qualidade de vida dos usuários, as mais procuradas são: fibroedema gelóide, flacidez tecidual, envelhecimento cutâneo, queimaduras, estrias, acne. O objetivo do presente estudo é demonstrar o perfil clínico dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional de uma faculdade privada na Paraíba. Trata-se de um levantamento retrospectivo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa relacionada aos atendimentos ambulatoriais de fisioterapia dermatofuncional, localizado em uma clinica escola de uma faculdade no interior da Paraíba. A amostragem foi constituída por 117 prontuários coletados por meio das fichas de coletas, durante o período de 2014 a 2017, considerados como critérios de inclusão: pacientes atendidos no setor de fisioterapia dermatofuncional e que estivessem em tratamento durante o período de 2014 a 2017. E excluídos os prontuários de pacientes que apresentaram dados incompletos. A coleta de dados aconteceu nos meses de Fevereiro e Março de 2018. No Grupo Corporal composto por 37 prontuários, prevaleceu o gênero feminino (86.5%), queixa principal de gordura localizada (48.6), cor da pele parda (67.6%), tipo de pele mista (43.2%) e alteração corporal de FEG (51.4%). Já o Grupo Facial composto por 80 prontuários, prevaleceu gênero feminino (75%), queixa principal de melasma (37.5%), cor da pele parda (57.5%), tipo de pele mista (47.5%), Goglau tipo II (36.3%), classificação de fototipo com tipo III (41.3%) e acne com grau I (52.5%). O levantamento feito mostrou que o perfil trata-se de uma população composta por indivíduos do sexo feminino, procurando por tratamento estético, corporal e predominância de facial, com desordens patológicas principais de adiposidade localizada, fibroedema gelóide e melasma.

Palavras-chaves: fisioterapia, tratamento, dermatofuncional.

ABSTRACT

For years man has always sought a beautiful body and good form, in this way, science has sought to create formulas, devices, surgical procedures to achieve such human expectation. Dermatological-functional physiotherapy has been gaining space over time, addressing physico-aesthetic-functional dysfunctions resulting from pathologies, surgical procedures and / or sequelae that directly and indirectly induce the integrity of the integumentary system. Generating the advance and the recovery of the appearance and self-esteem, in characteristic to the ones related to the functional health with view to the quality of life of the users, the most sought are: fibro edema gelóide, tissue flaccidity, aging skin, burns, strias, acne. The objective of the present study is to demonstrate the clinical profile of the patients treated in dermatofunctional physiotherapy of a private college in Paraíba. This is a retrospective, exploratory, descriptive study with a quantitative approach related to outpatient visits to dermato-functional physiotherapy, located in a school clinic of a university in the interior of Paraíba. The sample consisted of 117 charts collected through the collection records, during the period from 2014 to 2017, considered as inclusion criteria: patients treated in the dermatofunctional physiotherapy sector and who were under treatment during the period from 2014 to 2017. And excluding the medical records of patients who presented incomplete data. Data collection took place in February and March 2018. In the Body Group composed of 37 records, the female gender (86.5%), the main complaint of localized fat (48.6), brown skin color (67.6%), type of mixed skin (43.2%) and body alteration of FEG (51.4%). The Goglau type II (36.3%) was the most prevalent type of skin, with a predominance of female genitalia (75%), main complaint of melasma (37.5%), brown skin color (57.5%),), phototype classification with type III (41.3%) and grade I acne (52.5%). The survey showed that the profile is a population composed of female individuals, looking for aesthetic, body and facial predominance treatment, with main pathological disorders of localized adiposity, geloidfibroedema and melasma.

Key-words: physiotherapy, treatment, dermatofunctional.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Análise descritiva dos dados sócios demográficos dos indivíduos do grupo corporal..... 33

FIGURA 2: Análise descritiva da anamnese dos indivíduos do grupo corporal..... 34

FIGURA 3: Análise descritiva do exame físico-funcional dos indivíduos do grupo corporal..... 35

FIGURA 4: Análise descritiva dos dados sócios demográficos dos indivíduos do grupo facial..... 36

FIGURA 5: Análise descritiva da anamnese dos indivíduos do grupo facial..... 37

FIGURA 6: Análise descritiva do exame físico-funcional dos indivíduos do grupo facial..... 39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Análise descritiva dos dados sócios demográficos dos indivíduos do grupo corporal..... 33
TABELA 2: Análise descritiva da anamnese dos indivíduos do grupo corporal..... 34
TABELA 3: Análise descritiva do exame físico-funcional dos indivíduos do grupo corporal..... 35
TABELA 4: Análise descritiva dos dados sócios demográficos dos indivíduos do grupo facial..... 36
TABELA 5: Análise descritiva da anamnese dos indivíduos do grupo facial..... 37
TABELA 6: Análise descritiva do exame físico-funcional dos indivíduos do grupo facial..... 39

LISTA DE ABREVIATURAS

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

ABF – Associação Brasileira de Fisioterapia

FEG – Fibroedema Gelóide

LDG – Lipodistrofia Ginóide

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **13**

2 OBJETIVOS **15**
2.1OBJETIVO GERAL 15
2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS 15

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **16**
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL 16
3.2 ATUAÇÃODA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL 17
3.2.1 FIBROEDEMAGELÓIDE 18
3.2.2 ESTRIAS 18
3.2.3 LIPODISTROFIA LOCALIZADA 19
3.2.4 ACNE 19
3.2.5 FLACIDEZ 20
3.2.6 CICATRIZ HIPERTRÓFICA E QUELOIDE 20
3.2.7 RUGAS 20
3.2.8 HIPERCROMIA 21
3.3 RECURSOS DE TRATAMENTO DA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL 21
3.3.1 PEELING FÍSICO 21
3.3.2 CARBOXITERAPIA 21
3.3.3 ELETROLIFTING 22
3.3.4 MICROAGULHAMENTO 22
3.3.5 ALTA FREQUÊNCIA 22
3.3.6 VAPOR DE OZÔNIO 22
3.3.7 DIODOS EMISSORES DE LUZ 23
3.3.8 COSMETOLOGIA 23
3.3.9 RADIOFREQUÊNCIA 23
3.3.10 ULTRACAVITAÇÃO 24
3.3.11 ULTRASSOM 24
3.3.12 LASER 24
3.3.13 ELETROLIPÓLISE 24
3.3.14 MASSAGENS 25

4 MÉTODOS E TÉCNICAS **26**
4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO 26
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM 26
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 27
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS 27
4.5 ANÁLISE DOS DADOS 27
4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO 28

5 ARTIGO: LEVANTAMENTO RETROSPECTIVO DOS ATENDIMENTOS DO AMBULATORIO DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL DE UMA FACULDADE PRIVADA NO SERTÃO PARAIBANO 29
5.1 INTRODUÇÃO 31
5.2 METODOS E TECNICAS 32
5.3 RESULTADOS 33

5.4 DISCUSSÃO 40
5.5 CONCLUSÃO 41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 42

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 44

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 45

APÊNDICES 50
APÊNDICE A: Formulário de coleta dos dados ficha de avaliação fisioterapia dermatofuncional facial 51
APÊNDICE B: Formulário de coleta dos dados ficha de avaliação fisioterapia dermatofuncional corporal 53
APÊNDICE C: Termo de dispensa de TCLE 54
APÊNDICE D: Termo de confidencialidade e sigilo 55
APÊNDICE E:Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável 56

ANEXOS 57
ANEXO A: Termo de Autorização Institucional 58
ANEXO B: Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 59
ANEXO C: Instruções para Autores da Revista Fisioterapia Brasil 62
ANEXO D: Trabalhos Apresentados 64

1 INTRODUÇÃO

Durante anos o homem almejou um belo corpo e boa forma, sendo assim bem definido, forte, curvas exuberantes, enfim, uma aparência invejável aos demais seres da mesma espécie, pois isto impunha respeito e poder. Desta forma, a ciência procurou criar fórmulas, aparelhos, procedimentos cirúrgicos para alcançar tal expectativa humana (TACANI; CAMPOS, 2004).

Flores, Brum e Carvalho (2011) ressaltam que o número de centros compostos por profissionais atuantes em diferentes áreas da saúde vem aumentando, pois se percebe que, em eventuais necessidades do paciente, os atendimentos podem solucionar de forma mais coerente e rápida as alterações existentes.

A fisioterapia dermatofuncional é uma especialidade há pouco tempo reconhecido pelo COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), e vem obtendo espaço ao longo do tempo, abordando as disfunções físico-estético-funcionais resultantes das patologias, procedimentos cirúrgicos e/ou sequelas que induzem direto e indiretamente a integridade do sistema tegumentar. Gerando o avanço e a recuperação da aparência e autoestima, em característico aos elencados à saúde funcional com vistas à qualidade de vida dos usuários (MILANI; JOÃO; FARAH, 2006).

Estabelecida como uma área da fisioterapia que vem cessando o empirismo dos tratamentos estéticos, uma vez que atua na constatação científica dos métodos e técnicas aplicados para o tratamento de patologias, as mais procuradas são: fibroedema gelóide, flacidez tecidual, envelhecimento cutâneo, queimaduras, estrias, acne, além do tratamento de pacientes durante os períodos de pré e pós-operatório de rinoplastia, mamoplastia, lipoaspiração (GUIRRO; GUIRRO, 2004; MILANI; JOÃO; FARAH, 2006).

Assim, essa especialidade de área exclusiva do fisioterapeuta, a cada dia que passa se encontra em maior evidencia na sociedade e a cada dia novos cursos de especialização e aperfeiçoamento profissional nesta área surgem no mercado de capacitação profissional da fisioterapeuta (GUIRRO, 2004).

De atuações variadas e amplas, o fisioterapeuta com especialidade em dermatofuncional atua tanto no âmbito da reabilitação em pós-operatório, nível preventivo e reparação de tecidos e restauração da pele reorganizando as fibras de colágeno melhorando a imagem corporal (BORGES, 2010).

Entretanto, por ser uma das áreas mais recentes da fisioterapia, muitos serviços públicos ainda não dispõem desta especialidade. Fazendo com que o tratamento estético e

reparador da fisioterapia dermatofuncional seja de difícil acesso as populações de baixa renda, impossibilitando ao profissional traçar o perfil populacional que precisa deste tipo de atendimento (MEYER; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2003).

A fisioterapia dermatofuncional faz parte do currículo do curso de fisioterapia das instituições de ensino superior por todo o Brasil, no qual além do ensino teórico os acadêmicos vivenciam as aptidões práticas vinculadas à área da dermatofuncional (GUIRRO, 2004). Sendo assim, as instituições devem possuir um ambulatório específico voltado para o atendimento estético e reparador dentro desta especialidade.

