



18º CONGRESSO BRASILEIRO DE
**Pneumologia
Pediátrica**
Porto Alegre - RS

**10, 11 E 12 DE
ABRIL DE 2025**

Centro de Eventos da PUCRS
Av. Ipiranga, 6681 - Partenon, Porto Alegre - RS



Trabalhos Científicos

Título: Análise Do Resultado Da Respiração Diafragmática Em Crianças E Adolescentes Asmáticos: Ensaio Clínico Randomizado E Controlado

Autores: PAULO VICTOR MOURA RODRIGUES (FURG), SARA SILVA FERNANDES (FURG), NICOLE CRISTINA LOTTERMANN (FURG), DANIELLE REDIESS BONOW (FURG), GUSTAVO IANZER MORAES (FURG), LINJIE ZHANG (FURG)

Resumo: A asma - doença crônica causada por broncoconstrição episódica e reversível - é considerada um problema de saúde pública global, uma vez que resulta em altos custos com medicações e hospitalizações. As técnicas para o tratamento desta condição englobam o tratamento com fármacos e com exercícios respiratórios, que alteram o padrão de respiração do paciente, ocasionando redução da hiperventilação, equilíbrio do nível de CO₂ e diminuição da falta de ar. "A valiar o efeito da respiração diafragmática (RD) em desfechos clínicos e funcionais de crianças e adolescentes com asma crônica." Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado em crianças e adolescentes com asma não controlada e com 7 a 18 anos. A coleta de dados ocorre em três avaliações (T1, T2 e T3 - na adesão, 4 semanas e 8 semanas após o início da intervenção). Em T1, há divisão em grupos que recebem treinamento para a técnica de RD ou respiração sham. Durante os três atendimentos, são aplicados questionários avaliativos sobre a percepção da saúde, controle da asma e níveis de ansiedade. Ademais, são coletadas variáveis fisiológicas para avaliar o equilíbrio autonômico, controle da asma, função respiratória, estresse, ansiedade, capacidade pulmonar e distensão respiratória abdominal e torácica. "Foram avaliados 49 pacientes para elegibilidade, com 34 randomizados neste estudo: 17 para o grupo controle e 17 para o grupo RD. As crianças da RD apresentaram melhor controle dos sintomas da asma em T3 (23,06 ±1,62 vs 20,37 ±4,31, p=0,03), mas não houve diferença significativa entre os grupos em T2 (21,6±2,87 vs 19,5±3,11, p=0,06). Os níveis de PFE foram parecidos para ambos em T2 (105,78±18,46 vs 95,62±17,09, p=0,12) e T3 (106,05±14,68 vs 101,68±18,49, p=0,47). A diferença média da amplitude abdominal/torácica em respiração livre foi semelhante em ambos em T2 (1,31 (-0,8 - 3,0) vs 0,56 (-0,19 - 1,51), p=0,47) e T3 (1,55±3,06 vs 0,32 ±1,12, p=0,14). Porém, houve diferença significativa entre dois grupos em relação à amplitude durante o exercício respiratório após o ensino da intervenção em T1 (5,36±6,21 vs -1,32±3,33, p=0,0007), em T2 (4,67±6,05 vs 0,67±2,62, p=0,02) e em T3 (8,57 (3,75 - 8,57) vs 0,11 (-1,67 - 1,44), p=0,0002). Na ansiedade, os escores foram semelhantes para ambos na avaliação respondida pelas crianças em T2 (53,69±8,63 vs 52,28±7,55, p=0,65) e em T3 (50,92±7,14 vs 49,71±7,56 p=0,66). A auto-percepção de ansiedade relatada pelos pacientes foi menor no grupo intervenção em T2 (1 (1 - 2) vs 3 (3 - 4), p=0,01) e em T3 (1 (0 - 1) vs 2 (1 - 3), p=0,03)." O principal resultado foi uma melhora no controle da asma no grupo de intervenção RD. O estudo também mostrou que um número significativo maior de crianças no grupo intervenção RD tiveram melhoras nos níveis de ansiedade. Assim, é interessante que o projeto continue em andamento, a fim de atingir um maior número de participantes.