

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016.

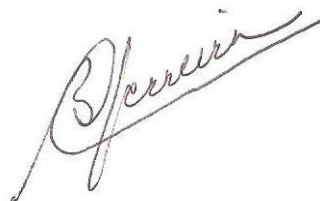
Ofício ABRAFIN 67/2016

Ao Ilmo. Senhor Presidente do COFFITO

DR. ROBERTO MATTAR CEPEDA

Assunto: Resposta ao Ofício nº 399/2016/GAPRE

A Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN), envia anexo o parecer referente ao Conceito Bobath em resposta à solicitação realizada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) a esta Associação de Especialistas.



Solange Canavarro Ferreira
Diretora-Presidente da ABRAFIN

PARECER Nº 8/2016

ASSUNTO: PARECER TÉCNICO

EMENTA: PARECER TÉCNICO SOBRE O CONCEITO BOBATH

INTERESSADO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)

1. RELATÓRIO

O presente documento versa sobre a solicitação do Senhor Presidente do COFFITO, Dr. Roberto Mattar Cepeda, à Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN) para elaboração de parecer técnico sobre o Conceito “Bobath”, tendo como objetivos apresentar quais são os requisitos mínimos para que um profissional execute tratamento baseado no Conceito “Bobath”, bem como esclarecer se um bacharel em Fisioterapia pode executá-lo, sem formação complementar, conforme Ofício nº 720/2016 do Ministério Público do Estado do Paraná.

2. FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

2.1. CONCEITO

O Conceito Bobath foi desenvolvido pelo casal Bertha e Karl Bobath no início do ano de 1950 (RAINE *et al.*, 2009). Especificamente na literatura americana, com relação à intervenção em pediatria, este conceito é denominado de Tratamento Neuroevolutivo, porque nos anos 1960, a proposta do tratamento do Conceito Bobath consistia em tratar as crianças com paralisia cerebral com base nas sequências do desenvolvimento motor (KOLLEN *et al.*, 2009). Trata-se de uma abordagem que fornece aos terapeutas um quadro conceitual para as suas intervenções clínicas, que originalmente eram baseadas nas teorias de controle motor, reflexa e hierárquica, disponíveis na época (VAUGHAN-GRAHAM; COTT; WRIGHT, 2015a). Por isso, inicialmente, o Conceito Bobath tratava as disfunções de tônus através de posições posturais e o movimento motor normal era facilitado com o manuseio do terapeuta através dos chamados “pontos chaves” (POLLOCK *et al.*, 2014). Contudo, com o avanço dos conhecimentos sobre Neurociências, Aprendizagem Motora e Neuroplasticidade,

o Conceito Bobath evoluiu consideravelmente e incorporou as novas teorias de controle motor, o qual pode ser considerado atualmente como:

“O Tratamento Neuroevolutivo/Bobath é um modelo de prática clínica interdisciplinar e holístico com base em pesquisas atuais e em evolução, que enfatiza o manuseio terapêutico individualizado com base na análise de movimento para a habilitação e reabilitação das pessoas com fisiopatologia neurológica. Usando a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o terapeuta aplica uma abordagem de resolução de problemas para avaliar a atividade e participação a fim de identificar e priorizar integridades e deficiências relevantes como base para o estabelecimento de resultados alcançáveis aos clientes e cuidadores. Um conhecimento profundo do sistema de movimento humano, incluindo a compreensão do desenvolvimento típico e atípico; e especialização na análise do controle postural, movimento, atividade e participação durante toda a vida, formam a base para o exame, avaliação e intervenção. O manuseio terapêutico, usado durante a avaliação e a intervenção, consiste em uma interação recíproca dinâmica entre o cliente e o terapeuta para ativação do processamento sensório-motor ideal, o desempenho da tarefa, e a aquisição de competências para a realização de participação em atividades significativas.” (Adaptado de CAYO *et al.*, 2015)

O Conceito Bobath contemporâneo é, essencialmente, uma forma de observar, analisar e interpretar o desempenho da tarefa, podendo ser explicado como um processo de raciocínio clínico, em vez de uma série de tratamentos ou técnicas (MAYSTON, 2000).