Tendo em vista a crescente demanda para o serviço de clínicas-escolas de fisioterapia para a referida área, surgiram questionamentos quanto à investigação dos perfis sócios demográficos e clínicos dos atendimentos de fisioterapia dermatofuncional em uma Instituição de Ensino Superior Privado na Paraíba, buscando um melhor conhecimento da abrangência e utilidade do serviço, bem como das patologias mais tratadas e tempo de tratamento destes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Demonstrar o perfil clínico dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional de uma faculdade privada na Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar o perfil sócio demográfico dos pacientes;
- Investigar os principais problemas estéticos, observados no setor da fisioterapia dermatofuncional;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

Fisioterapia Dermatofuncional desde o ano de 2009 é validada, pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFFITO) através de sua Resolução nº. 362.É tida como uma especialização exclusiva do profissional fisioterapeuta (CREFITO-8, 2009; COFFITO, 2009).

Historicamente há informações que os fisioterapeutas atuam na área da estética desde meados dos anos 1970. Essa década foi importante para o desenvolvimento e expansão da fisioterapia em diversos setores, inclusive na área da estética (GUIRRO; PIRES, 1992).

Guirro e Guirro (2004) ressaltam que, a partir da observação de alguns recursos utilizados em estética, verificaram o domínio da fisioterapia sobre tais recursos, tanto no aspecto teórico quanto prático, fazendo surgir o interesse da classe pelo assunto, surgindo à fisioterapia aplicada à estética.

Assim, vários fisioterapeutas ingressaram nesta área de atuação, fato que em 1997 gerou a formação de um grupo de estudos (Comissão de Estudos em Fisioterapia Estética) que foi organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), com o objetivo de demonstrar e apontar o papel do fisioterapeuta nesse novo campo, por meio da elaboração de um documento, submetido posteriormente à análise do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (RUIZ, et al; 2001).

Recentemente o COFFITO, fez a substituição do termo “Estética” para Dermatofuncional como tentativa de ampliar a área, conferindo-lhe o conceito de restauração de função, que antes era apenas melhorar ou restaurar a aparência. Apesar do campo de atuação do fisioterapeuta abranger diversas áreas como a ortopedia, cardiologia, respiratória, pediatria e estética, dentre outras, sendo que esta última área ainda é pouco reconhecida (TACANI; CAMPOS, 2004).

A partir daí, a fisioterapia dermatofuncional ganhou força e culminou na publicação da Resolução 362/2009, que reconheceu esta enquanto especialidade. Sendo assim, o profissional ganhou espaço na área da saúde por utilizar recursos específicos, como a preparação para a intervenção cirúrgica, acelerando o processo de recuperação no pós-operatório, prevenção e controle de complicações comuns (FLORES; BRUM; CARVALHO, 2011).

Apesar da evolução conceitual e a importância alcançadas pela fisioterapia dermatofuncional, o profissional ainda enfrenta outros dissabores como a competitividade

com profissionais que preenchem de forma ilegal funções privativas dos fisioterapeutas (TACANI; CAMPOS, 2004).

É importante frisar que a ação fisioterapêutica deve ser amparada por lei, desta forma, o COFFITO-8/78 cita os métodos e técnicas que podem ser abordados, além das precauções que se devem tomar na aplicação dos agentes terapêuticos, a saber, termoterápico ou crioterápico, hidroterápico, aeroterápico, fototerápico, eletroterápico ou sonidoterápico (PIRES, 1998).

A resolução acima mencionada estipula que na prática clínica o fisioterapeuta precisa ficar atento para: o objetivo e a programação da terapia a atingir; o segmento do corpo do indivíduo que irá ser submetido ao exercício; a modalidade do exercício que devera ser aplicada e a intensidade; a técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso; a orientação ao cliente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso e a dosagem da frequência e o número de sessões terapêuticas, com a indicação do período de duração de cada uma (MALERBI; CASTRO, 2008).

Na tentativa de estabelecer uma definição formal, a Fisioterapia Dermatofuncional é uma área de atuação profissional do fisioterapeuta que, ao proporcionar assistência aos indivíduos com disfunções do sistema tegumentar e linfático, possibilita a melhora e a restauração destes tecidos possibilitando, assim, o aumento da sua funcionalidade e aparência estética. Sua atuação passou a comportar intervenções mais complexas, onde podemos citar tratamentos para pacientes queimados, mastectomizados, portadores de dermatoses, de obesidade e outras patologias (PIRES, 2001).

3.2 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

A atuação da fisioterapia dermatofuncional é bem ampla e variada, contendo as seguintes subáreas: disfunções dermatológicas, como acne; disfunções vasculares, como linfedema; disfunções da cicatrização, como queimaduras, cicatrizes hipertróficas, queloides, aderências; disfunções estéticas como fibroedema geloide, estrias, lipodistrofias; e pós-operatórios de cirurgias plásticas reparadoras, de cirurgias plásticas estéticas e de cirurgias vasculares, dentre outras (MILANI, JOÃO; FARAH, 2006). Algumas serão descritas a seguir:

3.2.1 Fibroedema Gelóide

O Fibroedema Gelóide (FEG) é uma das patologias mais comuns, caracterizada por edema no tecido conjuntivo, causado principalmente pelo acúmulo de proteoglicanas no meio extracelular, que levam consigo grande quantidade de água (HEXEL; OLIVEIRA, 2000).

Os septos que realizam a sustentação da pele são finos, de projeções perpendiculares no sexo feminino, e grosso de projeções oblíquas no sexo masculino. A disposição perpendicular dos septos no sexo feminino contribui para expansão desse tecido a superfície da derme, ficando assim mais evidentes. Nota-se ainda rompimento das fibras elásticas e o aumento e proliferação das fibras colágenas, o que gera crescente espessamento do tecido, até se tornar fibrótico, podendo ocorrer comprometimento nervoso, e causar um quadro álgico (PIÉRARD; NIZET; FRANCHIMONT, 2000).

O FEG pode ser causado por fatores predisponentes como a hereditariedade, sexo, desequilíbrio hormonal, determinantes como o estresse, fumo, sedentarismo, desequilíbrios glandulares e metabólicos, maus hábitos alimentares e disfunções hepáticas ou condicionantes como as perturbações circulatórias (TOLEDO, 2000).

Para que se consiga um bom resultado em seu tratamento, este deve ser feito com procedimentos variados e complementares, incluindo completa orientação ao indivíduo tratado, pois se o FEG for abrandado e os hábitos continuarem os mesmos (alimentação inadequada, álcool, fumo, sedentarismo etc.) os resultados serão transitórios (ROSENBAUM, et al; 1998).

3.2.2 Estrias

As estrias são regiões de atrofia de pele, que possuem aspecto linear, com comprimento e largura mutáveis. Podem ser raras ou numerosas, com disposição paralela umas às outras e perpendicularmente às linhas de clivagem da pele. A princípio tem aspecto eritemato-violáceas, finas e podem gerar pruridos (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

Com a evolução do quadro, apresentam aspecto esbranquiçado, quase nacarado, tornando-se mais largas. Podem surgir por um repentino estiramento da pele, e consequentemente ter uma ruptura ou perda de fibras elásticas, outros fatores como:crescimento rápido, aumento do peso ou gravidez, alterações endocrinológicas, principalmente associadas ao uso corticoides e estrógeno, exercício vigoroso e algumas infecções como febre tifoide e hanseníase (AZEVÊDO; TEXEIRA; SANTOS, 2009).

A estria é caracterizada, inicialmente, por lesões leves, prurido, dor, e uma sensação de estiramento, hiperemia local, ficando avermelhada, e vão se transformando em lesões coloridas como: roxo, vermelho ou violeta. Em seguida as lesões tornam-se esbranquiçadas, a epiderme fica delgada, com diminuição da espessura, formando cicatrizes brancas e o tecido fica carente de vascularização (PEREIRA, et al; 2007).

3.2.3 Lipodistrofia Localizada

A Lipodistrofia localizada é o acúmulo regional de tecido adiposo, de localização variada, onde nos homens seu predomínio de células adiposas se encontra na região do abdome e nas mulheres seu maior depósito é em regiões femoroglúteas. Na mulher, a localização pode ser influída por seu biótipo, considerada como ginóide, onde seu acúmulo é na parte inferior do corpo, ou andróide, parte superior. Ainda como parte de sua constituição, a mulher ginóide pode apresentar variações de acúmulo de tecido adiposo (CIPORKIN; PASCHOAL, 1992).

A lipodistrofia ginóide (LDG) atinge mulheres de todas as raças após a puberdade (AVRAM, 2004). Acomete em particular a região glútea e as coxas, podendo ou não estar associado à presença de gordura localizada (PAVICIC, et al; 2006).

3.2.4 Acne

A acne é uma afecção dermatológica que afeta as unidades pilossebáceas de algumas regiões do corpo, sendo muito frequente entre os adolescentes. Provocando alterações físicas e emocionais nos indivíduos afetados em consequência do semblante inestético que a pele passa apresentar em virtude da formação de comedões, papulas, cisto, nódulos e pústulas que tendem a gerar cicatrizes aprofundadas, deprimidas e hipertroficas na pele (LIMA, 2006; MANFRINATO, 2009).

Clinicamente a acne é classificada conforme a sua tipologia em vulgar, hiperandrogênica, iatrogênica, cosmética, escoriado, neonatal, conglobata, fulminante, comedonica, pápulo-pustuloso grave, nódulo-quisto e da mulher adulta (GIACHETTI, 2008; MANFRINATO, 2009). Conforme o seu grau de acometimento ou evolução clínica os diferentes tipos de acne podem ser classificados em acne não inflamatória ou comedoniana, de grau leve, moderado ou grave (MANFRINATO, 2009).

3.2.5 Flacidez

A Flacidez é decorrente da atrofia do tecido, tonando-se de aspecto frouxo, afetando pele ou músculos separadamente. Pode ser decorrente do envelhecimento fisiológico, onde há perda gradativa de massa muscular esquelética, trocada por tecido adiposo, e atrofia do tecido adiposo subcutâneo, dentre outras alterações. O sedentarismo é indicado como causa de flacidez muscular, assim como o emagrecimento em exagero, podendo afetar também a pele (BORKAN, 1983; BERGFELD, 1999).

3.2.6 Cicatriz Hipertrófica e Quelóide

As cicatrizes hipertróficas e os quelóides são definidos por síntese de colágeno com fibras que não se orientam ao longo das linhas de fenda, mas se apresentam em espiral (WOLWACZ; CÉSAR; CIUFO, 2000).

Para Guirro e Guirro (2004), uma cicatriz hipertrófica pode retroceder espontaneamente e a hipertrofia ocorre dentro dos limites da lesão. Já nos casos de quelóide não existe essa melhora espontânea: a fibrose forma-se além dos limites da lesão, apresentando sensação de prurido, ferroadas ou queimação.

3.2.7 Rugas

O principal sinal de envelhecimento são as rugas, onde o colágeno torna-se mais rígido e a elastina vai perdendo sua elasticidade naural, devido à diminuição do número de fibras elásticas e outros componentes do tecido conjuntivo. Podem se apresentar de origem congênita ou no decorrer do tempo devido à ação da musculatura e associada a algumas expressões faciais (GONÇALVES, 1991).

