

A photograph of a female physical therapist with blonde hair, wearing a white tank top and white pants, performing a massage on a patient's arm. The patient is lying on a table, wearing a red shirt. The background shows a clinical setting with a window and a tiled wall. The image is partially obscured by a large teal graphic element on the left side of the cover.

**Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)**

Fisioterapia e Terapia Ocupacional: Modelos de Intervenção

Atena
Editora

Ano 2019

Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

Fisioterapia e Terapia Ocupacional: Modelos de Intervenção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
F528	Fisioterapia e terapia ocupacional [recurso eletrônico] : modelos de intervenção / Organizadora Anelice Calixto Ruh. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-659-1 DOI 10.22533/at.ed.591192709 1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. I. Ruh, Anelice Calixto. CDD 615
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A saúde pública brasileira preconiza as doenças crônicas como sendo facilitadoras das condições limitantes do sistema musculoesquelético na fase laboral da vida do indivíduo. Diante do exposto os tratamentos que se utilizam de técnicas manuais tornaram-se forte aliados dentre os tratamentos fisioterapêuticos no que concerne o tratamento da dor crônica. As mobilizações e manipulações aplicadas pelo fisioterapeuta em todas as áreas da saúde, tem sido satisfatória para o paciente que sofre de dores crônicas, diminuindo a morbidade e os gastos da saúde pública. Neste e-book trazemos artigos que descrevem sobre esta abordagem da fisioterapia.

Engajada nos processos de transformações no campo da saúde mental a Terapia Ocupacional busca incessantemente promover a ruptura de práticas que alimentem condutas desumanas. A terapia ocupacional estimula a criatividade, o autoconhecimento, momentos de reflexão e expressão, impulsiona mudanças na rotina institucional realmente reposicionando este indivíduo perante a sociedade. Aqui você se atualiza sobre a saúde mental e a terapia ocupacional.

Aproveite sua atualização.

Anelice Calixto Ruh

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO SEXUAL E DA AUTOESTIMA ENTRE IDOSAS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA E IDOSAS SEDENTÁRIAS	
Fernanda Ferreira de Sousa Eveline de Sousa e Silva Jacqueline Pereira Silva Mota Rossanna Maria de Sousa Pires Aniclécio Mendes Lima	
DOI 10.22533/at.ed.5911927091	
CAPÍTULO 2	16
O USO DE ÓRTESE NA OTIMIZAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE PARALISIA CEREBRAL - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
Marcelo Monteiro de Castro Almeida Maisa Ribeiro Nilo Machado Junior	
DOI 10.22533/at.ed.5911927092	
CAPÍTULO 3	27
PROTOCOLO DE MANIPULAÇÃO ARTICULAR E MIOFASCIAL PARA ALÍVIO TOTAL DA DOR EM ALGIAS INESPECÍFICAS DE COLUNA	
Maria Emília Ferreira Ramos Priscila Menon dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.5911927093	
CAPÍTULO 4	39
PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO APLICADO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	
Karla Garcez Cusmanich Brenda C Inocêncio Alexandre Marotta Renato de Mesquita Tauil	
DOI 10.22533/at.ed.5911927094	
CAPÍTULO 5	47
A ATIVIDADE COMO ELEMENTO INTERMEDIÁRIO DE CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL	
Mara Cristina Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.5911927095	
CAPÍTULO 6	56
ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	
Mara Cristina Ribeiro Marilya Cleonice Santos de Souza Eline Vieira da Silva David dos Santos Calheiros Murillo Nunes de Magalhães	
DOI 10.22533/at.ed.5911927096	
SOBRE A ORGANIZADORA	68
ÍNDICE REMISIVO	69

PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO APLICADO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Karla Garcez Cusmanich

Universidade de Taubaté, Taubaté-SP

Clínica Vida Vale, Taubaté-SP

Brenda C Inocêncio

Universidade de Taubaté, Taubaté-SP

Clínica Vida Vale, Taubaté-SP

Alexandre Marotta

Clínica Vida Vale, Taubaté-SP

Renato de Mesquita Tauil

Clínica Vida Vale, Taubaté-SP

todos evoluíram para extubação, sem necessidade de prorrogação de tempo de ventilação mecânica invasiva ou necessidade de ventilação não invasiva) Conclusão: Após o acompanhamento fisioterapêutico os pacientes obtiveram boa dinâmica respiratória, mantendo parâmetros estáveis, com sucesso na extubação e sem necessidade de ventilação não invasiva.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Fisioterapia; Exercício; Complicações Pós-Operatórias

