

POP

HC-UFTM/HU BRASIL

Fisioterapia Pulmonar Ambulatorial

Versão: 7 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Izabella Barberato Silva Antonelli, Unidade Multiprofissional

Maria de Lourdes Silva, Unidade Multiprofissional

Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

Giovani Luiz De Santi, Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica

Adriana de Carvalho Pereira, Unidade Multiprofissional

Eduardo Elias Vieira de Carvalho, Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Lidiane Alves Carvalho, Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Luciana Duarte Novaes Silva, Universidade Federal do Triângulo Mineiro

ANÁLISE INTERNA

Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

VALIDAÇÃO

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 19/8/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.014

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados

www.gov.br/hubrasil



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe de fisioterapia ambulatorial e multiprofissional da Unidade Multiprofissional (UMULTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) a assistência fisioterapêutica pulmonar ao paciente adulto e pediátrico portador de doenças respiratórias.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

2.1 Introdução

A fisioterapia respiratória atua, tanto na prevenção quanto no tratamento das pneumopatias, utilizando-se de diversas técnicas e procedimentos terapêuticos objetivando estabelecer ou restabelecer um padrão respiratório funcional com o intuito de reduzir os gastos energéticos durante a respiração, capacitando o indivíduo a realizar as mais diferentes atividades de vida diária (AVDs) sem promover grandes transtornos e repercussões negativas em seu organismo (MACHADO, 2008).

Com o aparecimento do novo coronavírus (SARS-CoV-2) muitos desafios foram apresentados à fisioterapia respiratória, visto que 20% dos casos cursam com sintomas respiratórios, podendo evoluir a forma grave (OPAS, 2021).

A Covid-19 causa alterações na função pulmonar com formação de deficiência respiratória hipoxêmica e de complacência, com repercussões cardiovasculares que leva a necessidade da fisioterapia no desfecho desta pandemia (SILVA e SILVA, et al. 2020).

Para que isto ocorra é necessário melhorar o *clearance* mucociliar, a ventilação pulmonar e prevenir ou eliminar o acúmulo de secreções, favorecendo assim, as trocas gasosas, além de manter ou melhorar a mobilidade da caixa torácica (BRITTO, BRANT, PARREIRA, 2009).

Conforme Machado (2008), a progressão das doenças pulmonares, leva a uma piora da sintomatologia e da qualidade de vida dos pacientes, ocasionando limitação progressiva das atividades profissionais e AVDs. Essa limitação pode se tornar um ciclo vicioso e evoluir até a dependência funcional do indivíduo, alterando sua vida social, econômica e emocional. Assim, parece que a morbidade destes pacientes não depende apenas do grau de limitação ao fluxo aéreo, mas também da severidade dos sintomas, da dispnéia e da redução na capacidade funcional.

A avaliação do paciente pós-covid deve ser centrada nas demandas do paciente e a coleta de dados sistematizada. Informações devem ser objetivas e quantitativas, tornando possível a identificação do estado físico e funcional do paciente no momento inicial do tratamento e o acompanhamento de sua progressão (CREFITO-4, 2021).

O profissional da Fisioterapia, atua também na Cirurgia Bariátrica do pré ao pós-operatório, que apoiará o paciente em sua recuperação e certamente contribuirá com o sucesso da cirurgia.

No caso de pacientes obesos, a mecânica respiratória pode estar comprometida favorecendo o desenvolvimento de complicações respiratórias principalmente quando associada a cirurgias, anestесias e permanência prolongada no leito (MOTTER, et al 2017).

Desta forma, um dos grandes focos do trabalho é para que o paciente não apresente complicações como pneumonia, derrame pleural (presença de líquido entre as pleuras) e atelectasia (fechamento total ou de uma porção do pulmão) no pós-operatório (MOTTER, et al 2017).

Na fisioterapia respiratória, o principal objetivo é a reexpansão pulmonar, proporcionando aumento de volume corrente (maior quantidade de ar entrando nos pulmões), melhorando desta forma as trocas gasosas e a saturação periférica de oxigênio (oxigenação) (MOTTER, et al 2017).

Dentre as várias abordagens no tratamento fisioterapêutico em pneumopatas é possível atuar na manutenção e/ou melhora da ventilação alveolar, prevenção de crises respiratórias, educação ao paciente, suporte ventilatório nos períodos de crise e/ou insuficiência respiratória e melhora da capacidade física (MACHADO, 2008).

É importante ressaltar que, para se atingir resultados positivos, é primordial um amplo estudo do quadro patológico apresentado pelo paciente, além de uma criteriosa avaliação das condições clínicas desse indivíduo e do traçado de um tratamento condizente com suas necessidades atuais por meio de equipe multiprofissional do HC-UFTM.

A fisioterapia trata pacientes com doenças respiratórias agudas e crônicas, incluindo doenças pulmonares obstrutivas e restritivas; pacientes com doenças neuromusculares; pacientes submetidos a grandes cirurgias, pacientes com síndrome pós-covid, além de pacientes com doenças graves e em terapia intensiva (GOMES; FARESin, 2007; CREFITO-4, 2021).

Este trabalho foi realizado por meio de revisão literária visando padronizar e otimizar o Programa de Reabilitação Pulmonar com a equipe multiprofissional do Centro de Reabilitação, objetivando melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

2.1.1 Doenças Pulmonares Restritivas

Uma doença restritiva tem como característica mecânica a baixa complacência pulmonar, como, por exemplo, quando se tem menor produção de surfactante alveolar. Nestas condições, há maior tensão superficial na parede dos alvéolos, fazendo com que apresentem uma tendência muito mais forte ao colapso, ou seja, o ar tende a ser expulso dos alvéolos, quando não se produz uma quantidade adequada de surfactante. Sendo assim, irá penetrar menor quantidade de ar nos alvéolos, ou seja, haverá diminuição na ventilação. Portanto, para que haja a mesma entrada de ar que numa situação normal, é necessário o emprego de uma força maior, junto à musculatura associada à inspiração (GOMES; FARESin, 2007). São doenças respiratórias que afetam a complacência pulmonar:

- ✓ Bronquiolite e síndrome da membrana hialina;
- ✓ Fibrose intersticial;
- ✓ Obesidade;
- ✓ Paralisia da musculatura e deformidade torácica;
- ✓ Doenças autoimunes que provoquem a destruição de receptores colinérgicos.

2.1.2 Doenças Pulmonares Obstrutivas

Os portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) possuem uma limitação crônica ao fluxo aéreo, progressiva e irreversível, com aumento da resistência das vias aéreas (VA) e aprisionamento de ar, o que leva a uma dificuldade expiratória (KIRCHENCHTEJN; JARDIM, 1997).

A maioria das pessoas com esta doença apresenta, tanto as características da bronquite crônica, quanto às do enfisema pulmonar e é chamado DPOC. Quando é utilizado o termo DPOC de forma genérica, está se fazendo referência a todas as doenças pulmonares obstrutivas crônicas mais comuns: bronquite crônica, enfisema pulmonar e asma brônquica.

A obstrução ao fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas nocivas ou gases (FROWNFEILER; DEAN, 2004). As doenças respiratórias obstrutivas são:

- ✓ Bronquite crônica;
- ✓ Enfisema;
- ✓ Asma.

2.1.3 Doenças Pulmonares Infecciosas

As doenças infecciosas acometem o trato respiratório e estão relacionadas a altas taxas de morbidade e mortalidade. A identificação de novos patógenos associada com o amplo espectro de microrganismos já conhecidos, com o surgimento de resistência aos antibióticos disponíveis e com as outras doenças que alteram a resposta imune às infecções, sugere a necessidade de constante monitorização dessas doenças e interações. Novas drogas têm sido relacionadas à evolução de doenças infecciosas pulmonares (GOMES; FARESIN, 2007). Os mesmos autores descrevem abaixo as infecções virais e bacterianas:

- ✓ Infecções virais: o vírus *influenza* e suas complicações são responsáveis por aumento das hospitalizações, mortes e gastos com os serviços de saúde que acometem mais comumente pessoas idosas e portadoras de doenças crônicas;
- ✓ Infecções bacterianas: entre os agentes etiológicos das pneumonias adquiridas na comunidade, o pneumococo é o mais frequente, independentemente da idade e da presença ou não de fatores de risco.

Dentre as intervenções terapêuticas direcionadas à melhora dos sintomas referidos pelos pacientes, tem-se as medicamentosas e fisioterapêuticas.

