



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS-UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA- DFISIO

Trabalho de Graduação III do Curso de Fisioterapia

Thais Guedes Garcia

**Abordagens Funcionais e Recursos Terapêuticos na
Fisioterapia Hospitalar: um estudo observacional
retrospectivo**

Orientador (a): Profa Dra Adriana Sanches Garcia de Araujo
Coorientador (a): Ester Laura Cordeiro Oliveira Costa

São Carlos/SP

2025

Thais Guedes Garcia

Abordagens Funcionais e Recursos Terapêuticos na Fisioterapia Hospitalar

Projeto de pesquisa elaborado como requisito para Trabalho de Conclusão de Curso em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos.

Orientador (a): Profa Dra Adriana Sanches Garcia de Araújo – Docente do Departamento de Fisioterapia da UFSCar

Coorientador (a): Me. Ester Laura Cordeiro Oliveira Costa – Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFSCar

Área do conhecimento: 4.00.00.00-1 Ciências da Saúde
4.08.00.00-8 Fisioterapia e Terapia Ocupacional

São Carlos/SP

2025

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Justificativa	8
3. Objetivo	8
3.1 Objetivo Geral	8
3.2 Objetivos Específicos	9
4. Métodos	9
4.1 Tipo do estudo e amostra	9
4.2 Aspectos éticos	9
4.3 Critérios de Elegibilidade e Inclusão	10
4.4 Critérios de Exclusão	10
4.5 Riscos e benefícios	10
4.6 Procedimentos	10
4.7 Instrumento de coleta	11
4.8 Local do HU em que será realizada a pesquisa	11
4.9 Equipe de Projeto	11
4.10 Contrapartida ao HU	12
4.11 Análise dos dados	12
5. Resultados	13
6. Discussões	22
7. Conclusão	24
8. Cronograma de Atividades	24
9. Referências	25
10. Apêndices	29

RESUMO

Introdução: A fisioterapia possui uma relevante atuação e inserção no ambiente hospitalar, principalmente, por evitar complicações do imobilismo e promover melhora das condições funcionais e respiratórias, podendo impactar no tempo de permanência dos pacientes. Desse modo, compreender os recursos utilizados na avaliação e na assistência fisioterapêutica hospitalar, bem como analisar dados cinético-funcionais e o tempo de internação, permite obter informações detalhadas sobre essas práticas e seus impactos, além de subsidiar reflexões voltadas a potenciais melhorias nos processos institucionais. **Objetivo:** Realizar o levantamento dos principais instrumentos de avaliação, técnicas e recursos fisioterapêuticos utilizados, assim, em diferentes unidades de internação hospitalar. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de análise de prontuário, buscou oferecer uma análise detalhada da assistência fisioterapêutica oferecida a pacientes que se encontraram hospitalizados em enfermaria e unidade de terapia intensiva. Esta análise foi conduzida no contexto do Hospital Universitário da UFSCar. A pesquisa abrangeu uma ampla faixa etária, incluindo idosos e adultos, refletindo a diversidade de pacientes que recebem atendimento fisioterapêutico. O acesso aos prontuários foi através do sistema eletrônico de registro hospitalar AGHUX. Foram coletados dados clínicos e de internação dos pacientes e dados referentes à assistência fisioterapêutica, como: quais instrumentos de avaliação e recursos de intervenção mais utilizados, se há estabelecimento do diagnóstico fisioterapêutico, se os objetivos e metas da assistência fisioterapêutica estão claros, assim como padrões e conteúdos apresentados nas evoluções em prontuário. **Resultados:** Após as análises dos dados verificou-se a sedestação beira-leito com 77%, a terapia de remoção de secreção com 47%, ortostatismo com 64%, alongamento com 55% e posicionamentos funcionais com 42% de frequência como as técnicas e recursos fisioterapêuticos mais prevalentes. Os aspectos mais avaliados e instrumentos utilizados pelos fisioterapeutas foram frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio, ausculta pulmonar, frequência cardíaca, Escala de Coma de Glasgow e ICU Mobility Scale (IMS). O diagnóstico fisioterapêutico foi estabelecido em 4,7% dos atendimentos/ pacientes. **Conclusão:** Os fisioterapeutas utilizaram os sinais vitais, nível de consciência e escala IMS como instrumentos de avaliação mais prevalentes e as técnicas de intervenção mais

utilizadas foram a terapia de remoção de secreção e a sedestação beira leito. O diagnóstico fisioterapêutico ainda é pouco estabelecido.

Palavras-chaves: Fisioterapia, hospital, qualidade, processos de trabalho.

1. Introdução

A fisioterapia no ambiente hospitalar desempenha função fundamental ao evitar complicações do imobilismo e promover melhora nas condições funcionais e cardiorrespiratórias, podendo impactar no tempo de permanência hospitalar dos pacientes. Sua atuação deve ser individualizada e fundamentada na avaliação, utilizando em sequência recursos terapêuticos com evidências científicas, buscando manter, melhorar ou restaurar a condição cinética funcional dos pacientes (Johnson et al., 2022).

Durante a internação, os pacientes, em sua grande maioria, passam por um período prolongado de imobilidade no leito em decorrência das condições clínicas, com impacto significativo, sobretudo, na mobilidade, dependência para atividades de vida diária, redução de força muscular e, conseqüentemente, redução expressiva da capacidade funcional (Ferreira et al. 2021; Covinsky et al. 2011).

