

Resumos

REGIONAL Goiás (GO)

Anais do evento:

IV CONGRESSO GOIANO DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA DA ASSOBRAFIR

REGIONAL Goiás (GO)

Data: 19 e 20 de outubro de 2012
Local: Auditório da Área IV da PUC
Cidade: Goiás, Goiânia – GO

Comissão Organizadora

Dr. Erikson Custódio Alcântara (Diretor Presidente Regional)
Dra. Elizabeth Rodrigues de Moraes (Diretora Científica Regional)
Dra. Patrícia Resende Nogueira (Tesoureira Regional)

Comissão Científica

Dra. Krislainy de Sousa Corrêa
Dr. Erikson Custódio Alcântara
Dra. Elizabeth Rodrigues de Moraes
Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino

ASSOBRAFIR REGIONAL GOIÁS

Regional Goiás

Diretor da Regional GO

Erikson Custódio de Alcântara

Coordenadora Científica Regional

Elizabeth Rodrigues de Moraes

Tesoureira Regional

Patrícia Resende Nogueira

Secretária Executiva Regional

Melissa Nascimento Barros

Suplente 1

Priscila Valverde Vitorino

Suplente 2

Flávia Regina Leão

Suplente 3

Aika Ribeiro Kubo

USO DE PEDÔMETROS PARA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM PACIENTES COM DPOC – REVISÃO DE LITERATURA

¹Rodolfo Focaccia, ¹Leandro Costa, ¹Caio Nascimento, ¹Eduardo Perez, ²Alexandre Luque

¹Graduando do curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo-SP

²Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo-SP

E-mail: aleluque@terra.com.br

Introdução:Embora tenham sido estudados à exaustão diversos testes e tecnologias para avaliar o nível de Atividade de Vida Diária (AVD) de pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), têm-se testado a eficiência de pedômetros para quantificar o número de passos dados diariamente por estes pacientes, porém, a contagem de passos, através de um pedômetro, durante a execução de AVDs não foi ainda estudada a fundo. A dificuldade encontrada por esta técnica é saber se a sensibilidade do aparelho é eficiente o suficiente para quantificar o número exato de passos dados pelo paciente durante a execução das AVDs. **Objetivo:**O presente estudo teve como objetivo mensurar, por meio da literatura, a sensibilidade de pedômetros para avaliar o nível de AVDs em pacientes com DPOC. **Método:**Para isso foi realizado uma revisão da literatura através das bases de dados: Medline, Lilacs e Scielo, de estudos de caso, estudo transversal e coorte de 1998 à 2012, com as palavras chave: COPD, pedometer, physicalactivityassessment e motionsensor, a busca foi realizada no período de Julho à Agosto de 2012. Foram encontrados dezessete artigos no idioma: inglês. **Resultados:**Dos dezessete artigos, quatro foram selecionados, estes comparam a eficiência do pedômetro em avaliar o nível de AVDs, através da contagem de passos, com outros métodos, como multi-sensores, acelerômetros e videotapes. Grande parte dos estudos reportou que o pedômetro não foi capaz de reportar, de maneira fidedigna, o número de passos dados pelos pacientes em comparação aos outros métodos utilizados quando testados em velocidades baixas. **Conclusão:**Apesar do pequeno número de estudos encontrados, pode-se constatar que o pedômetro, quando usado em altas velocidades, pode ser usado como instrumento de avaliação do nível de AVDs, porém, é um tema que ainda deve ser mais estudado. **Palavra-chave:**COPD, pedometer, physicalactivityassessment e motion sensor.

DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Vanessa Lúcia da Silva Sousa¹ (HUB/UnB); Francielly Ferreira Santos² (Hospital Santa Helena);
Gláucia Fernandes Castro³

Universidade Estadual de Goiás- Goiânia/GO

E-mail: fsioterapeuta.vanessa.lucia@gmail.com/

Introdução: Sabendo-se pela literatura que a Doença da Membrana Hialina (DMH) possui uma alta incidência entre os recém-nascidos pré-termos, e que sua incidência é inversamente proporcional à idade gestacional, seu desenvolvimento ocorre devido à imaturidade pulmonar e a deficiência de surfactante pulmonar. **Objetivo:** Analisar a incidência de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e verificar em qual idade gestacional prevaleceu a DMH. **Metodologia:** Os artigos selecionados foram pesquisados nos bancos de dados eletrônicos: MEDLINE, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO, COCHRANE e LILACS, além de livros-textos próprios das autoras deste trabalho, estes estudos tiveram suas publicações e edições entre os anos de 2000 a 2010. Foram selecionados 222 prontuários de recém-nascidos pré-termos e de muito baixo peso do Hospital Materno Infantil de Goiânia entre o período de janeiro de 2009 a janeiro de 2010, transcritas em uma ficha elaborada pelas próprias pesquisadoras. A análise dos dados foi realizada pelo programa Microsoft Office Excel 2007, caracterizado como uma análise estatística descritiva. O programa estatístico utilizado foi o STATA – Statistics Data Analysis. Primeiramente utilizou-se o Teste de Correlação de Spearman, entre a variável de Doença da Membrana Hialina e a idade gestacional. Em seguida, foi utilizado o teste T-Student para comparação do grupo “idade gestacional” separadamente, e por fim, o teste Qui-Quadrado para comparação entre os grupos. **Resultados:** Observou-se uma incidência da DMH em 161 RNPT e de MBP (72%) com média de idade de 29 semanas e 1 dia (DP:2,74), além de uma prevalência na idade gestacional de 28 a 31 semanas e 6 dias correspondendo a 60% (n=80) destes, apresentando relação inversamente proporcional a presença da DMH e a idade gestacional ($p \leq 0,001$). **Conclusão:** Houve uma incidência significativa da Doença da Membrana Hialina nessa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Em relação à média de idade prevalente, esta poderia ser justificada devido à baixa produção de surfactante pulmonar e um maior número de RNPT que sobrevivem nessa idade gestacional, quando comparada às idades gestacionais anteriores em que há uma imaturidade global e menores condições de sobrevivência. **Palavras-chave:** doença da membrana hialina, síndrome do desconforto respiratório neonatal, prematuridade.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM LACTENTES PRATICANTES DE ATIVIDADE AQUÁTICA PRECOCE

Vanessa Lúcia da Silva Sousa¹ (HUB/UnB, Ceafi); Silvana Alves Pereira² (USP, UFRN);
Fabiane Alves Carvalho³ (UniEvangélica); Klayton Galante⁴ (UnB)
Ceafi Pós-graduação- Brasília/DF

