

Ações interdisciplinares da fisioterapia integrativa nos processos terapêuticos de dor

Interdisciplinary actions of integrative physiotherapy in pain therapeutic processes

Acciones interdisciplinarias de fisioterapia integrativa en procesos terapéuticos del dolor

Rodrigo Martins Tadine¹, Bruno Fracassi², Claudia Conforto³

Como citar: Tadine RM, Fracassi B, Conforto C. Ações interdisciplinares da fisioterapia integrativa nos processos terapêuticos de dor. REVISA. 2022; 11(4): 610-29. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n4.p610a629>

REVISA

1. Instituto Transdisciplinar de Medicina Integrativa e Tecnologia. São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2271-2247>

2. Instituto Transdisciplinar de Medicina Integrativa e Tecnologia. São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5776-5934>

3. Instituto Transdisciplinar de Medicina Integrativa e Tecnologia. São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8036-0564>

Recebido: 23/07/2022
Aprovado: 14/09/2022

RESUMO

Objetivo: demonstrar e discutir através de uma visão Integrativa o impacto do atendimento fisioterápico em pacientes portadores de dores neuromioarticulares agudas e crônicas por meio da aplicação do Questionário SF-36. **Método:** estudo observacional, transversal realizado com 299 pacientes que participaram do núcleo integrativo de dor no período de março a outubro de 2016, em um programa de atendimento padronizado de três blocos de fisioterapia, aplicado o questionário SF - 36 (medical outcomes study 36 - item short - form health survey) como indicador de resposta clínica. Foram incluídos pacientes advindos dos ambulatórios e encaminhados pelos médicos e como critérios de exclusão utilizamos: Pacientes com perda de mobilidade e dor exacerbada ao movimento; não adaptação ao programa; contra indicação médica e abandono do programa com 3 faltas consecutivas. **Resultados:** Ficou evidenciado, que a fisioterapia com o modelo integrativo interdisciplinar, através dos resultados do programa no núcleo da dor efetivamente promoveu a melhora nos quesitos de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor com redução de passagem em pronto socorro, consultas em ambulatórios médicos de ortopedia, cirurgia e grupo de avaliação em coluna e especialidades gerais. **Conclusão:** Demonstra-se que o paciente monitorado por uma equipe integrativa melhora a saúde funcional e gera impacto nos gastos administrativos de um convênio privado através de uma visão integral de saúde. **Descritores:** Fisioterapia; Interdisciplinar; dor; Integrativa; SF-36.

ABSTRACT

Objective: to demonstrate and discuss through an Integrative view the impact of physiotherapeutic care in patients with acute and chronic neuromyoarticular pain through the application of the SF-36 Questionnaire. **Method:** observational, cross-sectional study conducted with 299 patients who participated in the integrative pain nucleus from March to October 2016, in a standardized care program of three physiotherapy blocks, applied the Questionnaire SF - 36 (medical outcomes study 36 - item short - form health survey) as an indicator of clinical response. Patients from outpatient clinics and referred by physicians were included and exclusion criteria were used: Patients with loss of mobility and pain exacerbated by movement; non-adaptation to the programme; against medical indication and abandonment of the program with 3 consecutive absences. **Results:** It was evidenced that physiotherapy with the interdisciplinary integrative model, through the results of the program in the pain nucleus effectively promoted improvement in the terms of functional capacity, limitation by physical aspects and pain with reduced passage in the emergency room, consultations in orthopedic medical outpatient clinics, surgery and evaluation group in spine and general specialties. **Conclusion:** It is demonstrated that the patient monitored by an integrative team improves functional health and generates an impact on the administrative expenses of a private agreement through an integral view of health. **Descriptors:** Physiotherapy; Interdisciplinary; pain; Integrative; SF-36.

RESUMEN

Objetivo: demostrar y discutir a través de una visión integradora el impacto de la atención fisioterapéutica en pacientes con dolor neuromioarticular agudo y crónico a través de la aplicación del Cuestionario SF-36. **Método:** estudio observacional, transversal, realizado con 299 pacientes que participaron en el núcleo integrativo del dolor de marzo a octubre de 2016, en un programa de atención estandarizado de tres bloques de fisioterapia, se aplicó el Cuestionario SF - 36 (estudio de resultados médicos 36 - ítem corto - encuesta de salud forma) como indicador de respuesta clínica. Se incluyeron pacientes de ambulatorios y referidos por médicos y se utilizaron criterios de exclusión: pacientes con pérdida de movilidad y dolor exacerbado por el movimiento; la no adaptación al programa; contra indicación médica y abandono del programa con 3 ausencias consecutivas. **Resultados:** Se evidenció que la fisioterapia con el modelo integrador interdisciplinario, a través de los resultados del programa en el núcleo del dolor promovió efectivamente la mejoría en términos de capacidad funcional, limitación por aspectos físicos y dolor con paso reducido en la sala de emergencias, consultas en ambulatorios médicos ortopédicos, cirugía y grupo de evaluación en columna vertebral y especialidades generales. **Conclusión:** Se demuestra que el paciente monitoreado por un equipo integrador mejora la salud funcional y genera un impacto en los gastos administrativos de un contrato privado a través de una visión integral de la salud. **Descritores:** Fisioterapia; Interdisciplinario; Dolor; Integrante; SF-36.

ORIGINAL

Introdução

O cuidado com saúde teve diferentes modelos desenvolvidos de acordo com o contexto e bases culturais de cada época. Em relação ao modelo atual o qual é biomédico em seu funcionamento apresentou soluções fantásticas para os problemas de saúde e doença. Porém nas últimas décadas tem sido fonte crescente de insatisfação da população devido a dicotomia do cuidado e da superespecialização nas diversas áreas da saúde.¹

Tal insatisfação leva a um movimento de busca por práticas alternativas, intensificando-se na década de 1960, motivado por vários outros fatores, como mudança do perfil de morbimortalidade, com a diminuição das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas em alguns países; aumento da expectativa de vida; crítica à relação assimétrica de poder entre médicos e pacientes, em que o profissional não fornece informações suficientes sobre o tratamento e cura do paciente; consciência de que a medicina convencional é deficiente para solucionar determinadas doenças, especialmente as crônicas; insatisfação com o funcionamento do sistema de saúde moderno, que inclui grandes listas de espera e restrições financeiras; informação sobre o perigo dos efeitos colaterais dos medicamentos e das intervenções cirúrgicas.²

No campo da saúde, o modelo alternativo da medicina é compreendido como o polo oposto do modelo biomédico, pois enquanto a biomedicina investe para desenvolver a dimensão diagnóstica e aprofundar a explicação biológica, principalmente com dados quantitativos, a medicina alternativa volta-se para a dimensão da terapêutica, aprofundando-se nos problemas explicados pelas teorias do estilo de vida e ambiental.²

No final da década de 1990, na tentativa de descrever um novo modelo de saúde que demonstre a integração dos diversos modelos terapêuticos, mais do que simplesmente opere com a lógica complementar, e que ofereça o cuidado integral à saúde, foi criado o termo “Medicina Integrativa” (MI). A palavra “integração” significa o ato ou efeito de se integrar; ação ou política que visa integrar em um grupo as minorias raciais, religiosas, sociais. Uma variedade de definições tem sido usada para descrever a ideia de integração entre as práticas convencionais e não convencionais, porém, atualmente, ainda se busca uma conceituação consistente.³