RESUMO: Introdução: A cirurgia bariátrica foi comprovada como o melhor tratamento para obesidade mórbida e tem sido o mais usado. A fisioterapia faz parte do atendimento multidisciplinar, sendo sua atuação importante tanto antes como após ao procedimento cirúrgico, para uma recuperação mais rápida, pretendendo reduzir complicações cardiorrespiratórias e acelerar a alta hospitalar. Objetivo desse trabalho foi criar e aplicar um protocolo de exercícios motores e respiratórios visando a redução do tempo de internação e evitando a necessidade de ventilação não invasiva. Método: Após a cirurgia bariátrica, antes de completar 15 horas de pós-operatório, foi realizado o protocolo em todos os pacientes (n=251), com exercícios de incentivo respiratório já treinados previamente e exercícios motores. Resultado: após ao procedimento cirúrgico,

PHYSICAL THERAPY PROTOCOL APPLIED IN THE IMMEDIATE POST OPERATIVE PERIOD OF BARIATRIC SURGERY

ABSTRACT: The bariatric surgery has proven to be the best treatment for morbid obesity and has been the most commonly used procedure. Physiotherapy is part of the multidisciplinary care, being important both before and after the surgery, aiming for faster recovery, less cardiorespiratory complications and anticipated discharge. Objective: Our goal was to create and implement a protocol of motor and respiratory exercises focusing on the reduction of hospitalization time and avoiding the need for noninvasive ventilation. Method: Following 15 hours of the surgery, the protocol was performed in all individuals (n=251), through exercises of

respiratory incentive that were previously trained along with motor exercises. Result: After the surgical intervention, all the individuals progressed to extubation, considerably reducing the time of invasive mechanical ventilation and excluding the necessity of noninvasive ventilation. Conclusion: After the physiotherapeutic monitoring the individuals achieved good respiratory dynamics, maintaining stable parameters, as well as extubation success and without need for noninvasive ventilation.

KEYWORDS: Postoperative period care; Postoperative pulmonary complication; Physical Therapy Specialty

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, de prevalência crescente, adquirindo proporções epidêmicas,¹⁻² sendo um problema de saúde pública mundial com altos índices de morbi-mortalidade.³⁻⁴⁻⁵ Uma desordem grave que reduz a expectativa de vida, aumentando o risco de desenvolver doenças osteoarticulares, aparecimento de inúmeras doenças crônicas, sendo mais frequente a diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, disfunções pulmonares;⁶⁻⁷ e outras comorbidades, além de provocar distúrbios de ordem emocional e social.⁸

O excesso de gordura na cavidade abdominal exerce um efeito mecânico direto sobre o músculo diafragma e a caixa torácica,⁷⁻⁹ alterando a complacência e resistência pulmonar das pessoas com obesidade, levando a um padrão respiratório rápido e de baixa amplitude, aumentando o trabalho respiratório e limitando a capacidade ventilatória máxima.⁹

A abordagem clínica geralmente é ineficaz no combate do peso a longo prazo¹ e a cirurgia bariátrica foi comprovada como o melhor e o mais usado tratamento para obesidade mórbida.⁴⁻⁶ Os maiores problemas que os pacientes de cirurgia bariátrica enfrentam no período pós-operatório são as complicações pulmonares,⁶⁻¹⁰ pois além das alterações existentes, os procedimentos de cirurgia abdominal alta podem afetar a musculatura respiratória, contribuindo para uma inadequada performance dos músculos respiratórios após a cirurgia, sendo a disfunção diafragmática o principal fator das complicações pós-operatórias.¹⁰

A incidência de complicações pulmonares são clinicamente relevantes no período pós-operatório de cirurgias abdominais, com prevalência de morbidade e mortalidade, sendo a embolia pulmonar, atelectasias e pneumonias as complicações respiratórias mais incidentes, aumentando o tempo de internação hospitalar, o uso de medicação e o custo hospitalar.⁴⁻¹¹⁻¹²

A intervenção fisioterapêutica pré-operatória em adultos mostra resultados satisfatórios na prevenção de complicações respiratórias,¹³ fazendo parte do atendimento multidisciplinar, sendo sua atuação importante tanto antes como após ao procedimento,¹⁴ para uma recuperação pós cirúrgica mais rápida, com o objetivo

de evitar complicações.¹⁴⁻¹⁵

A Ventilação Não Invasiva (VNI) pode ser considerada como uma ferramenta terapêutica e profilática para melhorar a trocas gasosas e a função pulmonar em pacientes no pós-operatório.¹⁶⁻¹⁷