E-mail: fisioterapeuta.vanessa.lucia@gmail.com/

Introdução: Ao nascerem, os bebês podem apresentar movimentos coordenados de braços e pernas, para se deslocar na água desde que eles sejam colocados na posição de decúbito ventral. As habilidades básicas na locomoção aquática resultam na diversificação motora pela qual o nadar passa durante a infância. **Objetivos:** Caracterizar a atividade física precoce em lactentes através da avaliação da qualidade do sono. **Metodologia:** Foram incluídos lactentes entre 0-24 meses de idade praticantes de natação específica para bebês. Todos os responsáveis responderam uma ficha de avaliação com dados pessoais e um questionário pré-catalogado com 15 questões fechadas sobre a qualidade do sono do lactente. Os dados coletados da ficha de avaliação e do questionário da qualidade do sono foram expostos em planilhas do Microsoft Office Excel 2007. Ainda neste verificou-se por uma análise estatística descritiva a frequência, média e desvio padrão dos resultados observados do questionário de qualidade do sono. **Resultados:** Foram avaliados 14 bebês. O tempo médio de natação entre eles foi de seis meses (± 4.13). A média de horas de sono noturno foi de 10 horas (± 0.94) e 2 horas diurno (± 0.83), a idade média foi de 15 meses (± 4.15) e o peso médio foi de 10 Kg (± 1.38). Dos 14 bebês avaliados, sete acordam durante a noite e cinco choram ao acordar, sete usam chupeta para dormir, cinco mamam e dois sugam os dedos, 12 dormem sozinhos e 13 dormem com a luz apagada. Apenas quatro bebês possuem televisão no quarto, mas nenhum deles dorme com a televisão ligada. A reação dos pais ao perceber que o bebê acordou consiste em conversar (11) e pegar seus bebês no colo (três). Dez são vistos com comportamento ativo pelos pais. Ao dormir cinco dormem em posição prona, dois em supino e sete em decúbito lateral, apenas um bebê apresenta respiração bucal ao dormir e 93% dos responsáveis têm a percepção que seu bebê dorme bem durante a noite. **Conclusão:** Verificamos em nossos dados que os bebês que praticam atividade aquática precoce apresentam boa qualidade de sono. A prática da atividade física é essencial pra promover um crescimento e maturação adequada na aptidão física e vigor mental e os ciclos do sono são essenciais para o desenvolvimento, aprendizado, memória e preservação da plasticidade cerebral na vida do indivíduo.

Palavras-chave: qualidade do sono, ciclo de sono, natação.

A FISIOTERAPIA NA CRIANÇA COM ASMA

Fernanda Carolina Nunes Almeida
Hospital da Criança de Brasília José de Alencar

Introdução: A asma é uma doença pulmonar obstrutiva crônica, de maior prevalência na infância, após a desnutrição. No Distrito Federal, em 2005, a prevalência de asma em foi de 12,1% e 13,8% nas faixas etárias de seis a sete anos e treze a catorze anos, respectivamente. Ela provoca alterações importantes na mecânica respiratória que interferem diretamente na postura corporal das crianças. Com a repetição das crises, há aumento do volume residual e do uso exacerbado da musculatura acessória, gerando restrições na mobilidade torácica, alterações no tórax e na coluna vertebral como um todo, levando alterações posturais importantes. A fisioterapia para as crianças asmáticas vem sendo realizada no Hospital da Criança de Brasília José Alencar como uma terapêutica coadjuvante no tratamento da asma, com melhora significativa da qualidade de vida dessas crianças e de suas famílias. **Método:** Com o objetivo de delinear a função do fisioterapeuta nos cuidados da criança asmática foi realizada de forma crítica, uma revisão abrangente da literatura atual. **Resultados:** A literatura tem apontado os benefícios da fisioterapia para o bem-estar da criança com asma, como: melhorar a função pulmonar e cardíaca, aumentar a capacidade para o exercício e a confiança para realizar atividades físicas, diminuir a severidade de dispneia e do uso de medicações, correções posturais, espessar as crises e melhorar a qualidade de vida. **Conclusão:** A fisioterapia para criança asmática surge como terapêutica coadjuvante no seu tratamento, pois melhora a eficiência da mecânica dos músculos respiratórios, bem como a sua reorganização biomecânica, diminui as crises e melhora a qualidade de vida.

Palavras-chave: disfunção pulmonar, asma, cuidados respiratórios.

FISIOTERAPIA NO TCE GRAVE: RELATO DE CASO

Aline Cristina da Silva Oliveira, Juliana Campos Rodovalho, Nayane L. Bomfim Boson, Lara Righetto Xavier de Vasconcelos, [Sheila Alves Pereira](#), Valeria Raquel Apolinário Santos
Residência Multiprofissional do HC/UFG - Setor de Fisioterapia
Email: sheila.alves@uol.com.br

Introdução: O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) consiste no trauma, por mecanismo direto ou indireto, da caixa craniana e de seu conteúdo, o encéfalo, telencéfalo e cerebelo. É a principal causa de morte entre adultos jovens, com idade entre 15 e 24 anos, do sexo masculino no Brasil (BECKER, 2008). O atendimento do paciente com TCE grave pela fisioterapia respiratória baseia-se no suporte de ventilação mecânica (VM) e técnicas de higiene brônquica com finalidade de prevenir complicações pulmonares, comum neste quadro clínico (PARAIBUNA, MARX, 2005). **Descrição do Caso:** W. R. M., 23 anos, sexo masculino, admitido na UTI no dia 07/08/2012 com história de acidente motociclístico ocorrido dia 05/08/2012, com fratura exposta de tibia esquerda e fratura fechada diafisária de fêmur esquerdo. Foi realizada cirurgia para correção de fratura de tibia E (fixador externo) no dia 06/08/2012. No dia 07/08 paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, hipertensão e má perfusão. Na TC crânio havia hematoma subdural bilateral, e no raio-x presença de infiltrado bilateral. O paciente estava em regular estado geral, Glasgow 15, colaborativo, normotenso, respirando espontaneamente através de máscara de O₂ (7 l/min), edema em MIE. No dia 09/08/2012 paciente foi levado ao centro cirúrgico para redução de fratura de fêmur E, sendo intubado e posteriormente extubado, no entanto após a extubação evoluiu para insuficiência respiratória aguda, retornando a UTI em VM. O paciente evoluiu com arritmias, instabilidade hemodinamicamente e presença de secreções. Devido ao aumento da resistência das vias aéreas pela presença de secreção, restrição dos volumes pulmonares, diminuição da capacidade funcional foi realizado manobras de higiene brônquica (AFE, shaking, vibrocompressão, bagsqueezing) e de reexpansão pulmonar, otimização da assistência ventilatória (ajustes na VM) e cinesioterapia motora global (ativa em MMSS e MID). No dia 11/08/2012 teve extubação sem sucesso. Durante a permanência do paciente em VM, o mesmo teve uma variação de Ramsay (de 1 a 5). Paciente necessitou de hemodiálise durante 09 dias. **Impactos:** No dia 19/08/2012 paciente foi extubado sem intercorrências, ficando um total de 10 dias em VM, sendo que o período de desmame equivaleu a 02 dias do total de VM sendo realizado com Pressão de suporte+Tubo T. Paciente teve alta da UTI no dia 23/08/2012. **Considerações Finais:** A abordagem fisioterapêutica em pacientes vítimas de TCE deve ser global, visando assim, o alcance do grau de funcionalidade esperado para cada nível cognitivo e prognóstico relacionado a este (SUGAWARA et al., 2004).

Palavras-chave: trauma de crânio, acidente vascular, fisioterapia.