O conceito de fisiopatologia permite um distanciamento entre o sujeito e sua saúde/doença em uma prática fragmentada e instrumentalista, nesse sentido, é inegável que o objeto de estudo é a fisiopatologia o qual é hegemônico na formulação da Clínica Médica, considerando a doença e não o doente.⁴

Junto a questão de medicina integrativa surge também o termo Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, regulamentadas e inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde (PNPIC/MS), que foi aprovada pela Portaria 971 do MS em maio de 2006, sendo publicado a ampliação de atuação pelo SUS com a portaria nº145/2017. Compreende a arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, osteopático, quiroprático e Reiki.⁵

A fisioterapia integrativa é uma forma diferente de observar e tratar através de outra perspectiva de terapêutica global, o qual o paciente deixa de receber passivamente o tratamento e passa a participar ativamente de sua recuperação funcional, através de adaptações orientadas do estilo de vida e combinações de procedimentos fisioterapêuticos. É um conceito o qual analisa

como o sistema biopsicosocial interfere de forma direta nos diferentes desequilíbrios cinéticos- funcionais do paciente, por meio do modelo integrativo interdisciplinar e transdisciplinar idealizado pelo presidente da sociedade brasileira de medicina integrativa.⁶

Um dos principais pilares da base de tratamento são as terapias manuais em que reequilibra os sintomas corporais principalmente a parte miofaciais e viscerais através das técnicas modernas cinesioterapêuticas.

Para isso utilizam-se as melhores técnicas de diferentes métodos conceituais com a quiropraxia, terapias manuais e instrumentais, técnicas neuromusculares, terapias miofasciais, massagem, cinesioterapia, estabilização segmentar e treinamento funcional. O pilar fundamental de tratamento é auxiliar o paciente a gerenciar e direcionar com emprego de ferramentas de auto-conhecimento e autogestão na manutenção e recuperação de sua saúde funcional.

Neste conceito o objetivo deste estudo foi demonstrar e discutir em uma visão interdisciplinar e transdisciplinar o impacto da fisioterapia integrativa em relação a melhora da capacidade funcional, dor, limitação por aspecto físico e estado geral de saúde através do questionário SF-36 em pacientes do Núcleo Integrativo de Dor no ABC operadora de saúde e correlacionar com dados administrativos gerenciais.

Método

Trata-se de um estudo observacional, transversal de 8 meses de predomínio descritivo de pacientes inseridos no programa de Núcleos Integrativo de Dor no ABC operadora de saúde com prescrição de fisioterapia integrativa pela equipe médica.

Foram selecionados 299 pacientes que participaram do núcleo integrativo, sendo 86 do gênero masculino e 213 do feminino com idade de 0 a 80 anos mais, no período de março a outubro de 2016.

Os pacientes para iniciar o programa realizaram uma consulta inicial com médico ortopedista, clínico ou fisiatra o qual estabelecia o diagnóstico nosológico e prescrevia as terapias em que os pacientes iriam participar dentre elas a fisioterapia que era dividida em terapia individual ou grupo. Também foi encaminhado quando necessário para complementação terapêutica a psicologia, acupuntura, yoga, massoterapia, terapias orientais, reequilíbrio somato-emocional. Após o período de dois meses em média de terapias o paciente retornou em consulta com o médico fisiatra, ortopedista ou clínico que o consultou inicialmente, para reavaliação do quadro clínico. Em relação a fisioterapia cada paciente foi avaliado e realizou 1 sessão semanal por 8 semanas em uma média de 50 minutos cada sessão.

O programa de atendimento da fisioterapia foi padronizado dentro de um protocolo de três blocos de modelo de atendimento conforme descrito no procedimento operacional padrão (POP), desenvolvido pela própria equipe de fisioterapia (Anexo 1).

Para toda população de amostra, independente do perfil de quadro clínico e bloco de atendimento que procedeu ao encaminhamento, foi aplicado o questionário SF - 36 (medical outcomes study 36 - item short - form health survey) do modelo já traduzido ao português em sua versão abreviada, tanto na primeira consulta como na última pelo fisioterapeuta presente. O questionário de qualidade de vida SF36 é um instrumento básico de fácil aplicabilidade e

entendimento, com isso tem um amplo nível de reconhecimento internacional já que é capaz de coletar valores para poder quantificar seus 8 domínios que são capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, sendo os quatro primeiros mais relevantes a este estudo. Para nosso estudo foi considerado melhora nos domínios aqueles pacientes que obtiveram pontuação maior ou igual a 5 pontos conforme referenciado e seguido para interpretação do mesmo. Este questionário possui qualidade e aceitação pois é capaz de coletar os detalhes de cada segmento e possui valores específicos e uma formula própria de cálculos com fina reprodutibilidade e suscetibilidade, obtendo um score final de 0 a 100, sendo o maior valor considerado como bom estado de saúde, tal primor o leva a ser utilizado em vários estudos pelo mundo (Erez G., *et all*, 2016; Lacerda D.C., 2011).

Os dados da SF-36 foram tabulados, calculados e demonstrados os resultados através de tabelas e gráficos pelo sistema desenvolvido pelo site QUALIPES (www.app.qualipes.com.br). Desta forma os resultados apresentados foram demonstrados através de estatística descritiva dos domínios da SF-36 correlacionando os valores da primeira aplicação do questionário com a última na consulta final da fisioterapia para os domínios selecionados para este estudo.

Para referenciar a melhora clinica e correlacionar com o perfil de qualidade administrativa foram analisados alguns marcadores internos institucionais alinhados com as recomendações gerenciais da ANS (Agência Nacional de Saúde): como número de consultas realizadas em pronto- atendimento, ambulatório de ortopedia e ou cirurgia, grupo de avaliação em coluna e ambulatórios de especialidades clinicas gerais do convênio.

Resultados

Para uma amostra total de 299 pacientes analisados, 10 possuem idade ate 20 anos, 40 com idade entre 20 a 40 anos, 118 pacientes são o segundo maior grupo em faixa etária de 40 a 60 anos e o maior grupo cabe a faixa de 60 a 80 anos com um total de 124 pacientes, restando ainda 7 pacientes acima de 80 anos. Pela divisão de gêneros o coletivo feminino é maior do que o masculino, possuindo 213 pessoas para apenas 86 homens.

Ao analisar o resultado geral da somatória de pontos do questionário unindo as faixas etárias e gêneros dos pré-testes no período de tempo delimitado pelo estudo, a categoria de capacidade funcional apresenta o valor de 56 pontos, limitação por aspecto físicos uma montante de 47 pontos, 58 pontos para variante dor e para estado geral de saúde a quantia de 57 pontos. O pós-teste também, aponta o modo capacidade funcional obteve o peso de 61 pontos, a modalidade de limitação por aspectos físicos gerou um relevante acréscimo para 56 pontos, dor demonstrou o valor de 63 pontos, porem a única modalidade que não obteve resultado com importância significativa foi estado geral de saúde com 61 pontos.

De tal modo é possível afirmar, de acordo com a Figura 1, que houve uma melhora em capacidade funcional com 5 pontos a mais, limitação por aspectos físicos com 9 pontos somatórios e dor também com 5 pontos diferenciais. Porem estado geral de saúde não demonstrou melhora significativa apontando apenas 4 pontos diferenciais.