Quanto à classificação clínica, as rugas podem ser: superficiais que desaparecem com o estiramento da pele, ou profundasque não sofrem alteração quando a pele é estirada (KEDE; SABATOVICH, 2004).

Segundo Guirro e Guirro (2004), elas podem ser classificadas em estáticas: conseqüência da fadiga das estruturas que constituem a pele, devido à repetição dos movimentos e aparecem mesmo na ausência deles. Asdinâmicas ou linhas de expressão surgem na realização de movimentos repetitivos damímica facial e aparecem com o

movimento. E as rugas gravitacionais que são conseqüentes daflacidez da pele, culminando com a ptose das estruturas da face.

3.2.8 Hipercromia

Segundo Gonchoroski (2005), a hipercromia é uma desorganização da pigmentação, que provoca uma produção excessiva de melanina, podendo aparecer devido a fatores como o envelhecimento natural, alterações hormonais, alergias, inflamações, entre outros.

Uma das queixas principais são os melasmas, que tem sua hiperpigmentação inestética. Nas manifestações clínicas se tem o surgimento de lesões marrom claro na face, geralmente em regiões malares, na testa, no nairz, lábio superior e nas têmporas (MIOT, et al; 2009).

3.3 RECURSOS DE TRATAMENTO DA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

3.3.1 Peeling Físicos

O Peeling é um tratamento estético, e durante seu processo ocorre à destruição da camada superficial, média ou profunda da pele, sofrendo escamação dessas camadas, eliminado as células mortas e produzindo um rejuvenescimento da pele com redução de marcas e quaisquer outras alterações (BORGES, 2010).

O Peeling de Cristal são micro grânulos de alumínio, jateados pela pressão positiva, provocando erosão e ao mesmo tempo, sugados pela pressão negativa, junto com células córneas. O Peeling de Diamante com pressão negativa faz com que a pele seja suavemente sugada pela manopla, e ocorra o lixamento através de movimentos realizados pelo terapeuta (BORGES, 2006).

3.3.2 Carboxiterapia

A Carboxiterapia é uma técnica onde se utiliza o gás carbônico (CO2), injetado no tecido subcutâneo, estimulando os efeitos fisiológicos como melhora da circulação e oxigenação tecidual, pode ser aplicada em estrias de forma paciente, uma a uma, preenchendo toda sua extensão com o CO2 (CARVALHO; VIANA; ERAZO, 2005).

3.3.3 Eletrolifting

O Eletrolifting é uma técnica que utiliza a corrente galvânica, com o objetivo de atenuar vincos e linhas de expressão, provocando uma sutil agressão na camada superficial da epiderme, sobre as rugas ou linhas de expressão em regiões naso-labiais, perioculares, frontal, entre outras, estimulando a produção de novas células, de colágeno e elastina e incrementando a nutrição local, agindo sobre os tecidos que se encontram desnutridos e enfraquecido. A aplicação da técnica é feita de forma linear, em que a agulha é inserida na pele de forma obliqua, com levantamento da pele permanecendo por aproximadamente 2 segundos, pois aumenta a resposta desejada O resultado depende da profundidade da ruga, a idade e os cuidados que se tem com a pele (GUIRRO, 2001).

3.3.4 Microagulhamento

O Microagulhamento é uma técnica que consiste na utilização de agulhas, causando micro lesões, a partir da perfuração do extrato córneo, sem danos a epiderme, para estimular a produção de colágeno e elastina, abrindo os canais aumentando a permeabilidade dos cosméticos, melhorando a circulação da área, a cicatrização acontece em pouco tempo e a chance de efeitos colaterais é mínima, uma vez que deixa a pele mais densa e resistente. Pode se dizer que a técnica leva a resultados satisfatórios nas disfunções estéticas, melhorando a circulação da área tratada, bem como o aspecto geral do tecido. O numero de sessões varia de acordo com a disfunção e o caso clinico de cada paciente (BORGES, 2006).

3.3.5 Alta Frequência

A Alta frequência é um aparelho que trabalha com correntes alternadas de tensão elevada e baixa intensidade que são transmitidas á superfície da pele, auxiliando na limpeza de pele, aceleração do processo de cicatrização de lesões causadas por acnes, analgesia e anti-inflamatório, apresenta também ação bactericida (CAMPOS, 2005; OLIVEIRA, 2011).

3.3.6 Vapor De Ozônio

O Vapor de Ozônio é frequentemente utilizado em procedimentos de higienização facial, permitindo uma projeção do vapor de água com a adição de ozônio, seu mecanismo de

ação permite o amolecimento de comedões no quadro de acne, para uma melhor extração, promovendo também uma vasodilatação dos óstios e maior permeabilidade cutânea na aplicação de produtos, de propriedades antibacterianas, evoluindo o quadro inflamatório de acne (PEREIRA, 2013).

3.3.7 Diodos Emissores de Luz (LED)

Os Diodos Emissores de Luz são semicondutores complexos que convertem corrente elétrica em um espectro luminoso estreito não coerente, sendo policromático, seguro, não são térmicos, nem invasivos. A terapia luminosa de baixa energia proporciona ao paciente um tratamento sem dor ou efeitos colaterais, acelerando grandemente o processo de cicatrização de feridas, reduzindo risco de infecção (WHELAN et al, 2001; BAROLET, 2008).

3.3.8 Cosmetologia

A Cosmetologia é um recurso que faz uso de cosméticos para potencializar os tratamentos aplicados, serve de suporte para fabricação dos produtos de beleza e verifica suas propriedades. Devido ao avanço da tecnologia os cosméticos estão cada vez mais sofisticados e eficientes, crescendo assim esse ramo, para sua aplicação é preciso saber quais produtos serão utilizados no tratamento, conforme a sua propriedade, qualidade e indicação, a indicação deve ser feita na primeira sessão e reavaliada a cada visita do paciente (BARATA, 2003; PEREIRA 2013).

3.3.9 Radiofrequência

A Radiofrequência um tipo de corrente de alta frequência que age por conversão, quando aplicada produz calor nos tecidos dérmicos, esse calor gerado na derme resulta da polarização e oscilação das moléculas de água, transformando a energia eletromagnética em calor quando absorvida pelos tecidos. Pode promover efeitos atérmicos e térmicos, quando atinge profundamente as camadas tissulares, irá promover a oxigenação, nutrição, vasodilatação dos tecidos e neocolagenização onde o colágeno já existente é reestruturado (AGNE, 2009).

3.3.10 Ultracavitação

A Ultracavitação trata-se do uso de um sistema que incorpora baixa frequência vibratória de ultrassom com o propósito de gerar o fenômeno cavitacional, surgindo uma serie de bolhas de ar que criam uma compressão estável permitindo separar os nódulos de gorduras, rompendo a membrana do adipócitos e "dissolvendo" as gorduras contidas neles, somente no tecido adiposo subcutâneo tratado, deixando intactos os tecidos adjacentes (ZUCCO, 2013).

3.3.11 Ultrassom

O Ultrassom é um tipo de energia sonora longitudinal, com vibrações mecânicas sendo as mesmas de ondas sonoras, não audíveis. De efeito piroelétrico que transforma a energia elétrica em mecânica, penetração profunda e sua transmissão são capazes de produzir alterações celulares, promove o processo de cicatrização, aumenta fluxo sanguíneo, permeabilidade celular, auxilia retorno venoso, entre outros (PRENTICE, 2004).

3.3.12 Laser

O Laser é uma forma de fototerapia, com aplicação de luz monocromática especificando uma cor só, colimação onde os raios são na mesma direção com grandes distâncias e coerente de baixa energia, utilizada em vários tipos de alterações, obtém sucesso também quando utilizado para cicatrização (BAXTER, 2003; BOSSONI, 2007).

3.3.13 Eletrolipólise

A Eletrolipólise é uma técnica utilizada para tratamento de adiposidades localizadas, com aplicação de agulhas finas e longas, no tecido subcutâneo, ligadas a uma corrente de baixa intensidade e frequência. A onda atua diretamente na membrana dos adipócitos e dos lipídios acumulados, produzindo assim sua destruição e eliminação (ASSUMPÇÃO et al, 2006).

3.3.14 Massagens

As massagens denominadas redutoras ou modeladoras, quando executadas adequadamente pode auxiliar na redução de medidas harmonizando os contornos corporais e edemas, estimulando a circulação sanguínea, o metabolismo e as respostas neuromusculares, podendo minimizar também ansiedade e depressão. A massagem redutora consegue atingir as camadas de tecido com acumulo de gordura, favorecendo a redistribuição e remodelação dos contornos corporais (PERES, 2008; NEVES, 2008; TACANI, 2008).

4 MÉTODOS E TÉCNICAS

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de um levantamento retrospectivo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa relacionada aos atendimentos ambulatoriais de fisioterapia dermatofuncional, localizado em uma clinica escola de uma faculdade no interior da Paraíba.

Levantamento é definido como uma pesquisa em que se observam as características de interesse de uma população que foram levantadas, mas sem manipulação (FONSECA, 2002).

O estudo retrospectivo é realizado para explorar fatos do passado, podendo ser feito do momento atual até um determinado ponto no passado, até anos, ou o pesquisador pode marcar um ponto no passado e conduzir até o momento presente pela análise documental (SILVA, 2004).

Gil (2007) afirma que o estudo exploratório tem por objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, visando solucionar problemas ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Quando o assunto é pouco explorado, visando fazer uma investigação mais ampla e ao final do estudo o problema passa a ser mais esclarecido.

Minayo (1993) considera o estudo descritivo aquele que tem como objetivo conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. Neste tipo de investigação, interessa-se descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

O estudo quantitativo tem como objetivo quantificar os resultados obtidos na pesquisa, com amostras geralmente grande e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real da população alvo da pesquisa, se centra na objetividade, influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos (FONSECA, 2002).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população foi formada pelos pacientes atendidos no setor de fisioterapia dermatofuncional, em uma clínica-escola de fisioterapia, no estado da Paraíba.

Para o levantamento da população, correspondente a 188 prontuários, realizou uma consulta nas fichas de avaliação e acompanhamento dos pacientes no setor. A Clínica Escola

atende aproximadamente 20 pessoas, no setor de fisioterapia dermatofuncional, por semestre. A amostra corresponde a 117 prontuários, que apresentavam preenchimento completo.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados como critérios de Inclusão: pacientes acompanhados pelos alunos do setor de fisioterapia dermatofuncional e que tivesse sido atendido no período de 2014 à 2017. E excluídos os prontuários de pacientes que apresentaram dados incompletos.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Quanto aos procedimentos, primeiramente buscou-se a autorização para uso e manipulação dos prontuários junto ao responsável técnico do serviço de fisioterapia e em seguida a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa das FIP sendo aprovada, assim iniciando a coleta dos dados.