Sabe-se que, as reduções funcionais e de mobilidade estão relacionadas à maior mortalidade (Pereira DE. et al. 2021; Covinsky et al. 2011), sendo esses preditores também relacionados a desfechos negativos, como o maior tempo de internação hospitalar, o risco de readmissão e institucionalização (Covinsky et al. 2011). Além disso, a imobilidade prolongada pode levar à síndrome do imobilismo, caracterizada por complicações como contraturas articulares, lesões por pressão, disfunção respiratória, trombose venosa profunda e distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão (Cintra et al. 2013). Além disso, já é bem estabelecido na literatura que o imobilismo leva a um declínio de aproximadamente 40% da força muscular na primeira semana de imobilização em UTI, favorecendo o surgimento da fraqueza muscular adquirida na UTI (Parry S, et al. 2015; Ramírez-Vélez R, et al. 2021).

Estudos têm demonstrado a importância da assistência fisioterapêutica na prevenção e tratamento desses comprometimentos associados à internação hospitalar. Destaca-se na atuação destes profissionais a mobilização precoce, redução de perda e/ou manutenção ou ganho de força muscular respiratória e periférica, técnicas de assistência respiratória, manejo e redução do tempo de ventilação mecânica e conseqüente redução de permanência em UTI (Pozuelo-Carrascosa DP, et al. 2018; Alvarez-Bueno, et al. 2018). Desta forma, há uma ampla

disponibilidade de instrumentos de avaliação (Sommers J, et al. 2015), que permitem estabelecer um diagnóstico cinético funcional do paciente. A redução da independência em suas atividades de vida diária (AVD) sem ajuda (Garland A, et al., 2004), deve ser monitorada por meio de instrumentos de avaliação, como as escalas de Katz e índice de Barthel (Silva, et al. 2021). O grau de mobilidade pode ser acompanhado por escalas de mobilidade, como a Escala de Mobilidade da UTI (IMS) (KAWAGUCHI et al., 2016), e os testes de funcionalidade (SCHUJMANN et al, 2018), como o Timed Up and Go (TUG) (MARTINEZ et al., 2020), o Teste de sentar e levantar (TSL) e o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6) (Britto et al.,2013). Mensurar os atributos cinemáticos espaciais e temporais da marcha, é também componente essencial para avaliação clínica dos pacientes, podendo ser utilizado o Teste de velocidade da marcha de 10 metros (TVM10), que proporciona uma medida simples de capacidade funcional e equilíbrio, além de prever desfechos adversos como o risco de queda, síndromes geriátricas e até institucionalização e óbito (Novaes et al. 2011). A avaliação do equilíbrio é crucial para pacientes com dificuldades de locomoção e para prevenir quedas. Instrumentos como o Teste de Equilíbrio de Berg e a Escala de Equilíbrio de Tinetti são comumente utilizados para avaliar o equilíbrio estático e dinâmico dos pacientes.

Outro componente fundamental é a avaliação da força muscular periférica, que pode ser realizada através da força de preensão palmar utilizando o dinamômetro ou das escalas de força, como a Medical Research Council (MRC) (Parry S, et al. 2015; Ramírez-Vélez R, et al. 2021). A força muscular respiratória pode obtida por meio da manovacuometria (pressões máximas inspiratória e expiratória (PI_{máx}) e expiratória máxima (PE_{máx})). A ventilometria, a ausculta pulmonar, o pico de fluxo expiratório, também são variáveis valiosas em pacientes hospitalizados, principalmente no desmame ventilatório e em pacientes com doenças respiratórias e neuromusculares. Todos os instrumentos de avaliação e intervenção, devem ser selecionados e aplicados, mediante conhecimento do quadro clínico do paciente. Tais instrumentos de avaliação conduzem o profissional a um diagnóstico fisioterapêutico específico e individualizado para cada paciente.

Assim, como uma forma de padronização e melhor condução da assistência ao paciente, recentemente, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia

Ocupacional publicou a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), e os diagnósticos fisioterapêuticos são classificados por meio de códigos e subcódigos nos prontuários (COFFITO, 2022). A partir destas avaliações, e estabelecimento do diagnóstico cinético funcional, deve-se definir metas e objetivos a curto e médio prazo, baseado em exercícios. A prescrição baseada em exercícios deve ser individualizada, considerando os princípios de treinamento (especificidade, sobrecarga e reversibilidade/repouso/recuperação), considerando a condição clínica dos pacientes, principalmente os críticos, contemplando frequência (número de vezes por semana), intensidade (carga e nível de cansaço), tempo (tempo de duração por dia), tipo do exercício (aeróbico, força, flexibilidade, equilíbrio, coordenação), volume (quantidade total de exercício no dia) e progressão (como será o avanço da terapia) (American College of Sports Medicine, 2014).

Do ponto de vista de intervenção respiratória, há uma ampla variedade de recursos, entre eles os exercícios que utilizam pressão positiva, como a hiperinsuflação manual com ambú, pressão positiva expiratória, respiração por pressão positiva intermitente (RPPI) e os que utilizam maior negativação da pressão pleural, como a espirometria de incentivo e o treinamento muscular inspiratório (Vanessa, 2023; França E, et al. 2012).

2. Justificativa

A fisioterapia no contexto hospitalar, destaca-se entre várias ações, dentre elas, algumas são compartilhadas com outros profissionais, como o posicionamento no leito, mudança de decúbito, aspiração de vias aéreas, e as exclusivas à sua atuação profissional, os distúrbios cinético-funcionais, buscar o seu restabelecimento ou evitar maiores declínios. Conhecer como são definidos os diagnósticos cinéticos funcionais, quais os instrumentos de avaliação e recursos mais utilizados, assim como o processo de registro das informações permite obter informações detalhadas sobre essas práticas, seus impactos e refletir possíveis melhorias dos processos institucionais.

3. Objetivo

3.1 Objetivo Geral

Realizar o levantamento dos principais instrumentos de avaliação e

intervenção fisioterapêutica utilizados, como é estabelecido o diagnóstico cinético funcional, e o registro das informações em prontuário em diferentes unidades de internação hospitalar.