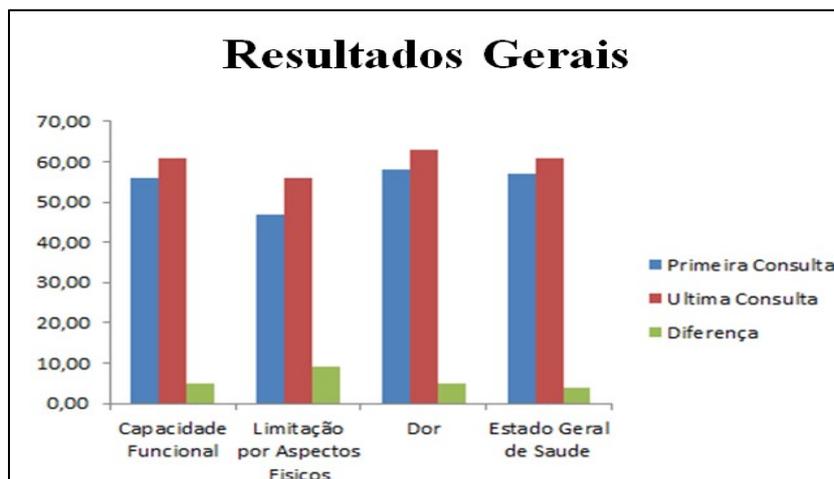


Figura 1–Diferença em Resultados Gerais)

Ao fazer a correlação entre gênero e faixa etária para os resultados de pré e pós testes, de acordo com a Figura 2, feminino é possível dizer que para estado geral de saúde não houve uma melhora significativa de acordo com a padronização do questionário SF36 pois para idade de 60 a 80 anos houve queda de 0,12 pontos, 40 a 60 pontos acréscimo de 4,84 pontos, 20 a 40 anos também acréscimo de 1,24 pontos, para população de 0 a 20 anos ouve redução em 4 pontos e para 80 anos mais um importante decréscimo de 6 pontos. Em contra partida o grupo masculino apresentou melhora significativa apenas para população de 0 a 20 anos com aumento de 6,25 pontos, sendo que para de 60 a 80 anos o aumento foi de apenas 4,94 pontos, 40 a 60 anos ganho de 2,65 pontos e para 20 a 40 anos a evolução de 3,13 pontos.

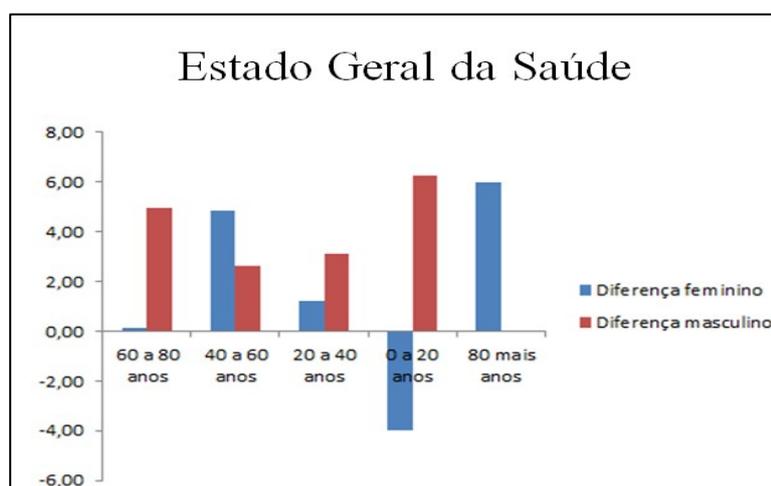


Figura 2 - Estado geral de Saúde

Em relação ao modo dor, apresentado na Figura 3, a análise dos valores fica evidente que houve uma melhora significativa para população feminina de 60 a 80 anos com acréscimo de 6,27 pontos, a população de 20 a 40 anos houve também acréscimo de 6,8 pontos, de 0 a 20 anos importante ganho de 10,33 pontos e 8,71 pontos somados para 80 anos mais, sendo a de 40 a 60 anos a única sem ganhos significativos para dor com apenas 3,26 pontos somados. O mesmo é possível dizer em relação a parte masculina pois houve importante ganho para

60 a 80 anos com acréscimo de 8,69 pontos e 12,75 pontos para 0 a 20 anos, sendo que não houve ganho para 20 a 40 anos com 1,54 pontos somados e apenas ao publico de 40 a 60 anos houve queda de 0,26 pontos.

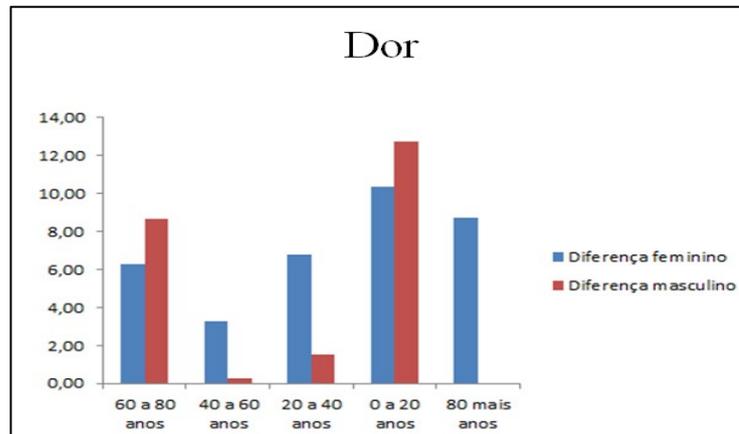


Figura 3 - Dor

O escore referente à limitação por aspectos físicos demonstrou que para a corporação feminina encontra-se melhora significativa já que no grupo de 60 a 80 anos um aumento de 11,54 pontos aconteceu, para de 40 a 60 anos 8,93 pontos também aumentou e o que mais surpreende é o de 21,43 pontos para classe de 80 anos mais sendo que para a de 0 a 20 anos não houve mudança, porem para de 20 a 40 anos existiu uma pequena evolução de 3 pontos, não sendo considerável para o estudo. Já no circulo masculino os resultados também se apresentam positivos pois para grupo de 60 a 80 anos o aumento de pontos foi de 12,12, para os de 40 a 60 anos houve elevação de 6,62 pontos e o de 0 a 20 anos também com ganho de 12,5 pontos, onde o único grupo que não apresentou melhora significativa foi o de 20 a 40 anos com aumento simples de 3,33 pontos (Figura 4).