A coleta de dados aconteceu nos meses de Fevereiro e Março de 2018. Sendo utilizadas como instrumento de pesquisa, as fichas de avaliação facial e corporal utilizados nos setor de Fisioterapia Dermatofuncional, que contêm os seguintes dados:

- ✓ Ficha de Avaliação Facial: I- Identificação: Gênero, faixa etária, estado civil, filhos, escolaridade e profissão; II- Anamnese: Queixa principal, condições de saúde, aspectos ginecológicos e hábitos de vida; III- Exame físico-funcional: Inspeção, classificação da pele (Goglau), classificação do Fototipo (Fitzpatrick), acne, alterações cutâneas, flacidez de pele e classificação do grau – Lapiere e Pierard.
- ✓ Ficha de Avaliação Corporal: I- Identificação: Gênero, faixa etária, estado civil, filhos, escolaridade e profissão; II- Anamnese: Queixa principal, tabagista, ingestão de bebidas alcoólicas, pratica de atividades físicas, tipo de alimentação e uso de medicamentos; III- Exame físico funcional: inspeção, aspectos biométricos e alterações.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi criada uma planilha do software Excel 2013 para coleta de dados, estruturada e padronizada. Esta foi formulada pelas pesquisadoras e nela registrados os dados obtidos na análise do prontuário dos pacientes, por meio das fichas de coletas (APÊNDICE A e B). A

listagem dos pacientes gerada através da busca nos arquivos da instituição, durante o período de 2013 à 2017.

Estes dados foram manipulados de forma padronizada, através do software Excel Office 2013 e programa SPSS, versão 21.0. Foi realizada análise estatística quantitativa, em porcentagem, média, desvio padrão. As variáveis categóricas expressas em números totais e percentagens.

4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa foi preservada. O protocolo desse estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, juntamente com o termo de dispensa do TCLE (APÊNDICE C) e com o termo de confiabilidade e sigilo (APÊNDICE D), o termo de compromisso do pesquisador (APÊNDICE E) e o Termo de Autorização Institucional (ANEXO A).

5 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA FISIOTERAPIA BRASIL

LEVANTAMENTO RETROSPECTIVO DOS ATENDIMENTOS DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL DE UMA FACULDADE PRIVADA NO SERTÃO PARAIBANO

ARTIGO ORIGINAL

LEVANTAMENTO RETROSPECTIVO DOS ATENDIMENTOS DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL DE UMA FACULDADE PRIVADA NO SERTÃO PARAIBANO

RETROSPECTIVE SURVEY OF THE DERMATOFUNCTIONAL PHYSIOTHERAPY ATTENDANCE OF A PRIVATE FACULTY IN THE PARAIBANO SERTÃO

Débora Marçal Godê de Brito*, Eva Jeminne de L. A. Munguba**.

*Discente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos, ** Professora esp. em Dermatofuncional das Faculdades Integradas de Patos.

Correspondência: Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba

Departamento de Fisioterapia, FIP

Rua: Horário Nóbrega, S/n, Belo Horizonte, Patos-PB, Brasil.

Tel: 83 34217300; Ramal: 239

E-mail: evajeminne@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A fisioterapia dermatofuncional aborda disfunções físico-estético-funcionais. *Objetivo:* Demonstrar o perfil clínico dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional de uma faculdade privada na Paraíba. *Método:* Levantamento retrospectivo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa relacionada aos atendimentos ambulatoriais de fisioterapia dermatofuncional, localizado em uma clínica escola de uma faculdade no interior da Paraíba. A amostragem foi constituída por 117 prontuários coletados por meio das fichas de coletas, durante o período de 2014 a 2017. *Resultados:* No Grupo Corporal composto por 37 prontuários, prevaleceu o gênero feminino (86.5%), queixa principal de gordura localizada (48.6), cor da pele parda (67.6%), tipo de pele mista (43.2%), alteração corporal de FEG (51.4%). Já o Grupo Facial composto por 80 prontuários, prevaleceu gênero feminino (75%), queixa principal de melasma (37.5%), cor da pele parda (57.5%), tipo de pele mista (47.5%), Goglau tipo II (36.3%), classificação de fototipo com tipo III (41.3%) e acne com grau I (52.5%). *Conclusão:* O levantamento feito mostrou que o perfil trata-se de uma população composta por indivíduos do sexo feminino, procurando por tratamento estético, corporal e predominância de facial, com desordens patológicas principais de adiposidade localizada, fibroedemagelóide e melasma.

Palavras-chaves: fisioterapia, tratamento, dermatofuncional.

ABSTRACT

Introduction: Dermatological-functional physiotherapy addresses physical-aesthetic-functional dysfunctions. Objective: To demonstrate the clinical profile of the patients treated in dermatofunctional physiotherapy of a private college in Paraíba. Method: Retrospective, exploratory, descriptive, quantitative approach related to outpatient visits to dermatofunctional physiotherapy, located in a clinic school of a university in the interior of Paraíba. Results: The female group (86.5%), the main complaint of localized fat (48.6%) prevailed in the Body Group composed of 37 medical records. The sample consisted of 117 records collected through the collection records during the period from 2014 to 2017. Results: , brown skin color (67.6%), mixed skin type (43.2%), body alteration of FEG (51.4%). The Goglau type II (36.3%) was the most prevalent type of skin, with a predominance of female genitalia (75%), main complaint of melasma (37.5%), brown skin color (57.5%),), phototype classification with type III (41.3%) and grade I acne (52.5%). Conclusion: The survey showed that the profile is a population composed of female individuals, looking for aesthetic, body and facial predominance treatment, with main pathological disorders of localized adiposity, fibroedemagloid and melasma.

Keywords: Physiotherapy, treatment, dermatofunctional.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a fisioterapia é uma ciência que mantém como objeto de estudo o movimento do corpo humano em seus modelos de expressão e capacidades, inserindo-se na promoção de saúde, na prevenção de doenças e mantendo seu caráter reabilitativo. Assim, ampliando seus objetivos, perspectivas e áreas de atuação, cresceram diversas subáreas, as

quais primam pela isenção de doença e melhora da qualidade de vida, sempre em harmonia com o bem-estar psíquico, físico e social [1,2].

Com isso, surgiu a fisioterapia dermatofuncional (Resolução Coffito nº. 362/2009) reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), objetivando prevenir, promover e/ou restaurar a integridade do sistema tegumentar, afetado direto ou indiretamente por disfunções físico-estéticas funcionais decorrentes de patologias, sequelas e/ou procedimentos cirúrgicos [3,4,5,6].

São vários os campos de atuação da fisioterapia dermatofuncional como: disfunções dermatológicas (acne, dermatoses), disfunções da cicatrização (queimadura, queloides, aderências, úlceras, cicatrizes hipertróficas), disfunções estéticas (fibroedema gelóide, estrias), pós-operatório de cirurgias plásticas, disfunções vasculares (edema), dentre outros, melhorando a autoestima e a imagem corporal [1].

Os pacientes que apresentam os distúrbios acima citados podem sofrer com dores, parestesias, limitações funcionais, pruridos, edemas importantes, feridas abertas que podem favorecer ao aparecimento de infecções, além de apresentar alterações psicoemocionais. O fisioterapeuta disponibiliza de uma serie de recursos próprios para a reabilitação desses pacientes e retorno as atividades de vida diária o mais rápido possível [7].

Porém, por se uma área mais recente da fisioterapia muitos serviços não disponibilizam desta especialidade, dificultando assim o acesso à população mais carente, o que dificulta ao profissional traçar o perfil populacional que precisa desse determinado atendimento [8]. Dessa forma, o objetivo deste estudo é demostrar o perfil clínico dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional de uma faculdade privada na Paraíba.

MÉTODOS E TÉCNICAS

Trata-se de um levantamento retrospectivo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das FIP, sob numero do parecer 2.394.581, em conformidade com a resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente. A população foi formada pelos 117 prontuários, coletados na Clinica Escola de Fisioterapia, no estado da Paraíba.

Foram considerados como critérios de inclusão: pacientes atendidos no setor de fisioterapia dermatofuncional e que estivessem em tratamento durante o período de 2014 a 2017. E excluídos os prontuários de pacientes que apresentaram dados incompletos. A coleta de dados aconteceu nos meses de Fevereiro e Março de 2018.

Para a coleta de dados foram utilizadas como instrumento de pesquisa as fichas de avaliação facial e corporal usados no setor de fisioterapia dermatofuncional, que continham os seguintes dados:Ficha de Avaliação Facial: I- Identificação: gênero, faixa etária, estado civil, filhos, escolaridade e profissão; II- Anamnese: queixa principal, condições de saúde, aspectos ginecológicos e hábitos de vida; III- Exame físico-funcional: inspeção, classificação da pele (Goglau), classificação do Fototipo (Fitzpatrick), acne, alterações cutâneas, flacidez de pele e classificação do grau – Lapiere e Pierard.Ficha de Avaliação Corporal: I- Identificação: gênero, faixa etária, estado civil, filhos, escolaridade e profissão; II- Anamnese: queixa principal, tabagista, ingestão de bebidas alcoólicas, prática de atividades físicas, tipo de alimentação e uso de medicamentos; III- Exame físico funcional: inspeção, aspectos biométricos e alterações.

A análise de dados foi realizada através do software SPSS, com análise estatística quantitativa, em porcentagem, média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas em números totais e percentagens.

RESULTADOS

A análise dos prontuários constou de 117 fichas coletadas, com uma faixa etária que variou de 13 á 72 anos, apresentando uma média total de 30.38 – 32.08 (± 9.768 – ±13.809) anos de idade. Para uma melhor interpretação dos resultados, os dados foram divididos em dois grupos, GC = grupo corporal e GF = grupo facial.

O grupo corporal composto por 37 prontuários apresentou os seguintes dados sócios demográficos: média de idade dos frequentadores do ambulatório foi de 30.38 (± 9.768) anos, sendo que a maioria do grupo era formada pelo gênero feminino (n= 32; 86.5%), não tinham filhos (n= 21; 56.8%),eram solteiros(n=25; 67.6%), de nível superior incompleto (n= 17; 45.9%) e como queixa principal destacaram a gordura localizada (n= 18; 48.6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva dos dados sócios demográficos dos indivíduos do grupo corporal.

Variáveis Categóricas	**n**	**%**
Sexo		
Feminino	32	86.5
Masculino	5	13.5
Filhos		
Sim	16	43.2
Não	21	56.8
Estado civil		
Solteiro	25	67.6
Casado	11	29.7
Viúvo	1	2.7
Escolaridade		
Ensino médio incompleto	2	5.4
Ensino médio completo	9	24.3
Ensino superior incompleto	17	45.9
Ensino superior completo	9	24.3
Queixa principal		
Gordura localizada	18	48.6
Estrias	6	16.2
Flacidez	1	2.7
Fibro edema gelóide	2	5.4
Acne	1	2.7
Aderência	1	2.7
Cicatriz	2	5.4
Edema	5	13.5
Queloide	1	2.7
Total	37	100.0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018/ n: número; %: porcentagem

Nos dados apresentados pela anamnese (Tabela 2) os participantes não eram tabagistas (n=36; 97.6%), não faziam ingestão bebida alcoólica (n= 25; 67.6%),praticavam atividades físicas (n= 24; 64.9%), apresentavam uma alimentação variada (n= 26; 70.3%) e não faziam uso de medicamentos (n= 25; 67.6%).