FISIOTERAPIA NAS COMPLICAÇÕES DE UM PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE CASO

Nayane L. Bomfim Boson, Lara Righetto Xavier de Vasconcelos, Juliana Campos Rodovalho, Aline Cristina da Silva Oliveira, [Sheila Alves Pereira](#), Valéria Raquel Apolinário Santos
Residência Multiprofissional do HC/UFG - Setor de Fisioterapia
Email: sheila.alves@uol.com.br

Introdução: A cirurgia de revascularização do miocárdio tem sido utilizada como forma terapêutica em pacientes cada vez mais graves e, portanto, com risco cada vez maior de complicações pós-operatórias e de morte (KENNAN, 2005). No pós-operatório, a Fisioterapia intervém de forma precoce para prevenir e tratar essas complicações, reduzir o tempo de permanência do paciente no hospital e evitar outras complicações, como infecções e síndrome do imobilismo (LEGUISAMO et al., 2005). **Descrição do Caso:** Paciente do sexo masculino, 71 anos, admitido no dia 16/05/2012 com queixa de precordialgia e irradiação da dor para membros superiores e região cervical, com piora aos esforços e diagnóstico de angina instável, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Relatou história prévia de tabagismo e etilismo moderado. Foi realizado, no dia 17/05/2012, um cateterismo e posteriormente, no dia 21/05/2012, uma angioplastia com *stent* em artéria circunflexa. Foi readmitido no dia 27/07/2012 com insuficiência coronariana triarterial, dor torácica, dispneia e pico hipertensivo. No dia 03/08/2012 realizou Revascularização do Miocárdio por meio de uma toracotomia exploradora. Na enfermaria, no dia 10/08/2012, o paciente apresentou, ao exame físico, cianose em extremidades, dispneia aos pequenos esforços mesmo em uso de O₂ suplementar a 3L/min contínuo via catéter nasal, padrão respiratório toracoabdominal, expansibilidade torácica reduzida e simétrica, murmúrio vesicular reduzido em bases, tosse eficaz, SpO₂ de 89%, diagnóstico de pneumonia e atelectasia bibasal. Como diagnóstico fisioterapêutico o paciente tinha alteração do componente elástico pulmonar, diminuição dos volumes pulmonares devido à restrição no leito e fraqueza muscular global. Como conduta fisioterapêutica, foi instituída ventilação não-invasiva (Bipap) durante 1 hora, uma vez ao dia, associada à

sedestação em cadeira, cinesioterapia ativo livre de membros inferiores, deambulação, orientações quanto ao posicionamento e tosse assistida. O paciente aceitou bem a terapia proposta e evoluiu com retirada gradativa do O₂ suplementar. Do dia 15/08/2012 ao dia 22/08/2012 foi instituído cicloergômetro para membros inferiores, durante 30 minutos. Recebeu alta no dia 23/08/2012. Impactos: O paciente evoluiu com melhora da ventilação pulmonar, com reversão da hipoxemia e supressão do oxigênio, melhora da ausculta pulmonar e do estado geral. Foi encaminhado à Reabilitação Cardíaca para avaliação e acompanhamento. Considerações Finais: O quadro clínico apresentado pelo paciente na avaliação era compatível com complicações pós-operatório de cirurgia cardíaca. A intervenção fisioterapêutica, baseada em reexpansão pulmonar, mobilização precoce e cinesioterapia ativa, mostrou-se efetiva no tratamento das complicações pós-operatórias (IRWIN, TECKLIN, 2003; REGÊNGA, 2000).

Palavras-chave: complicações pulmonares, cirurgia cardíaca, exercício físico para cardiopata.

O USO DA VENTILAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA NA SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO MECONIAL-RELATO DE CASO

Fernanda Carolina Nunes Almeida; Luanda Elaine Mouzinho Bordalo; Tatiane Lima Raulino; Patrícia Santos Souza; Fernanda Martins Barreto; Carla Caroline Rezende
Hospital São Francisco- Ceilândia-DF

Introdução: Apesar dos inúmeros avanços nas últimas décadas, a Síndrome de Aspiração de Mecônio (SAM) ainda representa uma das principais causas de morbi-mortalidade no período neonatal, pelo comprometimento respiratório que ela ocasiona. Estudos com novas estratégias de tratamento para SAM estão sendo realizados e entre as técnicas utilizadas destacam-se o lavado broncoalveolar com surfactante e o uso da Ventilação de Alta Frequência, que se baseia no uso de volumes correntes menores que o volume de espaço morto, associado ao uso de altas frequências, levando ao melhor recrutamento do pulmão colapsado, em menor tempo, e conseqüente melhora respiratória. Descrição de Caso: Trata-se de um RNT, nascido de parto cesáreo por sofrimento fetal agudo cursando com síndrome de aspiração meconial. Foi colocado ao nascimento em CPAP nasal, porém evoluiu com piora do desconforto respiratório sendo necessária intubação orotraqueal e ventilação mecânica convencional. Recebeu 1 dose de surfactante com intuito de otimizar a ventilação mecânica, porém evoluiu com piora do quadro radiológico cursando com acidose respiratória importante, necessitando de altos parâmetros ventilatórios. Iniciado então, ventilação de alta frequência. Necessitou de mais 1 dose de surfactante, e após 28 horas de ventilação de alta frequência, apresentou resolução da maior parte do quadro radiológico, retornado para ventilação convencional. Impactos: O manejo do ventilador na SAM é bastante difícil, tendo em vista o comprometimento heterogêneo do parênquima pulmonar, com áreas de padrão obstrutivo e restritivo alternando com áreas de pulmão normal. A ventilação mecânica de alta frequência tem sido utilizada na SAM como estratégia de resgate quando a ventilação convencional não é eficaz, mas os relatos sobre a sua segurança e eficácia ainda são conflitantes. No caso clínico acima relatado, a ventilação de alta frequência foi utilizada com essa estratégia. Assim, o manejo da ventilação de alta frequência pode ser interessante durante o uso de elevadas pressões (principalmente inspiratórias) para garantir trocas gasosas adequadas ao RN. Considerações Finais: A ventilação de alta frequência quando instituída precocemente no curso da insuficiência respiratória do RN, poderia prevenir ou reduzir a lesão pulmonar, melhorando, assim, o prognóstico desses pacientes.

Palavras-chave: ventilação mecânica neonatal, cuidados respiratórios em criança, neonatologia.

AValiação DOS PACIENTES DA REABILITAÇÃO CARDÍACA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Vanessa Lúcia da Silva Sousa¹ (HUB/UnB); Mayara Santos Teles¹ (HUB/UnB); Marta Gabriela Brito¹ (HUB/UnB); Sérgio Leite Rodrigues (HUB/UnB, SES/DF); Dante Soares Brasil² (HUB/UnB, HBDF)
Hospital Universitário de Brasília/Universidade de Brasília- Brasília/DF
E-mail: fisioterapeuta.vanessa.lucia@gmail.com/

Introdução: A reabilitação cardíaca é o somatório das atividades necessárias para garantir aos pacientes portadores de cardiopatia as melhores condições física, mental e social. A exposição regular ao exercício ao longo do tempo (treinamento físico) promove um conjunto de adaptações morfológicas e funcionais que conferem maior capacidade ao organismo para responder ao estresse do exercício, como aumento de força e fadiga muscular, além da capacidade funcional. **Objetivos:** observar as adaptações de força muscular de membros inferiores através da eletromiografia (EMO), a capacidade funcional pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6) e alterações cardiovasculares após um programa de reabilitação cardíaca. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, realizado no Hospital Universitário de Brasília- HUB, os quais foram descritos os dados encontrados na ficha de avaliação dos pacientes que realizaram reabilitação cardíaca no ano de 2012. Todos os pacientes que realizaram o programa de oito semanas e apresentassem os dados da ficha de avaliação de fisioterapia pré e pós-reabilitação cardíaca completamente preenchida incluiu-se no trabalho. Os dados foram coletados através do relatório final de avaliação de fisioterapia de janeiro a setembro de 2012 e analisados no programa Microsoft Excel 2010. **Resultados:** Foram totalizadas 16 avaliações, das quais apenas 10 apresentavam completamente preenchidas. Dos pacientes que fizeram parte da pesquisa 70% eram do sexo masculino com média de idade de 63,5 anos. Todos os pacientes apresentavam sobrepeso, dentre eles 50% dos pacientes foram classificados como obesidade grau I (IMC 30-35), 60% com classe funcional NYHA I. Houve uma queda da pressão arterial de 10 mmHg pré e pós TC6 após a reabilitação, a média de força de MMII pré-reabilitação pela EMO foi de 18,9 kgf (DP±6,36 kgf), sem aumento após o programa. Observou-se um aumento na distância percorrida de apenas 10 metros no TC6. **Conclusão:** Não houve alterações de força de MMII observadas na EMO, porém observou-se uma queda na pressão arterial de repouso antes e após o teste de caminhada de seis minutos com aumento da distância percorrida no mesmo. **Palavras-chave:** reabilitação cardíaca, exercício físico para cardiopatas, cirurgia cardíaca.

