

realizado o teste t não pareado. **Resultados:** Foram avaliados 60 crianças e adolescentes no setor de fisioterapia respiratória do IFF/FIOCRUZ, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2011, sendo 35 (58%) do sexo feminino e 25 (42%) do sexo masculino. A média de idade encontrada foi $9,0 \pm 5,24$ anos, sendo $9,3 \pm 5,6$ anos em meninas e $8,6 \pm 4,8$ anos em meninos. A idade no momento do diagnóstico variou de 0 a 12 anos, com média de $1,9 \pm 3,1$ anos. Não houve diferença na idade no momento do diagnóstico entre meninos e meninas ($p > 0,05$). Com relação à colonização bacteriana, a bactéria predominante foi a *Pseudomonas aeruginosa* mucóide crônica (PAT), em 25% dos casos, seguida pelo Complexo *Burkholderia cepacia* (CBC), presente em 18,5% dos casos. A mesma predominância foi observada na população feminina, onde 11 (31,5%) meninas apresentavam colonização por PAT. Já no sexo masculino, a colonização predominante foi por *Staphylococcus Aureus* e por CBC, sendo 5 (20%) meninos colonizados por cada uma dessas bactérias. Quando avaliados em relação à espirometria, a mediana do grau obstrutivo foi 1,0. Do grupo examinado, 25 crianças não haviam realizado o teste espirométrico devido à baixa idade e entendimento da prova. **Discussão:** As infecções bacterianas se estabelecem precocemente em pacientes com fibrose cística e geralmente estão associadas a infecções por microrganismos do tipo *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e CBC (Folescu et al, 2012). Em nosso estudo, a *Pseudomonas aeruginosa* foi o microrganismo mais freqüente, assim como no estudo de Lemos et al (2004), sendo este realizado em adultos. A média de idade do diagnóstico encontrada em nosso estudo foi de 1,9 anos. O diagnóstico precoce é importante para a profilaxia de infecções pulmonares, sendo um fator predominante não somente na sobrevida, como também na qualidade de vida do fibrocístico. **Conclusão:** A maior parte dos pacientes é colonizada por *Pseudomonas aeruginosa* e a mediana do grau de obstrução foi de 1,0. O nosso perfil é semelhante a perfis de outros serviços.

TL030 VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS PELO SETOR DE FISIOTERAPIA DA ASSOCIAÇÃO CARIOCA DE ASSISTÊNCIA À MUCOVISCIDOSE

TATIANE NASCIMENTO ANDRADE (ACAM) – BRASIL
BEATRIZ GUITTON RENAUD BAPTISTA DE OLIVEIRA (UFF) – BRASIL
ELOÁ MONTEIRO LOPES (DETRAN) – BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA. VISITA DOMICILIAR.

Introdução: A Fibrose cística (FC), também conhecida como Mucoviscidose, é uma doença genética autossômica recessiva, crônica, com manifestações sistêmicas, comprometendo os sistemas respiratório, digestivo e reprodutor. A visita domiciliar é uma forma de acesso da população às políticas públicas além de se construir um momento rico nas relações interpessoais o qual, promove uma escuta qualificada e um acolhimento capazes de favorecerem melhores condições para que grupos familiares ou comunidades se tornem independentes na sua própria produção de saúde. A Associação Carioca de Assistência à Mucoviscidose (ACAM) é constituída como uma

associação beneficente, sem fins lucrativos, que visa lutar por melhores condições para o tratamento e divulgação da doença pela sociedade e instituições públicas. Após a pesquisa “Quem Somos”, realizada em 2007 pelas assistentes sociais da instituição, foi criado o setor de fisioterapia, com o principal objetivo de orientar os cuidadores em seu domicílio sobre a higienização dos nebulizadores e seus acessórios. **Objetivos:** Analisar o número de visitas domiciliares realizadas pelo setor de fisioterapia da Associação Carioca de Assistência à Mucoviscidose e descrever a conduta de visita domiciliar. **Materiais e Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo do tipo quantitativo. a coleta de dado em 219 prontuários cadastrados na Associação Carioca de Assistência à Mucoviscidose. **Resultados:** Dos pacientes cadastrados 49,77% são crianças (0-12 anos), 19,17% são adolescentes (13-17 anos) e 31,05% são adultos (a partir de 18 anos). Foi identificado que desde o ano de 2007 até o mês atual, o setor realizou visita domiciliar em 71,68% dos pacientes, no total foram realizadas 261 visitas domiciliares. Em todas as visitas os cuidadores receberam informações sobre a doença, tratamento, técnicas de fisioterapia respiratória e higienização de nebulizadores. **Conclusão:** O objetivo principal desta intervenção domiciliar realizada pela associação é fazer com que os familiares de pacientes com fibrose cística, consigam um melhor acolhimento dentro de sua casa e possam ter um momento de escuta qualificada sobre suas dúvidas e angústias sobre a doença. A experiência nesta conduta demonstra que os cuidadores se aproximam mais de suas crianças após esta intervenção, e passam a tratá-las melhor quando identificam a gravidade da doença.