A fisioterapia contribui para a avaliação e para o tratamento de vários aspectos das doenças respiratórias, tais como obstrução do fluxo aéreo; retenção de secreção; alterações na função ventilatória; dispneia, mau condicionamento físico; além de contribuir para a melhora da qualidade de vida (GOSSELINK, 2006).

A atuação da fisioterapia pulmonar pode ser dividida em: reeducação da função muscular respiratória, desobstrução brônquica, desinsuflação pulmonar, correção de deformidades posturais (torácicas, como a cifose) e uma melhora do condicionamento físico e da ventilação mecânica (BETHLEM, 2002).

2.1.4 Síndrome Pós-Covid

A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente. Algumas pessoas são infectadas, mas apresentam apenas sintomas muito leves (OPAS, 2021).

A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por Covid-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode pegar a Covid-19 e ficar gravemente doente (OPAS, 2021).

A Síndrome Pós-Covid-19 pode ser subdividida em duas categorias: a “Subaguda” na qual os sintomas e as disfunções estão presentes de 4 a 12 semanas e a “Crônica” em que sintomas persistem além das 12 semanas e não são atribuíveis a outros diagnósticos (GREENHALGH et al, 2020; SHAH et al, 2021).

Principais sequelas: função pulmonar prejudicada; fadiga; fraqueza muscular; limitação da mobilidade e da capacidade de realizar atividades diárias; delírio e alterações cognitivas; desordens mentais e psicológicas (CREFITO-4, 2021).

A Covid-19 causa alterações na função pulmonar com formação de deficiência respiratória hipoxêmica e de complacência, com repercussões cardiovasculares que leva à necessidade da fisioterapia no desfecho desta pandemia (SILVA e SILVA, et al. 2020).

Observação: A avaliação deve ser centrada nas demandas do paciente e a coleta de dados sistematizada. Informações devem ser objetivas e quantitativas, tornando possível a identificação do estado físico e funcional do paciente no momento inicial do tratamento e o acompanhamento de sua progressão (CREFITO-4, 2021).

O fisioterapeuta utilizará a Escala do estado funcional Pós-Covid-19 (*Post-Covid-19 Functional Status Scale* - PCFS), que foi recentemente traduzida para o português do Brasil e tem sido excelente estratégia para avaliar limitações após infecção por SARS-COV-2. A escala PCFS abrange toda a extensão dos desfechos funcionais, por estar focada nas limitações de tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho/escola, assim como mudanças no estilo de vida. Esse questionário pode ser auto aplicado (tabela 1). A escala tem 6 possibilidades de gradação de 0 (zero: sem sintomas), 4 (quatro: limitação funcional grave), a 5 (cinco: morte). Pode ser aplicada na alta hospitalar e no acompanhamento ambulatorial para avaliar e acompanhar o estado funcional (MACHADO, et al. 2021).

O tratamento será de seis a oito semanas de intervenção e está associado aos objetivos propostos e a redução dos sintomas com aumento da capacidade funcional (SPRUIT et al. 2020).

Segundo as recomendações do Conselho Regional de Fisioterapia de Minas Gerais, o Programa de Reabilitação deve ser iniciado assim que o paciente se apresentar 7 dias sem a presença de todos os sintomas iniciais da Covid-19; além de frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e saturação periférica de oxigênio dentro dos limites de normalidade.

Mainardi, Emily Macedo, et al (2021) relataram que através do tratamento com exercícios respiratórios diversos, associado aos membros superiores e/ou inferiores, ao final do tratamento teve-se melhora significativa do cansaço e da saturação de oxigênio, com melhora do desconforto respiratório, enfatizando assim, o papel da fisioterapia na evolução após a doença.

A Fisioterapia Cardiopulmonar reforça a sua importância em pacientes com Sintoma Pós-covid, auxiliando nas suas disfunções cardiopulmonares, favorecendo uma qualidade de vida melhor (COSTA e MARQUES, 2023).

De acordo com Domaresk et al. após 3 meses de tratamento demonstraram aumento de força muscular periférica, recuperação cardiovascular, diminuição da dispneia e restituição da funcionalidade. As técnicas de reabilitação cardiopulmonar utilizadas contribuíram trazendo benefícios aos pacientes pós-covid.

2.1.4.1 Exercícios

Exercício aeróbico

Caminhada (esteira), Bicicleta ergométrica (membros Inferiores/ superiores), com duração de 20 minutos, 2 a 3 vezes por semana (conforme avaliação), intensidade inicial 3 METs Moderada / Escala de Borg 3 – 6.

Exercício de força

Peso corporal, peso livre (halteres), faixas elásticas, com duração de 2 a 3 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por semana (conforme avaliação), intensidade 40% a 60% RM, aumento 5% a 10%/semana.

Treinamento Muscular Respiratório

Dispositivos lineares, com duração de 30 minutos 4x30 repetições, 2 a 3 vezes por semana (conforme avaliação), intensidade 30% - 50% P_{lmax}.

Exercício de equilíbrio e flexibilidade

Estáticos e dinâmicos*, treino de AVD, com duração de alongamento estático por 10 a 30s, 2 a 4 repetições por exercício, 2 a 3 vezes por semana (conforme avaliação), intensidade progressiva conforme tolerância.

*** Atenção aos pacientes em uso de anticoagulantes.** MET: equivalente metabólico, 1 MET = 3,5 ml/kg/min de O₂, P_{lmax}, AVD e RM. Iniciar com baixa intensidade e duração, aumentar gradualmente conforme a tolerância e resposta individual. O uso de suporte ventilatório não invasivo pode auxiliar nos pacientes mais sintomáticos aumentando a tolerância ao exercício.

Observação: Os exercícios foram adaptados do método FITT (frequência, intensidade, tipo e tempo).

3. REABILITAÇÃO PULMONAR

A Reabilitação Pulmonar é um programa multiprofissional de cuidados aos pacientes com alteração respiratória crônica, que é desenvolvido individualmente para otimizar a performance física, social e a autonomia do paciente em questão.

Para tanto, no Centro de Reabilitação são desenvolvidas ações incluindo na equipe, além do fisioterapeuta, médico clínico geral, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, educador físico e assistente social objetivando as mudanças nos hábitos de vida e maior adesão ao tratamento.

Tanto os pacientes como os membros da família, ou seja, o cuidador, participa de programas educativos e esclarecimentos quanto à fisiopatologia da doença pulmonar, os mecanismos de ação das drogas em uso, sua importância, bem como a relação da doença com a atividade física regular e a utilização das técnicas de conservação de energia. Os hábitos de vida e alimentares devem seguir enfatizando o mais importante, no caso, para quem fuma, abandonar o tabagismo.

4. OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA PULMONAR AMBULATORIAL

- Melhorar trocas gasosas;
- Mobilizar e eliminar secreções;
- Reexpandir os pulmões;
- Promover a desinsuflação pulmonar;

- Controlar a respiração com o mínimo esforço;
- Auxiliar a eficiência da tosse;
- Aumentar a tolerância e o desempenho nos exercícios;
- Reduzir os sintomas;
- Amenizar a progressão da doença e evitar complicações;
- Melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade;
- Promover um padrão normal relaxado da respiração;
- Mobilizar a caixa torácica;
- Melhorar força e *endurance* dos músculos respiratórios;
- Aumentar volume corrente (VC) e promover relaxamento;
- Desenvolver a funcionalidade do paciente com DPOC com as técnicas de conservação de energia.

5. AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PULMONAR

A avaliação fisioterapêutica é realizada seguindo uma ficha específica contendo todas as informações clínicas enviadas pelo médico responsável. Em seguida, o paciente ou responsável é submetido à entrevista, sendo preenchida a ficha de avaliação para atividade física, contendo dados pessoais, hábitos de vida, antecedentes familiares, histórico da moléstia atual, história pregressa, outros. Dando sequência, o paciente, criança ou adulto, é submetido ao exame físico, sendo realizada a ausculta pulmonar e cardíaca, além das avaliações postural e muscular para verificar a existência de possíveis alterações posturais, retrações musculares e diminuição de força muscular periférica.

A ausculta pulmonar ajuda a identificar as áreas dos pulmões nas quais existe congestão e onde devem ser empregadas técnicas de higiene de VA, determinar a efetividade de limpeza de VA, determinar se os pulmões estão ou não limpos e se as intervenções devem ou não ser interrompidas (KISNER, 2004).

