

TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO NA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ¹

**Luciéle Kempka Szczotka², Janesca Mansur Guedes³, Fernanda Dal'Maso Camera⁴,
Miriam Salete Wilk Wisniewski⁵**

¹ Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões ? URI Erechim/RS

² Luciéle Kempka Szczotka, Fisioterapeuta pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões ? URI Erechim, luciele_sz@hotmail.com ? Erechim/RS/Brasil.

³ Janesca Mansur Guedes, Professora Colaboradora, Doutora em Ciências da Saúde, Curso de Fisioterapia (URI Erechim), janesca@uricer.edu.br ? Erechim/RS/Brasil.

⁴ Fernanda Dal'Maso Camera, Professora Colaboradora, Doutora em Ciências da Saúde, Curso de Fisioterapia (URI Erechim), fernandadalmasocamera@gmail.com - Erechim/RS/Brasil.

⁵ Miriam Salete Wilk Wisniewski, Professora Orientadora, Doutora em Ciências da Saúde, Curso de Fisioterapia (URI Erechim), msalette@uricer.edu.br - Erechim/RS/Brasil

Introdução:

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é caracterizada por um déficit motor progressivo, em geral ascendente, de instalação aguda acompanhada de arreflexia, com ou sem alteração sensitiva, com recuperação precoce e espontânea, e pode ser dividida em formas predominantemente desmielinizantes ou axonais (HIRATA; MARCHIORI, 2009). Um dos principais sintomas apresentados é a fraqueza muscular respiratória progressiva. Com isso, a fisioterapia respiratória vem estabelecer ou restabelecer um padrão respiratório funcional, visando reduzir gastos energéticos durante a ventilação e capacitando o indivíduo, a realizar as mais diferentes atividades básicas da vida diária (AZEREDO et. al.,1986).

Objetivos:

Mensurar a força muscular respiratória (inspiratória e expiratória) de um indivíduo com Síndrome de Guillain-Barré, antes e após a aplicação do protocolo de treinamento muscular respiratório.

Metodologia:

Estudo de caráter exploratório-descritivo, longitudinal-prospectivo, quantitativo, desenvolvido na Clínica Escola de Fisioterapia da URI – Câmpus de Erechim. A amostra foi intencional e composta por um indivíduo do sexo feminino, com diagnóstico de SGB. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP URI/Erechim) (CAE: 96953018.9.0000.5351). As intervenções fisioterapêuticas foram realizadas três vezes na semana, com duração de 30 minutos, durante quatro meses, totalizando 44 sessões.

A coleta de dados foi realizada inicialmente, com a aplicação de uma anamnese, procedida da aplicação

do teste de Espirometria, realizado com fins diagnósticos, visando excluir distúrbio ventilatório obstrutivo. Na sequência realizou-se o teste do Pico de Fluxo Expiratório (PFE) (Peak Flow Meter®), conforme preconizado por Pereira e Moreira (2002) e a Manovacuometria. Esta foi realizada visando avaliar a força muscular respiratória (MVD300 portátil GlobalMed): pressão inspiratória máxima (PI_{máx}) a partir da Capacidade Residual Funcional (CRF) e pressão expiratória máxima (PE_{máx}), a partir da Capacidade Pulmonar Total (CPT), os resultados foram comparados com os valores preditos por Neder e colaboradores, 1999. Ambas as testagens ocorreram antes e após o término das intervenções fisioterapêuticas.

Para o treinamento muscular expiratório, utilizou-se o Threshold PEP® (RESPIRONICS), que utiliza como resistência uma válvula do tipo “*spring load*” unidirecional, com pressões ajustáveis entre 4 e 20 cmH₂O, e o Threshold IMT® (RESPIRONICS) para o treinamento muscular inspiratório, também com uma válvula “*spring load*”, com pressões ajustáveis entre 4 e 40 cmH₂O. O treinamento muscular inspiratório foi realizado com uma pressão (carga) inicial de 30% a partir da PI_{máx} (12cmH₂O) na 1ª semana, 40% (16cmH₂O) na 2ª e 3ª semana e 50% (20cmH₂O) da 4ª a 12ª semana. O treinamento muscular expiratório foi realizado com uma carga inicial de 30% a partir da PE_{máx} (19,5cmH₂O) e nas demais semanas foi utilizado a carga máxima permitida pelo aparelho (20cmH₂O).

Resultados:

Paciente não apresenta doença ventilatória obstrutiva, conforme espirometria realizada na avaliação fisioterapêutica inicial, porém apresenta redução do fluxo expiratório forçado intermediário FEF 25-75% 49/100%, demonstrando obstrução de vias aéreas periféricas.

Em relação a força muscular respiratória, observou-se na avaliação inicial fraqueza de musculatura inspiratória e expiratória, a qual atingiu valor de - 40 cmH₂O (51,2% do valor previsto) da PI_{máx}, e 65 cmH₂O (86,3% do valor previsto) da PE_{máx}. Após o treinamento muscular respiratório, verificou-se que o valor da PI_{máx} permaneceu o mesmo (- 40 cmH₂O), e a PE_{máx} alterou para (85 cmH₂O), apresentando aumento de 12,8%. Em relação ao pico de fluxo expiratório, a paciente apresentou diminuição do fluxo expiratório na avaliação inicial 305L/min (75,31 % do valor previsto), sendo que o valor previsto seria 405L/min, conforme valores previstos por Leiner e colaboradores (1963) e na reavaliação a paciente apresentou 325L/min (80,25 % do valor previsto), apresentou 20L/min (4,94 % a mais) no pico de fluxo expiratório.

Conclusões:

Pode-se concluir que no presente estudo, houve melhora nos parâmetros respiratórios, força muscular respiratória e pico de fluxo expiratório após as intervenções fisioterapêuticas. Estes nos permitem refutar a hipótese nula do estudo, inferindo que o treinamento muscular respiratório promoveu ganho de força muscular expiratória da paciente voluntária, com síndrome de Guillain-Barré.

Palavras-Chaves: Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória, Modalidades de Fisioterapia, Medidas de

volumes pulmonares.