3.2 Objetivos Específicos

- Levantar informações relevantes para fundamentação da elaboração de um instrumento para o acompanhamento de funcionalidade, mobilidade e força;

4. Métodos

4.1 Tipo do estudo e amostra

Trata-se de estudo observacional retrospectivo, de análise em prontuário e documentos de registros de assistência da equipe de fisioterapia do HU-UFSCar. A amostra foi composta de pacientes que ficaram internados na unidade de clínica médica e na unidade de terapia intensiva (UTI) geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar), entre junho de 2023 e junho de 2024.

4.2 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Hospital Universitário da UFSCar (HU-UFSCar) e ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CEP UFSCar), no primeiro semestre de 2024 e obedeceu a todos os preceitos éticos estabelecidos na resolução n.º 466 de 2012 do CNS.

Diante do tipo do estudo (retrospectivo, análise em prontuário), do número elevado de pacientes sem seguimento e inviabilidade de acesso direto aos pacientes, solicitamos dispensa do TCLE conforme prevista na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, capítulo IV, inciso IV.8, que versa: “Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior

processo de esclarecimento”.

Foi garantido o total sigilo, anonimato e confidencialidade dos dados em todas as etapas da pesquisa. O estudo somente teve início somente após aprovação pelo HU-UFSCar e CEP UFSCar.

4.3 Critérios de Elegibilidade e Inclusão

Foram incluídos pacientes adultos, com posterior divisão por unidades de internação. Participaram indivíduos de ambos os sexos, hospitalizados no último ano e que receberam assistência da equipe de fisioterapia durante a internação.

4.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os prontuários dos pacientes que não foram atendidos por fisioterapeuta por pelo menos três dias.

4.5 Riscos e benefícios

Quanto aos riscos, existe o de quebra de sigilo de dados, este foi amenizado, pois foram tratados de modo anônimo e confidencial, ao qual em momento algum será informado ou armazenado o nome dos pacientes em qualquer fase do estudo, além disso, apenas os pesquisadores envolvidos terão acesso ao número do prontuário e às informações coletadas.

Quanto aos benefícios, todos foram indiretos aos pacientes, já que não houve contato com os mesmos em nenhum momento da pesquisa, apenas aos seus prontuários. Com isso, os benefícios estiveram relacionados com a melhora da assistência e qualidade da assistência aos pacientes, por meio da análise das abordagens funcionais e dos recursos terapêuticos utilizados.

4.6 Procedimentos

O acesso aos dados ocorreu somente após autorização e aprovação do Hospital Universitário da UFSCar (HU-UFSCar) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP-UFSCar). A partir da aprovação, foi iniciado o acesso aos prontuários de todos os níveis de complexidade de atendimento dentro do Hospital Universitário (ambulatório/enfermaria e UTI), de

adultos e idosos. A coleta de dados será realizada conforme a ficha anexada neste documento (apêndice 1).

4.7 Instrumento de coleta

Para o processo de captação dos dados foi utilizada uma ficha de coleta de dados (apêndice 1), contendo dados de caracterização dos pacientes como unidade de internação, idade, gênero, hipótese diagnóstica, antecedentes pessoais, e informações mais específicas para a caracterização da assistência, incluindo: se foi estabelecido o diagnóstico fisioterapêutico e objetivos da terapia, componentes de avaliação do sistema respiratório, cardiovascular neurológico e músculo-esquelético, testes de equilíbrio, coordenação, sensibilidade, cognição, atividades de vida diária, e se há instrumento que direciona a avaliação. Assim como, todos os recursos utilizados nos atendimentos fisioterapêuticos e se há instrumento de acompanhamento de evolução de funcionalidade, mobilidade, força, etc. O formulário possui um formato que permitirá ao pesquisador selecionar recursos e abordagens que comumente são utilizadas, porém, todos os quesitos investigados terão uma opção “outros”, para registro manual de eventuais recursos utilizados e não listados.

4.8 Local do HU em que será realizada a pesquisa

A execução da pesquisa foi realizada em um local no HU-UFSCar que conte com computador com acesso ao sistema AGHUX, para que seja realizada a coleta das informações dos prontuários eletrônicos. Solicitamos, também, autorização da equipe para acesso a registros da assistência da equipe de fisioterapia, com informações sobre funcionalidade, marcos funcionais, recursos utilizados e diagnóstico fisioterapêutico. Preferencialmente, essa atividade foi realizada na sala do pesquisador, ou outra sala disponível no HU mediante agendamento prévio.

4.9 Equipe de Projeto

A equipe de projeto que desenvolveu atividade no HU-UFSCar é composta pela Profa. Dra. Adriana Sanches Garcia de Araújo, docente do Departamento de Fisioterapia da UFSCar, pela doutoranda do PPGFt Ma. Ester Laura Cordeiro Oliveira Costa e pela discente do curso de Fisioterapia da UFSCar e aluna de

iniciação científica, Thaís Guedes Garcia.

Solicitamos a colaboração de alguns profissionais da equipe de fisioterapia do Hospital Universitário de São Carlos, Alessandro Domingues Heubel, Alex Raphael, Alzira Fernanda Monteiro Contin, Ana Carolina Santos, Fabiano Matos Souza, Naiara Molina Garcia, Patricia Rossin e Tathyana Emília Neves de Figueiredo.

Os colaboradores estão cientes que a participação não gerará horas extras ou horas acumuladas em banco de horas. A previsão de frequência para coleta de dados é de uma a quatro vezes na semana, em um único período do dia (manhã ou tarde), dependendo da disponibilidade da sala de pesquisa.

4.10 Contrapartida ao HU

Atualmente, o nível de mobilidade física e a funcionalidade dos pacientes são indicadores de qualidade registrados cotidianamente na assistência fisioterapêutica de pacientes internados na UTI e enfermaria. A partir da pesquisa proposta, espera-se que os resultados promovam informações importantes no que diz respeito ao processamento e refinamento destes indicadores, contribuindo para melhorar a mensuração da qualidade assistencial fisioterapêutica.