O objetivo desse estudo foi criar e aplicar um protocolo fisioterapêutico para pacientes bariátricos visando a redução de complicações respiratórias e motoras intra e pós-operatórias, reduzindo o tempo de internação e evitando a necessidade de ventilação não invasiva.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo com uma amostra de conveniência, na qual foram selecionados 251 pacientes de ambos os sexos assistidos na Clínica Vida Vale, Taubaté-SP, Brasil operados pela equipe multidisciplinar Especializados em Moléstias do Aparelho Digestivo (EMAD), cujo critério de inclusão foi ser obeso (Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 30 Kg/m² com comorbidades associadas ou IMC maior que 40kg/m²), que passaram por cirurgia bariátrica. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa em seres humanos com o parecer número 1458166. Foi realizada a avaliação fisioterapêutica aproximadamente 02 meses antes da cirurgia, sendo realizado uma vez por semana durante 08 semanas, um protocolo de 09 exercícios envolvendo de condicionamento respiratório, exercícios aeróbicos, orientação de exercícios respiratório domiciliares e incentivo a atividade física durante as semanas.

Após a cirurgia, antes de completar 15 horas de pós-operatório, foi realizado um protocolo de fisioterapia motora e respiratória. Todos tiveram o mesmo tipo de atendimento, totalizando em média 30 minutos de terapia. Os pacientes encontravam-se em uso de meia compressiva, bota pneumática e cabeceira elevada a 45° a 60°.

Ao chegar ao leito do paciente a fisioterapeuta coletou os sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de O₂, pressão arterial e ausculta pulmonar), desligou a bota pneumática, elevou a cabeceira, mantendo o paciente em posição semi-sentada, e deu início aos exercícios.

Exercício	Execução
Respiração diafragmática;	Deitado na maca, Uma série de 10 repetições; Realizar inspiração pelo nariz, expandindo o abdômen sem movimentar o tórax e expirar pela boca esvaziando os pulmões e abdômen
Respiração diafragmática associada a elevação dos membros superiores;	Deitado na maca; Uma série de 10 repetições; Realizar inspiração pelo nariz, expandindo o abdômen sem movimentar o tórax elevando os braços, ao expirar pela boca esvazie os pulmões e abdômen abaixando os braços

Inspiração fracionada em 3 tempos com elevação dos membros superiores	Deitado na maca; Uma série de 10 repetições; inspiração pelo nasal, suave, e com pequenas apneias, em três tempos, e a expiração continua pela boca
Exercícios metabólicos	Para membros superiores: Abrir e fechar as mãos Para membros inferiores: Plantiflexão e dorsiflexão
Mudança de decúbito	Mudança de decúbito com ênfase nas respirações durante as trocas posturais, passando de sentado no leito sem apoio para sentado a beira do leito e ficando em pé;
Plantiflexão	Em pé, com apoio da terapeuta elevação nas pontas dos pés; Uma série de 10 repetições; Realizando a plantiflexão durante as expirações, sendo essas longas e prolongadas.
Deambulação pelo corredor ou marcha estacionária	Deambulação pelo corredor, com auxílio do terapeuta, com aumento da tríplice flexão de membros inferiores; durante 3min; ou marcha estacionária com aumento da tríplice flexão de membros inferiores; Uma série de 10 repetições, alternando os membros, ambas associadas as respirações longas e profundas

Tabela 1. Protocolo de exercícios fisioterapêuticos realizado no pós-operatório

Após a fisioterapia, foram orientados a realizar exercícios metabólicos de membros superiores e membros inferiores, Respiron[®], manter a cabeceira mais elevada, realizar trocas posturais a cada duas horas e respiração diafragmática.

RESULTADO

Pacientes com média de idade de 37,8 (DP=9,7anos) variando de 17 a 69. A média do IMC foi de 41,7 (DP=4,4 kg/m²) com variação de 35 a 57,5 kg/m².

Logo após ao procedimento cirúrgico, todos evoluíram para extubação, sem necessidade de prorrogação de tempo de ventilação mecânica invasiva ou necessidade de ventilação não invasiva.

Na sala de recuperação, os pacientes se mantiveram sem a necessidade de ventilação mecânica não invasiva, com boa consciência respiratória.

