



**21º Congresso de Iniciação Científica**

**UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE BREATH STACKING NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Autor(es)**

---

HEVELYN TASSIANA TORELLI DE MELO

**Orientador(es)**

---

ELI MARIA PAZZIANOTTO FORTI

**Apoio Financeiro**

---

FAPIC/UNIMEP

**Resumo Simplificado**

---

Contextualização: Em obesos ocorre deposição de tecido gorduroso de forma excessiva no tórax e no abdome podendo comprometer a mobilidade toracoabdominal e os volumes e capacidades pulmonares. Durante a realização de cirurgias abdominais, os efeitos da obesidade se acentuam e predis põe os indivíduos aos riscos das complicações pulmonares pós-operatórias. Objetivo: Verificar os efeitos do Breath Stacking (BS), na função pulmonar de mulheres obesas mórbidas, submetidas à cirurgia bariátrica, avaliando os volumes e capacidades pulmonares, a mobilidade tóracoabdominal e a prevalência de atelectasias e, comparando-os à aplicação da Fisioterapia Respiratória Convencional (FRC). Métodos: Estudo aprovado pelo CEP sob parecer 89/12. Foram avaliadas 40 voluntárias, obesas mórbidas, candidatas à cirurgia bariátrica eletiva. Para a avaliação dos volumes e capacidades pulmonares foi utilizada a manobra da capacidade vital lenta (CVL), por meio da espirometria; para a avaliação da mobilidade tóraco-abdominal foi utilizada a cirtometria, por meio de uma fita métrica e; para a avaliação da prevalência de atelectasias, foi analisada a radiologia torácica. Após as avaliações, realizadas no pré-operatório, as voluntárias foram randomizadas em dois grupos com vinte voluntárias cada. Um grupo recebeu tratamento de FRC e o outro, além da FRC, recebeu a técnica do BS. Foram realizadas quatro sessões, duas no pós-operatório (PO) imediato e duas no primeiro dia PO. Todas as voluntárias foram reavaliadas antes da alta hospitalar. Resultados: Observou-se que no PO houve redução significativa, tanto no grupo FRC quanto no FRC+BS, da CVL ( $p < 0,00001$  e  $p < 0,00001$ ), do volume de reserva expiratório (VRE) ( $p < 0,00001$  e  $p < 0,00001$ ), e do volume de reserva inspiratório (VRI) ( $p < 0,00001$  e  $p < 0,00001$ ), respectivamente. Para o volume corrente (VC), não houve diferença significativa no PO para ambos os grupos ( $p = 0,18$  e  $p = 0,19$ ). Quando comparados entre si, a partir das diferenças entre o pré e o PO, os grupos não apresentaram diferenças significativas para todas as variáveis espirométricas (CVL  $p = 0,8$ ; VRE  $p = 0,23$ ; VRI  $p = 0,3$  e VC  $p = 0,37$ ). Para a mobilidade tóracoabdominal, houve redução significativa no PO, tanto para o grupo FRC como para o FRC+BS, nos níveis axilar ( $p < 0,00001$  e  $p < 0,00001$ ), e xifoideano ( $p < 0,00001$  e  $p < 0,00002$ ). Já no nível abdominal, não houve diferença significativa para o grupo FRC ( $p = 0,84$ ) e para o FRC+BS houve aumento significativo ( $p < 0,0002$ ) evidenciando aumento da mobilidade abdominal no PO. Quando analisada a diferença entre pré e PO, os grupos não apresentaram diferença significativa nos níveis estudados: axilar  $p = 0,78$ ; xifoideano  $p = 0,81$  e abdominal  $p = 0,73$ . A análise dos exames radiológicos evidenciou prevalência de atelectasias de 30% no grupo FRC e 50% no grupo FRC+BS. Conclusão: A FRC associada à BS promoveu manutenção do VC, assim como a FRC isoladamente. Da mesma forma, a FRC contribuiu para manter a mobilidade abdominal no PO enquanto que a FRC+BS melhorou a mobilidade abdominal. Assim, as duas terapêuticas podem ser utilizadas para a manutenção do VC e da mobilidade abdominal quase sempre diminuídos no PO de cirurgias abdominais. Deve se pensar em estratégias preventivas para a redução da prevalência de

---

atelectasias após as cirurgias bariátricas.