REEQUILÍBRIO TORACOABDOMINAL NA FIBROSE CÍSTICA: RELATO DE CASO

Lícia Cristine Marinho França
Hospital da Criança de Brasília José de Alencar, Brasília DF

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença crônica, progressiva, de herança genética autossômica recessiva, com frequência estimada no Brasil de até 1: 10.000 nascidos-vivos. Doença sistêmica que acomete as glândulas exócrinas do organismo por mutações do gene CFTR. É caracterizada principalmente por broncopneumopatia obstrutiva e supurativa, infecções pulmonares de repetição e insuficiência pancreática, levando à má digestão e má absorção dos lipídeos, resultando em insuficiência respiratória crônica e desnutrição. A obstrução das vias aéreas superiores e inferiores aumenta a resistência e limita o fluxo de ar. Para melhorar a ventilação os músculos respiratórios entram em esforço e instalam-se alterações biomecânicas no sistema respiratório, culminando com deformações torácicas. **Descrição do Caso:** Paciente de 8 anos, diagnóstico de FC pancreato insuficiente aos 11 meses, pelos critérios internacionais. Tem gastrostomia desde os 4 anos de idade por desnutrição crônica. Aos 5 anos foi submetido a pneumectomia à E. Tem colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa*, é dependente de oxigenoterapia e refere dispneia aos médios esforços. Último escore de Swachmman de 45 pontos. **Medicações:** pancreatina, suplementos alimentares e vitamínicos, alfadornase, azitromicina e colistimetato inalado. **Exame físico:** taquidispnéico 33 rpm, frequência cardíaca: 110 bpm, SpO₂ 93% com 1 lpm de O₂, com sinais de esforço respiratório (uso da musculatura acessória da inspiração, presença de tiragens intercostais, supraesternal e expiração ativa). Ausculta pulmonar abolida em 1/3 inferior HTE com estertores crepitantes difusos, baquetamento digital ++/4 e importante depressão em região torácica ântero-inferior. O paciente vem sendo submetido à fisioterapia pelo método de Reequilíbrio Toracoabdominal (RTA), que não se constitui de manobras isoladas, mas de um manuseio dinâmico orientado pela biomecânica respiratória normal e pela fisiologia das disfunções respiratórias. Tal manuseio se caracterizou por: posicionamento adequado, alongamento dos músculos inspiratórios, manobras miofaciais, apoio toracoabdominal, ajuda inspiratória, reposicionamento costal e fortalecimento dos músculos respiratórios. **Impactos:** Com 45 minutos do RTA, o paciente apresentou: redução do esforço respiratório, frequência cardíaca: 98 bpm e da frequência respiratória 24 rpm, aumento da SpO₂% 97% com 1 lpm de O₂, remoção de secreções, desbloqueio torácico e melhora da sensação de dispneia. **Considerações Finais:** O RTA previne o acúmulo de secreções pulmonares (removendo-as constantemente), desbloqueia a parede torácica, melhora a ventilação pulmonar e prepara a criança para um bom treinamento cárdiorrespiratório e desempenho em atividades físicas. O método RTA vem sendo amplamente utilizado na prática clínica diária, com resultados satisfatórios, porém ainda necessita de mais estudos clínicos para comprovar a sua eficácia. **Palavras-chave:** exercício respiratório, fibrose cística, complicações pulmonares na fibrose cística.

REPERCUSSÕES DAS MANOBRAS MANUAIS RESPIRATÓRIAS E ASPIRAÇÃO NA HEMODINÂMICA EM PACIENTES EM VM

Geraldo Magela Cardoso¹; Wellington da Silva Costa Costa²; Anna Luiza Ribeiro²

¹Fisioterapeuta e mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia - UFU(2007) Especialista em Fisioterapia cardiopulmonar - UNITRI. Professor do Centro Universitário do Triângulo - UNITRI, Gestor da Pós-graduação e Fisioterapia Cardiopulmonar e UTI – UNITRI. Fisioterapeuta chefe do serviço de Fisioterapia do Hospital Santa Clara e Hospital Municipal de Uberlândia. Integrante do Conselho Científico da Revista Científica: Fisioterapia Ser. ²Fisioterapeuta e Especialista em Fisioterapia Cardiopulmonar e Terapia Intensiva Pelo Centro Universitário do Triângulo (UNITRI) Uberlândia, MG – Brasil
E-mail: gcardoso25@hotmail.com

Introdução: Pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva tendem a acumular secreções respiratórias por fatores diversos e essas repercutem sobre a hemodinâmica do paciente grave em ventilação mecânica (VM). As manobras manuais de desobstrução brônquica e aspiração vêm sendo utilizadas em larga escala para retirada de secreção desses pacientes instáveis a fim de promover uma melhor oxigenação. **Objetivo:** Analisar a repercussão das manobras manuais e aspiração em relação à saturação de O₂, frequência cardíaca e pressão arterial nos pacientes em ventilação mecânica. **Método:** No período de Janeiro a Abril de 2012 foi realizado um estudo em uma UTI particular com nove pacientes submetidos à ventilação mecânica controlada, sedados e estáveis hemodinamicamente. Nesses pacientes foram utilizadas, durante três dias consecutivos, manobras de percussão, vibro compressão, aceleração do fluxo expiratório e posteriormente aspiração no tubo orotraqueal. **Resultados:** Nesse grupo, foi observado um aumento estatisticamente significativo pós-conduta no 2º dia em relação à FC e nos 3 dias subsequentes da Sat. O₂. **Conclusão:** concluímos que as manobras manuais juntamente com a aspiração, proporcionaram nessa amostra, uma melhora na saturação de oxigênio e que a repercussão dessas condutas sobre as outras variáveis foram semelhantes e não significativas. **Palavras-chaves:** Ventilação Mecânica, Fisioterapia Respiratória, Aspiração. **Palavras-chave:** recrutamento alveolar, aspiração de via aérea, ventilação mecânica.