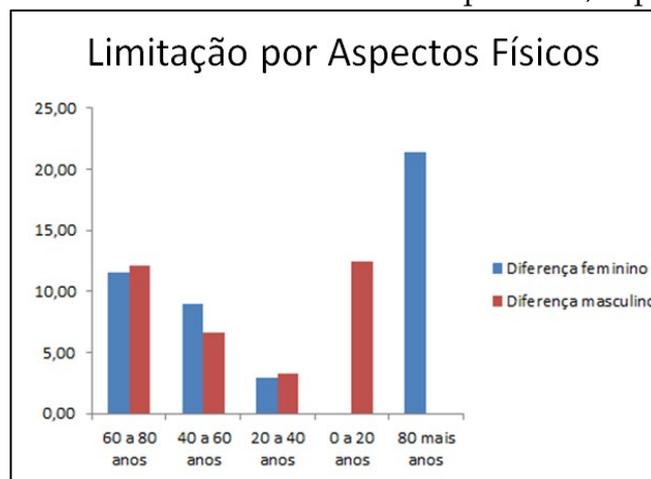


Figura 4 - Limitação por Aspectos Físicos

Para capacidade funcional, na Figura 5, é possível afirmar que o grupo feminino teve melhora significativa para classe de 60 a 80 anos com aumento de 9,56 pontos assim como para a de 0 a 20 anos com grande evolução de 15 pontos, porem as outras classes não demonstraram melhora significativa ao estudo pois a de 40 a 60 anos teve apenas evolução de 2,26 pontos, 20 a 40 anos de 2,4 pontos e a de 80 anos mais 0,71 pontos. Para os homens houve apenas uma melhora significativa no grupo de 60 a 80 anos com ganho de 6,67 pontos, nos demais

ficaram abaixo do corte necessário obtendo o ganho de 3,97 pontos na classe de 40 a 60 anos, 2,5 pontos na de 0 a 20 anos e nenhum ganho ou perda na de 20 a 40 anos.

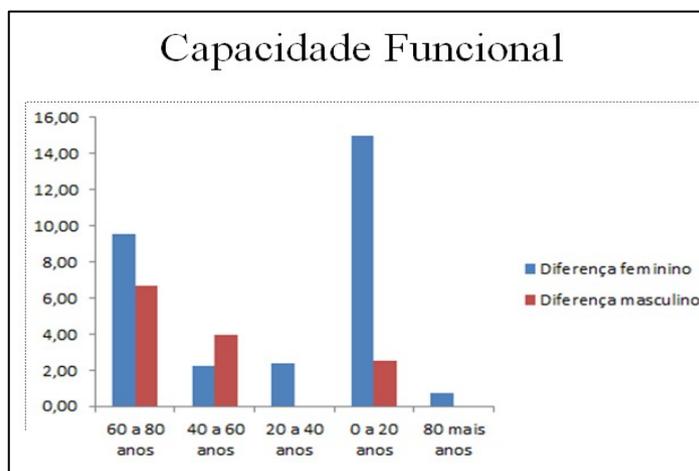


Figura 5 - Capacidade funcional

Tendo em vista que os resultados do questionário de qualidade de vida SF36 apontam para uma melhora significativa em capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor para a população total deste estudo durante um período de oito meses em tratamento com fisioterapia e outras modalidades terapêuticas no modelo de medicina integrativa em um plano de saúde privado, é possível também através de uma pesquisa específica no banco de dados destes pacientes, uma análise dos números de atendimentos em especialidades desta determinada população do estudo de 299 pacientes em relação ao tempo determinado de noventa dias antes e noventa dias após o tempo delineado neste estudo, de março até outubro correspondendo ao oitavo mês, autenticar que tal forma de atendimento com medicina integrativa atingiu a redução de 321 atendimentos para pronto atendimento, ortopedia e pediatria correspondendo ao valor de 57% menos atendimentos.

O prazo inicial de noventa dias antes de março o total era de 563 atendimentos e noventa dias após outubro chegou a apenas 242 atendimentos, assim como 62% a menos de atendimentos para ambulatórios de ortopedia, cirurgia e grupo de avaliação em coluna sendo uma redução de 135 atendimentos onde inicialmente eram 219 e ao final dos noventa dias pós-outubro chegou a 84 atendimentos apenas, demonstrando também que para ambulatórios de especialidades clínicas gerais uma incrível redução de 161 atendimentos para um valor inicial de 476 caindo a 315 atendimentos equivalendo ao total de 34% de diminuição.

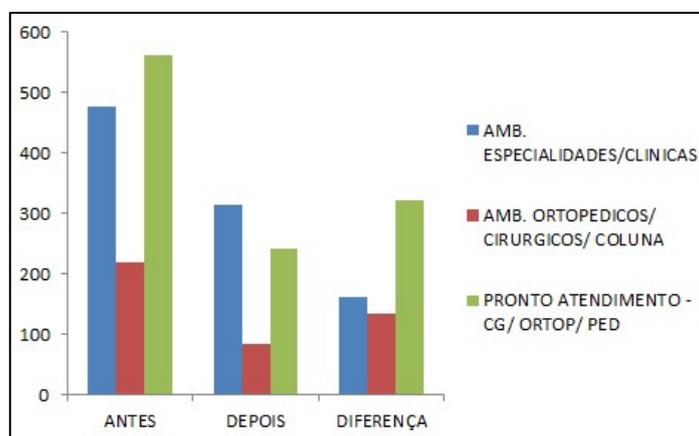


Figura 6 – Especialidades

Tabela 1- Relação de consultas em especialidades.

Especialidade	Antes	Depois	Diferença	%
Amb. Especialidades Clínicas	476	315	161	34%
Amb. Ortopédicos/Cirúrgicos/Coluna	219	84	135	62%
Pronto Atendimento -CG/ortop./Ped	563	242	321	57%

Discussão

Enquanto a interdisciplinaridade busca integrar diferentes disciplinas, compreendidas como campos específicos do conhecimento científico, a transdisciplinaridade busca, além disso, a integração do conhecimento científico a outros modos de produção de conhecimento construídos historicamente pela humanidade, buscando um diálogo rigoroso não apenas entre ciências exatas e humanas, mas também entre ciência, arte, cultura, tradição, religião, experiência interior e pensamento simbólico. Contrária à neutralidade e objetividade da ciência tradicional, a transdisciplinaridade reconhece a importância da subjetividade humana na produção do conhecimento.⁷

A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade é possível transitar pelas disciplinas de diferentes formas, buscando a religação dos saberes, assim como é possível transitar da parte para o todo, do local para o global, do individual para o coletivo, sem, no entanto, superar ou extinguir as disciplinas e, ao mesmo tempo, sem ter um olhar reducionista da realidade.⁸ Assim sendo o Núcleo Integrativo busca essa dinâmica de passar a entender o paciente como um todo e ao mesmo tempo focalizar de forma individualizada o tratamento fisioterapêutico agregando as outras terapias descritas anteriormente para potencializar o tratamento segundo as diretrizes da medicina integrativa no aspecto amplo de saúde conforme imagem abaixo:



Disponível em: <http://www.cristinasales.pt/pt/sobre-nos/metodo/>

Dentre as principais patologias e acometimentos físicos atendidos hoje para fisioterapia, podemos citar a osteoartrose (OA) de joelho como uma das principais deste levantamento. Porém o que se observa em muitos estudos científicos, para essa patologia, é que apontam apenas para algumas técnicas específicas que visam tratar diretamente o acometimento principal.