Assim, a partir da caracterização da assistência fisioterapêutica realizada nos diversas complexidades de atendimento dentro do hospital universitário, haverá a contribuição de direcionar estratégias de intervenção da equipe hospitalar frente a esses quadros, permitindo, qualificar a assistência, a prática profissional e o atendimento dos pacientes, além do melhor direcionamento para uma capacitação dos profissionais. Por fim, como fruto do presente trabalho, almeja-se ao menos uma publicação em revista científica de impacto, o que contribuiria por destacar, ainda mais, o papel relevante do HU-UFSCar em atividades assistenciais, de ensino, pesquisa, geração e disseminação do conhecimento.

4.11 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS Statistics 22, foram realizadas as análises descritivas, de frequência e o teste qui quadrado para a verificação de correlações entre variáveis categóricas.

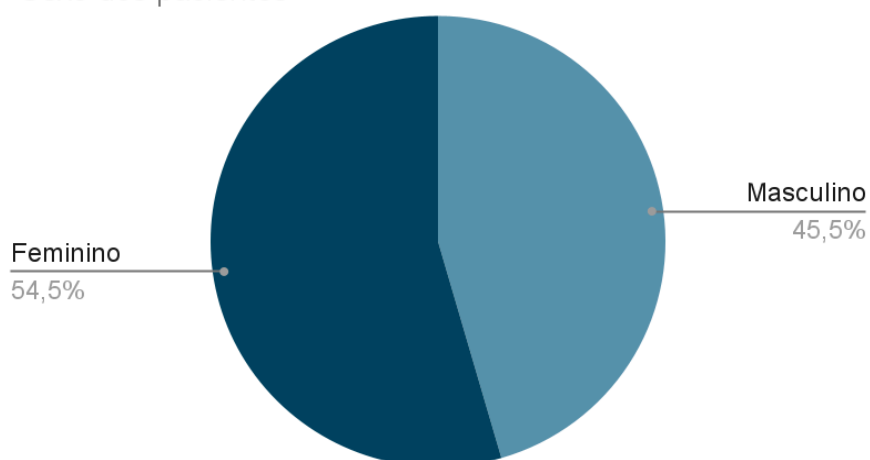
5. Resultados

Foram analisados 209 prontuários de pacientes adultos que ficaram internados na Unidade de Clínica Médica (UCM), na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou ambas por no mínimo 3 dias. Na tabela e nos dois gráficos a seguir apresentamos os dados sobre a caracterização dos pacientes.

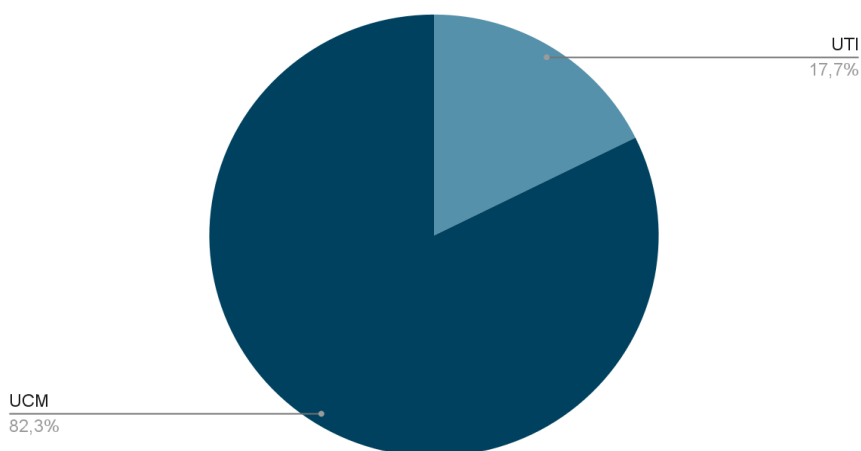
Tabela 1 – Perfil dos participantes

Variável	Frequência n (%)
Gênero	n=209
Mulher	114(54,4%)
Homem	95(45,5%)
Unidade de Internação	n=209
UCM	172 (82,3%)
UTI	37 (17,7%)
Idade	Média ±DP
	71,06 ±17,04

Sexo dos pacientes



Unidade de internação



Nas tabelas 2 e 3 estão abordando a respeito dos dados encontrados sobre as sessões e atendimentos fisioterapêuticos realizados e o diagnóstico fisioterapêutico estabelecido de acordo com a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos.

Tabela 2 - Sessões/ atendimentos fisioterapêuticos

Variável	Média \pm DP
Tempo de internação em dias	17.66 \pm 25.18
Número de sessões de fisioterapia (total)	16.56 \pm 28.88
Número de Fisioterapeutas no período da manhã	2.46 \pm 2.28
Número de Fisioterapeutas no período da tarde	3.12 \pm 2.28
Número de Fisioterapeutas no período da noite	1.94 \pm 2.20
Número de Atendimentos Fisioterapêuticos no período da manhã	5.15 \pm 11.34
Número de Atendimentos Fisioterapêuticos no período da tarde	6.60 \pm 10.55

Tabela 3 - Diagnóstico CBDF

Variável	Frequência n (%)
Não realizado	193(92,3%)
D04.05.4.1.9.9	4(1,9%)
D04.01.4.0.8.8	1(0,5%)
S04.01.1.1.1.1	4(1,9%)
D10.01.8.8.8.8	1(0,5%)
D04.02.0.0.1.1	1(0,5%)
D05.01.8.8.8.4	1(0,5%)
S03.00.1.1.1.9	2(1,0%)
D04.02.4.4.3.3	1(0,5%)
D03.00.0.2.3.4	1(0,5%)

Nas tabelas 4, 5, 6 e 7 estão os dados sobre as avaliações do Sistema Respiratório, do Sistema Cardiovascular, do Sistema Neurológico e do Sistema Musculoesquelético que foram realizadas pelos fisioterapeutas durante o período de internação dos pacientes. Na tabela 8 estão os dados sobre os testes de desempenho físico e força realizados.