TL031 EQUAÇÕES INTERNACIONAIS SUPERESTIMAM A FORÇA MUSCULAR VENTILATÓRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA

JOÃO PAULO HEINZMANN FILHO (PUCRS) – BRASIL
PATRÍCIA OLIVEIRA SILVEIRA (PUCRS) – BRASIL
PATRICIA XAVIER HOMMERDING (HSL-PUCRS) – BRASIL
PAULO JOSÉ CAUDURO MAROSTICA (UFRGS E PUCRS) – BRASIL
MÁRCIO VINÍCIUS FAGUNDES DONADIO (PUCRS) – BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA, FORÇA MUSCULAR, PEDIATRIA
A força muscular ventilatória é um importante parâmetro da função dos músculos ventilatórios que estão envolvidos no processo da ventilação e auxiliam na limpeza das vias aéreas. No entanto, portadores de doenças respiratórias crônicas, como a Fibrose Cística (FC), apresentam alterações no sistema respiratório, podendo apresentar comprometimento da função dos músculos da ventilação, o que torna fundamental a sua avaliação e acompanhamento. Assim, o objetivo deste estudo foi comparar a normalização dos achados de força muscular ventilatória utilizando-se diferentes equações referenciais em crianças e adolescentes com FC. A amostra foi composta de pacientes com diagnóstico clínico de FC, idade entre 8 e 12 anos, sem exacerbação pulmonar e que conseguiram realizar espirometria. A manovacuometria foi realizada na postura sentada, com uso de clipe nasal. A pressão inspiratória máxima (PIMAX) foi realizada a partir do volume residual e a pressão expiratória máxima

(PEMAX) da capacidade pulmonar total. Um mínimo de três e máximo de nove manobras foram realizadas, sendo três aceitáveis (sem escape aéreo) e duas reprodutíveis (variação menor que 10%), sustentadas por no mínimo um segundo. O último valor registrado não poderia ser maior que os anteriores e o resultado final foi o maior valor obtido. Os dados obtidos foram normalizados utilizando-se quatro diferentes equações de referência, sendo uma nacional (2012) e três internacionais (1984, 2002 e 2003), denominadas A, B, C e D, respectivamente. Os dados foram expressos em média e desvio padrão e comparados com uma ANOVA de uma via seguida do pós-teste de Bonferroni. Foram incluídos 22 pacientes, 14 do sexo masculino, com média de idade de 10.4 ± 1.5 , altura (cm) de 138 ± 1.0 , peso (kg) de 34.5 ± 9.5 , VEF1 (%) de 91.5 ± 29.5 , PIMAX (cmH₂O) de 92.1 ± 22.8 e PEMAX (cmH₂O) de 98.9 ± 24.5 . Após a normalização dos dados pelas diferentes equações, demonstrou-se, de uma maneira geral, que os resultados de força muscular ventilatória normalizados através das equações internacionais tendem a superestimar os achados para a nossa população. Os valores médios previstos obtidos para PIMAX apresentaram diferenças significativas ($p < 0.05$) entre a equação local (A) e as equações B e C ($A = 101.4 \pm 24.7$; $B = 139.5 \pm 35.5$; $C = 126.9 \pm 34.5$ e $D = 115.8 \pm 29.3$). Da mesma forma, a PEMAX demonstrou diferenças significativas ($p < 0.05$) entre a predição pelas equações A e C ($A = 93.1 \pm 25.8$, $B = 117.2 \pm 35.9$, $C = 135.8 \pm 17.3$ e $D = 98.2 \pm 30.4$). Utilizando-se como ponto de corte 100% do previsto (acima da normalidade), as equações internacionais classificariam a PIMAX como acima do normal em 90.9, 77.2, e 72.7% (B, C e D, respectivamente) dos sujeitos avaliados, enquanto a equação local estimaria apenas 50%. Da mesma forma, as equações internacionais apontaram apenas 4.5, 9.1 e 13.6% de crianças abaixo de 80% do previsto, enquanto a equação local apontou 18.2%. Essas proporções se mantêm para a predição da PEMAX. Em conclusão, estes achados demonstram que a normalização da força muscular ventilatória em crianças e adolescentes com FC utilizando-se equações internacionais, superestimam os valores das pressões respiratórias máximas. A utilização de equações locais e atuais pode contribuir para uma avaliação e acompanhamento mais acurado em pacientes com FC.