A utilização da eletroestimulação TENS por 26 semanas como modalidade de tratamento a OA de joelho, ratificando que tal meio não é resolutivo de imediato aos pacientes do estudo visando dor e capacidade funcional quando comparados a um grupo placebo. Este apontamento demonstra claramente que a visão fechada apenas em cima da patologia se torna errônea visto os resultados positivos obtidos em nosso estudo com uma visualização integralista do paciente.⁹

Lombalgia crônica é a segunda maior causa de dor na população mundial. Demonstrou-se que técnicas fisioterapêuticas realizadas aleatorizadas para três grupos (grupo Iso (Isostretching), grupo RPG (Reeducação Postural Global) e Iso+RPG), e avaliados quanto à dor e qualidade de vida antes e após as intervenções fisioterapêuticas e reavaliados novamente após 2 meses de acompanhamento, demonstraram que diminuíram a algia e apresentaram melhora significativa estatística na qualidade de vida segundo os domínios do Instrumento SF-36 após 2 meses de tratamento. Esses dados de melhora da dor na SF-36 seguem compatíveis aos dados obtidos neste estudo.¹⁰

Ainda para listagem de principais doenças na fisioterapia também podemos citar as tendinopatias do manguito como sendo o principal agravante em ombros. A terapia manual associada a exercícios programados para serem feitos em casa também não possuem um resultado positivo imediato para pacientes com tal acometimento. Tal fato se torna diretamente inverso aos achados obtidos pelo nosso estudo já que muitos pacientes possuíam tal agravante associado a outros de forma crônica e no resultado final apresentaram melhora significativa segundo o questionário.¹¹

Essa comprovação de importante redução não é viável apenas para atendimentos quando se visa um plano de saúde privado, mas também no que se diz respeito a questões econômicas já que hoje é conhecido por todos os valores

elevados que são gastos a cada atendimento realizado. Para tal estudo um pequeno número de amostra foi utilizado porém ao se pensar no grande contingente de vidas que um plano é responsável e realizar a contabilização dos resultados deste estudo para o total de vidas do plano, com toda a certeza os números podem impressionar ainda mais. De uma maneira específica, adotar o modelo de medicina integrativa como forma base para administração de um plano é não só viável como humano ao se pensar que a qualidade de vida dos pacientes poderiam melhorar significativamente.

Estudo realizado em relação a medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência demonstrou em sua análise que a taxa de retornos em consulta médica não programados em Pronto Atendimento foi de 13,64%.¹² Isso pode-se ser comparado ao presente estudo em que o paciente é assistido por equipe integrativa podemos reduzir a necessidade de atendimento urgência por melhor estabilização do quadro clínico do CID inicial demonstrando a qualidade ambulatorial de assistência e melhor conscientização do paciente em relação a sua doença e tratamento realizado e no controle da dor.

Considerações finais

De acordo com o objetivo proposto por este estudo ficou evidenciado que a fisioterapia é um importante segmento para o modelo de atendimento de medicina integrativa com visão interdisciplinar e transdisciplinar, pois através dos resultados do questionário de qualidade de vida SF-36 foi possível demonstrar uma melhora nos quesitos de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor. Assim como houve melhoras para questões físicas, também foi possível evidenciar uma determinada redução no número de consultas para pronto socorro, ambulatórios de clínica médica e grupo de avaliação em coluna, tal fato implica diretamente em uma redução de gastos extremamente importante. Demonstra-se que o paciente monitorado por uma equipe interdisciplinar e transdisciplinar integrativa melhora a

saúde funcional e impacto nos gastos administrativos de um convênio privado na visão integral de tratamento da saúde.

Anexo 1 – Protocolo de Atendimento em Fisioterapia

Núcleos e Terapias -Núcleo da Dor Integrativo

Autor: Rodrigo Tadine

Fisioterapia Integrativa

É uma abordagem orientada para um sentido mais amplo de cura, que visa tratar o indivíduo em seu todo, enfatizando as relações entre o paciente e o profissional, que combina tratamentos convencionais e terapias complementares cuja a segurança e eficácia tenham sido cientificamente provadas. Não é raro encontrar paciente que não obtêm resultados satisfatórios com o tratamento oferecido ou retorno das queixas após a finalização do mesmo. Pode-se a isso atribuir condições importantes:

- * Escolha terapêutica inadequada
- * Falta de orientações e/ou programas de manutenção preventiva dos resultados obtidos * Falta de interação entre os profissionais da equipe.

Pensando em minimizar o máximo possível esses efeitos e obter os melhores resultados possíveis para proporcionar bem-estar e a capacidade funcional dos pacientes a Equipe de Fisioterapia do Núcleos e Terapias está organizada de modo a manter total integração entre os profissionais tanto nos programas terapêuticos como programas preventivos. Nossas atividades são divididas conforme demonstrado a seguir.

Os pacientes em acompanhamento na unidade de São Bernardo do Campo inicialmente passam em consulta médica que poderá ser feita com as especialidades Fisiatria e Ortopedia, sendo encaminhados para a Fisioterapia Integrativa Individual para tratamento de dor ou limitação funcional. Pacientes que na consulta médica encontra-se com quadro doloroso controlado e/ou ausência de dor poderão ser encaminhados diretamente para as atividades realizadas em grupo. O mesmo ocorre aos pacientes que são atendidos na especialidade Clínica Médica Geral. Associado ao tratamento fisioterapêutico o núcleo contempla a Acupuntura Médica, Práticas Integrativas Orientais, Massoterapia, Ioga, Conscientização Corporal e Reequilíbrio Somato Emocional, conforme demonstrado de forma geral no organograma abaixo:

Ao ingressar no setor de fisioterapia o paciente poderá ser direcionado a 3 blocos de atendimentos segundo suas queixas ou incapacidades funcionais detectadas, conforme descritas e demonstradas no organograma abaixo:

Bloco 1 - Estão incluídos neste bloco pacientes com acometimentos como: osteoartrose grave, radiculopatias incapacitantes, grande incapacidade funcional, entre outros acometimentos apresentando o perfil abaixo:

- Dor grave EVA > 7 - Individual
- AVD totalmente comprometida
- Reabilitação específica sobre uma determinada lesão
- Indicação total de cirurgia ou pré operatório
- TTO Fisio: eletrotermofototerapia, terapia manual, cinesioterapia
- Acupuntura/ terapias integrativa orientais
- Tempo previsto de tratamento: 1-3 meses com redirecionamento para o médico de origem, direcionamento para outros blocos ou atividades segundo a quadro clínico do paciente.

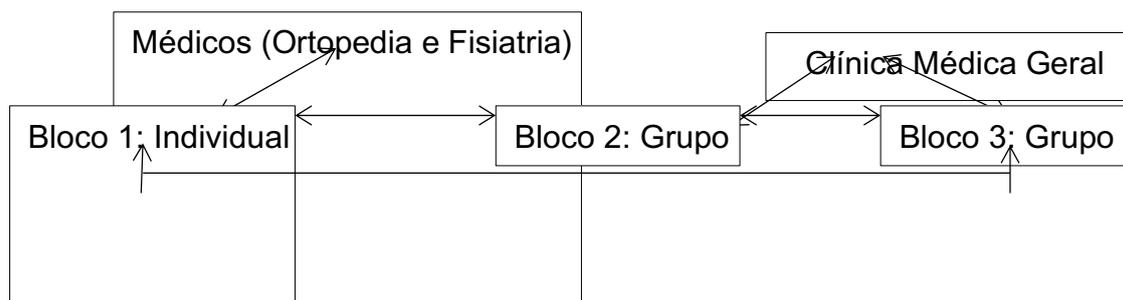
Bloco 2 - Estão incluídos neste bloco paciente com acometimentos como: osteoartrose moderada/leve, radiculopatias não incapacitantes, moderada incapacidade funcional, lesões tendinite,elas, entre outros acometimentos apresentando o perfil abaixo:

- Dor Moderada EVA 5-7 Grupo
- AVD comprometida parcialmente
- Reabilitação para 2 lesões
- Indicação parcial de cirúrgica
- Manutenção de função
- TTO FISIO: cinesioterapia e terapia manual
- Acupuntura/ terapias integrativa orientais
- Tempo previsto de tratamento: 1-2 meses com redirecionamento para o médico de origem, direcionamento para outros blocos ou atividades segundo a quadro clínico do paciente.