Os pacientes (adultos ou crianças cooperativas) que serão submetidos ao treinamento físico aeróbio, realizam o teste de caminhada de 6 minutos (TC6') e/ou teste ergométrico (TE) máximo, com o objetivo de avaliar a capacidade funcional, conforme descrito a seguir por Ribeiro, Toledo e Costa (2005).

Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6) consiste em uma caminhada na qual o paciente é orientado a percorrer a maior distância possível por um período de seis minutos, com incentivo padronizado a cada minuto. Os pacientes são acompanhados pelo avaliador durante os seis minutos, com monitorização contínua da saturação periférica de oxigênio (SpO₂), e os registros dos valores de frequência cardíaca (FC) e sensação de dispneia no 2º, 4º e 6º minutos. É realizado num corredor plano de 30 metros de comprimento e 1,5 metros de largura, demarcados a cada 3 metros. Antes de iniciar o teste são mensuradas pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD); a FC; a SpO₂, por meio de um oxímetro de pulso portátil e a sensação de dispneia por meio da escala de percepção de esforço de Borg. De acordo com os critérios da *American Thoracic Society* (2002), o teste deve ser interrompido imediatamente caso o paciente apresente dor torácica, dispneia intolerável, cãimbra nas pernas, vertigem e palidez intensa.

Ainda durante a avaliação fisioterapêutica os pacientes (adultos ou crianças cooperativas) realizam a medida do pico de fluxo expiratório e o teste de força muscular respiratória, descrito por Ribeiro, Toledo e Costa (2005):

- ✓ Medida do pico de fluxo expiratório: é utilizado um aparelho portátil, *Peak Flow Meter*,

em L/min, através de uma manobra expiratória forçada a partir da capacidade pulmonar total (CPT), com o paciente usando um clipe nasal, e em posição ortostática. Cada manobra é realizada no mínimo três vezes, sendo considerado para a análise o maior valor.

✓ Força Muscular Respiratória: obtida utilizando-se um manovacuômetro escalonado em cmH₂O. As pressões inspiratória máxima (PI_{max}) e expiratória máxima (PE_{max}) são mensuradas com o indivíduo na posição ortostática e fazendo uso de um clipe nasal. A PI_{max} é mensurada a partir do volume residual (VR), após uma expiração máxima e a PE_{max} mensurada a partir da CPT, após uma inspiração máxima. Os pacientes são orientados a manter a pressão por mais de um segundo e cada manobra é realizada no mínimo três vezes, sendo considerado para a análise o maior valor.

O Índice Diafragmático (ID) é descrito a seguir conforme relatado por Sarmento em 2005:

✓ É capaz de refletir o movimento tóraco-abdominal, que é obtido com um magnetômetro ou pletismografia de indutância e ainda com uma fita métrica simples. Este índice é capaz de dizer fielmente as mudanças de dimensões do tórax e do abdome durante a inspiração e expiração, com a seguinte fórmula: $ID = \Delta AB / \Delta AB + \Delta CT$. O ΔAB é a diferença da dimensão abdominal obtida entre a fase inspiratória e expiratória, e ΔCT , a diferença da dimensão da caixa torácica também obtida nas fases inspiratória e expiratória:

❖ paciente posicionado em decúbito dorsal horizontal, sendo o ΔCT medida com a fita posicionada no 4º espaço intercostal e o ΔAB posicionada na cicatriz umbilical;

❖ foi solicitado que o paciente realizasse uma inspiração profunda máxima até a CPT, seguida de uma expiração total, caracterizando a capacidade residual funcional (CRF) por 2 vezes consecutivas com pausa nos movimentos respiratórios ao final da inspiração e da expiração para mensurar as variações dimensionais perimétricas do tórax;

Para avaliar os músculos periféricos, segue-se o protocolo conforme a descrição de Pulz, Guizilini e Peres (2006) a seguir:

✓ Teste de Força Muscular (RM): é utilizado para determinar a quantidade máxima de peso que o indivíduo consegue realizar em um único movimento de um determinado exercício. O teste é denominado *Teste de 1 Resistência Máxima (1RM)*. Antes da realização desse teste, deve-se avaliar a elegibilidade do paciente. Segue a seguinte metodologia:

❖ verificar critérios de inclusão e exclusão para participar de um programa de treinamento resistido;

❖ realizar teste ergoespirométrico previamente;

❖ manter o paciente em repouso por 5 minutos;

❖ monitorar PA, FC, frequência respiratória (FR) e saturação de oxigênio (SatO₂);

❖ realizar alongamentos globais;

❖ posicionar adequadamente o paciente;

❖ orientar o paciente quanto à realização do exercício e padrão respiratório;

❖ realizar 15 a 20 movimentos com carga baixa como aquecimento;

❖ acrescentar 10 a 20% de peso sobre a carga de aquecimento conforme o grupo muscular testado;

❖ repousar 3 minutos;

❖ repetir os itens 8 e 9 até a não execução ou execução incorreta do movimento;

❖ retornar à carga anterior com acréscimo de 1% a 5% desta, até a não execução ou execução incorreta do movimento;

❖ a carga obtida no último movimento antes da não execução ou execução incorreta é a

carga máxima ou 1RM.

Ainda os mesmos autores, Pulz, Guizilini e Peres (2006), citam que diante da impossibilidade ou a não opção pelo teste de 1RM, é prescrito o Teste de Repetições Máximas (RM) e escala subjetiva de esforço (Borg), descritos a seguir:

✓ O *Teste de Repetições Máximas (RM)* consiste na obtenção do maior número de repetições de um determinado exercício, que é realizado com uma carga constante. Posteriormente à obtenção do maior número de repetições possíveis, executadas de forma correta, encontra-se o seu equivalente em percentual do Teste de 1RM por meio da tabela de Berger:

- ❖ verificar critérios de inclusão e exclusão para participar de um treinamento resistido;
- ❖ realizar teste ergoespirométrico previamente;
- ❖ manter o paciente em repouso por 5 minutos;
- ❖ monitorar PA, FC, FR e SatO₂;
- ❖ realizar alongamentos globais;
- ❖ posicionar adequadamente o paciente;
- ❖ orientar o paciente quanto à realização do exercício e ao padrão respiratório;
- ❖ realizar 15 a 20 movimentos com carga baixa como aquecimento;
- ❖ acrescentar 50% de peso sobre a carga de aquecimento e solicitar que o paciente realize o maior número de repetições possíveis.

6. FISIOTERAPIA PULMONAR

O tratamento fisioterapêutico é prescrito conforme avaliação realizada. De acordo com cada patologia, bem como o quadro clínico apresentado, a fisioterapia atua, reeducando a respiração, higienizando as VA, reexpandindo os pulmões, treinando técnicas de conservação de energia, além de fortalecer músculos respiratórios e periféricos. Em situações em que o paciente necessita de um cuidador, seja ele adulto ou criança, incluindo aqueles que precisam de aspiração traqueal, estes são orientados e acompanhados com tal procedimento. O programa tem supervisão direta do fisioterapeuta, com controle dos sinais e sintomas, aferição da FC, PA e SatO₂, e se necessário, monitorização cardíaca, por meio do eletrocardiograma durante toda a sessão de tratamento.

Sendo assim, a fisioterapia dispõe de manobras e recursos para minimizar desconfortos respiratórios como a dispneia. As técnicas apresentadas abaixo são utilizadas no HC-UFTM e foram descritas por Britto, Brant e Parreira em 2009.

6.1 Técnicas de Desobstrução Brônquica

A terapia de higiene brônquica utiliza de técnicas que visam auxiliar a mobilização e a eliminação de secreções, melhorando as trocas gasosas, descritas a seguir:

• **Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada (manobra específica para crianças)**

- ✓ Esta manobra é uma técnica de inspiração forçada destinada à desobstrução das VA que pode ser acompanhada ou não de instilação local de soro fisiológico. A técnica aproveita o reflexo inspiratório originado pelo choro ou após uma manobra de expiração lenta prolongada, aceleração do fluxo expiratório (AFE) ou tosse provocada.
- ✓ Durante a aplicação da técnica na forma passiva, a criança é posicionada em decúbito dorsal, o fisioterapeuta com uma das mãos, eleva a mandíbula, apoiando o dedo indicador na base da língua, ao final do tempo expiratório, obrigando a criança a inspirar profundamente pelo nariz.