FISIOTERAPIA NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM GOIÂNIA-GO

Sara Alves dos Santos Taquary; Débora Santos Ataíde; Priscila Valverde de Oliveira Vitorino;
Sheila Alves Pereira
Universidade Federal de Goiás - UFG – Goiânia (GO)
Email: alves_sasa@hotmail.com

Introdução: Os serviços de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde destinado às crianças gravemente enfermas constituem uma das portas de entrada para pacientes com alguma alteração em seu estado de saúde. A atuação do fisioterapeuta nesses ambientes pode proporcionar um atendimento mais rápido e eficiente, visando reduzir o número de complicações respiratórias e tempo de internação hospitalar. **Objetivos:** Traçar o perfil dos pacientes admitidos na sala de reanimação do Serviço de Referência em Urgência Pediátrica (SERUPE) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), através da análise de gênero, idade, queixa principal, diagnóstico, necessidade de oxigenoterapia e suporte ventilatório, tempo de permanência no setor e evolução, bem como descrever a atuação fisioterapêutica na sala de reanimação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, realizado no período de fevereiro a junho de 2012, para o qual foram acompanhados todos os pacientes que deram entrada na sala de reanimação do SERUPE. **Resultados:** Fizeram parte da amostra 47 pacientes, sendo 53,2% (n=25) do sexo masculino, com idade média de 5,2 (±4,1) anos. As queixas principais mais frequentes foram dispnéia em 26,1% (n=29), febre em 10,8% (n=12), cianose em 7,2% (n=8) e sibilância em 7,2% (n=8) dos casos. As hipóteses diagnósticas mais frequentes foram de doenças respiratórias em 69,4% (n=43) dos casos. O tempo médio de permanência na sala de reanimação foi de 1,9 (±1,5) dias. Quanto aos procedimentos realizados: 76,6% (n=36) dos pacientes necessitaram de oxigenoterapia; 21,3% (n=10) de assistência ventilatória, sendo que 90,0% (n=9) fizeram uso exclusivo de ventilação mecânica invasiva, 10% (n=1) uso exclusivo de ventilação não-invasiva. Tiveram acompanhamento fisioterapêutico 31,9% (n=15) dos pacientes, com abordagem respiratória e motora em 86,7% (n=13), e apenas motora em 13,3% (n=2). A fisioterapia auxiliou na monitorização da ventilação mecânica de 77,8% (n=4) pacientes e no desmame ventilatório de 33,3% (n=3). Em relação ao desfecho: 63,8% (n=30) enfermagem, 14,9% (n=7) alta hospitalar, 10,6% (n=5) UTI, 8,5% (n=4) transferência externa e 2,1% (n=1) óbito. **Conclusão:** Na sala de reanimação do SERUPE predomina a entrada de crianças do sexo masculino, apresentando queixas e patologias respiratórias. A presença do fisioterapeuta na emergência apesar de estar em ascensão ainda é restrita, porém existe uma grande demanda de pacientes com distúrbios respiratórios que podem se beneficiar dessa especialidade. **Palavras-chave:** pediatria, emergência em pediatria, fisioterapia emergencial.

ANÁLISE DO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR EM PACIENTES NEUROCRÍTICOS ADULTOS

Andrêssa Keyty Santos¹
Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva- SOBRATI, Brasília-DF
Email: andressaket@yahoo.com.br

Introdução: A monitorização neurológica intensiva utiliza-se de vários procedimentos diagnósticos para avaliar as funções cerebrais e para que isso ocorra é necessário optar pelo transporte intra-hospitalar do paciente neurocrítico. No entanto, a transferência do paciente neurológico pode ocasionar dano cerebral maior do que já existe. Por isso, o transporte intra-hospitalar torna-se um período de grande instabilidade e pode gerar alterações ventilatórias e hemodinâmicas no paciente além de gerar insegurança no transporte. **Objetivos:** Os objetivos deste estudo foram investigar a literatura científica para a análise da segurança do transporte intra-hospitalar e as suas repercussões hemodinâmicas e ventilatórias no paciente neurocrítico durante o transporte intra-hospitalar. **Metodologia:** O estudo foi realizado através de pesquisas em livros e em artigos publicados no período de 1998 a 2012, em periódicos indexados nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, publicados em inglês, português e espanhol utilizando os descritores: transporte intra-hospitalar, monitorização neurológica e transferência. **Resultados:** As alterações mais comuns encontradas foram as alterações na PaCO_2 , aumento de frequência cardíaca e respiratória, alterações na relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, na pressão intracraniana, quando era possível mensurá-la e, de forma menos significativa, as alterações na pressão arterial e gasometria, lembrando que não houve alterações na ventilação manual ou portátil. Além disso, a incidência de ocorrência no transporte intra-hospitalar é ainda alta, e, muitas vezes, ligado à falha de equipamento ou falta de comunicação na equipe de transporte. **Conclusão:** Através da análise do transporte intra-hospitalar em pacientes neurocríticos pôde-se perceber um momento de riscos adicionais ao paciente, principalmente devido aos possíveis danos neuronais secundários impostos ao transporte e suas repercussões hemodinâmicas e respiratórias, ressaltando a importância da checagem da aparelhagem, incluindo todos os aparatos necessários para se monitorizar o paciente neurocrítico, além de uma equipe multidisciplinar bem treinada e harmonizada.

Palavras-chave: transporte intra-hospitalar, neurointensivismo, neurologia intensiva.

MENSURAÇÃO DAS PRESSÕES INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA MÁXIMAS EM PORTADORES DE DPOC, PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA AQUÁTICA

Nayara Carvalho Ferreira; Adriana Vieira Macedo; Renato Canevari Dutra da Silva;
Fernanda Silvana Pereira; Walter Carlos Mendes Campos

Introdução: A DPOC é uma doença crônica, progressiva e irreversível cuja principal característica é a limitação aérea, devido a uma resposta inflamatória causada predominantemente pelo tabagismo, no entanto engloba duas doenças a bronquite crônica e o enfisema pulmonar, que coexistem num mesmo paciente, porém há predominância de uma delas. Possuindo uma importante morbidade e mortalidade tanto no Brasil como no mundo, como não há cura, o tratamento consiste em amenizar sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, no entanto esses são os principais objetivos da reabilitação pulmonar. **Objetivos:** avaliar as pressões inspiratória e expiratória máximas em idosos portadores de DPOC; correlacionar os valores da PI máx e PE máx antes e após intervenção fisioterapêutica aquática em idosos portadores de DPOC. **Métodos:** 34 pacientes com DPOC foram submetidos ao programa de intervenção fisioterapêutica aquática, totalizando 24 sessões de 50 minutos, três vezes por semana. Foram submetidos à avaliação fisioterapêutica e a avaliação da força da musculatura respiratória através das medidas de pressão inspiratória máxima (PI máx) e pressão expiratória máxima (PE máx) antes e após a intervenção aquática. **Resultados:** Os valores médios obtidos pelos pacientes com as médias das pressões inspiratórias máximas (PI máx) antes e após intervenção fisioterapêutica aquática, pode-se observar que houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,048$) entre os valores das pressões inspiratórias máximas; as médias das pressões expiratórias máximas (PE máx) antes e após intervenção fisioterapêutica aquática, pode-se observar que houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,026$) entre os valores das pressões expiratórias máximas; ao observar a correlação das pressões respiratórias nota-se que após a intervenção fisioterapêutica aquática, a pressão inspiratória máxima teve um aumento 14% maior do que a pressão expiratória máxima nos indivíduos avaliados. **Conclusão:** Contudo, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os valores médios das pressões respiratórias máximas antes e após intervenção fisioterapêutica aquática, demonstrando que esta intervenção fisioterapêutica aquática teve eficácia satisfatória para o aumento da força muscular inspiratória e expiratória.

Palavras-chave: DPOC, fisioterapia aquática, pressão inspiratória, expiratória máxima.

AVALIAÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (CRÔNICO OU AGUDO) – REVISÃO DE LITERATURA

Jaqueline Nunes¹, Marielly Silva¹, Andrea Tufanin^{1,2} e Giulliano Gardenghi^{1,2,3}

1) *Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI) – Goiânia/GO*; 2) *Instituto Movimento de Reabilitação Especializada - Goiânia/GO*; 3) *Hospital São Bernardo (ENCORE) – Aparecida de Goiânia/GO*

Email: mariellydasilva@hotmail.com

Contextualização: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição neurológica classificada como uma das doenças mais prevalentes em todo mundo, sendo uma das causas mais importantes de dependência em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, estando relacionado a elevados custos de saúde. A qualidade de vida (QV) da população acometida pelo AVC tem sido alvo de diversos estudos, pelo evidente impacto que tal doença causa sobre a sociedade. Entende-se por QV a percepção que um indivíduo tem a respeito de sua limitação atual incluindo seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Objetivo: Identificar os principais fatores que influenciam na QV após um AVC. Metodologia: Revisão bibliográfica, realizada a partir da leitura de artigos incluindo as palavras-chave qualidade de vida e acidente vascular cerebral, publicados nos últimos sete anos (2006-2012). Resultados: O evento AVC tem um impacto negativo sobre a QV. O fator emocional influenciou de forma significativa a reabilitação em todas as fases (aguda e crônica). Conclusão: Alterações nas funções físicas, emocionais e cognitivas devem ser identificadas e consideradas, uma vez que tal conduta é fundamental para delinear intervenções na reabilitação. O uso de diversos questionários que estudam QV auxilia no estabelecimento de bases para desenvolvimento de modelos de cuidados para sobreviventes de AVC.

Palavras-chave: acidente vascular encefálico, fisioterapia respiratória, qualidade de vida.

ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA NEURALMENTE AJUSTADA (NAVA) - REVISÃO DE LITERATURA

Marielly Silva¹, Jaqueline Nunes¹, Andrea Tufanin^{1,2}, Giulliano Gardenghi^{1,2,3}, Erikson Custódio Alcântara^{4,5}

1) *Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI) – Goiânia/GO*; 2) *Instituto Movimento de Reabilitação Especializada - Goiânia/GO*; 3) *Hospital São Bernardo (ENCORE) – Aparecida de Goiânia/GO*; 4) *Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) - Goiânia/GO*; 5) *Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)*

Email: mariellydasilva@hotmail.com

Contextualização: A Assistência Ventilatória Neuralmente Ajustada (NAVA) é um modo de suporte ventilatório que utiliza a atividade elétrica do diafragma para controlar os ciclos inspiratórios (disparos) e expiratórios, onde o indivíduo passa a controlar diretamente (neuralmente) a assistência que recebe do respirador, aumentando de maneira ímpar a sincronia paciente/ventilador. Objetivo: Descrever o modo NAVA como forma de sustentar este recurso de assistência ventilatória, demonstrando os seus benefícios, bem como indicações, contra-indicações e relatos de evidências deste modo ventilatório. Metodologia: Estudo de revisão bibliográfica, realizado a partir da leitura de artigos incluindo as palavras-chave ventilação mecânica, lesão pulmonar e NAVA, publicados nos últimos 13 anos (1999-2012). Resultados: O modo NAVA foi desenvolvido em 1999. É uma forma de ventilação mecânica (VM) que utiliza a atividade elétrica diafragmática (Edi) para controlar tanto o ciclo ventilatório mecânico quanto a magnitude e o perfil da assistência. Diferente de outros, esse modo oferece uma nova abordagem conceitual para a ventilação mecânica fazendo melhorias no controle da ventilação, já que a Edi é o melhor sinal disponível atualmente para estimar a função respiratória, evitando ciclos mecânicos indesejados pelo paciente e fornecendo ao mesmo o controle total da respiração, podendo-se ainda proporcionar certo grau de auxílio à inspiração por meio do nível NAVA, que aumenta as pressões inspiratórias de acordo com a percepção do profissional assistente sobre as necessidades do indivíduo ventilado mecanicamente. O modo NAVA é indicado para pacientes em processo de desmame da ventilação mecânica e contra-indicado para pacientes com ausência de “drive” central ou com perda de ativação neural da musculatura periférica, como nas lesões medulares altas e completas. Considerações finais: A utilização do modo NAVA proporciona ao paciente um maior conforto, pela inequívoca melhora da sua sincronia com o ventilador. Estudos clínicos com maior número de pacientes são necessários, para validar o emprego dessa modalidade de VM, no processo de desmame.

Palavras-chave: ventilação mecânica, assistência ventilatória, NAVA.

ESTUDO COMPARATIVO DA PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO E DE PRESSÃO ARTERIAL ALTERADA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS DE TEMPO REGULAR E INTEGRAL

Raissa Alves Teixeira Medeiros¹; Thais Inácio Rolim Póvoa², Paulo César Brandão Veiga Jardim³, Ana Luiza Lima Sousa⁴, Marina Costa Machado¹, Wanessa da Silva Santiago¹, Suyá Santana Ferreira⁵.

¹Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás, unidade ESEFFEGO; ²Docente do curso de Educação Física da Universidade Estadual de Goiás, unidade ESEFFEGO; ³Docente da Faculdade de Medicina e Coordenador da Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás; ⁴Docente da Faculdade de Enfermagem e Coordenadora da Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás; ⁵Docente do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Introdução: A prevalência de excesso de peso infantil tem aumentado progressivamente e alterações na pressão arterial (PA) podem ter início na infância e adolescência. A escola exerce influência nos hábitos de vida da criança, o que justifica a importância de se comparar o tipo de escola, quanto ao tempo de permanência, para avaliar o modelo mais recomendado em relação à prevalência de excesso de peso e de alterações na PA. **Objetivos:** avaliar e comparar a prevalência de PA alterada e de excesso de peso em crianças de escolas de tempo regular (TR) e tempo integral (TI). **Metodologia:** estudo transversal, amostra por conveniência, realizado em três escolas de Goiânia, sendo uma de TR e duas de TI. Pais que assinaram o TCLE responderam questões sobre idade e escolaridade (anos) das crianças e renda per capita. **Avaliação na escola:** peso, estatura e PA casual (aparelhos semiautomáticos -OMHON,HEM-705CP, duas medidas, intervalo de três minutos, após cinco em descanso. PA (sistólica e/ou diastólica) alterada: \geq percentil 90 para a respectiva idade, sexo e estatura, com base na 4th Task Force). Considerado excesso de peso – percentil de IMC \geq 85 (COLE *et al*, 2000). Dados digitados e analisados no SPSS (20.0). Para a comparação das variáveis, qui-quadrado (dados categóricos) e Mann-Whitney U (dados contínuos). Considerado significante: $p < 0,05$. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do HC/UFG. **Resultados:** a amostra foi de 478 crianças, sendo 242 da escola de TR e 236 da escola de TI. Os grupos se apresentaram homogêneos quanto à idade (TR: $7,25 \pm 0,92$ anos e TI: $7,45 \pm 1,36$ anos, $p = 0,100$), sexo (45,9% de meninos na TR e 54,1 % na TI, $p = 0,082$), renda per capita (TR: R\$191,4 \pm 159,3 e TI: R\$183,4 \pm 153,3, $p = 0,497$), escolaridade (TR: $7,3 \pm 2,9$ anos e TI: $7,1 \pm 3,1$ anos, $p = 0,590$). IMC ($16,39 \pm 2,65$ kg/m² na TR e $16,14 \pm 1,33$ kg/m² na TI, $p = 0,917$). PA alterada (28,6 % na TR e 29,1 % na TI, $p = 1,000$). Prevalência de excesso de peso (27,8% na TR e 18,7% na TI, $p = 0,021$). **Conclusão:** Não foram identificadas diferenças quanto à prevalência de PA alterada, contudo, os alunos das escolas de TI apresentaram uma menor prevalência de excesso de peso em relação aos da escola de TR. Esses resultados sugerem que permanecer mais tempo na escola, com maior tempo em atividades sócio-desportivas e culturais é benéfico do ponto de vista de saúde pública, pois pode contribuir no combate ao excesso de peso. **Palavras-chave:** hipertensão arterial sistêmica, criança hipertensa, índice de massa corporal.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE FISIOTERAPIA FRENTE A UM MODELO DE CHECKLIST ADOTADO EM UTI