Em relação a adesão dos exercícios proposto no protocolo, todos os pacientes (100%) conseguiram realizar, sem queixa respiratória; o relato de desconforto era em relação a incisão cirúrgica, sem queixa de dispneia ou qualquer desconforto respiratório.

DISCUSSÃO

A obesidade associa-se a alterações da função pulmonar, sendo esta tanto mais prejudicada quanto maior for o acúmulo de tecido adiposo.¹⁸ Em nosso estudo, a média do IMC foi de 41,7 kg/m², evidenciou maior frequência de cirurgias no sexo feminino. Complicações pulmonares relacionadas ao procedimento cirúrgico são comuns,¹⁹ diversos problemas respiratórios são descritos antes e após a cirurgia

bariátrica.¹⁰⁻²⁰⁻²¹ No pós-operatório as mais citadas são atelectasia, pneumonia, insuficiência respiratória e exacerbação de doença pulmonar crônica subjacente.²² Em nosso estudo pudemos analisar que nenhum paciente evoluiu com complicações respiratórias ou motoras.

Apenas 09 citações associam fisioterapia a obesidade mórbida e a cirurgia bariátrica²³. Através dessas 09 referências foi elaborado uma proposta do protocolo pós-operatório, com 04 atividades, consistindo de relaxamento muscular, condicionamento respiratório com o uso de incentivador expiratório, uso de freio labial e caminhada de 6 minutos. Elaboramos um protocolo com sete exercícios incluindo exercícios respiratórios, exercícios com incentivador respiratório, exercícios metabólicos, caminhada, além de orientar a importância da manutenção dos exercícios durante e internação e após 15 dias de operação.

A conclusão de um estudo de Forti¹⁰ com 44 voluntários foi, que tanto fisioterapia respiratória convencional, quanto a fisioterapia convencional associada à estimulação diafragmática elétrica transcutânea promovem a manutenção da função pulmonar e, ainda observaram que a força muscular inspiratória foi mantida dentro dos parâmetros normais por ambas as terapias propostas, mas o grupo que teve a adição da intervenção com estimulação teve a preservação da força muscular expiratória, o que é fundamental para a recuperação de pacientes com obesidade submetidos a cirurgia. Nosso protocolo pós-operatório não inclui a avaliação de força muscular respiratória, mas observamos que a fisioterapia convencional mantém a função pulmonar, assim como no estudo.¹⁰

Foi desenvolvido um protocolo²⁴ de cinco exercícios, aplicando em 19 pacientes com 24h de pós-operatório de laparotomia, onde observaram que o tratamento da fisioterapia respiratória mesmo primeiro pós-operatório, contribuiu para a melhora do quadro respiratório no que diz respeito ao volume corrente e minuto, e nas pressões inspiratórias e expiratórias máxima, porém foi evidenciado aumento do quadro de dor após as atividades fisioterapêuticas.

Nossos pacientes não relataram dor, alguns sentiam desconforto ou até mesmo incomodo devido ao procedimento cirúrgico. Apesar do desconforto, os exercícios foram bem aceitos por todos os pacientes, nenhuma terapia foi interrompida e também não houve nenhum tipo de intercorrência.

O estudo²⁵ concluiu que o tratamento fisioterapêutico se mostrou eficaz, pois todos os pacientes tiveram alta em até 40 horas após a cirurgia, sem intercorrência e mantendo consciência respiratória e boa mecânica respiratória. Ainda, vale ressaltar que a presente pesquisa constatou que com apenas uma sessão no primeiro pós-operatório, já pode-se evidenciar melhoras significativas da mobilidade e consciência respiratória.

Um estudo²⁶ avaliou o efeito da ventilação não invasiva com dois níveis pressóricos (BiPAP), comparado com a terapia convencional. Aplicando o BiPAP nas primeiras quatro horas de pós-operatório imediato, realizando a mensuração de

variáveis da função pulmonar 24 horas após. Concluindo que não houve diferença significativa entre os que receberam BiPAP com o grupo de controle em relação à perda da capacidade vital, pressão inspiratória máxima no pós-operatório e incidência de atelectasias.

Investimos na criação do protocolo com exercícios, devido ao baixo custo, boa aderência dos pacientes. É referido²⁷ com frequência a falência da ventilação não invasiva, devido a claustrofobia, ansiedade, falta de sincronia entre o doente e o ventilador e uma baixa tolerância à interface, que pode ser causada pela pressão excessiva na face devido a um ajuste defeituoso ou a fuga excessiva, gerando desconforto.