- **Expiração Lenta e Prolongada (manobra específica para crianças)**

- ✓ É o prolongamento de uma respiração espontânea, que se dá por meio de uma pressão manual exercida de forma contínua e simultânea sobre o tórax e o abdome, potencializando o fluxo expiratório e deslocando secreções de VA periféricas para as VA mais proximais.
- ✓ Com a criança posicionada em decúbito dorsal em uma superfície rígida, o fisioterapeuta posiciona uma das mãos sobre o tórax, respeitando-se a mobilidade costal, e a outra mão sobre o abdome. Ao final da expiração espontânea da criança, faz-se o deslocamento no sentido caudal da mão apoiada sobre o tórax concomitantemente ao deslocamento no sentido cranial da mão apoiada sobre o abdome. Essa pressão deve ser mantida durante dois a três tempos inspiratórios, quando é liberada, permitindo que a criança respire normalmente. Aguarda-se a próxima expiração para que possa ser reiniciada a manobra, caso seja necessário. Par certificar de que o número de manobras realizadas foi suficiente para deslocar a secreção, é necessário que o fisioterapeuta realize a ausculta pulmonar.

- **Expiração Lenta Total com Glote Aberta em Infralateral (ELTGOL)**

- ✓ Esta técnica está indicada para indivíduos acima de 10 anos. O paciente deve ser posicionado em decúbito lateral, com a região a ser tratada em contato com a superfície de apoio, assim o pulmão a ser tratado ficará posicionado em infralateral.
- ✓ O fisioterapeuta deve situar-se posteriormente ao paciente, com uma das mãos na região abdominal inferiormente e a outra no terço inferior do tórax superior. É solicitado que o paciente inspire nasal em nível de VC e expire oral lentamente com a glote aberta em nível de VR. Durante a expiração o fisioterapeuta realiza uma compressão no sentido diagonal, favorecendo a desinsuflação do pulmão infralateral. Deve ser utilizado um bocal objetivando manter a glote aberta.

- **Aceleração do Fluxo Expiratório (AFE)**

- ✓ O paciente deve estar em decúbito dorsal e a técnica consiste em um movimento toracoabdominal sincronizado, gerado pelas mãos do fisioterapeuta na fase expiratória. Uma das mãos do profissional é colocada sobre o tórax e a outra sobre o abdome. Pede-se ao paciente uma inspiração máxima e uma expiração com velocidade superior a uma expiração normal, sendo que, quando atingido o platô inspiratório, o terapeuta auxilia a aceleração do fluxo pela aplicação da manobra. Com a mão que está no tórax, exerce uma pressão oblíqua de cima para baixo e de frente para trás e, ao mesmo tempo, com a mão que está no abdome, efetua uma pressão também oblíqua, mas em sentido oposto.

- **Técnica de Expiração Forçada (TEF)**

- ✓ Durante a técnica, a glote deve manter-se aberta, e para isso, o paciente deve emitir sons de "huff" durante a expiração. O "huff" é uma manobra forçada e a sua duração ou a força de contração dos músculos expiratórios podem ser moduladas para ampliar o fluxo expiratório e diminuir o risco de colapso das VA.
- ✓ Um "huff" de volume pulmonar médio é realizado a partir de uma respiração média com a boca e a glote abertas e o ar deve ser expulso dos pulmões pela ação dos músculos da parede torácica e os abdominais. Enquanto um "huff" de baixo volume pulmonar move secreções periféricas, um "huff" de alto volume remove muco localizado nas partes proximais das VA superiores. Portanto, quando necessário, o "huff" deve ser longo o

bastante para descolar secreções mais distais, porém não deve se prolongar muito, o que causaria uma tosse paroxística desnecessária, ou mais breve, uma vez que as secreções já atingiram as VA superiores. A pausa entre um ou dois "huffs" é muito importante, pois prevenir um possível aumento na obstrução do fluxo aéreo e sua duração varia de acordo com as características físicas de cada paciente.

✓ A TEF tem se mostrado bastante eficaz para a higiene brônquica de pacientes com tendência ao colapso das VA durante a tosse normal, como é o caso dos bronquiectásicos, enfisematosos e portadores de fibrose cística.

- **Técnica Expiratória Manual Passiva (TEMP)**

✓ É uma técnica em que consiste em comprimir manualmente o tórax durante a fase expiratória com objetivo de aumentar o fluxo respiratório e descomprimi-lo ao final desta fase.

✓ Deve-se aplicar a técnica com cautela, respeitando o ciclo respiratório para não o modificar, acarretando hiperventilação ou hipoventilação, sempre na fase expiratória.

- **Drenagem Postural (DP)**

✓ Durante a execução dessa técnica a ação da gravidade atua auxiliando o deslocamento de secreções periféricas para regiões proximais do pulmão. O uso do posicionamento como forma de drenagem baseia-se na anatomia da árvore brônquica. Adota-se a postura invertida do segmento pulmonar acometido, assim, a secreção é encaminhada para uma porção mais central, em que se torna mais facilmente removida por meio de tosse ou aspiração. Deve ser associada a outras técnicas como vibração. Muitos estudos relatam os benefícios da DP em pacientes portadores de bronquiectasia que apresentam acúmulo de secreção. Em crianças, a DP pode ser oferecida, em posições específicas, no colo dos pais ou do fisioterapeuta. Cada posição deve ser mantida até que a área afetada esteja livre de secreções (CONDE, 2008).

- **Vibração e vibrocompressão**

✓ A vibração pode ser realizada manualmente ou por meio de aparelho específico. A vibração manual consiste em movimentos oscilatórios empregados no tórax por meio de contração isométrica da musculatura do antebraço e deve ser realizada na fase expiratória. Os movimentos vibratórios propiciam a depuração mucociliar e facilitam a eliminação de secreções.

✓ Para realizar a vibrocompressão, associa-se essa vibração com compressão torácica. O fundamento da vibração está vinculado à propriedade do muco de liquefazer-se durante a agitação, portanto, o emprego desse recurso facilita a depuração da secreção (COSTA, 1999).

- **Tosse**

Para as técnicas relacionadas com o mecanismo da tosse, citadas a seguir, por Conde (2008), o paciente deve ser posicionado de forma relaxada e confortável para realizar a respiração profunda e em seguida a tosse. A posição sentada ou de forma inclinada para frente, normalmente, é a melhor escolha para efetuar a tosse. O pescoço do paciente deve estar um pouco fletido de forma a favorecer um mecanismo mais favorável a oferecer mais conforto.

✓ Tosse Dirigida:

O paciente é orientado a realizar uma tosse voluntária que deve ser precedida de uma inspiração profunda seguida de uma contração ou ativação brusca da musculatura abdominal. Esta tosse deve ser realizada com a glote fechada e, no final o paciente deve expectorar. Esta manobra assemelha-se ao reflexo de tosse sem a fase irritativa. A posição sentada é mais benéfica, pois contribui para um favorecimento da mecânica diafragmática e da contração da musculatura abdominal.

✓ Tosse assistida:

A tosse é um importante mecanismo para eliminar secreções traqueobrônquicas. A técnica de tosse assistida corresponde à imposição das mãos do terapeuta no tórax do paciente, realizando uma expiração forçada, com o intuito de aumentar o fluxo expiratório e tornar a tosse mais eficaz.

✓ Tosse estimulada:

Pode ser estimulada manualmente através da excitação dos receptores da tosse localizados na região da traqueia. Realiza-se a indução manual denominada *tic-traqueal*, o qual consiste em fazer movimentos circulares ou um movimento lateral da traqueia durante a fase inspiratória. Por tratar-se de um recurso pouco agradável restringe-se aos pacientes não colaborativos, com confusão mental, ou ainda aqueles que apresentam reflexo da tosse ausente ou diminuído.

• **Aspiração**

Observação: não é realizada no Centro de Reabilitação da UFTM.

A estrutura mínima para a aspiração de secreções (vias aéreas superiores ou traqueostomia) em ambiente ambulatorial deve garantir a **segurança do paciente**, a eficácia do procedimento e a prevenção de infecções. O procedimento é fundamental para pacientes com tosse ineficaz, rebaixamento de consciência ou traqueostomizados, porém este Centro não possui a estrutura exigida para mantermos a eficácia do procedimento, assim como, a segurança do paciente ao realizá-lo.