2.2. HISTÓRICO

Dr. Karel Bobath e Berta Bobath, um médico e uma fisioterapeuta respectivamente, nasceram em Berlim e se mudaram para a Inglaterra durante a Primeira Guerra Mundial. Na Inglaterra, o casal desenvolveu sua abordagem para a avaliação e tratamento de crianças e adultos com lesões do Sistema Nervoso Central (SNC), que ficou conhecida como Conceito Bobath. O primeiro centro foi inaugurado em 1951 e lá foi realizado o primeiro curso de formação para atuação profissional com o Conceito Bobath. Desde então, muitos milhares de profissionais foram treinados em todo o mundo. O casal Bobath morreu em 1991 (KOLLEN *et al.*, 2009; INTERNACIONAL BOBATH INSTRUCTORS TRAINING ASSOCIATION, 2008).

2.3. APLICAÇÃO

O Conceito Bobath é uma abordagem de resolução de problemas para a avaliação e tratamento de indivíduos com distúrbios da função, do movimento e do controle postural, devido a uma lesão do SNC. A abordagem Bobath pode ser usada com pessoas de qualquer idade que tenham sofrido danos ao seu SNC, independentemente do grau da gravidade (INTERNACIONAL BOBATH INSTRUCTORS TRAINING ASSOCIATION, 2008).

2.4. FUNDAMENTAÇÃO

O Conceito Bobath utiliza a análise do movimento para determinar o que é necessário e possível para o paciente alcançar (MAYSTON, 2000).

As ideias de tratamento empregadas pelo casal Bobath foram baseadas no conhecimento disponível naquela época. Presumia-se que a espasticidade fosse um problema de hiperatividade dos músculos resultante da atividade tônica reflexa anormalmente aumentada. Assim, acreditava-se que as técnicas de manipulação inibiam tal atividade e tornavam possível para a pessoa alcançar um movimento mais normal. Desde então, com o avanço científico, a compreensão do controle de movimento e da espasticidade progrediu. Sabe-se que o tônus, seja ele normal ou anormal, compreende componentes neurais e não neurais. A espasticidade é apenas um componente da disfunção do movimento que pode ser encontrado em pessoas com disfunção neurológica e, de fato, provavelmente contribui muito pouco para suas dificuldades de movimento (MAYSTON, 2000).

Os manuseios por si só não podem alterar a espasticidade (um componente neural da hipertonia), mas podem melhorar o comprimento do músculo, ou seja, favorecer o alongamento muscular, para permitir uma ativação muscular mais eficiente. É somente permitindo que a pessoa se mova ativamente de maneiras mais ideais dentro dos limites da sua lesão do SNC que se pode alcançar qualquer redução dos efeitos negativos da espasticidade (MAYSTON, 2000).

Tanto o manuseio quanto a prática de atividades são importantes para promover alterações nas propriedades viscoelásticas do músculo e induzir melhora no desempenho

funcional. Não é possível atingir atividade normal em um SNC que tenha sido danificado de forma significativa, mas o fisioterapeuta pode trabalhar com o paciente para otimizar o tecido do SNC restante. Destaca-se a importância da atividade para conduzir alterações neuroplásticas no SNC. Os fisioterapeutas não podem inibir diretamente a espasticidade, mas eles podem e devem ensinar seus pacientes a mover-se em formas mais eficientes e funcionais (MAYSTON, 2000).

2.5. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Enquanto a prática baseada em evidências tenta normalizar e regular a produção de conhecimento, existe uma resistência dos indivíduos a essa forma de atuação profissional (ISAAC; FRANCESCHI, 2008).

Nas últimas décadas, os pressupostos teóricos subjacentes ao Conceito Bobath têm sido alvo de questionamentos. Apesar da sua popularidade, não há evidências científicas de que o Conceito Bobath seja superior a outros métodos/técnicas de Fisioterapia Neurofuncional. Portanto, o Conceito Bobath é igualmente efetivo para o tratamento de pessoas com doenças neurológicas, em especial, nos estudos de sujeitos pós-AVC, para uma série de desfechos clínicos (WINSTEIN *et al.*, 2016).

Kollen *et al.* (2009) em uma revisão sistemática de ensaios randomizados e controlados com o objetivo de avaliar as evidências disponíveis sobre o Conceito Bobath no tratamento do acidente vascular cerebral (AVC), incluiu 16 estudos envolvendo 813 pacientes. Eles constataram não haver nenhuma evidência de superioridade do uso do Bobath no controle sensório-motor dos membros superiores e inferiores, destreza, mobilidade, atividades da vida diária, qualidade de vida e relação custo-eficácia. Os autores encontraram apenas uma evidência limitada a favor do Bobath para a melhora do equilíbrio. Nesse contexto, não há evidência de superioridade e nem de inferioridade do uso do Conceito no tratamento de pacientes pós-AVC. Esse estudo realçou a existência de muitas falhas metodológicas nos estudos revisados, principalmente no que se refere à definição do Conceito Bobath advindo dos anos 1960. Ressalta-se que não somente mais ensaios de alta qualidade sejam publicados, mas que o Conceito Bobath a ser empregado seja definido de forma atualizada e de acordo com as modificações ocorridas ao longo dos anos.