Tabela 4 – Avaliações do Sistema Respiratório

Variável	Frequência n (%)
Frequência Respiratória	
Não realizado	3(1,4%)
Primeiro Encontro	9(4,3%)
1 a 10 vezes	44(21,1%)
Continuamente	153(73,2%)
Primeiro e último encontro	0(0,0%)
Último encontro apenas	0(0,0%)
Ausculta pulmonar	
Primeiro Encontro	9(4,3%)
1 a 10 vezes	3(1,4%)
Continuamente	197(94,3%)
Saturação periférica de oxigênio	
Não realizado	1(0,5%)
Primeiro Encontro	9(4,3%)
1 a 10 vezes	196(93,8%)
Continuamente	3(1,4%)
Padrão e ritmo respiratório	
Não realizado	194(92,8%)
Primeiro Encontro	13(6,2%)
1 a 10 vezes	2(1,0%)
Expansibilidade torácica	
Não realizado	195(93,3%)
Primeiro Encontro	13(6,2%)
1 a 10 vezes	1(0,5%)
Força muscular respiratória (manovacuometria)	
Não realizado	208(99,5%)
1 a 10 vezes	1(0,5%)
Ventilometria	
Não realizado	209(100,0%)
Pico de fluxo expiratório	
Não realizado	209(100,0%)
Tosse	
Não realizado	21(10,0%)
Primeiro encontro	8(3,8%)
Primeiro e último encontro	1(0,5%)
1 a 10 vezes	35(16,7%)
Continuamente	144(68,9%)

Avaliação da mecânica respiratória	
Não realizado	207(99,0%)
1 a 10 vezes	2(1,0%)
Testes preditivos de desmame	
Não realizado	206(98,6%)
1 a 10 vezes	3(1,4%)
Testes preditivos sucesso de extubação	
Não realizado	208(99,5%)
1 a 10 vezes	1(0,5%)
Borg	
Não realizado	205(98,1%)
1 a 10 vezes	4(1,9%)
Nenhum	
Não realizado	209(100,0%)

Tabela 5 - Avaliações do Sistema Cardiovascular

Variável	Frequência n (%)
Frequência Cardíaca	
Não realizado	6(2,9%)
Primeiro encontro	8(3,8%)
1 a 10 vezes	78(37,3%)
Continuamente	117(56,0%)
Pressão Arterial	
Não realizado	89(42,6%)
1 a 10 vezes	106(50,7%)
Continuamente	14(6,7%)
Lactato Arterial	
Não realizado	208(99,5%)
1 a 10 vezes	1(0,5%)
Escala de Borg	
Não realizado	207(99,0%)
1 a 10 vezes	2(1,0%)

Tabela 6 – Avaliações do Sistema Neurológico

Variável	Frequência n (%)
Escala de Coma de Glasgow	
Não realizado	10(4,8%)
Primeiro encontro	9(4,3%)
1 a 10 vezes	134(64,1%)
Continuamente	56(26,8%)
Escala de Rass	
Não realizado	187(89,5%)
Primeiro encontro	2(1,0%)
1 a 10 vezes	17(8,1%)
Continuamente	3(1,4%)

Escala de Ramsay	
Não realizado	209(100,0%)
Escore de Jonghe	
Não realizado	209(100,0%)
Avaliação pupilar	
Não realizado	209(100,0%)
Tônus muscular	
Não realizado	207(99,0%)
Primeiro encontro	1(0,5%)
1 a 10 vezes	1(0,5%)
Coordenação motora	
Não realizado	209(100,0%)
Equilíbrio	
Não realizado	208(99,5%)
Primeiro encontro	1(0,5%)
Outras avaliações neurológicas	
Não realizado	201(96,2%)
Primeiro encontro	1(0,5%)
Continuamente	7(3,3%)

Tabela 7 – Avaliações do Sistema Músculo Esquelético

Variável	Frequência n (%)
Escala MRC	
Não realizado	182(87,1%)
Primeiro encontro	10(4,8%)
Primeiro e último encontro	3(1,4%)
1 a 10 vezes	13(6,2%)
Continuamente	1(0,5%)
Mobilidade articular	
Não realizado	208(99,5%)
1 a 10 vezes	1(0,5%)
Dinamometria	
Não realizado	207(99,0%)
1 a 10 vezes	2(1,0%)
ICU Mobility Scale (IMS)	
Não realizado	66(31,6%)
Primeiro encontro	7(3,3%)
Primeiro e último encontro	10(4,8%)
1 a 10 vezes	115(55,0%)
Continuamente	11(5,3%)