• **Instrumentos de oscilação de alta frequência (Flutter®/Shaker®):** combinam as técnicas de pressão positiva expiratória (EPAP) com estas oscilações na abertura das VA. São indicados para crianças e adultos que tenham nível cognitivo satisfatório para a compreensão de execução da técnica.

✓ O Flutter® é um aparelho portátil formado por um bocal, um cone, uma bola de aço inoxidável e uma tampa perfurada. A posição utilizada é com o paciente sentado e o corpo inclinado a 30°. É solicitado que o paciente realize uma inspiração profunda seguida de expiração. Na fase expiratória a esfera vibra e produz uma pressão expiratória oscilatória positiva de 20 a 25 cmH₂O com o objetivo de melhorar a depuração mucociliar e a função pulmonar, o paciente deve manter bochechas contraídas para que as ondas de pressão não sejam dissipadas na cavidade bucal.

✓ O Shaker® é um aparelho nacional portátil que apresenta o mesmo princípio do Flutter®; é composto por um bocal, um cone, uma bola de aço inoxidável e uma tampa perfurada. Há produção de frenagem do fluxo respiratório por produzir curtas e sucessivas interrupções à passagem do fluxo, com pressão expiratória positiva de 10 a 18 cm H₂O, permitindo uma repercussão oscilatória produzida pelo resistor do aparelho com frequência de 9 a 18 Hz, transmitida a árvore brônquica. Este é um instrumento que associa a pressão expiratória positiva com vibrações que favorecem o aumento da permeabilidade das VA diminuindo a

dispneia e facilitando a expectoração.

Observação: Para melhor efetividade das técnicas de desobstrução brônquica aplica-se a aerossolterapia antes das manobras supracitadas. Pode ser administrada em conjunto ou não com a terapia medicamentosa (com prescrição médica), sobretudo os mucolíticos e broncodilatadores, fluidificando as secreções, diminuindo os processos inflamatórios e reduzindo o broncoespasmo.

6.2 Exercícios Respiratórios Terapêuticos

A fisioterapia respiratória dispõe de uma variedade de técnicas capazes de influenciar a mecânica respiratória com exercícios que objetivam modificar o grau de participação dos músculos respiratórios com a finalidade de influenciar a ventilação pulmonar. Abaixo serão descritos os exercícios respiratórios utilizados para o tratamento dos pacientes pediátricos e adultos colaborativos, citados por Britto, Brant e Parreira em 2009.

- **Exercícios Respiratórios com Freno-labial**

- ✓ A importância da expiração com freio-labial está em promover a melhora na oxigenação. É capaz de promover uma inspiração mais lenta e profunda associada ao prolongamento dos tempos expiratório e total, tanto em repouso como no exercício. É muito utilizado nos pacientes portadores de DPOC. O aumento da resistência expiratória, criado pela expiração com freio-labial foi vencido pelo recrutamento dos músculos expiratórios.

- ✓ O paciente deve estar na posição sentada e a expiração é realizada com lábios ou dentes semicerrados, de maneira suave e controlada, não sendo forçada e não muito prolongada, mantendo-se a relação inspiração/expiração de 1:2.

- **Exercício Respiratório Diafragmático**

- ✓ Esta modalidade de exercício é utilizada em processos agudos e crônicos que provocam redução do volume pulmonar. Objetiva melhorar a ventilação pulmonar, sobretudo em regiões basais e pode ser realizada em conjunto com manobras de remoção de secreção brônquica. É realizada aplicando estímulo manual na região abdominal, com leve compressão, solicitando-se inspiração nasal de forma suave e profunda com deslocamento anterior da região abdominal.

- **Exercício Respiratório com Suspiros Inspiratórios**

- ✓ Este exercício favorece o recrutamento alveolar, bem como, o aumento da complacência pulmonar. Consiste em inspirações nasais breves, sucessivas e rápidas até atingir a capacidade inspiratória máxima, podendo ser associada à colocação das mãos sobre a região abdominal ou torácica inferior. A expiração deve ser realizada de forma suave e prolongada, com resistência labial e leve compressão na região estimulada. O tempo inspiratório é prolongado, atingindo valores acima de 6 segundos, favorecendo o aumento do volume inspirado e a melhor distribuição da ventilação. A inspiração deve ser nasal e a expiração oral.

- **Exercício Respiratório com Inspiração em Tempos**

- ✓ Esta técnica consiste em inspirações nasais curtas, suaves e sucessivas até atingir uma

alta porcentagem da capacidade inspiratória, fracionando o tempo inspiratório total com pausas intermediárias. A expiração deve ser oral, lenta e suave com freio labial. A posição ideal para realizar este exercício é sentada, na qual um maior VC é movimentado. Entretanto, este exercício também pode gerar um grande VC quando realizado em decúbito dorsal, lateral direito e lateral esquerdo.

- **Exercício Respiratório com Expiração Abreviada**

- ✓ Neste exercício respiratório utiliza-se de inspiração nasal de pequeno volume de ar, seguida de expiração com freio labial sem expirar todo o volume inspirado. Posteriormente realiza-se nova inspiração de médio volume pulmonar e nova expiração, como descrito anteriormente. Por último realiza-se uma inspiração até a capacidade máxima e expira-se prolongada e suavemente, podendo-se associar o freio-labial. O estímulo manual deve exercer leve compressão na região durante a fase expiratória.

- **Exercício Respiratório desde o VR:**

- ✓ Este exercício respiratório tem a finalidade de melhorar a ventilação nas regiões pulmonares apicais. Consiste na realização de uma expiração prolongada entre os lábios até atingir o nível do VR com o paciente na posição sentada. A seguir, realiza-se uma inspiração nasal, profunda, expandindo a região torácica superior. O estímulo manual deve ser exercido durante a fase expiratória com compressão da região torácica superior. Na fase inspiratória, deve-se manter o apoio firme da mão.

- **Exercício Respiratório Inspiração Máxima:**

- ✓ Este exercício consiste na colocação das mãos na região torácica inferior ou na região abdominal, associando uma inspiração lenta e suave, nasal, até a máxima capacidade inspiratória. Em seguida, faz-se a eliminação de pequeno volume de ar, outra inspiração máxima, nova expiração breve e uma última inspiração máxima. Ao final, faz-se uma expiração labial suave até a CRF.

- **Exercício Respiratório com Inspiração Máxima Sustentada:**

- ✓ Este exercício está indicado para aumentar o volume pulmonar em pacientes com dor e desvantagem mecânica por redução da complacência pulmonar e/ou de caixa torácica. A inspiração sustentada máxima é realizada com um esforço inspiratório máximo, de forma lenta, pela via nasal, até atingir a máxima capacidade inspiratória. Mantém-se a inspiração máxima por cerca de 3 segundos, realizando, a seguir, a expiração sem esforço. A expiração pode ser feita entre os lábios. A inspiração é lenta para diminuir a velocidade e aumentar a força de contração muscular e máxima, com pausa ao final, para que o recrutamento de fibras musculares gere maior redução da pressão intratorácica, melhorando, assim, a distribuição do gás.

- **Exercício Respiratório com Manobra de Compressão e Descompressão Torácica (manobra de pressão negativa de Farley Campos ou descompressão torácica abrupta localizada):**

- ✓ Consiste na realização de pressão manual na região torácica acometida, em geral, a região torácica inferior. Solicita-se a realização de uma expiração prolongada e, em seguida, uma inspiração nasal profunda. No início da fase inspiratória, realiza-se uma resistência com

as mãos, a qual é retirada abruptamente, promovendo uma descompressão local. Este procedimento busca a negativação da pressão pleural regional com consequente direcionamento do fluxo de ar para esta área. Acredita-se que a variação da pressão pleural provocada pela compressão e descompressão torácica atue no sistema de reabsorção do líquido pleural; assim, a técnica é bem indicada em casos de derrame pleural.

6.3 Espirometria de Incentivo

Existem basicamente dois tipos de espirômetros de incentivo: espirômetros orientados a volume, nos quais um volume pré-determinado deve ser atingido, e espirômetros orientados a fluxo, nos quais um fluxo pré-determinado deve ser atingido.

