

Resumos

REGIONAL Bahia (BA)

Anais do evento:

I JORNADA BAIANA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA

REGIONAL Bahia (BA)

Data: 05/11/2010

Local: Auditório da ABM – Salvador/BA

Presidente do Evento:

Marcelo Dourado Costa

Comissão Científica:

Juliano dos Santos Batista
Fernanda Warken Rosa Camelier
Mônica Lajana de Almeida
Ísis Nunes Veiga

Comissão Organizadora:

Luciana Bilitário Macedo
Leonardo Pamponet Simões
Marcelo Farani López
Daniel França Seixas Simões

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS NA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM E SEM CEC

Burgos, Caroline Monteiro¹; Burgos, Viviane Monteiro²; Camelier, Fernanda Warken Rosa²

¹Fundação Bahiana de Cardiologia. ²Hospital Universitário Professor Edgard Santos / UFBA
Salvador, Ba

Introdução: A disfunção pulmonar no pós-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio (RM), relacionada ao uso de circulação extracorpórea (CEC), continua sendo uma das mais importantes causas de morbidade e está relacionada ao comprometimento da função pulmonar após cirurgia cardíaca. Além dos efeitos da técnica cirúrgica, o uso do enxerto de artéria mamária esquerda e a necessidade de posicionamento do dreno pleural, a CEC tem demonstrado potencializar a lesão e retardar a recuperação da função respiratória. **Objetivo:** avaliar e comparar a função respiratória de pacientes submetidos à cirurgia de RM com e sem CEC, a intensidade da dor e frequência de eventos pleuropulmonares. **Métodos:** foi realizado um estudo prospectivo, com pacientes internados na enfermaria e unidade de terapia intensiva (UTI), de um hospital público universitário e outro privado, em Salvador, Bahia. No pré-operatório todos os pacientes foram submetidos a um questionário clínico e exame físico. A avaliação do volume minuto (VM), volume corrente (VC), capacidade vital (CV), pressão inspiratória (PI_{máx}) e expiratória máxima (PE_{máx}), índice diafragmático (ID) e intensidade da dor (escala verbal numérica) foram obtidos no pré, 1º, 3º e 5º dias de pós-operatório (DPO). **Análise estatística:** os dados foram descritos em média e desvio-padrão e proporções, conforme indicação. Para comparação das variáveis nominais foi usado o teste Exato de Fisher; para comparação dos resultados intra-grupos foi utilizado o teste não-paramétrico de Friedman seguido pelo teste de Dunn; para comparação das variáveis entre grupos foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Um $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** quarenta pacientes foram avaliados e alocados em dois grupos, de acordo com a utilização (n=20) ou não (n=20) da CEC. O tempo de internação na UTI foi superior no grupo com CEC (p=0,000). O enxerto da artéria torácica interna foi utilizado em todos os pacientes. Houve queda significativa da CV até o 3º DPO no grupo sem CEC e até o 5º DPO no grupo com CEC. A dor aumentou significativamente no 1º DPO no grupo com CEC e manteve-se maior até o 3º DPO no grupo sem CEC. O evento pleuropulmonar mais freqüente foi o derrame pleural em ambos os grupos. **Conclusão:** pacientes submetidos à cirurgia de RM apresentaram declínio da função pulmonar que, no 5º DPO já se mostrava estatisticamente similar aos valores do pré-operatório, independente do uso ou não da CEC.

Palavras-chave: Revascularização miocárdica, circulação extracorpórea, testes de função respiratória.