Através de tais dados, sugere-se que a fisioterapia pré e pós-operatória é de suma importância para a prevenção de complicação, devendo ser instituída o mais precocemente possível.²⁸

CONCLUSÃO

Todos evoluíram com sucesso na extubação, sem necessidade de ventilação não invasiva após o procedimento cirúrgico. Com o protocolo de fisioterapia de pós-operatório imediato os pacientes apresentaram-se mais dispostos com parâmetros estáveis, sem queixas álgicas importantes evoluindo com alta hospitalar.

Importante a avaliação por uma equipe multiprofissional, contendo cirurgiões, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos pelos múltiplos aspectos envolvidos.

REFERÊNCIA

1. Arcêncio L, Souza MDD, Bortolin BS, Fernandes ACM, Rodrigues AJ, Evora PRB. **Pre and post-operative cardiothoracic surgery: a physiotherapeutic approach.** Rev Bras Cir Cardiovasc, 2008. 23(3), 400-10.
2. Arthur HM, Daniels C, SAO R, Hirsh J, Rush B. **Effect of the pré-intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery. A randomized, controlled trial.** Ann Intern Med. 2000;133(4):253-62.
3. Cangussu DDD. **Evaluation of volumes, capacity and muscle strength breathes- moratorium in patients undergoing upper abdominal surgery elective.** Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília; 2006. p.1-62.
4. Chiumello D, Chevillard G, Gregoretti C. **Non-invasive ventilation in postoperative patients: a systematic review.** Intensive Care Med. 2011 Jun; 37(6): 918-929
5. Cichelero Bernardi F, C, Vitolo MR. **Behavior of food restriction and obesity.** Rev. Epidemiol, 2005. 18(1), 85-93.
6. Degani-Costa LH, Derale SM, Falcon LFR. **Preoperative assessment of the patient prps.** Rev. Bras. J Anesthesiol. 2014; 64(1): 22-34

7. Delgado PM, Lunardi AC. **Postoperative respiratory complications in bariatric surgery: a review of the literature.** Technol pesq, 2011. 18(4), 388-92.
8. Ferreira SNL, Gargenghi G. **Importance of respiratory therapy in patients after surgery of bariatric surgery. Post-graduate thesis.**
9. Forgiarini Junior LA, Carvalho ATD, Ferreira TDS, Monteiro MB, Bosco AD, Gonçalves MP, Days. **Physiotherapy in the immediate postoperative period of patients undergoing abdominal surgery.** J. bras. pneumol, 2009.35(5), 455-459.
10. Forti and Ike, D, M, Barbalho-Moulim RASERA I Jr, Costa D. **Effects of chest physiotherapy on the respiratory function of pós-gastroplasty patients.** Clinics (Sao Paulo). 2009; 64(7):683-9
11. G. Garutia,A. Nicolini, B. Grecchic, M. Lusuardia, J.c. Winckd, J.R. Bach **Open circuit mouthpiece ventilation: Concise clinical review,** Rev Port Pneumol 2014;20:211-8 - Vol. 20 a.4 DOI: 10.1590/j
12. Glinski J, Adult S, Goodman E. **The psychology of gastric bypass surgery.** Obesity Surgery, 2001. 11(5), 581-588.
13. Junior A, Costa JO, Giannini CG, Saragiotto DF. **Challenges in peri-operative management of morbidly obese patients: how to prevent complications.** Revista Brasileira de Anestesiologia, 2003. 53(2), 227-236.
14. Kivânia C. Person¹, Gutemberg F. Araújo¹, N1 alcimar Pinheiro, Maria R. S. Ramos¹, Sandra C. Maia. **Noninvasive ventilation in-operatório imediato of the gastrojejunal derivation with Roux-en-Y gastric bypass.** Rev Bras Technol, São Carlos, v. 14, n.4, p. 290-5, jul./aug. 2010
15. Koenig SM. Pulmonary complications of obesity. Am J Med Sci 2001, 321(4):249-79.
16. M. Sebbane, M. El Kamel, A. Millot, et al. **Effect of weight loss on postural changes in pulmonary function in obese subjects: a longitudinal study.** Respir Care 2015; 60 (7): 992-999
17. Martinello M. **Hospital Physical Therapy in the postoperative treatment of lapa- rotomia operator: a case study.** Rev Digit. 2009;14(134):1-2.
18. Mokhlesi B. **Obesity hypoventilation syndrome: a state-of-the-art review.** Respir Care. 2010;55(10):1347-1362.
19. NPMF rabbit, Ribeiro MB, Menezes, Costa ISS. **The performance of respiratory therapy in the postoperative period of bariatric surgery.** Rev Bras Technol, 2010. 14(Suppl 1), 172.
20. Olbers T, Fagevik-Olsén Lönroth H, M, Lundell L. **Laparoscopic gastric bypass: development of technique, respiratory function, and long-term outcome.** Behav Med. 2003; 13(3):364-70.
21. Pelosi P, Croci M, Ravagnan I, Vicardi P, Gattioni L. **Total respiratory system, lung and chest wall mechanics, and gas exchange in sedated-paralysed pós-morbidly obese patients.** Chest. 1996;109:144-51.
22. Person KC, Araujo GF, Pinheiro, Ramos MRS, Maia SC. **Non invasive ventilation in the immediate postoperative period of the gastrojejunal derivation with bypass in Y de Roux.** Rev. bras. technol. 2010, vol.14, no.4, pp.290-296.
23. Pinheiro ARDO, Freitas SFTD, Corso ACT. **An epidemiological approach of obesity.** 2004.
24. Santos-filho SD. **Function of physiotherapy in patients after surgery to prevent respiratory**

