**ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UM RELATO DE CASO**

Luísa Maria Antônia Ferreira¹, Brenda Lima de Araújo¹, Francisca Juliana Rodrigues de Souza¹, Joselito de Oliveira Neto2, Loyse Gurgel dos Santos2.

1.Discente da Faculdade Maurício de Nassau, Fortaleza, CE, Brasil.

2.Docente da Faculdade Maurício de Nassau, Fortaleza, CE, Brasil.

*I****ntrodução:*** A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que resulta de uma disfunção cardíaca estrutural ou funcional, na qual o coração se torna incapaz de suprir a demanda metabólica ou se faz à custa de pressões de enchimento elevadas. Os mecanismos da dispneia de esforço na IC ainda são pouco compreendidos, destacando-se entre eles a excessiva necessidade ventilatória (mecânica ventilatória predominantemente restritiva), a fadiga dos músculos inspiratórios, o ergo reflexo muscular exacerbado, o aumento da atividade simpática ou até mesmo a combinação de alguns dos fatores descritos. ***Objetivos:*** Relatar o caso de uma paciente com o diagnóstico de IC e os benefícios da fisioterapia nessa patologia. ***Métodos:*** Trata-se de um relato de caso com uma paciente do sexo feminino portadora de IC diagnosticada há cinco anos, em uso intermitente de BiPAP, com altos valores de Pressão de Suporte (PS). A paciente apresentava-se hipersecretiva e hipoativa devido à dispneia a pequenos esforços. A paciente realizava VM através de BiPAP acoplado ao traqueóstomo de plástico n° 7,5 com os seguintes parâmetros: AVAPS ativado (Volume Corrente de 380); IPAP máx de 28; IPAP mín de 20; EPAP de 10; Frequência Respiratória de 16. A avaliação fisioterapêutica inicial (há 10 meses) verificou que a força diafragmática e a expansibilidade estavam reduzidas. A ausculta pulmonar revelou roncos e crepitações bilaterais difusas. ***Resultados:*** O plano fisioterapêutico traçado objetivou reabilitar a função pulmonar, com recuperação da expansibilidade, força diafragmática e redução de secreção brônquio-alveolar. Foram realizadas técnicas manuais e mecânicas (aspiração traqueal) de higiene brônquica para a recuperação da expansibilidade e força diafragmática. Dentre as técnicas manuais, foram efetivas a compressão e descompressão torácica; estimulação diafragmática e freno labial, bloqueio torácico para desbloqueio do fluxo, dentre outras. Após a primeira semana de tratamento, verificou-se melhora considerável no quadro, sendo traçado plano de desmame ventilatório. Foi realizada redução gradativa dos parâmetros ventilatórios até a retirada total do BiPAP (2 meses após o início do tratamento). ***Conclusão:*** O acompanhamento fisioterapêutico respiratório na paciente com IC contribuiu para a remoção de secreções traqueobrônquicas, promoveu reexpansão pulmonar, preveniu atelectasias, reduzindo o risco de infecções pulmonares. Paralelamente à aplicação de técnicas fisioterapêuticas, o aumento do tempo de intervalo de utilização do BiPAP demonstrou melhora da função respiratória.

**Palavras chaves:** Fisioterapia, Insuficiência cardíaca e Tratamento.