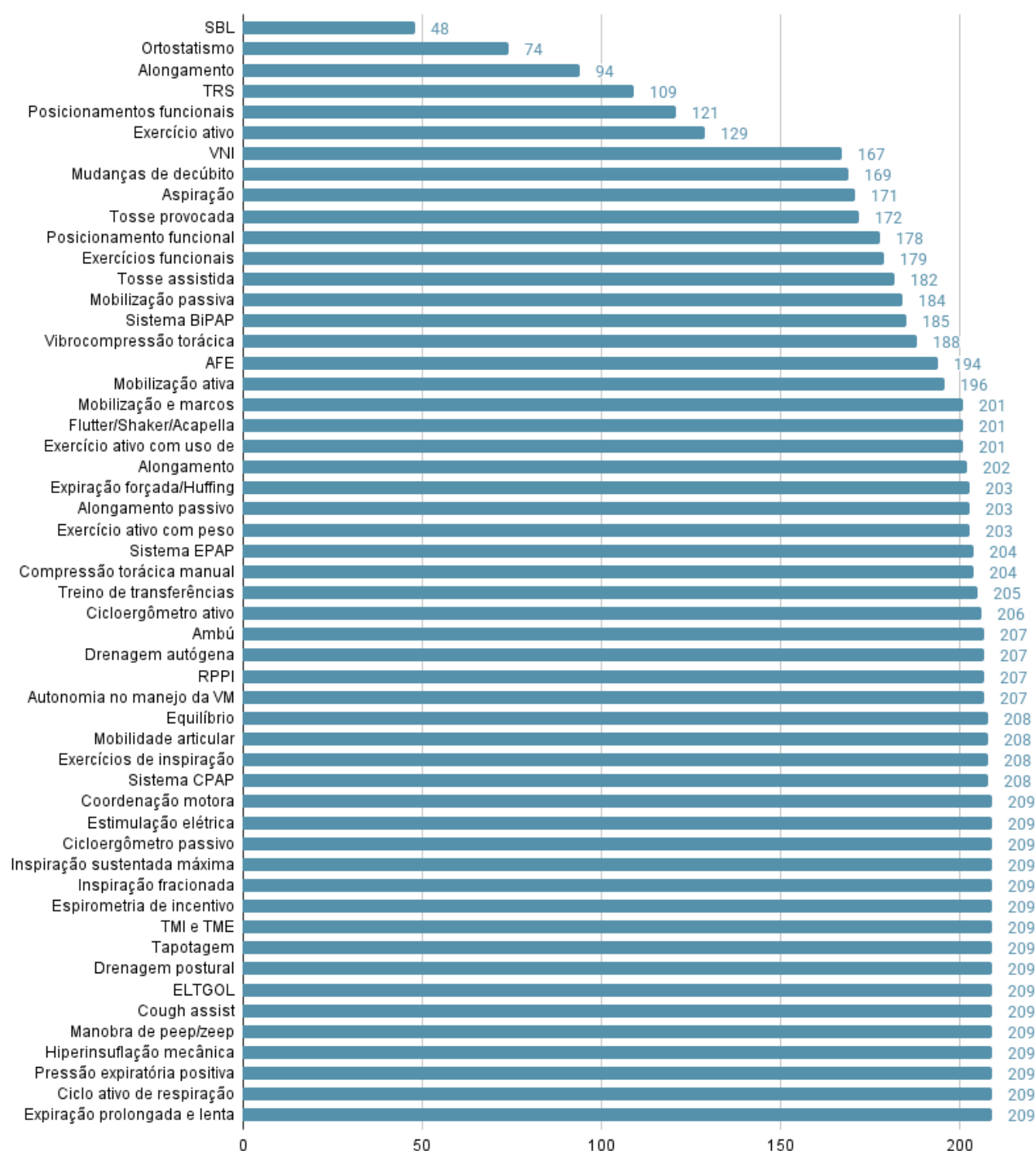
Tabela 8 - Testes de desempenho físico e força

Variável	Frequência n (%)
Teste de Sentar e Levantar	
Não realizado	205(98,1%)
Primeiro encontro	1(0,5%)
1 a 10 vezes	3(1,4%)

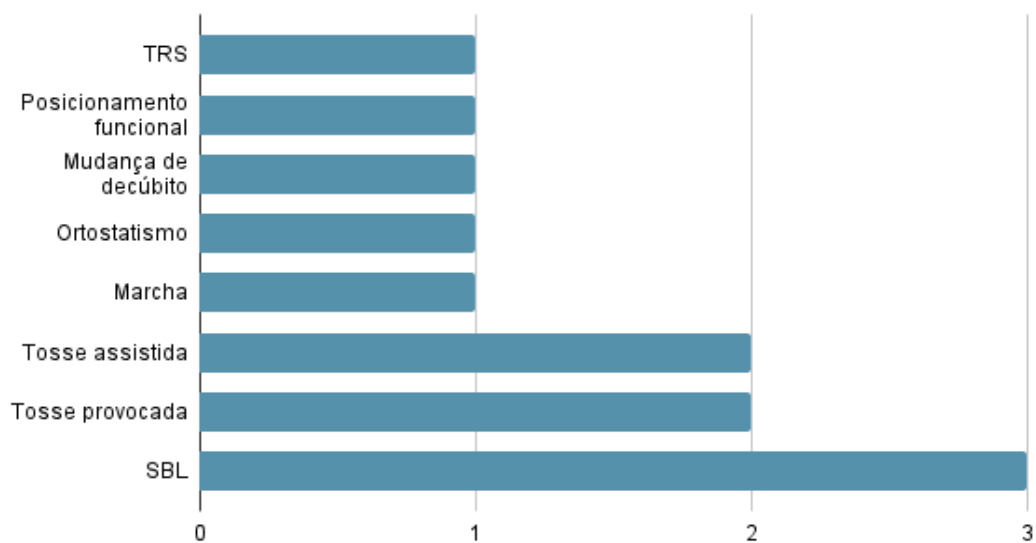
Teste de Velocidade de Marcha (TVM)	
Não realizado	209(100,0%)
Teste de Velocidade de Marcha de 10 metros (TVM10)	
Não realizado	209(100,0%)
Teste de Caminhada de 6 minutos	
Não realizado	208(99,5%)
1 a 10 vezes	1(0,5%)
Timed Up and Go (TUG)	
Não realizado	209(100,0%)
Short Physical Performance	
Não realizado	209(100,0%)
Battery (SPPB)	
Não realizado	209(100,0%)
Escore MRC	
Não realizado	197(94,3%)
Primeiro encontro	5(2,4%)
Primeiro e último encontro	2(1,0%)
1 a 10 vezes	5(2,4%)
Manovacuometria	
Não realizado	209(100,0%)
Escala de Equilíbrio de Berg	
Não realizado	209(100,0%)
Escala de Equilíbrio de Tinetti	
Não realizado	209(100,0%)
Mini Exame do Estado Mental - Mini Mental (MEEM)	
Não realizado	209(100,0%)
Testes de coordenação motora	
Não realizado	209(100,0%)
Testes de sensibilidade superficial e profunda	
Não realizado	209(100,0%)
Índice de Barthel	
Não realizado	209(100,0%)
Índice de Katz	
Não realizado	209(100,0%)

Os gráficos a seguir mostram os recursos terapêuticos que não foram realizados pelos fisioterapeutas durante a hospitalização dos pacientes, os que foram utilizados no primeiro encontro, os que foram utilizados no primeiro e último encontro, os que foram utilizados de 1 a 10 vezes e os que foram utilizados continuamente.