bariatric complication. Universidade Severino Sombra, brooms, RJ, Brazil

25. Silva AKMB. **Effects of preoperative respiratory physiotherapy in patients who are candidates for bariatric surgery** (Doctoral dissertation, University of São Paulo). 2009.

26. Silva DR, Baglio EN, Gazzana MB, Barreto SSM. **Pulmonary evaluation and prevention of perioperative respiratory complications.** Rev Bras Clin Med, 2009. 7(2), 114-2323.

27. Degani-Costa LH, Derale SM, Falcon LFR. **Preoperative assessment of the patient prps.** Rev. Bras. J Anesthesiol. 2014; 64(1): 22-34

28. Silva FAD, Lopes TM, Duarte J, Medeiros RF. **Physiotherapeutic treatment in the postoperative period of laparotomy.** J. Health Sci. Inst, 2010. 28(4), 341-344.

29. Souza SA, Faintuch J, Fabris SM, Nampo FK, Light C, Fabio TL, Sitta IS, Batista Fonseca 95. **Six-minute walk test: capacidade funcional severely obese before and after bariatric surgery.** Behav Med Surg Report. 2009; 5(5):540-3.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANELICE CALIXTO RUH - Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pela PUCPR, mestre em Biologia Evolutiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Prática clínica em Ortopedia com ênfase em Dor Orofacial, desportiva. Professora em Graduação e Pós-Graduação em diversos cursos na área de saúde. Pesquisa clínica em Laserterapia, kinesio e linfo taping.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aging 2

Atividade física 1, 2, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 24, 36, 41

C

Cerebral palsy 16, 17, 25, 26

Chronic Pain 28

Cirurgia bariátrica 6, 39, 40, 41, 42

Complicações Pós-Operatórias 39, 40

Custódia 56, 57, 59

Custody 57

D

Dor crônica 5, 27, 29, 33

Dor lombar 27, 32, 33, 36, 38

E

Envelhecimento 1, 2, 13, 14, 15

Exercício 1, 3, 7, 13, 14, 15, 39, 41, 48, 56, 58, 59, 64, 65

F

Fisioterapia 2, 5, 16, 25, 26, 27, 30, 33, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 59

Funcionalidade 16, 18, 34, 37

Functionality 17, 37

G

Groups 2, 47

Grupos 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 23, 47, 48, 49, 54, 63, 67

H

Human Activity 47

I

Institucionalização 57

Institutionalization 57

M

Manipulações Musculoesqueléticas 27
Mental Health 47, 57
Mobilidade 16, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 29, 43
Mobility 17, 25
Musculoskeletal Manipulations 28

O

Obesidade 33, 39, 40, 42, 43
Obesidade 37, 39
Occupational Therapy 47, 57
Órteses 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26
Orthotics 17

P

Paralisia cerebral 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Physical activity 1, 2, 36
Physical Therapy Specialty 40
Postoperative period care 40
Postoperative pulmonary complication 40

S

Saúde Mental 5, 47, 48, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 66, 67
Sedentário 1
Sedentary lifestyle 2
Sexualidade 1, 2, 12, 13, 14, 15
Sexuality 2, 15

T

Terapêutica 20, 30, 41, 47, 53, 54, 58, 59, 61
Therapeutics 47

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-659-1