COMPARAÇÃO DA TOLERÂNCIA AO ESFORÇO: PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES CONTROLADOS E NÃO CONTROLADOS

Costa, Virgínia Silva¹; Camelier, Fernanda Warken¹; Cruz, Álvaro²

¹ Universidade Católica do Salvador (UCSAL). ² Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Sede do Programa para Controle da Asma (ProAr), Salvador-Bahia

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo. O modo de vida sedentário é considerado um dos fatores responsáveis pelo aumento da incidência de asma nos países ocidentais. Esta hipótese é baseada na relação conhecida entre o aumento da prevalência de asma, obesidade e declínio funcional. O conhecimento e o manejo da asma evoluíram de tal modo que o treinamento físico é considerado hoje um dos componentes mais importantes do programa de reabilitação pulmonar. **Objetivo:** Avaliar a capacidade de exercício, comparar a tolerância ao esforço e o pico de fluxo expiratório em pacientes asmáticos graves controlados e não controlados. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo comparativo e observacional. O controle da asma foi baseado na Diretriz *The Global Initiative for Asthma* (GINA), sendo também utilizado o questionário ACQ6. Para avaliação do controle da dispnéia utilizou-se a escala MRC e para avaliação da tolerância ao esforço e a capacidade de exercício, o teste de caminhada de seis minutos foi utilizado. **Análise estatística:** Foi utilizado o programa SPSS v.17.0 A normalidade foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparação da distância percorrida entre os três grupos foi realizado o teste de Kruskal Wallis para amostras independentes. A distância percorrida no TC6' pelos pacientes foi comparada com as equações de normalidade de Enright & Sherril e Troosters. A disposição gráfica de Bland & Altman foi utilizada para ilustrar a comparação da distância percorrida com aqueles previstos para a normalidade. **Resultado:** Observou-se que a maior parte da população foi composta por indivíduos do sexo feminino 42 (70%). Notou-se ainda que 19 (31,7%) pacientes foram classificados como controlados, 15 (25%) encontravam-se parcialmente controlados e 26 (43,3%) como não controlados. Uma diferença estatisticamente significativa foi observada na relação entre o PFE e o controle da asma, sendo que pacientes classificados como controlados, obtiveram a média de $365,2 \pm 176,1$ l/min, e pacientes parcialmente controlados alcançaram a média de $270 \pm 77,8$ l/min. Para aqueles considerados como não controlados, a média observada foi de $251,5 \pm 117,9$ l/min ($p < 0,01$). **Conclusão:** Não houve diferença estatisticamente significativa entre a distância percorrida no TC6' para os pacientes com asma controlada, parcialmente controlada e não controlada. Conclui-se que indivíduos asmáticos graves, independente do grau de controle, têm a mesma tolerância aos esforços. Todavia, apresentam desempenho no TC6' abaixo do esperado para a normalidade.

Palavras-chave: Asma, tolerância ao exercício, esforço físico.

DISTÂNCIA PERCORRIDA NO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS JOVENS SAUDÁVEIS

Pereira, Nayra de Souza¹; Bonfim, Kaliane Pamponet Prazeres¹; Dias, Cristiane Maria Carvalho Costa¹; Camelier, Fernanda Warken Rosa²

¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador, BA; ² Universidade do Estado da Bahia/ Hospital Universitário Professor Edgar Santos – Salvador, BA

Introdução: O teste de caminhada de seis minutos (TC6) tem sido utilizado para determinar a capacidade funcional de pacientes com doença pulmonar e/ou cardíaca, mensurar as respostas no estado funcional secundárias às intervenções terapêuticas, assim como prever a morbidade/mortalidade destes. Alguns estudos fornecem valores para a distância percorrida no TC6 por indivíduos saudáveis, a fim de estabelecer referências para avaliação de pacientes com comorbidades. Contudo, existem poucos estudos que demonstrem parâmetros da distância percorrida em adultos jovens saudáveis. **Objetivo:** Identificar a distância percorrida no TC6 em adultos jovens saudáveis de acordo com o sexo, analisando se fatores demográficos e antropométricos e o nível de atividade física influenciam essa distância.