Bloco 3 - Estão incluídos neste bloco pacientes sem acometimentos importantes, boa resposta aos tratamentos anteriores, apresentando o perfil abaixo:

- Dor leve EVA < 2 Grupo
- Sem limitação de AVDs
- Incapacidade leve
- Reabilitação geral
- Sem indicação cirúrgica
- Tratamento FISIOTERÁPICO: cinesioterapia / conscientização corporal
- Tempo de tratamento: 1 mês
- Redirecionamento para o médico de origem ou outras atividades.

Organograma Fisioterapêutico



FISIOTERAPIA INDIVIDUAL

1. Objetivo

A Fisioterapia Individual tem como objetivo principal o tratamento e a reabilitação de disfunções osteomioarticulares, tendíneas e neurais, resultantes de traumas que levam a complicações agudas e crônicas, patologias ortopédicas associadas ou não a outras, disfunções posturais, lesões por esforço repetitivo, dentre outras.

O principal foco neste modelo de atendimento é o acometimento físico de maior gravidade e queixa do paciente, visto que em muitos quadros clínicos tende a possuírem outras patologias, queixas e disfunções.

Sendo assim, após período de tratamento e reabilitação na Fisioterapia Individual, o paciente será encaminhado ao modelo de Fisioterapia Grupo, com um enfoque global do paciente, se necessário.

2. Fluxo de Pacientes

2.1 Perfil de pacientes

Serão admitidos todos pacientes de qualquer idade, gênero, classe, raça, religiosidade, que possuam uma patologia ortopédica, associada ou não a outras, com disfunções cinéticas incapacitantes, queixas de Dor intensa, com indicação cirúrgica total ou parcial.

2.2 Entrada

De acordo com um fluxo pré-determinado, pacientes que possuam prescrição medica, advindos de consultas com Fisiatria e Ortopedia, assim como de Clínica Geral. Sendo que serão aceitos somente pacientes dos membros da equipe Núcleos e Terapias.

2.2 Alta

Aquele que após período de tratamento e reabilitação, estiver em perfeito estado geral de igual intensidade pré-patológico, sem queixas de dor e disfunções cinéticas, com total resolução de quadro clinico, recebera alta e aguardara o retorno médico, sem a necessidade de prosseguir ao próximo bloco de atendimento.

2.3 Evolução de fluxo

Após período de tratamento e reabilitação, mantendo queixa de dor porem em menor intensidade assim como de disfunções cinéticas, o paciente será encaminhado ao modulo de Fisioterapia Grupo para manter acompanhamento e monitoramento.

2.3 Faltas

O limite máximo de faltas permitidas, não justificadas, é de duas dentro do número de sessões agendadas, não sendo acumulativas em caso da necessidade de um novo ciclo de sessões.

2.4 Desmarcação

Não serão consideradas como falta quando paciente avisar previamente que não irá comparecer a determinada sessão e realizar de maneira antecipada a desmarcação junto a recepção ou através do sistema.

2.5 Encaixe

O encaixe é permitido em qualquer horário da agenda, salva a exceção de horários que já possuïrem o limite máximo de pacientes ou outro encaixe já agendado.

3. Atendimento clínico

3.1 Local

O atendimento será realizado em sala com duas macas, um espaldar de parede, espelho e cadeiras.

O funcionamento deste programa ocorre no local de atendimento do Núcleos e Terapias, no endereço Rua João de Azevedo Marques, 202, Jardim Três Marias, São Bernardo do Campo, CEP: 09750030.

3.2 Materiais

○ Duas macas o Espelho

- Espaldar de parede
- Aparelhos de eletroterapia: TENS, FES, RUSSA, Ultrassom.
- Halter 1,2,3,4,5 kg.
- Caneleira 1,2,3,4,5 kg.
- Thera band / elástico terapêutico (vermelho - pequena resistência, verde - media resistência, azul - forte resistência).
- Faixas de pano para alongamento.
- Bandagem neuromuscular (kinesio tape).
- TIQ (instrumento de quiropraxia instrumental).
- Bola terapêutica (fit ball).
- Bola pequena.
 - Disco proprioceptivo.

3.3 Dinâmica de atendimento

Como procedimento inicial uma avaliação cinético funcional é realizada visando sempre a intensidade de Dor utilizando a escala EVA, inspeção, palpação, amplitude de movimento, testes ortopédicos específicos, força muscular, testes de flexibilidade máxima de tronco e membros, neurodinâmica, avaliação postural básica assim como de marcha, órteses e próteses, além da aplicação do questionário SF-36 simplificado.

Em casos de maior gravidade o paciente realizara duas sessões semanais dentro do período de dois a três meses, para quadros clínicos de menor intensidade será priorizado uma vez na semana de um a dois meses.

As sessões terão tempo de duração de trinta minutos a sessenta minutos dependendo da necessidade das terapias.

Dois pacientes a cada trinta minutos devem ser atendidos, sendo que com encaixe um terceiro poderá ser também atendido.

3.4 Quadro Epidemiológico

Tendo em vista a base epidemiológica de pacientes encaminhados a Fisioterapia Individual, é possível diferenciar as principais patologias:

3.4.1 Tendinopatias/ Mialgias: tendinite/tendinose/tenossinovite de manguito rotador, bíceps, glúteo máximo, flexores de joelho; epicondilite medial/lateral, bursites subacromial e de trocanter maior do fêmur, tender points, trigger points, bloqueios miofasciais, fascite plantar, ruptura parcial/total de LCA/LCP, lesão de meniscos.

3.4.2. Artropatias: osteoartrose/osteoartrite cervical/lombar, glenoumeral, Inter cárpica, coxo femoral, patelo femoral, femoro tibial, talo calcânea; condromalacia patelar, luxação/subluxação gleno umeral, capsulite adesiva, pré operatório de artroplastia de quadril/joelho.

3.4.3. Coluna Vertebral/ Neuropatias: hérnia de disco cervical/lombar, pós operatório tardio de artrodese, espondilolistese, cervicobraquialgia, lombociatalgia, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho.

3.4.4. Amputações: amputações de membros inferiores.

3.5 *Conduta terapêutica*

3.5.1 Tendinopatias/ Mialgias

- Agudos: liberação miofascial (amassamento, digito pressão, mobilização de fascia, roller), bandagem neuromuscular (analgésia), alongamento (passivo/ativo - estático), terapia manual (quiropraxia manual/instrumental, maitland, mulligan), eletroanalgésia (TENS e Ultrassom - sonoforese), Hipotermoterapia (orientações de uso de crioterapia em casa), orientações gerais (ergonômicas, atividades de vida diária, atividade física, órteses).