No exame físico, à cor de pele apresentou predominância à pele parda (n= 25; 67.6%) e com tipo de pele mista (n= 16; 43.2%). As alterações posturais eram presentes (n= 32;

86.5%), adiposidade localizada ausente (n= 31; 83.8%) e a forma do corpo ginecóide (n= 18; 48.6%).

Tabela 2 - Análise descritiva da anamnese dos indivíduos do grupo corporal.

Variáveis Categóricas	N	%
Tabagista		
Sim	1	2.7
Não	36	97.3
Ingestão De Bebidas Alcoolicas		
Sim	12	32.4
Não	25	67.6
Pratica de Atividade Fisica		
Sim	24	64.9
Não	13	35.1
Tipo de Alimentação		
Saudavel	11	29.7
Variada	26	70.3
Faz uso de medicamento		
Sim	12	32.4
Não	25	67.6
Cor da Pele		
Branca	11	29.7
Parda	25	67.6
Negra	1	2.7
Tipo de Pele		
Eudérmica	14	37.8
Mista	16	43.2
Atipica	4	10.8
Oleosa	3	8.1
Alterações Posturais		
Presente	32	86.5
Ausente	5	13.5
Adiposidade Localizada		
Presente	6	16.2
Ausente	31	83.8
Forma do Corpo		
Androide	5	13.5
Ginecoide	18	48.6
Padrão misto	14	37.8
Total	37	100.0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018 / n: número; %: porcentagem

De acordo com o exame físico-funcional nos aspectos biométricos foi observado que a pressão arterial diastólica estava em 115.95 mmHg (±12.793), pressão arterial sistólica 73.24 mmHg (±14.153), frequência cardíaca 71.05bpm (±9.953), altura 19.3cm (±51.60923), peso 74.27Kg (±14.960) e IMC 25.81 (±14.960).

Em relação às alterações corporais foi observado que os participantes apresentavam em sua maioria fibroedema gelóide (n= 19; 51.4%). No entanto, as demais variáveis equimoses (n= 37; 100%), hematoma (n= 36; 97.3%), víbice (n= 36; 97.3%), aderência (n= 35; 94.6%), retração (n= 36; 97.3%), quelóide (n= 35; 94.6%), hipotonia muscular (n= 33;

89.2%), deiscências (n=37; 100%), edema (n= 30; 81.1%), cicatriz hipertrófica (n= 33; 89.2%), estrias (n= 26; 70.3%), discromias (n= 35; 94.6%) e flacidez tissular (n= 21; 56.8%) não foram relatadas de forma predominante (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise descritiva do exame físico-funcional dos indivíduos do grupo corporal.

Variáveis Categóricas	N	%
Fibroedema Gelóide		
Sim	19	51.4
Não	18	48.6
Equimose		
Sim		
Não	37	100.0
Hematoma		
Sim	1	2.7
Não	36	97.3
Vibice		
Sim	1	2.7
Não	36	97.3
Aderência		
Sim	2	5.4
Não	35	94.6
Retração		
Sim	1	2.7
Não	36	97.3
Queloide		
Sim	2	5.4
Não	35	94.6
Hipotonia Muscular		
Sim	4	10.8
Não	33	89.2
Deiscencia		
Sim		
Não	37	100.0
Edema		
Sim	7	18.9
Não	30	81.1
Cicatriz Hipertrofica		
Sim	4	10.8
Não	33	89.2
Estrias		
Sim	26	70.3
Não	11	29.7
Discromias		
Sim	2	5.4
Não	35	94.6
Flacidez Tissular		
Sim	16	43.2
Não	21	56.8
Total	37	100.0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018 / n: número; %: porcentagem

No grupo facial composto por 80 prontuários apresentou os seguintes dados sócios demográficos: a média de idade dos frequentadores do ambulatório foi de 32.08 (±13.809) anos, sendo que a maioria do grupo era formada pelo gênero feminino (n= 60; 75%), não tinham filhos (n= 47; 58.8%), eram solteiros (n= 48; 60%), de nível escolar superior incompleto (n= 37; 46.3%), profissão de estudante (n= 36; 45%) e queixa principal de melasma (n= 30; 37.5%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise descritiva dos dados sócios demográficos dos indivíduos do grupo facial.

Variáveis Categóricas	**N**	**%**
Sexo		
Feminino	60	75.0
Masculino	20	25.0
Filhos		
Sim	33	41.3
Não	47	58.8
Estado Civil		
Solteiro	48	60.0
Casado	23	28.8
Separado/Divorciado	9	11.3
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	5	6.3
Ensino médio incompleto	5	6.3
Ensino médio completo	10	12.5
Ensino superior incompleto	37	46.3
Ensino superior completo	23	28.8
Profissão		
Estudante	36	45.0
Carteira Assinada	27	33.8
Autonomo	16	20.0
Desempregado	1	1.3
Queixa Principal		
Melasma	30	37.5
Rugas	9	11.3
Acne	21	26.3
Comedões	3	3.8
Cicatriz de acne	9	11.3
Oleosidade	3	3.8
Descamação	2	2.5
Discromias	1	1.3
Olheiras	1	1.3
Flacidez tecidual	1	1.3
Total	80	100.0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018 / n: número; %: porcentagem

Segundo os dados coletados pela anamnese (Tabela 5), os participantes não apresentavam em sua maioria problemas alérgicos, doenças reumáticas, diabetes, doenças sanguíneas. Os prontuários analisados identificam que os participantes não fizeram cirurgias anteriores, não utilizam implantes metálicos, não fazem uso de medicamentos, patologias dérmicas, problemas intestinais, problemas hormonais, problemas circulatórios, relacionados às condições de saúde.

Em relação aos aspectos ginecológicos os participantes não se encontravam na menopausa (n= 51; 63.8%), o ciclo menstrual apresentou-se regular (n= 41; 51.3%), sem presença de dismenorréia (n= 40; 50%), além de não utilizarem métodos anticoncepcionais (n= 36; 45%).

Quanto aos hábitos de vida o tipo de alimentação foi considerado variada (n= 45; 56.3%), não fazem dieta (n= 69; 86.3%), relatando muita ingestão de água diariamente(n= 35; 43.8%), sem ingestão de bebida alcóolica (n= 48; 60%), não são tabagista (n= 76; 95%), com ótima qualidade de sono (n= 29; 36.3%), são praticantes de atividades físicas (n= 44; 55%) e já realizaram tratamento estético anterior (n= 41; 51.3%).

Tabela 5 - Análise descritiva da anamnese dos indivíduos do grupo facial.

Variáveis Categóricas	N	%
Alergia		
Sim	8	10.0
Não	72	90.0
Doenças Reumaticas		
Sim	2	2.5
Não	78	97.5
Diabetes		
Sim	1	1.3
Não	79	98.8
Doenças Sanguineas		
Sim		
Não	80	100.0
Cirurgias Anteriores		
Sim	28	35.0
Não	52	65.0
Faz Uso de Implantes		
Sim	1	1.3
Não	79	98.8
Faz Uso de Medicamento		
Sim	11	13.8
Não	69	86.3
Patologia Dermica		
Sim	12	15.0
Não	68	85.0
Problemas Intestinais		
Sim	7	8.8
Não	73	91.3
Problemas Hormonais		
Sim	10	12.5
Não	70	87.5
Problemas Circulatorios		
Sim	6	7.5
Não	74	92.5
Menopausa		
Sim	9	11.3
Não	51	63.8
Ciclo Menstrual		
Regular	41	51.3

Irregular	10	12.5
Dismenorreia		
Sim	11	13.8
Não	40	50.0
Uso de Anticoncepcional		
Sim	15	18.8
Não	36	45.0
Alimentação		
Saudavel	23	28.8
Variada	45	56.3
Não saudavel	12	15.0
Dieta		
Sim	11	13.8
Não	69	86.3
Ingestão Diária de Agua		
Pouco	14	17.5
Moderado	31	38.8
Muito	35	43.8
Ingestão de Bebida Alcoolico		
Sim	32	40.0
Não	48	60.0
Tabagista		
Sim	4	5.0
Não	76	95.0
Qualidade do Sono		
Otima	29	36.3
Boa	27	33.8
Moderada	19	23.8
Pessima	5	6.3
Pratica de Atividade Fisica		
Sim	44	55.0
Não	36	45.0
Tratamento Estetico Anterior		
Sim	41	51.3
Não	39	48.8
Total	80	100.0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018 / n: número; %: porcentagem

Os dados coletados para o exame físico-funcional mostrou que os participantes predominavam com a cor da pele parda (n= 46; 57.5%), tipo de pele mista (n= 38; 47.5%), a classificação da pele (Goglau) do tipo II (n= 29; 36.3%), classificação do fototipo com tipo III (n= 33; 41.3%) e acne com grau I (n= 42; 52.5%).

Com relação às principais alterações cutâneas, não foram observados em sua maioria a presença de milio (n= 43; 53.8%), couperose (n= 77; 96.3%), seborreia (n= 53; 66.3%), nevus (n= 48; 60%), xantelasma (n= 78; 97.5%), tricose (n= 76; 95%), rosácea (n= 78; 97.5%), dermatite (n= 72; 90%), verrugas (n= 75; 93.8%), melasma (n= 53; 66.3%), efélides (n= 71; 88.8%), discromias (n= 55; 68.8%), fotoenvelhecimento (n= 69; 86.3%), flacidez de pele (n= 61; 76.3%). Já a classificação de grau de Lapiere e Pierard apresentou predominância com grau I (n= 65; 81.3%).

Tabela 6 - Análise descritiva do exame físico-funcional dos indivíduos do grupo facial.