Jaqueline Barros Borges; Carolinne Paola Bette Câmara; Grazielle Costa Dias; Naira Souza Fernandes; Jesislaine Andrade Oliveira; Angelina Freitas Siqueira
Centro Municipal de Saúde Dr. Serafim de Carvalho – Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, Jataí - GO

Introdução: O controle da infecção na UTI envolve diversos profissionais, dentre eles o fisioterapeuta, o qual em sua prática adota condutas relacionadas diretamente aos cuidados com o trato respiratório. **Objetivo:** Avaliar instrumento de assistência – *checklist*, criado pela equipe de fisioterapia da UTI de Jataí/GO. **Metodologia:** Com o intuito de padronizar as condutas em relação à prevenção de infecções do trato respiratório foi criado um *checklist* de responsabilidade da equipe de fisioterapia. Trata-se de formulário individualizado, que aborda três fatores de risco modificáveis para infecções do trato respiratório: tipo de ventilação, decúbito elevado e suspensão da sedação. A ventilação é subdividida em: 1- Ventilação Mecânica (IOT, TQT, dias VM, presença de condensado, troca HME, troca fixador, troca circuito, troca TQT, solicitação TQT, desmame, extubação/decanulação, troca reanimador manual, troca sistema de aspiração fechado); 2- Macronebulização (início, término); 3- Ventilação Não-Invasiva (modo, interface, troca circuito); 4- Ventilação Espontânea (modo, vazão/FiO₂, troca circuito, umidificador, macronebulizador, troca água). Em relação aos materiais foi estabelecido trocar a cada 7 dias os circuitos de VM/VNI/VE, reanimador manual, umidificador e macronebulizador; a cada 3 dias HME; a cada 2 dias fixador; e diariamente a água dos umidificadores/macronebulizadores. As trocas podem ocorrer antes do período determinado em casos como sujidade e funcionamento inadequado do material. Após 6 meses de funcionamento da UTI, foi aplicado esse modelo de *checklist* por 12 meses, e na sequência avaliado pelos fisioterapeutas da equipe a fim de conhecer suas percepções quanto a esse instrumento de assistência. **Resultados:** Embora existisse uma rotina implantada de troca de materiais desde o início do funcionamento da UTI, não havia um formulário para controle rigoroso dessas trocas, e os cuidados eram de responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar. Em revisão bibliográfica, foi visto que: a troca do circuito da VM deixou de ser preconizada; existe uma variação quanto a recomendação do intervalo de troca do HME;

e a troca do sistema de aspiração fechado é recomendada diariamente. Os intervalos de troca dos materiais foram adotados de acordo com a realidade do serviço, considerando-se a disponibilidade dos materiais. Notou-se a necessidade de acrescentar ao *checklist*: valor do APACHE II, motivo de intubação/traqueostomia, monitorização da pressão do *cuff* e aspiração subglótica. Conclusão: A equipe de fisioterapia concluiu que esse perfil de *checklist* favorece adesão às rotinas pré-estabelecidas e qualidade do serviço. Entretanto, ao responsabilizar-se por essa checagem observou-se que a equipe multidisciplinar absteve-se dos cuidados abrangentes a todos. Palavras-chave: assistência em fisioterapia, assistência ventilatória artificial, checklist.

APLICAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM UTI GERAL DE CIDADE DE PEQUENO PORTE

Jaqueline Barros Borges; Caroline Paola Bette Câmara; Grazielle Costa Dias; Naira Souza Fernandes; Jesislaine Andrade Oliveira; Angelina Freitas Siqueira
Centro Municipal de Saúde Dr. Serafim de Carvalho – Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, Jataí - GO

Introdução: A VMI é um recurso terapêutico amplamente usado em UTI. As variáveis relacionadas a esta permitem uma avaliação do serviço e acompanhamento regular das ações direcionadas ao paciente crítico. **Objetivo:** Descrever o perfil de aplicação de VMI na UTI geral de Jataí/GO. **Metodologia:** Estudo transversal e descritivo, realizado a partir dos prontuários de pacientes admitidos entre janeiro e junho de 2012, sendo adotado como critério de exclusão pacientes transferidos para outros serviços. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, motivo de intubação, tempo de VMI, taxa de falha de extubação, incidência de traqueostomia, tempo de internação na UTI e mortalidade. **Resultados:** Nesse período, foram admitidos 141 pacientes, dos quais 72 foram submetidos à VMI, o que corresponde a 51,1% do total de admissões. Nessa amostra de 72 pacientes, 50% corresponde ao sexo masculino e apresenta idade entre 17 e 93 anos (média de 58,2). O motivo de indicação de intubação com maior incidência foi IRespA por instabilidade HDM com 34,7% (n=25). Sequencialmente, em ordem decrescente de incidência, os valores apresentados foram: RNC pós-PCR com 22,2% (n=16); IRespA por sepse com foco pulmonar e RNC por AVC com 8,3% (n=6), cada; IRespA por sepse com foco extrapulmonar e RNC por choque circulatório com 5,6% (n=4), cada; RNC por fármaco com 4,1% (n=3); IRespA por exacerbação do DPOC, RNC por trauma e RNC por encefalopatia com 2,8% (n=2), cada; DNM e IRespA por PNM com 1,4% (n=1), cada. O tempo médio de VMI foi de 7 dias. Houve 6 falhas de extubação e 11 pacientes evoluíram para traqueostomia. Observou-se que o tempo médio de internação na UTI foi de 12 dias, com incidência de 63,9% de mortalidade. **Conclusão:** O estudo chama a atenção pelo fato do tempo médio de VMI apresentar-se reduzido, assim como a incidência de traqueostomia. Entretanto, diante da alta taxa de mortalidade, pôde-se relacionar a gravidade dos pacientes à mortalidade precoce. Palavras-chave: respiração artificial, terapia intensiva, cuidador em terapia intensiva.

PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES MATERNAS E NEONATAIS NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS INDUZIDAS PELA GESTAÇÃO

Nayara Rodrigues Gomes¹ e Giuliano Gardenghi^{1,2,3}

1) *Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada – CEAFI*

2) *Hospital São Bernardo - ENCORE*

3) *Instituto Movimento de Reabilitação Especializada - Goiânia*

Contextualização: A gestação é um fenômeno fisiológico para a maioria das mulheres, todavia, em algumas podem ocorrer agravo em sua evolução, colocando assim, em risco a saúde da mãe e do concepto. **Objetivo:** Verificar a prevalência de complicações maternas e neonatais no parto de mães hipertensas e verificar quais as principais complicações nos primeiros dias após o parto em recém nascidos (RN) dessas mães. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado no Hospital Materno Infantil na cidade de Goiânia. **Resultados:** A amostra foi composta de 40 participantes: destas 11(27,5%) tinham idade entre 20 e 24 anos e 11(27,5%) tinham idade entre 30 e 34 anos. Sendo que, 24(60,0%) eram múltiparas, 11(27,5%) tiveram pré-eclampsia, destas 3(7,5%) foram a óbito. Dentre as gestantes, 6(15,0%) apresentaram descolamento prematuro de placenta e 24(60,0%) apresentaram quadros de sofrimento fetal. Todas as gestantes evoluíram para parto cesárea. Quanto as características dos recém-nascidos, 35(87,5%) eram prematuros. 31(77,5%) dos RN eram baixo peso. Destes 19(47,5%) eram pequenos para a idade gestacional. Quanto a dificuldade respiratória, 26(65%) dos RN necessitaram de suporte ventilatório, porém apenas 5(12,5%) necessitaram de ventilação mecânica invasiva. O índice de Apgar menor que 6 no 5º minuto foi encontrado em 15(37,5%) dos RN. **Considerações finais:** A idade das gestantes não influenciou no aparecimento da Síndrome Hipertensiva. Tais síndromes levam a complicações no parto como: descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal e partos prematuros, além de complicações imediatas nos neonatos como baixo peso e necessidade de suporte ventilatório. Palavras-chave: complicações maternas, síndrome hipertensiva, hipertensão na gestação.

FISIOTERAPIA NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM GOIÂNIA-GO

Débora Santos Ataíde; Sara Alves dos Santos Taquary; Priscila Valverde de Oliveira Vitorino; Sheila Alves Pereira
Universidade Federal de Goiás - UFG – Goiânia (GO)
Email: deborataide@hotmail.com

Introdução: O serviço de urgência e emergência é umas das portas de entrada do paciente do Sistema Único de Saúde (SUS). A atuação do fisioterapeuta pode proporcionar um atendimento mais rápido e eficiente, reduzindo o tempo de intubação, de ventilação mecânica, de complicações respiratórias e diminuindo o tempo de internação hospitalar. Objetivo: Traçar o perfil do paciente atendido na sala de reanimação do Pronto Socorro Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) através da análise de gênero, idade, queixa principal, diagnóstico, necessidade de oxigenoterapia e suporte ventilatório, atuação fisioterapêutica, tempo de permanência no setor e evolução. Métodos: estudo observacional, prospectivo, realizado no período de fevereiro a junho de 2012, para o qual foram acompanhados todos os pacientes que deram entrada na sala de reanimação do Pronto Socorro Adulto do Hospital das Clínicas da UFG. Resultados: Fizeram parte da amostra 133 pacientes, sendo 54,1% (n=72) do sexo feminino, com média de idade foi de 59±17,9anos. As queixas principais mais frequentes foram dispneia em 19,3% (n=52) casos, febre em 6,7% (n=18) casos, rebaixamento do nível de consciência em 5,9% (n=16) casos e dor torácica em 5,2% (n=14) casos. Os diagnósticos de entrada mais frequentes foram de doenças respiratórias em 29,5% (n=56) casos, seguidos de doenças cardíacas em 12,1% (n=23), vasculares em 9,5% (n=18), infectocontagiosas em 8,4% (n=16), oncológicas em 7,9% (n=15) e neurológicas em 7,4% (n=14). O tempo médio de permanência na sala de reanimação foi de 3(±3,7) dias. Os pacientes necessitaram: 36,8% (n=49) oxigenoterapia; 21,8% (n=29) assistência ventilatória, sendo que 79,3% (n=23) fizeram uso exclusivo de ventilação mecânica invasiva, 10,3% (n=3) uso exclusivo de ventilação não-invasiva e 10,3% (n=3) ambas as modalidades. 53,4% (n=71) tiveram acompanhamento fisioterapêutico. Quanto ao tipo de fisioterapia: 67,6% (n=48) tiveram abordagem respiratória e motora, 28,2% (n=20) apenas motora e 4,2% (n=3) apenas respiratória. A fisioterapia prestou assistência na intubação orotraqueal de 34,6% (n=9) pacientes, admissão da ventilação mecânica de 34,6% (n=9), monitorização da ventilação mecânica de 92,3% (n=24), no desmame de 23,1% (n=6) e na extubação de 15,4% (n=4). Em relação à evolução: 47,4% (n=63) enfermidade, 20,3% (n=27) óbito, 15,8% (n=21) UTI, 15,8% (n=21) alta e 0,8% (n=1) transferência externa. Conclusão: Predomina a entrada de pacientes com idade mais avançada, apresentando queixas e patologias cardiorrespiratórias. A presença do fisioterapeuta na emergência ainda é restrita, porém existe uma grande demanda de pacientes com desordens respiratórias e motoras que podem se beneficiar dessa especialidade.

Palavras-chave: emergência, fisioterapia, serviço de urgência.

ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC

Lara Righetto X. de Vasconcelos; Elizabeth Rodrigues de Moraes
Universidade Estadual de Goiás – ESEFFEGO, Goiânia, Goiás
Email: righettolara@gmail.com

Objetivo: Esta pesquisa teve como proposta analisar a capacidade física, a capacidade funcional e a força muscular respiratória de pacientes portadores de DPOC submetidos a um Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP). Métodos: Caracterizou-se por um estudo do tipo caso-série retrospectivo, descritivo e analítico. Foram analisados prontuários de indivíduos com diagnóstico de DPOC submetidos ao PRP do Hospital das Clínicas de Goiânia (PRP-HC) no período compreendido entre junho de 2002 a junho de 2010. Um total de 110 prontuários foram triados e 42 foram analisados pois se encaixaram nos critérios de inclusão da pesquisa. Na análise estatística os dados foram analisados através do programa SPSS for Windows v. 12.0. A análise descritiva dos dados foi feita por meio de frequências e porcentagens para as variáveis categóricas e por meio de média, desvio padrão e valores máximos e mínimos para as variáveis não categóricas. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste de QUI-quadrado ($\alpha \leq 0,05$). Para análise de normalidade utilizou-se o teste de Kolmogorov-smirnov, sendo os dados normais avaliados pelo teste t de Student e os dados não normais por meio do Wilcoxon. O nível de significância estatística foi considerado $p < 0,05$. Resultados: Os parâmetros utilizados para avaliar a capacidade física foram: carga máxima atingida em membros inferiores (MMII) através do teste incremental de MMII (TI-MMII), carga máxima atingida em membros superiores (MMSS) através do teste incremental de MMSS (TI-MMSS); e resistência muscular periférica através do teste de endurance. No TI-MMII obteve-se um aumento de 1,3 km/h ($p < 0,001$) após as 36 sessões de treinamento; no TI-MMSS observou-se um aumento de 0,4 kg ($p < 0,001$) após o PRP, já o teste de endurance, foi possível observar um aumento significativo de 11,1 minutos ($p < 0,001$). A capacidade funcional foi analisada através da distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos havendo um aumento significativo de 93,1 m ($p < 0,001$) na distância percorrida após o PRP. A força muscular respiratória foi analisada através das medidas da Pimáx e Pemáx. Obteve-se um aumento de 14,9 cmH₂O na Pimáx ($p < 0,001$) e 18,8 cmH₂O na Pemáx ($p < 0,001$). Conclusão: O PRP-HC foi capaz de proporcionar ganhos satisfatórios na capacidade física, na capacidade funcional e na força muscular respiratória dos portadores de DPOC submetidos ao treinamento proposto.

Palavras-chave: reabilitação pulmonar, capacidade funcional, força muscular respiratória.