Pollock *et al.* (2014), objetivando elaborar uma visão geral da Cochrane sobre revisões sistemáticas das intervenções para aumentar a função do membro superior após o AVC, também não encontraram evidências suficientes que indicassem a superioridade do Conceito Bobath e recomendaram que revisões mais atuais e de melhor qualidade metodológica sejam realizadas para sintetizar as evidências do Conceito Bobath.

Atendendo essa necessidade de avançar na produção de conhecimentos científicos relativos ao Conceito Bobath, Vaughan-Graham *et al.* (2015), publicaram dois estudos com o objetivo de descrever a gama de conhecimentos relativos ao Conceito Bobath na reabilitação neurológica adulto, sintetizar os resultados, identificar lacunas de conhecimento e desenvolver recomendações com base empírica para pesquisas futuras. Nesse estudo, as autoras publicaram uma revisão sistemática dos artigos publicados entre 2007 e 2012. Foram descritos que os estudos de intervenção têm sérios problemas metodológicos, particularmente relacionados tanto ao tratamento quanto aos instrumentos de mensurações, resultando a nenhum direcionamento clínico evidente. Além disso, os autores reforçam que aspectos como referencial teórico, habilidade do terapeuta, qualidade da medição e intervenções individualizadas exigem cuidadosa consideração na concepção dos estudos sobre a abordagem terapêutica com o Conceito Bobath.

Não foram encontradas revisões sistemáticas sobre o a abordagem fisioterapêutica com o Conceito Bobath em crianças com disfunção neurológica, a exceção do estudo de Hirata & Santos (2012) sobre os métodos de reabilitação existentes para distúrbios da deglutição na Paralisia Cerebral.

Nesse contexto, entende-se que não há evidências disponíveis de que o Conceito Bobath seja superior, nem tão pouco inferior, às outras abordagens em Fisioterapia Neurofuncional do adulto. Já nas pesquisas em pediatria a escassez de informações é ainda mais evidente.

2.6. REFERÊNCIAS

CAYO, C.; DIAMOND, M.; BOVRE, T. et al. The NDT/Bobath (Neuro-Developmental Treatment/Bobath) Approach. NDTA Network. v. 22, n. 2, p. 1, 2015. Disponível em: <https://www.ndta.org/downloads/NDT_Definition.pdf>. Acesso em: 30 de Setembro de 2016.

HIRATA, G.C.; SANTOS, R.S. Reabilitação da disfagia orofaríngea em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da abordagem fonoaudiológica. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* vol.16 no.3 São Paulo July/Sept. 2012

INTERNACIONAL BOBATH INSTRUCTORS TRAINING ASSOCIATION. Theoretical assumptions and clinical practice. Education Committee, IBITA, Abr. 2006. Last version 13. Set. 2008 Disponível em: <<http://www.ibita.org/pdf/assumptions-EN.pdf>>. Acesso em: 30 de Setembro de 2016.

ISAAC, C.A.; FRANCESCHI, A. Evidence to practice & practice to evidence. *J Eval Clin Pract.* v. 14, n. 5, p. 656–659, Out. 2008.

KOLLEN, B.J.; LENNON, S.; LYONS, B.; WHEATLEY-SMITH, L.; SCHEPER, M.; BUURKE, J.H.; HALFENS, J.; GEURTS, A.C.; KWAKKEL, G. The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation: what is the evidence? *Stroke.* v. 40, n. 4, p. e89-97, Abr. 2009. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/content/40/4/e89.long>>. Acesso em: 30 de Setembro de 2016.

MAYSTON, M.J. Motor Learning Now Needs Meaningful Goals. *Physiotherapy.* v. 86, n. 9, p. 492–493, Set. 2000.

POLLOCK, A.; FARMER, S.E.; BRADY, M.C.; LANGHORNE, P.; MEAD, G.E.; MEHRHOLZ, J.; VAN WIJCK, F. Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* v. 12, n. 11, p. CD010820, Nov. 2014.