Os espirômetros de incentivo a volume têm indicadores da qualidade do fluxo inspiratório, portanto, deve-se prescrever o volume a ser alcançado e orientar quanto ao fluxo inspiratório. Os espirômetros de incentivo a fluxo não têm marcador de volume, mas somente escalas numéricas indicando o fluxo inspiratório. Existem diferentes marcas disponíveis no mercado, como exemplo:

- ✓ espirômetros a volume: *Coach e Coach*®, *Voldayne 5000*®, *Voldayne 4000*® e *Voldayne 2500*®.
- ✓ espirômetros a fluxo: *Triflo II*®, *Respirex*®, *Air*® e *Respirom*®.

Esta técnica tem como objetivo incentivar, por meio de *feedback* visual e/ou auditivo, a inspiração máxima sustentada, e assim, prevenir ou reverter o colapso alveolar. Os pacientes devem ser bem orientados e motivados a fazer inspirações máximas imitando o suspiro e instruídos a:

- ✓ Envolver o bocal do aparelho com os lábios, de forma que evite a entrada de ar externamente a ele;
- ✓ Segurar o espirômetros de incentivo na posição vertical, dentro do seu campo de visão;
- ✓ Inspirar profunda e lentamente, tentando manter o fluxo inspiratório constante até atingir o volume ou fluxo prescritos. Essa inspiração deve ser iniciada a partir da CRF, ponto de equilíbrio do sistema respiratório;
- ✓ Retirar os lábios do bocal;
- ✓ Realizar uma pausa pós-inspiratória de 3 a 5 segundos;
- ✓ Expirar até a CRF, de maneira suave, sem realizar expiração forçada;
- ✓ Repetir as inspirações no mínimo de 5 a 10 vezes, podendo haver descanso entre elas para evitar a ocorrência da hiperventilação.

Quando o paciente inspira, deve ser possível visualizar o deslocamento de um pistom nos espirômetros orientados a volume ou das esferas por meio de um cilindro transparente graduado.

Quanto ao número de séries e repetições, são variáveis para cada paciente. A prescrição é feita conforme resultado da avaliação fisioterapêutica. Varia entre 3 a 5 séries de 5 a 20 repetições em cada série, com 3 sessões por semana.

Os exercícios para expansão pulmonar estão indicados com realização diária. Em nível ambulatorial, o paciente é orientado a adquirir o equipamento ou recebem orientações para fazer os exercícios respiratórios terapêuticos para expansão pulmonar em nível domiciliar.

6.4 Treinamento Específico da Musculatura Respiratória

O treinamento da musculatura respiratória pode ser feito com o objetivo de aumentar a força e a *endurance*. Para ganho da força, deve-se utilizar uma intensidade alta e baixo número de repetições (5 a 20), enquanto para o ganho da *endurance* deve-se enfatizar o fator tempo, sendo considerado adequado um mínimo de 15 minutos de maneira contínua ou intervalada.

Os Exercícios de Fortalecimento Muscular Respiratório inspiratório e expiratório são realizados com o equipamento *Threshold*[®], onde o treino dos músculos inspiratórios com carga linear, utiliza-se a intensidade de 30% a 70% da P_{Imáx} (sendo acrescido 10% por semana) e o treino dos músculos expiratórios utiliza-se a intensidade de 40% da P_{Emáx} (sendo acrescido 10% por semana).

Para treinar *endurance*, é utilizado o tempo de 15 minutos, que são acrescidos conforme a capacidade e tolerância do paciente até 20 minutos, respeitando-se a carga citada acima, tanto, para os músculos inspiratórios quanto para expiratórios.

Para realizar o procedimento, o paciente deve inspirar por meio de um bocal com utilização de um clipe nasal e gerar uma pressão subatmosférica capaz de abrir a válvula. Quando a pressão gerada for maior que a exercida pela mola, o ar é inspirado através do aparelho. A sobrecarga é aumentada com o aumento de resistência da mola.

6.5 Condicionamento Físico Geral

Embora todo o tratamento de reabilitação no HC-UFTM serviço seja multidisciplinar, na reabilitação pulmonar é primordial a atuação de profissionais além do fisioterapeuta, o psicólogo e o nutricionista.

Os pacientes portadores de pneumopatias crônicas como o DPOC são inseridos em programa de condicionamento físico geral, pois a disfunção muscular esquelética, representada pela fraqueza ou pela atrofia muscular é um dos acometimentos sistêmicos.

O treinamento com exercícios baseia-se nos princípios da sobrecarga, especificidade e reversibilidade.

A definição do programa de exercícios é precedida de uma avaliação individual da capacidade funcional acompanhada de avaliação da tolerância subjetiva aos exercícios, utilizando-se a escala de Borg modificada. Vários testes podem ser utilizados para avaliar a capacidade funcional e orientar a prescrição de exercícios, dentre eles, os testes incrementais em esteira e bicicleta ergométrica e o TC6'.

A prescrição é de forma criteriosa e envolve a intensidade (sobrecarga), duração, frequência e tipo de exercício.

A prescrição da intensidade dos exercícios é determinada com base na frequência cardíaca de treinamento pela fórmula de *Karvonen*, onde é utilizada a FC máxima alcançada no TE máximo ou no teste submáximo.

A duração da sessão de treinamento é estipulada entre 45 e 50 minutos, com frequência de 3 vezes por semana em dias alternados. O programa de exercícios é dividido em 3 etapas: aquecimento (cerca de 10 a 15 minutos incluindo, caminhada, exercícios de baixa intensidade, exercícios localizados de resistência muscular periférica e alternados exercícios de membros superiores e membros inferiores e de alongamento); fase de treinamento (de 20 a 30 minutos, com treino de resistência muscular, exercícios de grandes grupos musculares, esteira, corridas e bicicleta ergométrica) e o desaquecimento (com

duração de 5 a 10 min, exercícios de alongamento, caminhadas leves e conscientização corporal).

A programação de exercícios é individualizada e a progressão da intensidade é feita normalmente de 3 em 3 meses analisando-se as respostas de FC ao treinamento, a sensação subjetiva pela escala de Borg, a FR e a SpO₂. Para alterar o treinamento é necessária realização de novos testes (TC6'). Após 6 meses da realização do TE máximo, um novo teste é feito para avaliar as respostas adaptativas ao treinamento físico e reprogramar a intensidade de esforço.

Durante toda a sessão, o paciente é monitorado por meio das medidas, da FC, FR, PA, SpO₂ e a sensação subjetivo de cansaço por meio da escala de Borg. Uma fonte de O₂ é essencial, e em geral já está prescrita pelo médico responsável pelo paciente e é utilizado sempre que a SpO₂ estiver menor que 90%.

6.6 Técnicas de Conservação de Energia

As técnicas de conservação de energia são ferramentas utilizada no programa de reabilitação pulmonar com a finalidade de ajudar a diminuir o quadro de dispneia que interfere nas atividades profissionais, familiares, sociais e na vida diária do paciente portador de DPOC.

Estas técnicas atuam na redução do gasto energético desses pacientes durante a realização de suas AVDs, diminuem também a sensação de dispneia e aumentam sua funcionalidade. Esforços de membros superiores não sustentados levam a dissincronia toracoabdominal e à dispneia em tempo mais curto e com menor consumo de oxigênio do que os exercícios de membros inferiores. Nesses casos, ocorre dissincronia toracoabdominal, não devida à fadiga diafragmática. As atividades funcionais mais comuns no cotidiano humano envolvem os membros superiores e inferiores, porém os superiores são utilizados extensivamente para realizar desde as atividades mais simples até as mais complexas. Alguns dos músculos como o trapézio, peitoral menor, escalenos e os intercostais, que participam no posicionamento dos braços, podem ter funções posturais e ventilatórias (VELLOSO, JARDIM, 2006).

Ainda conforme os mesmos autores, a simples elevação dos braços resulta em considerável aumento do consumo de oxigênio (16%) e da ventilação pulmonar (24%) em indivíduos normais. Isto sugere que a elevação dos braços altera o recrutamento muscular ventilatório e postural, alterando, consequentemente, a mecânica da caixa torácica e do compartimento abdominal, levando a dispneia mais rapidamente por esforço excessivo da musculatura recrutada de forma inadequada pelo DPOC (VELLOSO, JARDIM, 2006).

Estudos mostram que 78% dos pacientes com DPOC têm dispneia ao realizarem atividades rotineiras do cotidiano e que 55% deles necessitam de assistência para realizá-las.