- Crônico: liberação miofascial (amassamento, digito pressão, mobilização de fascia, roller), alongamento (passivo/ativo - estático), terapia manual (quiropraxia manual/instrumental), fortalecimento muscular funcional (focando grupo muscular acometido -

isométrico/concêntrico/excêntrico, sendo auxiliado por FES e Russa focando a estimulação neural muscular no ganho de tônus), Hipotermoterapia (orientações de uso de crioterapia em casa), orientações gerais (ergonômicas, atividades de vida diária, atividade física, órteses).

3.5.2. Artropatias

- Agudos: bandagem neuromuscular (correção dinâmica articular), terapia manual (quiropraxia manual/instrumental, maitland, mulligan), eletroanalgésia (TENS, Ultrassom - sonoforese), Hipotermoterapia (orientações de uso de crioterapia em casa), orientações gerais (ergonômicas, atividades de vida diária, atividade física, órteses).

- Crônico: liberação miofascial (digito pressão, mobilização de fascia), alongamento (passivo/ativo - estático), fortalecimento muscular funcional (focando grupo muscular acometido - isométrico, porém em casos de hipertensão arterial alta ou fraqueza muscular acentuada evoluir em isotônico de baixa intensidade), eletroanalgésia (TENS), Hipotermoterapia (orientações de uso de crioterapia em casa), orientações gerais (ergonômicas, atividades de vida diária, atividade física, órteses).

3.5.3. Coluna Vertebral/ Neuropatias

- Agudos: bandagem neuromuscular (analgésia), terapia manual (quiropraxia manual/instrumental), eletroanalgésia (TENS, Ultrassom - sonoforese), estabilização segmentar vertebral (cervical/lombar), mobilização neural (estática ou dinâmica - MMSS/MMII), liberação miofascial (amassamento, digito pressão, mobilização de fascia, roller), alongamento (passivo/ativo - estático), orientações gerais (ergonômicas, atividades de vida diária, atividade física, órteses).

- Crônico: liberação miofascial (amassamento, digito pressão, mobilização de fascia, roller), alongamento (passivo/ativo - estático), fortalecimento muscular (isométrico focando CORE, porém em casos de hipertensão arterial alta ou fraqueza muscular acentuada evoluir em isotônico de baixa intensidade), estabilização segmentar vertebral (cervical/lombar), orientações gerais (ergonômicas, atividades de vida diária, atividade física, órteses).

- Amputações: independentemente do tempo de amputação tais procedimentos deverão ser seguidos: enfaixamento de coto, dessensibilização de coto (massagem, contraste, textura),

fortalecimento muscular (região proximal de coto assim como membro contralateral e CORE, isotônico concêntrico gradual), alongamento (passivo de coto, ativo de membro contralateral), Treino: equilíbrio (diferentes níveis de dificuldade), queda, marcha (com órteses e prótese, evoluindo as órteses), escada, rampa.

Fisioterapia Integrativa – Grupo

1. Objetivo

1.1 É uma abordagem orientada para um sentido mais amplo de cura, que visa tratar o indivíduo em seu todo, enfatizando as relações entre o paciente e o profissional, que combina tratamentos convencionais e terapias complementares cuja a segurança e eficácia tenham sido cientificamente provadas.

Um dos objetivos mais marcantes do tratamento consiste em apoiar, facilitar e aumentar as capacidades funcionais, além de levar em conta o indivíduo nos seus vários aspectos: físico, mental e estimular enfaticamente mudanças no estilo de vida.

Acompanhar e monitorar os pacientes que são admitidos no núcleo de terapia integrativa para melhorar as capacidades funcionais acometidas e controle da dor através de práticas fisioterapêuticas integralista em grupo.

1.2 Indicações:

Dor Moderada: objetiva que o paciente possa realizar a cinesioterapia sem que a dor interfira em suas AVDs e principalmente compreenda controlar sua dor para suas atividades semanais.

AVD - comprometida parcialmente: objetiva que o paciente não tenha limitação funcional total para realização de suas AVDs. No momento da avaliação cinesio- funcional o paciente descreve 3 limitações de capacidades para assim comparar o progresso do tratamento no momento da alta do programa grupo.

Recuperação de 2 lesões: objetiva que estas lesões não tenham impacto em suas AVDs de acordo com a classificação internacional de funcionalidade com recuperação parcial, após tratamento na fisioterapia individual do núcleo ou que inicie o tratamento no grupo com controle de analgesia medicamentosa feito pela equipe médica.

Indicação parcial cirúrgica: pacientes com lesões ortopédicas agudas ou crônicas que tenham como objetivo a preparação funcional músculo- esquelética para a cirurgia com foco na recuperação para evitar complicações e diminuir tempo de recuperação pós cirúrgica.

Manutenção da Função: foco maior do programa grupo, cujos pacientes tem como objetivo a prevenção de distúrbios funcionais / correção de distúrbios funcionais leves e principalmente não apresentem quadros dolorosos músculo esqueléticos e enfatize as orientações ergonômicas e de estilo de vida com impacto na longevidade.

2. Funcionamento e Fluxo do Programa:

2.1 Faixa Etária:

Não existe faixa etária para pacientes que serão submetidos ao tratamento do grupo.

2.2 Local de Tratamento:

Funcionamento do programa ocorre no local em que contempla o núcleo de práticas integrativas – SHAM.

Endereço: Rua João de Azevedo Marques, 202 – Jardim Três Marias – CEP: 09750-030 / SBC.

2.3 Permanência no programa:

Uma vez semana no intervalo de 2 meses com duração de 40 minutos de terapia com no máximo 6 participantes em horário cheio.

2.4 Encaixe:

Será permitido desde que tenha espaço na agenda por horário de 6 pacientes.

2.5 Faltas: ausências devem ser informadas 48hs antes da consulta via sistema / telefone, sendo permitido 2 faltas consecutivas. Na ausência sem informar a secretariado SHAM, o paciente será desligado do programa de forma automática via sistema.

2.6 Alta:

Caso o paciente tenha que melhorar sua consciência corporal, manutenção da flexibilidade corporal, diminuição da ansiedade e controle da depressão associado a controle da dor, os mesmos podem ser encaminhados pelo fisioterapeuta do grupo para as práticas integrativas como: acupuntura / práticas orientais, yoga, massoterapia, conscientização somato-emocional.

2.7 Proseguimento:

A Equipe de fisioterapia está disponível de segunda à sexta-feira, das 7h às 20h de acordo com a escala proposta mensal da coordenação do Núcleo.

O profissional fisioterapeuta responsável pelo paciente deverá solicitar a prescrição médica (núcleo integrativa), no programa para o acompanhamento de Fisioterapia Integrativa - Grupo composta por clínico geral, fisiatra, ortopedista, medico oriental.

Após realizar a primeira avaliação cinesio- funcional indicará o tratamento específico para cada paciente priorizando a melhora das capacidades funcionais e melhor controle da dor para AVDs, baseado na hipótese diagnóstica nosológica médica.

Para avaliação prioriza o questionário SF-36 simplificado e escala visual analógica de dor - EVA, juntamente com a avaliação cinesio- funcional descrita em prontuário. No final do tratamento será aplicado novamente os itens citados acima para avaliar o ganho funcional e habilidades.

O paciente será assistido por um intervalo de 1 x semana com duração de atendimento de 40 minutos por 2 meses, podendo ser aumentado o intervalo de acordo com a coordenação médica se houver indicação clinica para o mesmo.