TL032 EFEITO DAS ORIENTAÇÕES PARA O EXERCÍCIO NA POSTURA E DISTRIBUIÇÃO DA PRESSÃO PLANTAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA

CLÁUDIA SILVA SCHINDEL (PUCRS) - BRASIL

PATRICIA XAVIER HOMMERDING (HSL-PUCRS) - BRASIL

PATRICIA OLIVEIRA SILVEIRA (PUCRS) - BRASIL

RAFAEL REIMANN BAPTISTA (PUCRS) - BRASIL

PAULO JOSÉ CAUDURO MAROSTICA (UFRGS E PUCRS) - BRASIL

MÁRCIO VINÍCIUS FAGUNDES DONADIO (PUCRS) - BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA. POSTURA. EXERCÍCIO.

Introdução: A deterioração da função pulmonar em pacientes com Fibrose Cística (FC) pode levar ao aumento do trabalho respiratório causando desequilíbrios musculares e deformidades posturais.

Este cenário evidencia a necessidade da avaliação postural, visando identificar e tratar possíveis anormalidades. Há evidências que atividade física contribui para melhora da postura, da resistência muscular e aumento da tolerância ao exercício. **Objetivo:** Verificar o efeito das orientações para o exercício físico na postura e distribuição das pressões plantares em crianças e adolescentes com FC. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo controlado randomizado, avaliando 34 crianças e adolescentes com FC em acompanhamento ambulatorial no Hospital São Lucas (PUCRS). Os pacientes que preenchiam os critérios de inclusão foram randomizados e o grupo intervenção (I) recebeu orientações quanto à atividade física, entregue por escrito. O manual possuía orientações de atividades físicas aeróbicas e alongamentos, com frequência mínima de três vezes por semana. Os pacientes do grupo controle C foram orientados a manter sua rotina de atividades e tratamento. Foram realizadas avaliações antropométrica (peso e altura) e da função pulmonar (espirometria). Todos os pacientes foram submetidos a avaliação postural usando fotografias digitais nos planos frontal anterior, posterior, sagital, onde pontos anatômicos específicos foram marcados. A análise postural foi realizada utilizando o software SAPO. Avaliações baropodométricas estáticas e dinâmicas foram realizadas para medir pressões plantares e deslocamentos usando o software Footwork. Todos os pacientes foram reavaliados após um período de três meses. Os dados foram expressos em média e desvio padrão e comparados utilizando-se testes t pareados e não pareados, de acordo com os grupos. **Resultados:** Os pacientes incluídos apresentaram uma média de idade (anos) 13.6 ± 2.8 no grupo I e 12.9 ± 3.87 no grupo C. Os dados antropométricos iniciais foram: grupo I peso (Kg) 46.3 ± 14.4 , altura (cm) 1.54 ± 0.11 e no grupo C 45.2 ± 16.6 e 1.48 ± 0.17 , respectivamente. Os testes de função pulmonar (%) demonstraram média VEF1 de 95.12 ± 18.1 e CVF 107.9 ± 16.2 no grupo I e no C VEF1 94.1 ± 24.9 e CVF 107.7 ± 21.1 . Não foram encontradas diferenças significativas para os dados antropométricos e a função pulmonar entre os grupos, assim como antes e após a intervenção. A avaliação postural demonstrou um aumento ($p = 0.017$) na distância latero-lateral do tórax após o período de estudo no grupo C, mas não no grupo I. Também foi demonstrada uma tendência a piora no ângulo de cifose ($p = 0.07$) e lordose lombar ($p = 0.09$) no grupo C, enquanto o grupo I permaneceu sem diferenças. Ao comparar o grupo I com o grupo controle, após os 3 meses de orientações, foi demonstrada uma redução significativa ($p = 0.03$) no ângulo vertical da cabeça (anteriorização) e uma tendência a redução ($p = 0.06$) na cifose torácica. Não foram identificadas diferenças significativas na avaliação baropodométrica. **Conclusão:** Os resultados demonstram que as orientações para o exercício físico contribuíram, em um período de três meses, para a