Material e Métodos: Estudo observacional, de corte transversal, cuja amostra foi formada por adultos jovens saudáveis, acadêmicos de uma faculdade privada da cidade Salvador, BA. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (57/2008). Os participantes preencheram uma ficha, foram submetidos a mensuração antropométrica do peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e comprimento dos membros inferiores (MMII), e a realização do TC6 para mensuração da distância percorrida. **Análise estatística:** Realizada no SPSS 12.0. Os dados apresentados em média e desvio padrão. A associação entre as variáveis foi obtida pelo teste T de Student. O nível de significância utilizado foi $p < 0.05$. **Resultados:** Foram incluídos 106 indivíduos com idade média de 21,3 + 1,9 anos. A média da distância percorrida foi de 677,4 + 48 m e 594,3 + 70,0 m, respectivamente, para o sexo masculino e feminino ($p < 0,001$). A distância percorrida apresentou associação significativa com a altura ($p < 0,001$), peso ($p < 0,001$), IMC ($p = 0,030$), comprimento dos MMII ($p < 0,001$) e nível de atividade física ($p = 0,005$), e não revelou associação com a idade ($p = 0,295$).

Conclusão: Este estudo confirmou a influência do sexo, altura, peso e IMC na distância percorrida, e revelou a influência do comprimento dos MMII e nível de atividade física na distância percorrida no TC6.

Palavras-chave: Capacidade funcional, teste de caminhada de seis minutos, adultos jovens.

EFEITOS SISTÊMICOS ASSOCIADOS À DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Santos, Flávia Neri Vitoriano dos; Ferreira, Jordão Lopes; Silva, Érika Ramos; Cacau, Lucas Pereira de Assis
Universidade Tiradentes, Aracaju-SE

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), é uma doença de progressão lenta e irreversível, caracterizada pela limitação ao fluxo aéreo. Está associada a uma resposta inflamatória anormal que, embora seja primariamente pulmonar, também produz alterações sistêmicas significativas acometendo o sistema cardiovascular e a musculatura periférica. Como resultado, há limitação para as atividades de vida diária (AVD's) e comprometimento da qualidade de vida. **Objetivo:** Esclarecer os mecanismos que levam ao comprometimento muscular periférico, propondo idéias e questionamentos para posterior desenvolvimento de novas pesquisas sobre a DPOC. **Método:** O levantamento bibliográfico foi realizado com artigos publicados nos últimos onze anos, utilizando as cinco bases de dados da Bireme e os descritores de assunto: DPOC, limitação da mobilidade, anormalidades musculoesqueléticas. **Conclusão:** a disfunção dos músculos esqueléticos periféricos é a principal manifestação extrapulmonar da DPOC, esta associada a sintomas de dispnéia e fadiga causando redução da capacidade de realizar exercícios.

Palavras-chave: DPOC, limitação da mobilidade, anormalidades musculoesqueléticas.

FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA E ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL BODE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Souza, Grasielle Amorim de; Pereira, Natanna Magalhães; Camelier, Fernanda Warken Rosa
Ambulatório de DPOC, Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Professor Edgar Santos
(HUPES) – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia

Introdução: A força muscular respiratória pode ser prejudicada em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) devido a fraqueza dos músculos respiratórios acarretando aumento da frequência de hospitalização e mortalidade. No entanto, sua relação com a gravidade da doença, avaliado pelo índice BODE, ainda é desconhecida. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a P_{Imáx} e o índice de BODE em pacientes com DPOC. **Material e métodos:** estudo descritivo, de corte transversal, com uma amostra consecutiva e de conveniência composta por pacientes com diagnóstico de DPOC, segundo o GOLD. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: pacientes de ambos os sexos, espirometria recente e ausência de exacerbações nas últimas quatro semanas. Critérios de exclusão: portador de doença ortopédica e/ou neurológica que impossibilitem a realização do TC6, presença de doença oncológica ou outras doenças pulmonares concomitantes, desejo de se retirar do estudo ou aqueles que se recusaram a participar. Foi mensurado a força muscular respiratória (P_{Imáx}, P_{Emáx}), Teste da caminhada de seis minutos (TC6), Escala do MRC e índice de massa corporal (IMC). O índice BODE foi calculado a partir do VEF1, TC6, MRC e IMC, e os pacientes foram divididos em quatro quartis de acordo com a sua pontuação: I quartil (0-2), II quartil (3-4), III quartil (5-6) e IV quartil (7-10). **Análise Estatística:** Análise dos dados foi realizada pelo *software* SPSS versão 9.0. As variáveis quantitativas foram descritas média e desvio-padrão. A associação entre as variáveis foi realizada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman. Considerou-se significância estatística um $p < 0,05$. **Resultados:** 65 pacientes com DPOC (37 homens, idade média $64,7 \pm 10,6$ anos, VEF1 $51,9 \pm 19,1\%$ do previsto) apresentaram P_{Imáx} em valores médios absolutos de 63,7 e 68,3% do previsto, com correlação significativamente moderada com o índice BODE ($r = -0,478$, $p < 0,000$ e $r = -0,443$, $p < 0,000$, respectivamente). Apresentaram P_{Emáx} em valores médios absolutos de 86,9 e 90,1% do previsto, com correlação significativamente fraca e moderada com o índice BODE ($r = -0,274$, $p = 0,001$ e $r = -0,391$, $p < 0,000$, respectivamente). Houve diferenças significativas na P_{Imáx} e P_{Emáx} ($p = 0,006$ e $p = 0,002$, respectivamente) entre os pacientes quando correlacionados com os quartis do índice BODE. Pacientes classificados no quarto quartil apresentaram P_{Imáx} e P_{Emáx} significativamente menor quando comparados com os classificados no primeiro ($p < 0,000$, $p < 0,000$, respectivamente) e terceiro quartil ($p < 0,000$, $p < 0,004$, respectivamente). **Conclusão:** Em pacientes com DPOC, a força dos músculos respiratórios apresenta associação moderada com a gravidade da doença avaliada pelo índice BODE. **Palavras-chave:** Índice BODE, força muscular respiratória, DPOC.

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE MIOCARDIOPATIA CHAGÁSICA

Souza, Grasielle Amorim de; Jesus, Saulo Santos de; Aras Junior, Roque; Camelier, Fernanda Warken Rosa
Ambulatório de Miocardiopatias e Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário Professor Edgard
Santos; Serviço de Pneumologia (HUPES) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia

Introdução: A doença de Chagas resulta da infestação pelo parasita protozoário *Trypanosoma cruzi* que compromete o funcionamento do coração. Atualmente, a miocardiopatia chagásica tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública, apesar dos avanços no tratamento, a mortalidade vem aumentando. Apresenta diversas manifestações clínicas que acarretam consideráveis prejuízos na capacidade funcional do indivíduo e conseqüentemente a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes portadores de miocardiopatia chagásica. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, com uma amostra consecutiva e de conveniência composta por pacientes com diagnóstico de miocardiopatia chagásica. A investigação ocorreu no ambulatório de miocardiopatias, do Serviço de Cardiologia do HUPES. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de miocardiopatia chagásica em tratamento ambulatorial. Foram considerados critérios de exclusão: dificuldade de comunicação que impossibilitasse a aplicação dos questionários e/ou aqueles que se recusaram a participar. Avaliou-se a gravidade da doença através da classificação funcional da New York Heart Association (CF-NYHA). Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário específico, *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), e Euro-QOL. **Análise Estatística:** A planilha de dados foi realizada no *software* Excel XP e análise dos mesmos no *software* SPSS versão 9.0. As variáveis quantitativas foram descritas média e desvio-padrão. A associação entre a pontuação dos questionários de qualidade de vida e a gravidade da doença foi realizada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, e o teste de Mann Whitney foi utilizado para comparar a pontuação da gravidade pela CF-NYHA e a qualidade de vida. Considerou-se significância estatística um $p < 0,05$. **Resultados:** quarenta pacientes com miocardiopatia chagásica atendidos ambulatorialmente foram avaliados, destes 45% eram do sexo masculino, a média de idade foi $57,8 \pm 7,8$ anos e 57,5% dos pacientes foram CF II. Correlacionando a pontuação total do MLHFQ e CF, obteve-se significância estatística ($p = 0,037$), pacientes com CF II apresentaram maior pontuação refletindo em pior qualidade de vida. Avaliando o domínio físico e o emocional, percebeu que houve uma significância estatística ($p = 0,002$) em relação ao domínio físico, ou seja, estes pacientes apresentam um maior comprometimento da qualidade de vida devido a limitação da capacidade física. Houve uma correlação moderada negativa com significância estatística ($r = -0,647$, $p < 0,0001$) entre a pontuação total do MLHFQ e a pontuação total do Euro-QOL. **Conclusão:** A miocardiopatia chagásica acarreta moderado comprometimento da qualidade de vida. **Palavras-chave:** Cardiomiopatia, qualidade de vida, doença de Chagas.