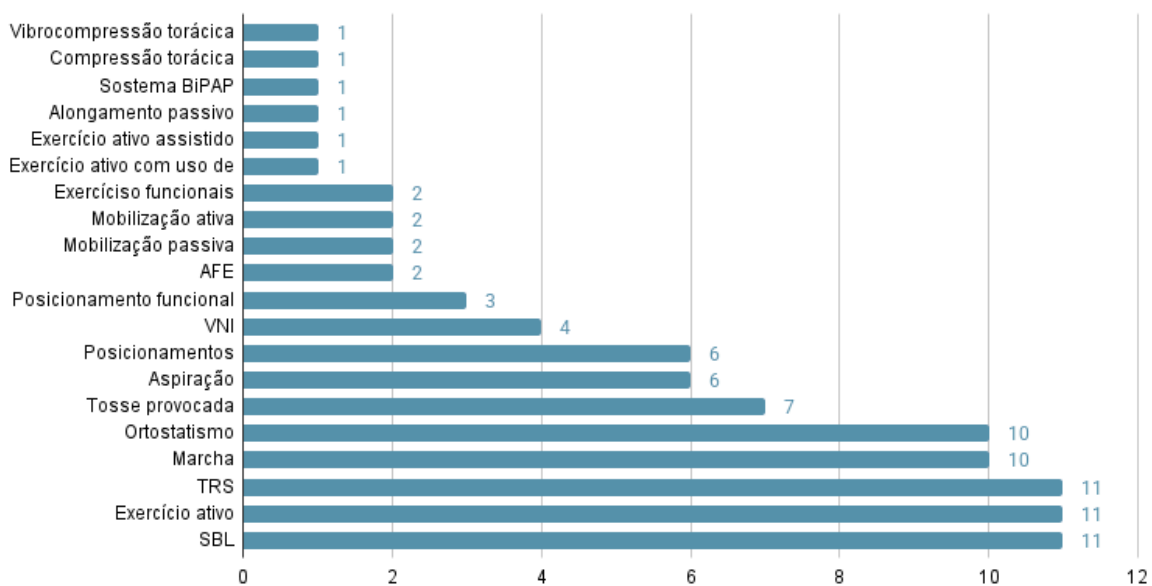
Não realizado



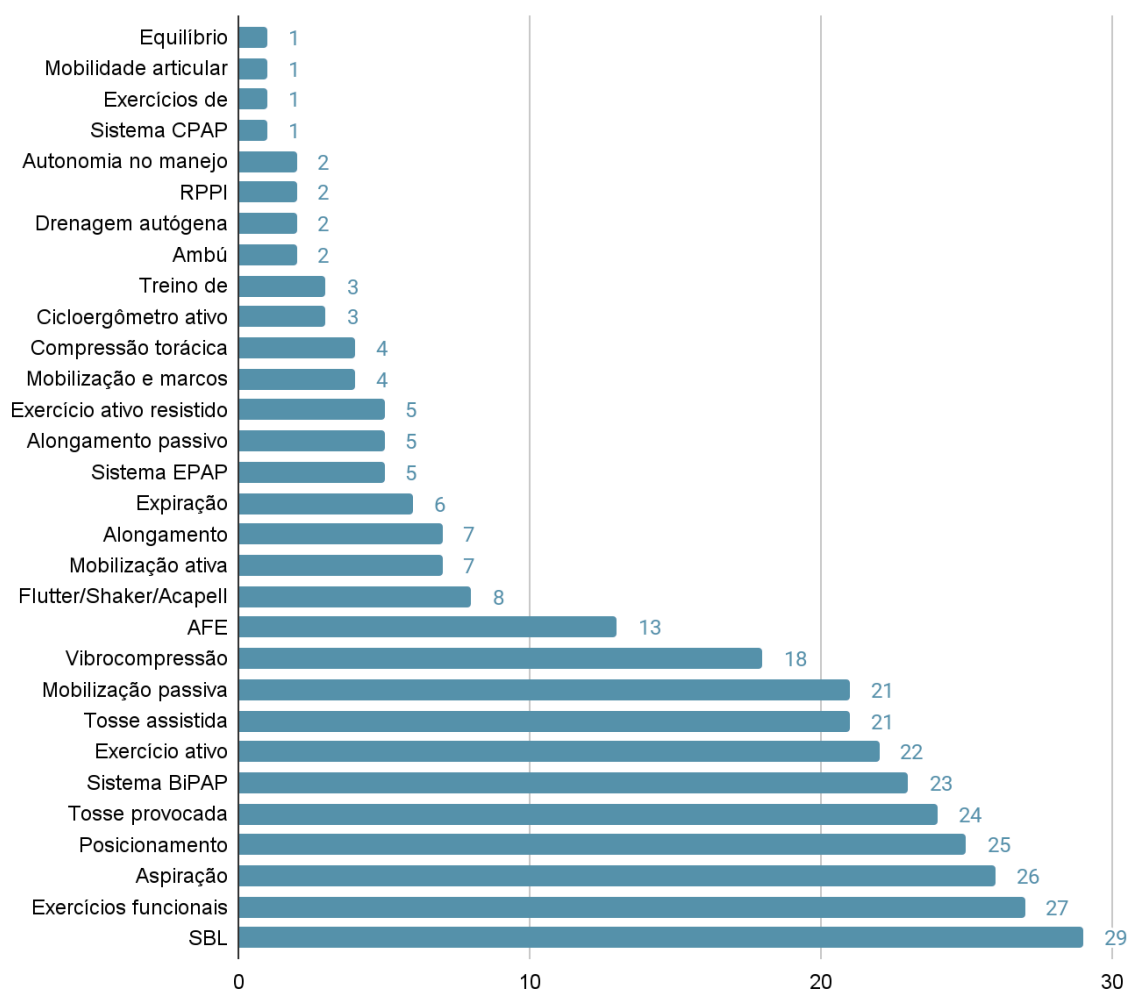
Primeiro encontro



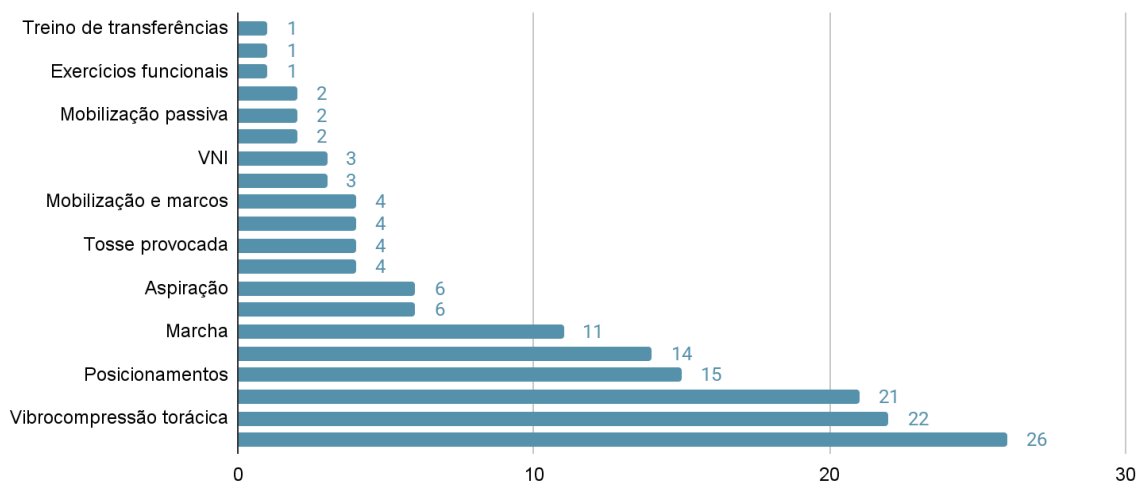
Primeiro e último encontro



1 a 10 vezes



Continuamente



6. Discussões

As avaliações mais prevalentes que foram realizadas de 1 a 10 vezes eram frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio, pressão arterial, Escala de Coma de Glasgow e ICU Mobility Scale (IMS). As avaliações feitas de modo contínuo mais recorrentes foram a ausculta pulmonar e a frequência respiratória. Poucas foram as avaliações realizadas no primeiro encontro, sendo as mais prevalentes a avaliação de padrão e ritmo respiratório. O diagnóstico fisioterapêutico de acordo com a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) foi estabelecido em apenas 4,7% dos pacientes atendidos.

A respeito das intervenções realizadas pelos fisioterapeutas, as principais intervenções realizadas no primeiro encontro foi a sedestação beira leito, no primeiro e último encontro foram o exercício ativo juntamente com a sedestação beira leito e terapia de remoção de secreção, de 1 a 10 vezes foi a sedestação beira leito e de modo contínuo foi a terapia de remoção de secreção o que corrobora com o estudo de Dias et al. (2022) onde a sedestação beira leito, terapia de remoção de secreção, exercícios ativos, ortostatismo e deambulação também foram intervenções relatadas como muito frequente por fisioterapeutas na Unidade de Terapia Intensiva para pacientes hospitalizados com COVID-19.

