

## RESUMO - MEDICINA

### **AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA, RESPIRATÓRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA NA FASE I: ESTUDO TRANSVERSAL**

*Carlos Dos Santos Garcia (carlos-radiologia@hotmail.com)*

*Adalgiza Mafra Moreno (adalgizamoreno@hotmail.com)*

*Fernando Silva Dos Santos (nando5449@outlook.com)*

*Renata Rodrigues Teixeira De Castro (castrorrt@gmail.com)*

*Andressa Suelen (andmelo2604@gmail.com)*

*Anna Júlia Paes Leme Ribeiro (anna.juliaplribeiro@gmail.com)*

*Frederico Pires Ferreira (fredferreira07@gmail.com)*

*Mariana Pontes Do Nascimento Mateus (marimateus@hotmail.com)*

**Introdução:** A insuficiência cardíaca congestiva associa-se a fraqueza muscular respiratória e periférica e à redução da tolerância ao esforço, alterações relevantes já na internação. **Objetivo:** Avaliar a força muscular periférica, a força muscular respiratória e a capacidade funcional de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva na fase I da reabilitação cardíaca. **Material e Métodos:** Foram avaliados cinco pacientes no primeiro dia de internação. Registraram-se

idade, sexo, classe funcional (NYHA), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio, percepção de esforço (Borg), dispneia (mMRC) e circunferência da cintura. A força muscular respiratória foi mensurada por manovacuometria, obtendo-se PIMAX e PEMAX; os percentuais do previsto foram calculados pelas equações de Neder et al., 1999, ajustadas por idade e sexo. A força periférica foi obtida por dinamometria segmentada, contemplando flexão e extensão de membros superiores e inferiores, bilateralmente. A capacidade funcional foi aferida pelo teste de caminhada de seis minutos; a distância prevista foi estimada pelas equações de Enright e Sherrill específicas por sexo, usando idade, altura em centímetros e peso. As variáveis contínuas foram expressas como média  $\pm$  desvio padrão e intervalo de confiança de 95%. Resultados: Três homens e duas mulheres, todos NYHA II. Idade  $66,4 \pm 7,7$  anos; altura  $1,63 \pm 0,11$  m; peso  $76,4 \pm 16,6$  kg; IMC  $28,9 \pm 6,9$  kg/m<sup>2</sup>. FEVE  $37,0 \pm 3,4\%$ . Pressão arterial  $127,0 \pm 8,4/78,0 \pm 11,5$  mmHg; frequência cardíaca  $73,4 \pm 4,2$  bpm; SpO<sub>2</sub>  $94,0 \pm 2,4\%$ ; Borg e mMRC  $0,0 \pm 0,0$ ; cintura  $79,2 \pm 9,5$  cm. No TC6M, a distância observada foi  $136,0 \pm 16,7$  m (IC95% 115,2–156,8), enquanto a prevista por Enright e Sherrill foi  $482,4 \pm 63,3$  m (IC95% 403,8–561,0); a relação observada/prevista foi  $28,4 \pm 3,2\%$  (IC95% 24,4–32,4). Quanto à força respiratória, PIMAX  $48,0 \pm 41,0$  cmH<sub>2</sub>O e PEMAX  $66,0 \pm 23,0$  cmH<sub>2</sub>O; em % do previsto, PIMAX  $50,9 \pm 37,9\%$  (IC95% 3,9–97,9) e PEMAX  $70,4 \pm 26,7\%$  (IC95% 37,2–103,5). Na dinamometria segmentada, observaram-se: flexão de braço direito  $15,78 \pm 5,74$  (IC95% 8,65–22,91); flexão de braço esquerdo  $17,46 \pm 6,12$  (9,99–24,92); extensão de braço direito  $18,54 \pm 5,82$  (11,73–25,35); extensão de braço esquerdo  $18,98 \pm 6,08$  (11,57–26,38); flexão de perna direita  $18,56 \pm 5,03$  (12,59–24,53); flexão de perna esquerda  $18,40 \pm 6,82$  (9,90–26,90); extensão de perna direita  $18,72 \pm 6,87$  (10,18–27,26); extensão de perna esquerda  $18,50 \pm 7,17$  (9,60–27,40). Conclusão: O protocolo utilizado foi capaz de avaliar, à beira do leito, a força muscular respiratória, a força periférica e a capacidade funcional na fase I da reabilitação cardíaca. Nos pacientes estudados, PIMAX e PEMAX estiveram abaixo do previsto, e a distância caminhada correspondeu a aproximadamente 28% do valor estimado por Enright e Sherrill; as medidas de dinamometria situaram-se em níveis baixos a

moderados. Esses achados descrevem o perfil clínico-funcional na admissão e podem orientar a prescrição fisioterapêutica hospitalar.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca congestiva; força muscular respiratória; força muscular periférica; capacidade funcional.