REPERCUSSÕES DO TREINO RESISTIDO NA CAPACIDADE RESPIRATÓRIA E MUSCULAR EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA

Alcântara, Patrícia; Ferreira, Roseny; Tudella, Gabriel; Matos, Simone
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública Hospital Santa Isabel, Salvador, Bahia Brasil

Introdução: A cirurgia cardíaca, mesmo após todas as mudanças tecnológicas, ainda impõe forte impacto sobre a funcionalidade dos indivíduos que são submetidos a esse procedimento. O exercício resistido consiste em um recurso terapêutico que vem sendo utilizado na reabilitação cardíaca por seus benefícios hemodinâmicos, respiratórios e musculoesqueléticos. **Objetivo:** Observar as respostas respiratórias e musculares após exercícios resistidos em pacientes internados submetidos à cirurgia cardíaca. **Material e Métodos:** Ensaio clínico controlado randomizado. Pacientes com idade maior ou igual há 18 anos, submetidos à revascularização do miocárdio e/ou cirurgia valvular no ano de 2010 no Hospital Santa Isabel- Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Participaram do estudo 9 indivíduos, divididos em 2 grupos; 5 pacientes para o controle (GC) e 4 pacientes para o grupo intervenção (GI). O GC realizou a fisioterapia convencional (exercícios dinâmicos e respiratórios) e o GI foi submetido a um programa de treinamento resistido para membros inferiores, o qual consistia na prescrição de 50% de uma repetição máxima, exercido em 1 série de 12 repetições, além da fisioterapia convencional do hospital. Os grupos foram avaliados inicialmente após a alta da UTI e acompanhado por 5 dias ou até o dia da alta hospitalar a fim de comparar os resultados obtidos entre os grupos, ao final do programa de treinamento. **Análise estatística:** A comparação intragrupos foi feita pelo teste t student, pareado; e intergrupos pelo teste t student, não-pareado, admitindo-se α 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Até a presente data foram incluídos no estudo 9 pacientes. Foram avaliadas as variáveis respiratórias (Capacidade vital, ventilação voluntária máxima, pico de fluxo, pressão inspiratória e expiratória máxima) e as Musculares (força muscular). Não houve diferença no perfil dos pacientes entre os grupos controle e intervenção. Houve aumento em todas as variáveis respiratórias no grupo intervenção em relação ao grupo controle, porém sem significância estatística. **Conclusões:** Observa-se que os pacientes que foram submetidos aos exercícios resistidos nos membros inferiores após cirurgia cardíaca beneficiaram-se por apresentar uma elevação das variáveis respiratórias e musculares em relação aos pacientes que não receberam essa terapia complementar, no entanto não foi possível obter resultados significativos com quantitativo amostral presente. **Palavras chave:** Treino resistido, cirurgia cardíaca, capacidade respiratória e muscular.

UTILIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA PELOS FISIOTERAPEUTAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Malheiros, Jamile Costa Lima; Macedo, Luciana Bilitário
União Metropolitana de Educação e Cultura, Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