A alta do atendimento em grupo será feita ao término dos 2 meses do programa para retorno para monitoramento com o médico que indicou o programa / enfermagem.

3- Procedimentos Utilizados:

Será utilizado como base terapêutica o enfoque da cinesioterapia clássica associado a recursos de terapia manual / postural para ganho de capacidades funcionais / conscientização postural / flexibilidade corporal / analgesia / preparação pré- operatória músculo- esquelética.

3.1 - Materiais Utilizados:

- Bola terapêutica (fit ball) - pilates;
- Bola pequena - terapêutica borracha;
- Halter de 1, 2, 3 Kg;
- Aro Terapêutico;
- Caneleira de 1, 2 Kg,
- Bastão - madeira;
- Theraband / elasticos terapêuticos (verde - resistência leve, azul - media resistência) Cama elástica;
- Tatami 20mm para todo espaço terapêutico;
- Equipamento de Som;
- Bandagem neuromuscular (kinesiotape).
- TIQ (instrumento de quiropraxia instrumental).

4. Enfoques Terapêuticos de acordo com os distúrbios de capacidades funcionais:

Como base na estratificação de perfil epidemiológico (base de dados SHAM) dos pacientes do núcleo de terapia integrativa encaminhados a Fisioterapia Grupo serão divididos da seguinte forma:

- 4.1 Distúrbios posturais: enfoque na melhora da postura a partir de técnicas de terapia manual e exercícios de conscientização corporal. Resalta-se principalmente as discopatias vertebrais, escolioses, cifoses, hiperlordoses lombares e desalinhamento vertebral por descompensações miofasciais / proprioceptivas.

Conduta: alongamento de isquio- tibiais, lombar, dorsal, mobilização de cintura pélvica, exercícios ativos com bola para flexibilidade de dorsal e lombar em solo associado a MMII, exercícios de alongamentos com barra em ortostatismo, exercícios posturais em solo, exercícios posturais proprioceptivos em cama elástica. Quando apresentar dor residual, hipomobilidade e assimetria postural associar liberação miofascial, pompagem, TIQ - quiropraxia.

- 4.2 Distúrbios dolorosos de coluna vertebral: por lesões crônicas vertebrais, esforços repetitivos laborais e processos de envelhecimentos fisiológicos as quais terão como enfoque terapêutico a conscientização corporal e mudanças ergonômicas e exercícios e alongamentos associados a técnicas de relaxamento para controle da dor e aumento da mobilidade corporal / melhora da postura.

Conduta: alongamento de isquio- tibiais, lombar, dorsal, mobilização de cintura pélvica, exercícios ativos com bola para flexibilidade de dorsal e lombar em solo associado a MMII, exercícios de alongamentos com barra em ortostatismo e de mobilização de membros e tronco. Quando apresentar dor residual, hipomobilidade e assimetria postural associar liberação miofascial, pompagem, TIQ - quiropraxia.

- 4.3 Distúrbios degenerativos / repetitivos / traumáticos de MMSS: Enfoque terapêutico objetivando a conscientização corporal para reduzir esforços repetitivos, com aumento da capacidade funcional para as doenças degenerativas / traumáticas a partir de cinesioterapia clássica, terapia manual e uso de bandagens funcionais com orientações de exercícios terapêuticos que podem ser feitos de forma domiciliar na semana.

Conduta: alongamento de MMSS e cadeia muscular posterior em barra / solo, alongamentos ativos e passivos de flexores e extensores de punho, exercícios com elástico para fortalecimento muscular de MMSS, isométricos com aro terapêutico, exercícios ativos com bola para ADM e flexibilidade de MMSS, alongamentos de cervical. Quando apresentar dor residual, hipomobilidade associar pompagem e liberação miofascial / bandagem funcional.

- 4.4 Distúrbios degenerativos / repetitivos / traumáticos de MMII: enfoque terapêutico nas principais disfunções decorrentes de hipomobilidade corporal, sedentarismo, doenças degenerativas principalmente em joelhos / quadril e repetitivas laborais que promovam redução da dor com aumento de habilidades funcionais e melhor flexibilidade / aumento de força muscular e consciência corporal para atividades laborais e de AVDs.

Conduta: alongamentos de isquio- tibiais e triceps- sural e tronco na barra / solo, exercícios ativos com bola e bastão em pés para liberação articular e miofascial, exercícios ativos com peso de 1- 2 kg em MMII com apoio em barra em flexão- extensão / abdução e adução de quadril e joelhos em cadeia cinética aberta e fechada, exercícios proprioceptivos em cama elástica. Quando apresentar dor residual, hipomobilidade e assimetria de MMII associar

liberação miofascial, pompagem, TIQ - quiropraxia, bandagem funcional para reequilíbrio muscular.

Ao final de cada consulta sempre será finalizada com uma atividade de relaxamento corporal e/ ou ajuste postural para alívio da dor com duração de 5 a 10 minutos.

5.0 - Principais técnicas utilizadas:

- Quiropraxia manual e terapia instrumental quiroprática;
- Exercícios proprioceptivos posturais;
- Estabilização segmentar vertebral ;
- Liberação miofascial;
- Pompagem lombar e cervical / MMSS / MMII;
- Fortalecimento muscular com exercícios ativos concêntricos excêntricos;
- Fortalecimento muscular com exercícios em cadeia cinética fechada em aberta;
- Fortalecimento muscular com exercícios proprioceptivos de MMII e posturais;
- Bandagem neuromuscular funcional;
- terapia manual tradicional;
- Massoterapia clássica;
- Técnicas de relaxamento corporal.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado por uma equipe profissional independente com o apoio da empresa RMT - Terapia Intensiva e Ensino.

Referencias

1. Otani M.A.P., Barros N.F., A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde, 2011.
2. Barros NF. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: Canesqui AM, organizadora. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 201-213.
3. National Institutes of Health. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? 2021. Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
4. Júnior E.T., Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS, 2016.
5. Brasil. Portaria nº 145 de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
6. Esparza JJG. Introducción a la Fisioterapia Integrativa. 2016. Disponível em: <http://www.efisioterapia.net/cursos/31129-introduccion-fisioterapia-integrativa>
7. Nicolescu, Basarab. O Manifesto da Transdisciplinaridade. Trad. Lucia Pereira de Souza. 3ª ed. - São Paulo: TRIOM, 2005. p. 52-53.

Tadine RM, Fracassi B, Conforto C

8. Ferrioli M.L., Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo., São Paulo, 2009.
9. Fary R.E., *et all*, The Effectiveness of Pulsed Electrical Stimulation in the Management of Osteoarthritis of the Knee, *Arthritis & Rheumatism*, Vol. 63, No. 5, May 2011, pp 1333-1342.
10. Adorno M.L.G.R, *et all*, Avaliação da qualidade de vida com o Instrumento sf-36 em lombalgia crônica., 2013.
11. Bennell K., *et all*, Efficacy of standardised manual therapy and home exercise programme for chronic rotator cuff disease: randomised placebo controlled trial., 2010.
12. Viola D.C.M, *et all*, Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência., 2014.

Autor de correspondência

Rodrigo Martins Tadine
Rua Drava, 466 - CEP: 04283-000.
São Paulo, São Paulo, Brasil.
rodrigo.tadine@uol.com.br