Variáveis Categóricas	N	%
Cor Da Pele		
Branca	30	37.5
Parda	46	57.5
Negra	3	3.8
Amarela	1	1.3
Tipo De Pele		
Hidratada	10	12.5
Desidratada	3	3.8
Eudermica	3	3.8
Mista	38	47.5
Atipica	2	2.5
Lipidica	24	30.0
Classificação De Pele		
Tipo I	22	27.5
Tipo II	29	36.3
Tipo III	27	33.8
Tipo IV	2	2.5
Classificação De Fototipo		
Tipo I	11	13.8
Tipo II	27	33.8
Tipo III	33	41.3
Tipo IV	9	11.3
Acne		
Grau I	42	52.5
Grau II	36	45.0
Grau II	2	2.5
Milio		
Sim	37	46.3
Não	43	53.8
Couperouse		
Sim	3	3.8
Não	77	96.3
Seborreia		
Sim	27	33.8
Não	53	66.3
Nevus		
Sim	32	40.0
Não	48	60.0
Xantelasma		
Sim	2	2.5
Não	78	97.5
Tricose		
Sim	4	5.0
Não	76	95.0
Rosacea		
Sim	2	2.5
Não	78	97.5

Dermatite		
Sim	8	10.0
Não	72	90.0
Verrugas		
Sim	5	6.3
Não	75	93.8
Melasma		
Sim	27	33.8
Não	53	66.3
Efelides		
Sim	9	11.3
Não	71	88.8
Discromias		
Sim	25	31.3
Não	55	68.8
Fotoenvelhecimento		
Sim	11	13.8
Não	69	86.3
Flacidez de Pele		
Sim	19	23.8
Não	61	76.3
Classificação de Lapieri e Pierard		
Grau I	65	81.3
Grau II	8	10.0
Grau III	7	8.8
Total	80	100.0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018 / n: número; %: porcentagem

DISCUSSÃO

A fisioterapia dermatofuncional é uma área de atuação profissional que pode intervir na clínica humana juntamente com profissionais de diversas áreas e especialidades em casos clínicos distintos, com clientes próprios ou exclusivos. A mesma apresenta algumas peculiaridades interessantes, como a abordagem das alterações físico-estético-funcionais de seus clientes [9].

Em relação à idade, observou-se mínimo de 13 anos e máxima de 72 anos, mostrando que as disfunções dermatológicas podem afetar tanto adolescentes quanto idosos [10].

De acordo com Meyer, Medeiros, Oliveira [11] percebe-se que a maior parte dos atendimentos em fisioterapia dermatofuncional é realizada em ambos os sexos, mas com larga predominância do sexo feminino, situação similar à encontrada nesse estudo. Isso se dá provavelmente porque as alterações hormonais e ponderais podem provocar alterações corporais.

Devido ao padrão de beleza imposto atualmente, somado ao crescimento do número de pessoas com sobrepeso no Brasil, observa-se insatisfação com a imagem corporal, levando a procura de tratamentos estéticos, principalmente de adiposidade localizada, sendo a queixa principal dos mesmos. Essa afirmativa foi confirmada nos achados deste estudo e reforça a importância da busca por tratamentos desta patologia [12].

Nos prontuários analisados, a cor de pele mais prevalente foi parda. A cor da pele e tipo de pele podem ser um determinante importante que está ligado a maior ou menor incidência para o aparecimento de disfunções estéticas [13].

As insatisfações estéticas, tais como o surgimento de estrias, edema e cicatriz hipertrófica apareceram como coadjuvante. Prevalecendo o fibroedema gelóide Atualmente, devido o avanço da medicina aliado à tecnologia, já existem técnicas não invasivas para corrigir certas imperfeições faciais ou corporais [14].

Na procura por tratamentos estéticos faciais foi observada a predominância sobre a queixa de melasma. As manchas na face são destaque para inúmeras hipóteses, que envolvem desde o não cuidado com os raios solares até a queimadura por produtos químicos [15].

Quando aparecem às acnes, cravos, pele oleosa, essas consequências fazem com que os indivíduos insatisfeitos consigo mesmo, procurem por tratamentos para prevenção e para buscar produtos corretos e adequados para cada tipo de pele, com um profissional [15].

Nos dias de hoje, o novo conceito de saúde incorpora que a mesma é constituída por um bem-estar, físico, mental, espiritual e social, as disfunções estéticas tem se tornado cada vez mais importantes do ponto de vista terapêutico, nas diferentes áreas e profissões da saúde humana. Assim, diante do presente estudo notou-se que alguns pacientes procuram por tratamento relacionado à estética [16].

Em relação à classificação de Goglau, 36.3% dos pacientes apresentavam tipo II. Conforme o paciente envelhece, as rugas começam a aparecer, primeiramente, apenas quando o rosto está em movimento, usualmente como linhas de expressão, paralelas aos lábios, cantos da boca e outras pequenas áreas. Esses pacientes, frequentemente, utilizam maquiagem para diminuir a irregularidade na cor e eles estão normalmente nos seus trinta ou quarenta anos de idade. Quando está imóvel, o rosto não apresenta linhas. Esses pacientes são caracterizados com o tipo II na escala de Goglau, "rugas apenas em movimento" [17].

Na descrição de Lapiere e Pierard o grau I corresponde às rugas de expressão, sem alteração dermoepidérmica; o grau II refere-se a rugas finas ou com ondulações, devido o estreitamento dermoepidérmica; e o grau III confere as rugas gravitacionais, com a presença de alteração gravitacional modificando a estrutura dermoepidérmica e musculares. Nesta pesquisa, 81.3% das pacientes apresentavam grau 1 segundo a classificação de Lapiere e Pierard [18].

Para tratamento da gordura localizada, a Endermologie® é tida como um recurso para melhoria do contorno corporal. Durante a aplicação desse método, há uma pressão positiva dos roletes do cabeçote que, associada à pressão negativa da sucção controlada do aparelho, causam dano às células adiposas, o que vai culminar em sua remodelação, ou seja, sua melhor distribuição no tecido [19].

Verificou-se que existem dificuldades na interpretação dos registros coletados originados pela falta de clareza, itens não declarados e, principalmente espaços em branco. Estes fatores implicam no prejuízo ao realizar pesquisas epidemiológicas. Diversos estudos demonstram dificuldades similares na coleta dos dados, para que o prontuário cumpra sua função como norteador de conduta dos diversos profissionais que o utilizam, deve estar redigido com clareza, permitindo um bom fluxo de informações e comunicação [20].

Esta pesquisa julgou-se importante, pois baseado nela, futuramente, outros artigos podem ser desenvolvidos para comparação com as características epidemiológicas aqui encontradas [14].

CONCLUSÕES

Através do presente estudo pode-se considerar que o perfil dos pacientes atendidos na clinica escola de uma faculdade privada, trata-se de uma população composta por indivíduos do sexo feminino, com idade média de 13 a 72 anos, procurando por tratamento estético,

corporal e predominância de facial, com desordens patológicas principais de adiposidade localizada, fibroedema gelóide, melasma, rugas e acne.

Assim, as informações apresentadas neste estudo descreveram os principais problemas de saúde apresentados pelos pacientes que buscam a fisioterapia dermatofuncional. Dessa forma, este estudo contribuiu para nortear os fisioterapeutas, com relação às características dos indivíduos que necessitam desta área da fisioterapia, bem como algumas possibilidades terapêuticas, permitindo melhor qualidade do tratamento especializado para cada indivíduo.

Contudo, as possibilidades de pesquisa e informações sobre essa área ainda estão distantes de serem esgotadas, por isso sugerem-se mais estudos sobre o perfil dos pacientes que buscam a fisioterapia dermatofuncional, a fim de favorecer seu crescimento e padronizar as ações terapêuticas para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Milani GB, João SMA,Farah EA. Fundamentos da Fisioterapia Dermato-Funcional: Revisão de literatura. RevfisioterPesqui. 2006; 13 (1):37-43.
2. Tacani, Rogério Eduardo; Campos, Maria Silvia Mariani Pires. A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: Perspectivas históricas e atuais. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano II, n. 4, 2004.
3. CREFITO 3. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo. [citado set. 2017] Disponívelem: http://www.crefito3.com.br.
4. COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fisioterapia: definições e áreas de atuação. [citado set. 2017]. Disponível em: http://www.coffito.org.br/ conteudo_1.asp?id=8.
5. Guirro, ECO, Guirro, RRJ. Fisioterapia em Estética: fundamentos, recursos e patologias. 1. ed. São Paulo: Manole, 1992.
6. Pires de Campos MSM. Fibro-edema gelóide subcutâneo. Revista de Ciência&Tecnologia, 1(1): 77-82, 1992.
7. Guirro, E.C.O.; Guirro, R.R.J. Fisioterapia Dermato-Funcional. 3.ed. São Paulo: Manole; 2004. 584p.
8. Borges FS. Dermato-funcional: modalidades terapêutica nas disfunções estéticas. 2a Ed.São Paulo, Editora: Phorte, 2010.
9. Tacani, Rogério Eduardo; Campos, Maria Silvia Mariani Pires. A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: Perspectivas históricas e atuais. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano II, n. 4, 2004.
10. Coutinho BBA, Balbuena MB, Anbar RA, Anbar RA, Gomes AK, Gomes APYN. Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermaria de queimados da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS. RevBrasCirPlast2010;25(4):600-3.
11. Meyer PF, Medeiros JO, Oliveira SG. O papel psicossocial do ambulatório de fisioterapia dermatofuncional na saúde da população de baixa renda, Fisioter. Mov. 2003; 6(4): 55-61.
12. Manuskiatti W, Wachirakaphan C, Lektrakul N, Varothai S. Circumference reduction and cellulite treatment with a TriPollar radiofrequency device: a pilot study. Journal European Academy of Dermatology and Venereology. July 2009; 23, 7: 820-827.
13. Araujo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araujo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. Interface. Comunic., Saude, Educação. 2009; 13(31):383-394.
14. Davis B. Gordura Localizada em homens. Personalité. 2007;51(1):65-68.

15. Souza, alessandrapolydoro; Fillipin, analaurasenne; Reis, gislaine. perfil dos clientes que buscam por tratamentos estéticos faciais em clínicas estéticas na região de cruz alta. 2015.
16. Medeiros PF, Bernardes AG, Guareschi NNF. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. Psic.: Teor. e Pesquisa. 2005; 21(3): 263-269.
17. Brand VC. Avaliação de rugas cutâneas da região periorbital baseada em processamento digital de imagem. Curitiba. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Paraná; 2007.
18. Kede MV, Sabatovich O. Dermatologia Estética. São Paulo: Atheneu, 2004.
19. Chang P, Wiseman J, Jacob T, Salisbury AV, Ersek RA. Noninvasive mechanical body contouring (endermologie): a one-year clinical outcome study update. AestheticPlastSurg.1998;22:145-53.
20. Renner JS, Weber CI, Barth M. A clareza no registro do prontuário: percepção dos profissionais de fisioterapia. EF Deportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. 2014; 19(199);1-8.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma grande preocupação atual em atingir o padrão de beleza ideal, o que faz com que sujeitos fiquem insatisfeitos com seu corpo por acreditarem que não está de acordo com os padrões pré-estabelecidos. A Fisioterapia Dermatofuncional proporciona grandes benefícios estéticos, e, sobretudo qualidade de vida e o bem-estar, a esses indivíduos que estão insatisfeitos com algo em seu corpo.

Os resultados apresentados neste estudo foram estabelecidos a partir de uma amostra de 117 prontuários coletados de indivíduos que faziam tratamento estético no ambulatório de fisioterapia dermatofuncional de uma faculdade privada no sertão paraibano.

Através dos resultados obtidos nos dados sócios demográficos revelaram que no grupo corporal composto por 37 prontuários coletados e no grupo facial composto por 80 prontuários coletados, os indivíduos eram em sua maioria composto pelo gênero feminino, não tinham filhos, eram solteiros, praticavam atividades físicas e tinham uma alimentação saudável.