Introdução: O conhecimento das evidências proporciona subsídios para auxiliar o fisioterapeuta na avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas. **Objetivo:** Analisar se os níveis de evidência utilizados para pesquisa científica estão sendo utilizados pelos fisioterapeutas atuantes na terapia intensiva. **Método:** transversal. Amostra: fisioterapeutas voluntários. Os profissionais responderam um questionário, contendo 15 questões objetivas, sendo assim aplicado aos fisioterapeutas que trabalham na UTI dos hospitais da cidade de Salvador, no período de agosto a outubro de 2010. **Resultados:** 62 questionários, sendo 40 (64,5%) do gênero feminino e 22 (35,5%) do gênero masculino, com idade 30,4 anos (média). Destes profissionais 62 (100%) havia especialização, sendo a área de fisioterapia respiratória sendo 98,40%, a média do tempo de formado era de 7,1 anos e o tempo de atuação na terapia intensiva 4,2 anos. Sobre a traqueostomia precoce 92% responderam que orientam quando provável paciente ter longo tempo de VM; sobre mobilização precoce no leito 53% responderam que só realizam quando o paciente já obteve melhora do quadro; sobre a THB 98% responderam que realizam todas as técnicas; sobre o posicionamento do paciente 95% responderam que na ausência de contra-indicações sempre mantém cabeceira elevada; sobre prevenção da hipoxemia 90% sempre utilizam a hiperoxigenação antecedendo aspiração traqueal. **Conclusões:** Os fisioterapeutas atuantes nas unidades de terapia intensiva têm conhecimento das técnicas e procedimentos que possuem prática evidenciada. Porém, alguns não os utilizam de forma correta, como indicam as evidências. **Palavras chave:** Evidência, unidade de terapia intensiva, fisioterapia.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SÍNDROME DA APNÉIA-HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO: ESTUDO DE CASO

Santos, Ariane Dórea; Fonsêca, Mirna Marques da
Unime - Itabuna - Bahia

Introdução: A Síndrome da Apnéia-hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é um distúrbio respiratório que interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas. Sua principal manifestação é a obstrução parcial/total das vias aéreas superiores (VAS), com redução do fluxo respiratório. A fraqueza da musculatura respiratória pode potencializar os sintomas da SAHOS, que é vista como um problema de saúde pública, acarretando em problemas cardiovasculares, elevações dos riscos de acidentes de trabalho e trânsito. O diagnóstico é realizado através do exame de polissonografia e da escala de sonolência de epworth (ESE). O treinamento da musculatura inspiratória (TMI) pode ser realizado com o condicionamento aeróbico e uso de incentivadores respiratórios, melhorando o padrão ventilatório e minimizando os sintomas da SAHOS. **Objetivo:** Avaliar os efeitos do condicionamento aeróbico e TMI em uma paciente com SAHOS. **Métodos:** Uma paciente (49 anos) com diagnóstico clínico de SAHOS participou do estudo, que foi dividido em 3 sessões semanais de treino aeróbico e TMI, por 4 semanas, totalizando 12 atendimentos (ago/set de 2010). Após preenchimento da ESE foi realizada uma avaliação na primeira e última sessão, constando de: mensuração das pressões inspiratória máxima (PImáx) e expiratória máxima (PEmáx), medida do pico de fluxo expiratório (PFE), do índice de massa corporal (IMC), e aferição da circunferência do pescoço. O acompanhamento da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio, aconteceram em todos os atendimentos. O tratamento constou de alongamento passivo no início e final da sessão, uso do incentivador respiratório Threshold[®] IMT, com carga de 30% da PImáx e do Voldyne[®], no limite máximo da paciente, seguido do treino aeróbico na esteira. **Análise Estatística:** Foi realizada análise descritiva com frequência relativa exposta em gráficos. **Resultados:** A PImáx e PEmáx apresentaram acréscimo de 12,5% e 10% respectivamente, da 1^a à 12^a sessão. O PFE inicial estava -11,7% abaixo do valor de normalidade na 1^o sessão, e +3,6% acima do valor normal na 12^o. O IMC elevou 2,48% durante o processo e a circunferência do pescoço aumentou 2,8% em relação à mensuração inicial. **Conclusões:** O TMI e treino aeróbico possibilitaram um aumento na força muscular respiratória e na capacidade pulmonar, mesmo com a elevação do IMC e da circunferência do pescoço. **Palavras-chave:** Síndrome da apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS), treino muscular inspiratório (TMI), fortalecimento da musculatura respiratória.