RAINE, S.; MEADOWS, L.; LYNCH-ELLERINGTON, M. *Bobath Concept: Theory and clinical practice in neurological rehabilitation.* 2009, Willey-Blackwell: Oxford, United Kingdom.

VAUGHAN-GRAHAM, J.; COTT, C.; WRIGHT, F.V. The Bobath (NDT) concept in adult neurological rehabilitation: what is the state of the knowledge? A scoping review. Part I: conceptual perspectives. *Disabil Rehabil.* v. 37, n. 20, p. 1793-1807, 2015a.

VAUGHAN-GRAHAM, J.; COTT, C.; WRIGHT, F.V. The Bobath (NDT) concept in adult neurological rehabilitation: what is the state of the knowledge? A scoping review. Part II: intervention studies perspectives. *Disabil Rehabil.* v. 37, n. 21, p. 1909-1928, 2015b.

WINSTEIN, C.J.; STEIN, J.; ARENA, R.; BATES, B.; CHERNEY, L.R.; CRAMER, S.C.; DERUYTER, F.; ENG, J.J.; FISHER, B.; HARVEY, R.L.; LANG, C.E.; MACKAY-LYONS, M.; OTTENBACHER, K.J.; PUGH, S.; REEVES, M.J.; RICHARDS, L.G.; STIERS, W.; ZOROWITZ, R.D.; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. *Guidelines for Adult*

Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. v. 47, n. 6, p. e98-e169, Jun. 2016.

3. INDICAÇÃO NORMATIVA

Por meio do Ofício nº 08/2015 em resposta ao Ofício-Circular nº 60/2015/GAPRE do COFFITO, a ABRAFIM disponibilizou um Instrumento Norteador para Normatização e Métodos e Técnicas Fisioterapêuticos na área de Fisioterapia Neurofuncional elaborado por esta associação de especialista e colaboradores. Nesse documento há informações sobre os requisitos mínimos de formação para atuação profissional com o Conceito Bobath em adultos (com carga horária mínima de 135 horas), crianças (com carga horária mínima de 285 horas) ou bebês (com carga horária mínima de 70 horas). O instrumento traz informações sobre os cursos de formação, incluindo: a. Conceito do Método; b. Indicação do Método; c. Conteúdo Mínimo de formação para utilização; d. Carga Horária Mínima; e. Evidências Científicas; f. Condições técnicas e logísticas da atuação. Nesse contexto, para maiores esclarecimentos consultar o referido documento que segue anexo a esse parecer.

4. CONCLUSÃO

Pelo exposto, a ABRAFIM entende que um bacharel em Fisioterapia não tem formação para atuação profissional com o Conceito Bobath, sendo necessária para tal uma educação continuada com formação específica para a área de atuação desejada com adultos, crianças e/ou bebês. No entanto, vale ressaltar que tal formação não é necessariamente uma especialização.

A ABRAFIM reforça a importância de se buscar o tratamento realizado por profissionais especialistas em Fisioterapia Neurofuncional, área do conhecimento que resume a abordagem holística necessária ao paciente, sem se restringir a uma linha de pensamento, mas sim buscando nas diversas técnicas e métodos existentes, aqueles recursos com maior grau de evidência científica. Diretrizes baseadas em evidências científicas em vez de preferências terapêuticas devem nortear a escolha da estratégia de tratamento a ser utilizada.

A ABRAFIN espera ter contribuído para o entendimento das questões.

Sendo o que se apresenta para o momento, manifestamos nossos cordiais cumprimentos e nos colocamos à disposição do COFFITO para qualquer questionamento adicional.

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016.

O presente parecer foi redigido por:

Diretora Científica – Dra. Cristiane S. Nascimento Baez Garcia (RJ)

Com a colaboração e anuência dos seguintes:

MEMBROS DA DIRETORIA DA ABRAFIN TRIÊNIO 2014-2017:

Diretora Presidente – Dra. Solange Canavarro Ferreira (RJ) e

Diretora Vice-Presidente – Dra. Sibeles de Andrade Melo Knaut (PR);

MEMBROS DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA ABRAFIN:

Dr. Clynton Lourenço Corrêa (RJ),

Dra. Miriam Ribeiro Calheiros de Sá (RJ) e

Dra. Sheila Schneiberg Valença Dias (SE).

COLABORADORA:

Dra. Camila Torriani-Pasin (SP)