Nos dados coletados da anamnese os indivíduos que faziam os dois grupos GC e GF tinham cor de pele parda e tipo de pele mista, já tinham realizado algum tipo de tratamento estético anterior, sua forma do corpo era ginecoide e apresentavam alterações posturais.

Já os dados coletados para o exame físico-funcional, a queixa principal dos indivíduos do GC era a gordura localizada e presença de fibroedema gelóide e no GF era a presença de melasma e ainda apresentavam graus e tipos diferentes e relação as classificações de Goglau grau II, Fototipo tipo III, Acne grau I e classificação de Lapiere e Pierard grau I.

Assim, este artigo científico veio para ampliar o conhecimento no campo da fisioterapia dermatofuncional. Norteando profissionais, docentes e estudantes com relação às características dos indivíduos que necessitam desta área da fisioterapia, bem como algumas possibilidades terapêuticas e seu desfecho, permitindo melhor prescrição e elaboração do tratamento. Para a população, tais informações podem ser de grande valia quando as pessoas forem procurar tratamento fisioterapêutico ou estético, evitando agravamento de doenças pela falta de conhecimento da atuação da fisioterapia dermatofuncional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNE JE. **Eu Sei Eletroterapia.**1 ed. Santa Maria: Pallotti, 2009.

ASSUMPÇÃO, A.C.; SOUZA, A.; MÁXIMO, L.; CARDOSO, M.C.; BORGES, F.S. **Eletrolipólise (Eletrolipoforese) In: Borges,F.S. Dermato-Funcional: Modalidades Terapêuticas nas Disfunções Estéticas.**São Paulo: Phorte, p.217-225, 2006.

AVRAM MM. **Cellulite: a review of its physiology and treatment.** J Cosmet Laser Ther. V.6, p.181–185, 2004.

AZEVÊDO, F. S.; TEIXEIRA, G. M.; SANTOS, L. L. A. **Análise do grau de satisfação de universitárias submetidas ao tratamento de estrias atróficas através da corrente microgalvânica.** Fisioterapia Ser, v. 7, n. 2, p. 72-76, 2009.

BARATA, Eduardo A. F., **A cosmetologia princípios básicos.** São Paulo: Tecnopress, 2003.

BAROLET, D. **Light-emitting diodes (led) in dermatology**. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery, v.27, p.227-238, 2008.

BAXTER D. **Laserterapia de baixa intensidade.** In: Kitchen S, ed. Eletroterapia: prática baseada em evidências. 11ª ed. Barueri: Manole; P.171-88, 2003.

BERGFELD WF.**A lifetime of healthy skin: implications for women.** Int J FertilWomens Med; v.44, n.2, p.83-95, 1999.

BORGES FS. **Dermato-funcional: modalidades terapêutica nas disfunções estéticas.** 2a Ed.São Paulo, Editora: Phorte, 2010.

BORGES, Fabio dos Santos. **Modalidades terapêutica nas disfunções estéticas.** São Paulo, Phorte, 2006.

BORKAN, GA, Hults DE, Gerzof SG, Robbins AH, Silbert CK. **Age changes in body composition revealed by computed tomography.**J Gerontol. V.38, n.6, p.673-7, 1983.

BOSSONI PS. **Laser de baixa intensidade (670nm) na viabilidade do retalho cutâneo randômico em ratos** [Dissertação de Mestrado]. São Carlos: Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia (Escola de Engenharia de São Carlos, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Instituto de Química de São Carlos), Universidade de São Paulo; 2007. 132p.

BRASIL. **Decreto-lei no. 938 de 13 de outubro de 1969.** Diário Oficial, Brasília, 16 de outubro de 1969. (Seção 1. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências).

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.**

CAMPOS MSMP. **Manual do aparelho HVG Compact.** KW Indústria Nacional de Tecnologia Eletronica Ltda.- EPP. Revisão 09/2005.

CARVALHO, ACO, Viana, PC, Erazo, P. **Carboxiterapia – Nova Proposta para Rejuvenescimento Cutâneo.**In Yamaguchi C.I Annual Meeting of Aesthetic Procedures. São Paulo: Santos. P.575-79, 2005.

CIPORKIN H, Paschoal LH. **Atualização terapêutica e fisiopatogênica da lipodistrofiaginóide (LDG) "celulite"**. São Paulo: Santos; 1992.

COFFITO – **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fisioterapia: definições e áreas de atuação.** [citado set. 2017]. Disponível em: http://www.coffito.org.br/ conteudo_1.asp?id=8.

CREFITO 3. **Conselho Rregional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo**. [citado set. 2017] Disponível em: http://www.crefito3.com.br.

FLORES, Alice; BRUM, Karla Oliveira; CARVALHO, Rogério Mendonça. **Análise descritiva do encaminhamento médico a tratamentos fisioterapêuticos dermatofuncionais nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias plásticas cosméticas**. Revista Mundo da Saúde. n. 35, v. 4, 2011.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIACHETTI, A. **Acné Conceptos actuales**. Conexion pediátrica, Buenos Aires, v.1, n.2, p.1-6, mar. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONCHOROSKI, Danieli Durks; CORRÊA, Giane Márcia. **Tratamento de Hipercromia Pós-Inflamatória com diferentes formulações clareadoras.**Infarma, São Paulo, v. 17, n.3/4, p.84-88,2005.

GONÇALVES, A. P. **Envelhecimento Cutâneo Cronológico.** In: Anais Brasileiros de Cosmetologia, 1991.

GUIRRO, ECO, Guirro, RRJ. **Fisioterapia em Estética: fundamentos, recursos e patologias.** 1. ed. São Paulo: Manole, 1992.

GUIRRO, E.C.O.; GUIRRO, R.R.J. **Fisioterapia Dermato-Funcional.**3.ed. São Paulo: Manole; 2004. 584p.

GUIRRO E, Guirro R. **Fisioterapia dermato-funcional: fundamentos, recursos, patologias.** 3a ed. São Paulo: Manole; 2002.

HEXEL DM, Oliveira NIM. **Tratamento da celulite pela subcisão.** In: Horibe EK. Estética clínica e cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.261-4.

KANG S, Kim KJ, Griffiths CEM, Wong TY, Talwar HS, Fisher GJ, et al. **Topical tretinoin (retinoic acid) improves early stretch marks.**ArchDermatol. v.132, p.519-26, 1996.

KEDE, M.P.V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia Estética.** São Paulo: Atheneu; 2004.

LIMA, L.A.F. **Acne na mulher adulta e tratamento.** Revista Médica da Santa Casa de Maceió, Maceió, v.1, n.1, p. 26-29, jan. 2006.

LOTTI T, Ghersetich I, Grappone C, Dini G. **Proteoglycans in so-called cellulite.** Int J Dermatol. V.29, n.4, p.272-4, 1990.

MALERBI, Fani E. K. & CASTRO, Yara de. **Análise dos dados obtidos no I Censo dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo – Crefito-3.** Abril, 2008. Disponível em: Acesso em: 21 de setembro de 2009.

MANFRINATO, G.L. **Acupuntura estética no tratamento da acne (estudo de caso).** 2009. 58f. Monografia (Especialização em Acupuntura) – Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino, Maringá, 2009.

MCDANIEL DH, Ash K, Zukowski M. **Treatment of stretch marks with the 585-nm flashlamp-pumped pulsed Dye laser.**DermatolSurg. v.22, p.332-7, 1996.

MEYER PF, Medeiros JO, Oliveira SSG. **O papel do psicossocial do ambulatório de fisioterapia Dermato-Funcional na saúde da população de baixa renda.** Fisioterapia em Movimento. v.16, n.4, p.55-61, Out/Dez 2003.

MILANI GB, João SMA,Farah EA. **Fundamentos da Fisioterapia Dermato-Funcional: Revisão de literatura.** RevfisioterPesqui. v.13, n.1, p.37-43, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MIOT, Luciane DonitaBartoli; Mior, Hélio Amante; Márcia Guimarães da Silva; Marques, Mariângela Esther Alencar. **Fisiopatologia do melasma.** An. Bras. Dermatol. V.84, n.6, Nov/Dez 2009.

NEVES SR, Oliveira D. **Eficácia da associação de técnicas manuais e eletrotermoterapia na redução de medidas do abdome.** RevBiolSaudeUnisep. V.1, n.1, p.67-71, 2008.

OLIVEIRA LMN. **Utilização do ozônio através do aparelho de alta frequência no tratamento da úlcera de pressão.** RevBrasCiênciaSaúde. V.9, n.30, p.41-6, 2011.

PAVICIC T, Borelli C, Korting CH. **Cellulite – the greatest skin problem in healthy people?**An approach. JDDG. V.4, p.861–870, 2006.

PEREIRA, L. M. B. N. et al. D. **Efeito da dermotonia no tratamento de estria.** Fisioterapia Ser, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 145-147, 2007.

PEREIRA, Maria de Fátima L., **Recursos técnicos em estética**, Vol. 1, São Caetano do Sul – SP: Ed. Difusão, 2013.

PERES LP. **Drenagem linfática: deve ser oferecida apenas por profissionais habilitados**. Revista Crefito-3. V.5, n.1, p.32-3, 2008.

PIÉRARD GE, Nizet JL, Franchimont CP. **Cellulite: from standing fat herniation to hypodermal stretch marks**. Am J Dermatol.v.22, n.1, p.34-7, 2000.

PIRES de Campos MSM. **Fibro-edema gelóide subcutâneo.** Revista de Ciência & Tecnologia, 1(1): 77-82, 1992.

PIRES de Campos MSM. Solenidade de abertura. In: **I Congresso Brasileiro de Fisioterapia Estética.** Campinas, SP, 1998. Anais. São Paulo, Associação Brasileira de Fisioterapia.

PIRES de Campos MSM. **Fisioterapia dermato-funcional.** Fisioterapia em Revista. V.3, n.4, p. 7, 2001.

PRENTICE, W. E. **Modalidades terapêuticas para fisioterapeutas.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RESOLUÇÃO COFFITO 8, 1978. Disponível em: <http://www.coffito.org.br>. Acesso: 21/09/2017.

RESOLUÇÃO COFFITO 362, 2009. Disponível em: <http://www.coffito.org.br>. Acesso: 21/09/2017.

ROSENBAUM M, Prieto V, Hellmer J, Boschmann M, Krueger J, Leibel RL, et al. **An exploratory investigation on the morphology and biochemistry of cellulite.** PlastReconstrSurg. V.101, n.7, p.1934-9, 1998.

RUIZ da Silva C, Guirro ECO, Prati FAM, Pires de Campos MSM, RossetiHeck R, Tacani RE. **Estudo em Fisioterapia Estética.** Comissão de Estudos em Fisioterapia Estética. Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), 1997. Disponível em http:// www.crefito5.com.br/parec3.htm Acesso em: 18 dez. 2001.