A seguir, estão apresentadas a avaliação das AVD e a aplicabilidade das técnicas de conservação de energia, descritas por Velloso e Jardim, em 2006:

✓ **Avaliação das AVD:**

- ❖ Inicialmente é solicitado aos pacientes que mimetizem as atividades, realizando-as como se estivessem em casa, sem interferência do examinador. Neste momento, pode-se ter uma noção de quanto tempo o paciente demora em cada atividade, qual a posição de corpo adotada, além do comportamento da frequência cardíaca, SpO₂ e da dispneia.
- ❖ Posteriormente, os dados coletados são utilizados para se desenvolver um programa educativo e de orientação, na tentativa de modificar os hábitos dos pacientes, incluindo a

utilização das técnicas de conservação de energia.

✓ **Uso das Técnicas de Conservação de Energia:** para sua aplicação, devem ser feitas as adaptações do ambiente com as mudanças nas posturas, para a realização das AVDs. Apresentam os seguintes objetivos:

- ❖ treinar a respiração diafragmática, primeiro em repouso, para que o paciente tenha percepção dos movimentos respiratórios durante a inspiração e expiração e depois, durante a realização das tarefas, evitando que o paciente faça breves períodos de apneia;
- ❖ treinar os membros superiores visando ao aumento da tolerância ao trabalho;
- ❖ programar atividades com níveis distintos de exigência, iniciando com atividades leves, lentas e com menor gasto energético, por exemplo, treinar primeiramente atividades de higiene pessoal em posição sentada e com apoio dos membros superiores (escovar dentes, pentear cabelos, fazer a barba, lavar o rosto, maquiar-se) e depois, sentada sem apoio de membros superiores (depilar axilas e tomar banho);
- ❖ simplificar o desenvolvimento de algumas tarefas, adaptando o ambiente, como elevação do vaso sanitário, colocação de barras de apoio e corrimão no banheiro, ou fazendo uso de tecnologia assistiva, como calçadeira de cabo longo, pente com cabo longo, andadores com assento e cesta de bagagem, entre outros;
- ❖ eliminar atividades desnecessárias, como enxugar louças (uso de escorredor), secar-se após o banho (uso de roupão felpudo) ou amarrar sapatos (preferir calçados sem cadarços);
- ❖ orientar quanto à importância em solicitar auxílio de familiares, cuidadores ou outros, quando necessário;
- ❖ organizar o tempo, planejando o dia e a semana, considerando os tempos gastos na realização das atividades e o tempo necessário para descanso, incentivando o uso de agendas;
- ❖ organizar o ambiente de modo que os materiais a serem utilizados pelo paciente permaneçam em locais de fácil acesso, ou seja, entre as cinturas escapular e pélvica, evitando a necessidade de grandes amplitudes de movimento de membros superiores sem sustentação, além da flexão de tronco.

A equipe deve orientar o paciente orientar quanto às posturas mais adequadas na realização de cada uma das tarefas, adaptando a forma de realizar as atividades, ou seja, quando o paciente tiver que utilizar os braços deve fazê-lo com apoio em uma mesa, bancada ou mesmo no lavatório do banheiro, além de evitar a flexão do tronco. As figuras, a seguir, demonstram alguns exemplos das técnicas de conservação de energia, segundo Velloso e Jardim, 2006.

A figura 1 mostra que ao abaixar o espelho do banheiro, evita-se que o paciente faça sua higiene pessoal na posição ortostática e com os membros superiores sem apoio.



Figura 1 - A) Paciente realizando as atividades de higiene pessoal sem a utilização das técnicas de conservação de energia; B) Paciente realizando as atividades de higiene pessoal utilizando as técnicas de conservação de energia

Fonte: VELLOSO, JARDIM, 2006

A figura 2 apresenta o ensinamento para se cruzar uma perna sobre a outra, o que evita que o paciente faça flexão de tronco durante o ato de colocar e retirar os sapatos.

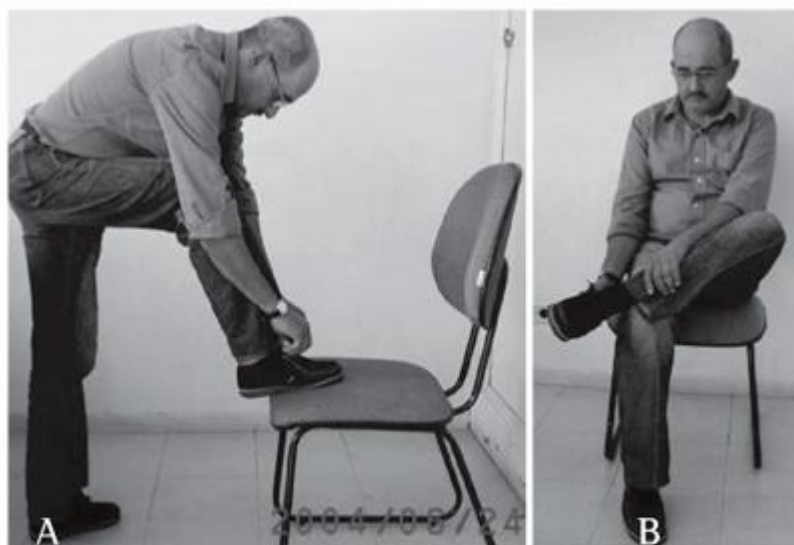


Figura 2 - A) Paciente realizando a atividade de colocar sapatos sem a utilização das técnicas de conservação de energia; B) Paciente realizando a atividade de colocar os sapatos utilizando as técnicas de conservação de energia

Fonte: VELLOSO, JARDIM, 2006

Nas figuras 3 e 4 são apresentadas a organização do ambiente e os objetos de uso frequente, que evitam grandes amplitudes de movimento para guardar seus utensílios em lugares muito altos ou muito baixos.



Figura 3 - A) Paciente realizando a atividade de guardar utensílios em prateleiras altas sem a utilização das técnicas de conservação de energia; B) Paciente realizando a atividade de guardar utensílios em prateleiras altas utilizando as técnicas de conservação de energia



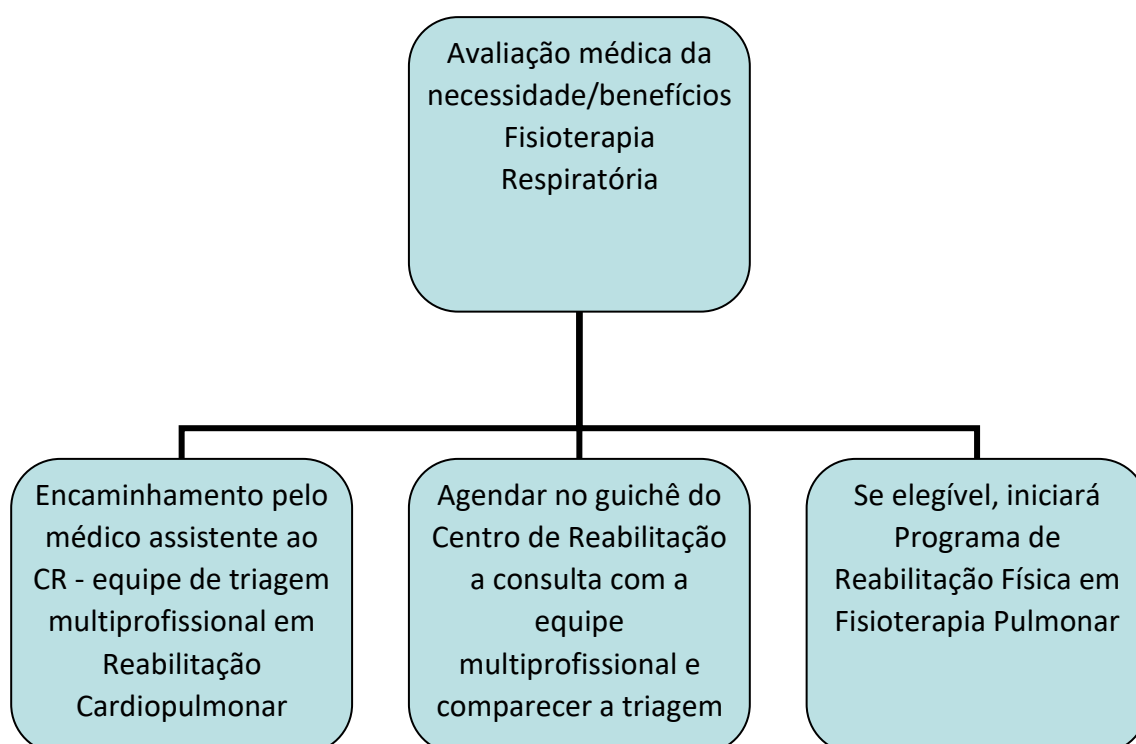
Figura 4 - A) Paciente realizando a atividade de guardar utensílios em prateleiras baixas sem a utilização das técnicas de conservação de energia; B) Paciente realizando a atividade de guardar utensílios em prateleiras baixas utilizando as técnicas de conservação de energia

Fonte: VELLOSO, JARDIM, 2006

As técnicas de conservação de energia auxiliam o paciente a manter sua funcionalidade de forma ativa e independente, isto quebra o ciclo da inatividade, mesmo realizando as atividades em um ritmo mais lento. Sendo assim, o paciente diminuirá o grau de dispneia e o desconforto que, na maioria das vezes, leva os portadores de DPOC a diminuir ou até mesmo a abandonarem suas atividades funcionais, levando ao agravamento da doença com quadros de depressão e ansiedade (VELLOSO, JARDIM, 2006).

7. FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO

- a) Passar pelo médico assistente para avaliação da necessidade/benefícios da Fisioterapia Respiratória;
- b) Ser encaminhado pelo médico assistente ao Centro de Reabilitação para a equipe de triagem multiprofissional em Reabilitação Cardiopulmonar;
- c) Agendar no guichê do Centro de Reabilitação a consulta com a equipe multiprofissional mediante apresentação do encaminhamento;
- d) Comparecer a consulta com a equipe de triagem multiprofissional para avaliação do médico Cardiologista e do fisioterapeuta;
- e) Se elegível para o atendimento, será agendada a inclusão do paciente em Programa de Reabilitação Física na Fisioterapia Pulmonar.



8. REFERÊNCIAS

- BETHLEM Newton. Pneumologia e Tisiologia. 4ª ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
- BRITTO Raquel Rodrigues, BRANT Tereza Cristina Silva, PARREIRA Verônica Franco. Recursos Manuais e Instrumentais em Fisioterapia Respiratória. Barueri, SP: Manole, 2009.
- CONDE Maria das Graças de Oliveira. Atuação da Fisioterapia na Bronquiectasia. Rio de Janeiro. Universidade Veiga de Almeida, 2008.
- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região, CREFITO-4. DIRETRIZES DE REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SÍNDROME PÓS-COVID-19. Disponível em: https://www.unimedmg.coop.br/informe/centraldecomunicacao/cartilha_covid.pdf. Acesso em: 26 de outubro de 2021.
- COSTA, Dirceu. Fisioterapia respiratória básica. São Paulo: Atheneu, 1999.
- FROWNFELTER Donna, DEAN Elizabeth. Fisioterapia Cardiopulmonar: Princípios e Prática. 3ª ed. São Paulo: Revinter, 2004.
- GOMES, Mauro, FARESIN, Sônia Maria. Pneumologia: Atualização e reciclagem. 7ª. ed. São Paulo: ROCA, 2007
- GOSSELINK Rik, Physical Therapy in Adults with Respiratory Disorders: Where Are We? Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 10, n. 4, p. 361-372, out./dez. 2006.
- KIRCHENCHTEJN, S. F.; JARDIM, J. B. Limitação crônica ao fluxo aéreo. Rev Bras Med, v. 54, p. 176-188, 1997.
- KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn. A. Exercícios Terapêuticos, fundamentos e técnicas. Ed. Manoel. Barueri-SP. 4.ed. 2004.
- MACHADO, Maria da Glória Rodrigues. Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MOTTER, Arlete Ana; GOMES, Regina Helena Senff; VANHONI, Paula Sígolo; SILVA, Larissa Adrienee Franco da; IVANSKI, Mylena Barão dos Santos. Fisioterapia no pré-operatório de cirurgia bariátrica: uma revisão integrativa. ASSOBRAFIR Ciência. 2017 Ago;8(2):65-80.
- Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS. FOLHA INFORMATIVA SOBRE COVID. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.
- RIBEIRO Karla; TOLEDO Andreza; COSTA Dirceu; Efeitos de um programa de reabilitação pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Rev. biociên., Taubaté, v.11, n. 1-2, p. 63-68, jan./jun. 2005.
- SILVA e SILVA, Cássio Magalhães, et al. Evidências Científicas sobre Fisioterapia e Funcionalidade em pacientes com COVID-19 Adulto e Pediátrico. J Hum Growth Dev. 2020; 30(1): 148-155.
- VELLOSO Marcelo, JARDIM José Roberto. Functionality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: energy conservation techniques, J Bras Pneumol. 2006; 32(6):580-6.

9. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO E RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	3/5/2016	Elaboração da versão inicial
2	10/2/2020	Revisão de texto e inserção em novo modelo
3	20/12/2021	Atualização de texto
4	21/11/2023	Atualização de texto
5	5/12/2024	Atualização no texto, formatação (novo modelo) e referências
6	17/11/2025	Incluído o item 2.1.4
7	19/8/2026	Excluído o item que se referia à aspiração de vias aéreas (procedimento não mais realizado no Centro de Reabilitação)

Elaboração da versão atual (versão 7) – data: 23/3/2026

Izabella Barberato Silva Antonelli, Maria de Lourdes Silva e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI);
Giovani Luiz De Santi, médico cardiologista e chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica (SGPITS); Adriana de
Carvalho Pereira, enfermeira da UMULTI; Eduardo Elias Vieira de Carvalho, Lidiane Alves Carvalho e Luciana Duarte Novaes Silva, docentes
da UFTM

Análise interna – data: 23/3/2026

Renata de Melo Batista, fisioterapeuta da UMULTI

Análise – data: 11/6/2026

Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI

Aprovação – data: 22/6/2026

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)

Validação técnica – data: 14/8/2026

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)

Registro, validação de forma e revisão – data: 19/8/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental (CGQD)

Elaboração da versão 6 – data: 17/11/2025

Izabella Barberato Silva Antonelli, Maria de Lourdes Silva e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI);
Giovani Luiz De Santi, médico cardiologista e chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica (SGPITS); Adriana de
Carvalho Pereira, enfermeira da UMULTI; Eduardo Elias Vieira de Carvalho, Lidiane Alves Carvalho e Luciana Duarte Novaes Silva, docentes
da UFTM

Análise interna

Renata de Melo Batista, fisioterapeuta da UMULTI

Análise

Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI

Validação técnica

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)

Aprovação

Fernando de Freitas Neves, chefe da DGC

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da CGQD

Elaboração da versão 5 – data: 5/12/2024

Izabella Barberato Silva Antonelli, Maria de Lourdes Silva e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas da UMULTI; Giovani Luiz De Santi,
médico cardiologista e chefe do SGPITS; Adriana de Carvalho Pereira, enfermeira da UMULTI; Eduardo Elias Vieira de Carvalho, Lidiane
Alves Carvalho e Luciana Duarte Novaes Silva, docentes da UFTM

Análise interna

Renata de Melo Batista, fisioterapeuta da UMULTI

Validação

Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI substituta e Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP

Aprovação

Fernando de Freitas Neves, chefe da DGC

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da CGQD

Elaboração da versão 4 – data: 21/11/2023

M^a de Lourdes Silva e Renata Melo Batista, fisioterapeutas

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Validação

Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da UMULTI

Aprovação

Ivonete Helena Rocha, chefe da DGC

Continuação.

Elaboração da versão 3 – data: 20/12/2021

M^a de Lourdes Borges, M^a de Lourdes Silva e Renata Melo Batista, fisioterapeutas

Validação

Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da Unidade de Reabilitação

Registro, análise e revisão

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da Unidade de Planejamento e Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Aprovação

Marina Casteli Rodrigues Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT)

Elaboração da versão 2 – data: 10/2/2020

Renata Melo Batista, fisioterapeuta

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Validação

Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da Unidade de Reabilitação

Aprovação

Marina Casteli Rodrigues Monteiro, chefe da DADT

Elaboração da versão 1 – data: 3/5/2016

Luciana Duarte Novaes da Silva e Marcia Souza Volpe, professoras adjuntas e M^a de Lourdes Borges, M^a de Lourdes Silva e Vanessa Miranda Lidio, fisioterapeutas

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Validação

Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação e Adriano Jander Ferreira, chefe da DADT

Aprovação

Colegiado Executivo