SILVA, Cassandra Ribeiro de O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

TACANI RE, Tacani PM. **Drenagem linfática manual terapêutica ou estética: existe diferença?**RevBrasCiencSaude. 2008;17:71-7.

TACANI, Rogério Eduardo; CAMPOS, Maria Silvia Mariani Pires. **A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: Perspectivas históricas e atuais.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano II, n. 4, 2004.

TOLEDO LS. Lipoplastia no Brasil. In: Horibe EK. **Estética clínica e cirúrgica**. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.265-71.

WHELAN, H.T. et al. **Effect of nasa light-emitting diode irradiation enchances fibroblasts growth impaired by high glucose level.**Photomedicine and Laser Surgery, v.23, n.2, p. 167-171, 2005.

WOLWACZ A, César EO, Ciufo MR, WolwaczJúnior I, Kuyven CR, Deos MF. **Opções terapêuticas nas cicatrizes queloidianas.** RevSocBrasCirPlast. v.15, n.1, p.15-24, 2000.

ZUCCO, Fabíola, **A eficácia da técnica de ultracavitação na redução de gordura localizada abdominal** - THE EFFICACY OF HIGH-INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND ON REDUCING ADIPOSE TISSUE, Novafisio Revista Digital. Rio de Janeiro, Brasil, Ano 16, nº 90, Jan/Fev de 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS
FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL FACIAL

1- IDENTIFICAÇÃO

Sexo: F ( ) M ( ) Idade:_____ Filhos: ( ) Sim ( ) Não
Est.Civil: : ( ) 1. Solteiro(a) ( ) 2. Casado(a) (oficial ou não) ( ) 3. Viúvo(a)
( ) 4. Separado(a)/Divorciado(a) ( ) 0. NS/N/R.
Escolaridade:
( ) 1. Não tem estudos
( ) 2. Ensino fundamental incompleto
( ) 3.Ensino fundamental completo (1° grau)
( ) 4. Ensino médio incompleto
( ) 5. Ensino médio completo (2° grau)
( ) 6. Ensino superior incompleto
( ) 7. Ensino superior completo
( ) 0. N/S
Profissão:_____

2.ANAMNESE:

Queixa Principal:_____

Condições de Saúde:
Alergias: ( )Não ( )Sim Patologias Dérmicas: ( )Não ( )Sim
Doenças Reumáticas: ( )Não ( )Sim Problemas intestinais: ( )Não ( )Sim
Diabetes: ( )Não ( )Sim Problemas hormonais/glandular: ( )Não ( )Sim
Doenças Sanguíneas: ( )Não ( )Sim Problemas Circulatórios: ( )Não ( )Sim
Cirurgias Anteriores: ( )Não ( )Sim
Faz uso de implantes metálicos: ( )Não ( )Sim
Faz uso de algum medicamento? ( )Não ( )Sim

Aspectos Ginecológicos:
Menopausa: ( )Não ( )Sim
Ciclo menstrual:( )Regular ( )Irregular Dismenorréia: ( )Não ( )Sim
Uso de algum método anticoncepcional: ( )Não ( )Sim

Hábitos de Vida:
Alimentação: ( )Saudável ( )Variada ( ) Não Saudável Dieta: ( ) Sim ( )Não
Ingestão diária de água: ( ) pouco ( )moderado ( )muito Copos (300ml)/dia:_____
Ingestão de bebidas alcoólicas:( ) Sim ( )Não
Tabagista: ( ) Sim ( )Não Maços por dia:_____
Qualidade do sono: ( ) ótima ( )boa ( )moderada ( )péssima Horas de sono:_____
Pratica atividades físicas: ( )sim ( )não freqüência semanal:_____
Já fez algum tratamento estético anteriormente? ( )Não( )Sim

3.EXAME FÍSICO-FUNCIONAL

Inspeção:
Cor da pele: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela
Tipo de pele: ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Eudérmica ( ) Mista ( ) Atípica
( ) Lípidica

Classificação da pele (Goglau)
( ) Tipo I – Sem rugas, efélides, textura ideal – 20 anos;
( ) Tipo II – rugas ao movimento, pequenas alterações pigmentares – 30 anos
( ) Tipo III – rugas ao repouso, melasma região zigomática, elastose solar – 40 anos
( ) Tipo IV – Muitas rugas, telangiectasias, hiperpigmentação, hirsutismo e ou hipertricose, tumoração

Classificação do Fototipo (Fitzpatrick)
( ) Tipo I – Muito sensível – queima facilmente e nunca pigmenta
( ) Tipo II – Sensível – queima moderadamente e pigmenta levemente
( ) Tipo III – Moderadamente sensível – queima levemente e pigmenta facilmente
( ) Tipo IV – Muito pouco sensível – nunca queima e está sempre pigmentada
( ) Tipo V – Nunca queima e pigmenta mais que a média
( ) Tipo VI – Pele Negra

Acne:
( ) Grau I – Comedões
( ) Grau II – Comedões abertos, pápulas, seborréia, com ou sem inflamação de pústulas
( ) Grau III – Comedões abertos, pápulas, pústulas, seborréia e cistos;
( ) Grau IV – Todas as complicações acima com a presença de grande nódulos purulentos

Alterações Cutâneas
( ) Mílio ( ) Couperouse ( ) Seborréia ( ) Nevus ( ) Xantelasma ( ) Tricose
( ) Rosácea ( ) Dermatite ( ) Verrugas ( ) Melasma ( ) Efélides ( ) Discromias
( ) Fotoenvelhecimento

Flacidez de Pele: ( )Não ( )Sim, localização:_____

Classificação do Grau – Lapiere e Pierard:
( ) Grau I: Rugas de expressão
( ) Grau II – Afinamento dermoepidérmico
( ) III – Alteração gravitacional com modificações dermoepidérmicas e musculares.

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL CORPORAL

1. IDENTIFICAÇÃO

Sexo: F ( ) M ( ) Idade:_____ Filhos: ( ) Sim ( ) Não
Est.Civil: : ( ) 1. Solteiro(a) ( ) 2. Casado(a) (oficial ou não) ( ) 3. Viúvo(a)
( ) 4. Separado(a)/Divorciado(a) ( ) 0. NS/N/R.
Escolaridade:
( ) 1. Não tem estudos
( ) 2. Ensino fundamental incompleto
( ) 3.Ensino fundamental completo (1° grau)
( ) 4. Ensino médio incompleto
( ) 5. Ensino médio completo (2° grau)
( ) 6. Ensino superior incompleto
( ) 7. Ensino superior completo
( ) 0. N/S

2.ANAMNESE:

Queixa Principal:_____
Tabagista: ( ) Sim ( ) Não Maços por dia:_____
Ingestão de bebidas alcoólicas:( ) Sim ( ) Não
Pratica atividades físicas: ( ) Sim ( ) Não
Tipo de Alimentação: ( ) Saudável ( ) Variada ( ) Não Saudável
Uso de Medicamentos: ( ) Sim ( ) Não

3. EXAME FÍSICO FUNCIONAL

INSPEÇÃO:

Cor da pele: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela
Tipo de pele: ( ) Eudérmica ( ) Mista ( ) Atípica ( ) Oleosa
Alterações Posturais:( ) Ausente ( ) Presente,
Adiposidade Localizada: ( ) Ausente ( ) Presente

ASPECTOS BIOMÉTRICOS

P.A.:_____F.C.:_____
ALTURA:_____cm PESO:_____Kg IMC:_____
Forma do corpo:( ) Andróide ( )Ginecóide ( )Padrão misto

ALTERAÇÕES:

( ) FEG ( ) Equimose ( ) Hematoma ( ) Víbice ( ) Aderência ( ) Retração
( ) Quelóide ( ) Hipotonia Muscular ( ) Deiscência ( ) Edema
( ) Cicatriz Hipertrófica ( ) Estrias ( ) Discromias ( ) Flacidez Tissular

APÊNDICE C – TERMO DE DISPENSA DE TCLE

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de consentimento livre e esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “Levantamento Retrospectivo dos Atendimentos do Ambulatório de Fisioterapia Dermato-Funcional de uma Faculdade Privada no Sertão Paraibano”, com a seguinte justificativa:

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva com o uso de prontuários.
2. Em muitos dos casos, os pacientes já vieram a óbito.
3. Difícil localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o hospital e os consultórios dos médicos responsáveis.
4. Os pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e o telefone já não são os mesmos.

Atenciosamente,

Patos, 09 de Novembro de 2017.

_____

Pesquisador responsável

APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Pesquisador responsável: Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba
Endereço: Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte
CEP: 58704-000/Patos-PB
Fone: (83) 34217300 / 248 – (83) 999842557
E-mail: evamunguba@fiponline.edu.br

Eu EVA JEMINNE DE LUCENA ARAÚJO MUNGUBA, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "Levantamento Retrospectivo dos Atendimentos do Ambulatório de Fisioterapia Dermato-Funcional de uma Faculdade Privada no Sertão Paraibano", declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro

a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisar;
f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Patos-PB, 09 de Novembro de 2017.

EVA JEMINNE DE LUCENA ARAÚJO MUNGUBA
Pesquisador responsável

APÊNDICE E – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Título do projeto: Levantamento retrospectivo dos atendimentos do ambulatório de fisioterapia dermatofuncional de uma faculdade privada no sertão paraibano
Pesquisador responsável: Eva Jeminne de L. A. Munguba
Instituição: Faculdades Integradas de Patos
Telefone para contato: (83) 999842557
Local da coleta de dados: Clinica Escola de Fisioterapia das FIP

O pesquisador do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados em preenchimento de formulário. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em poder do pesquisador por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Pesquisadora Participante Sra. Débora Marçal Godê de Brito. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos em 23/11/2017, com o número de protocolo 2.394.581.

Patos, 09 de Novembro de 2017

EVA JEMINNE DE LUCENA ARAÚJO MUNGUBA
Pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA
CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Eu, **Viviane Valéria de Caldas Guedes Garcia**, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia – FIP, venho por meio deste autorizar o desenvolvimento da pesquisa na Clínica-Escola de Fisioterapia "Dr. Aderban Martins de Medeiros", intitulada **"LEVANTAMENTO RETROSPECTIVO DOS ATENDIMENTOS DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL DE UMA FACULDADE PRIVADA NO SERTÃO PARAIBANO"** sob responsabilidade da acadêmica **DÉBORA MARÇAL GODÊ DE BRITO** e orientadora **Profº Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba** como requisito para a conclusão do curso de Fisioterapia da FIP.

Patos - PB, 09 de Novembro de 2017

Viviane Valéria de Caldas Guedes Garcia
Coordenadora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia - FIP

Viviane Valéria de Caldas Guedes Garcia

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO C - INSTRUÇÕES PARA AUTORES DA REVISTA FISIOTERAPIA BRASIL

ANEXO D – TRABALHOS APRESENTADOS