Outras intervenções prevalentes utilizadas no primeiro encontro foram a tosse assistida e a tosse provocada, as utilizadas no primeiro e último encontro foram o ortostatismo e marcha, de 1 a 10 vezes foram a aspiração e exercícios funcionais e de modo contínuo foram vibrocompressão torácica e posicionamentos funcionais. Os recursos utilizados de modo contínuo foram terapia de remoção de secreção, ortostatismo, deambulação, sedestação beira leito, tosse assistida, posicionamento funcional e mudança de decúbitos, já os utilizados de 1 a 10 vezes foram aspiração e exercício ativo, o que corrobora parcialmente com um estudo de Ogawa et al. (2009) sobre intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratória, no qual 78% dos pacientes realizaram manobras de higiene brônquica, 66% realizaram aspiração e 12% realizaram posicionamento no leito, sendo os recursos mais prevalentes utilizados pelos fisioterapeutas no Hospital São Paulo- UNIFESP de maio a junho de 2009.

Os diagnósticos fisioterapêuticos de acordo com a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos mais prevalentes foram deficiência cinético funcional

respiratória não especificada, de baixa oxigenação com leve desconforto respiratório e leve redução do volume de expansão pulmonar (76-95%), e a deficiência cinético funcional musculoesquelética com dor leve e comprometimento segmentar. As avaliações mais utilizadas para o primeiro diagnóstico foram de modo contínuo a frequência respiratória, ausculta pulmonar, saturação periférica de oxigênio, frequência cardíaca e Escala de Coma de Glasgow, de 1 a 10 vezes foi a utilização da ICU Mobility Scale (IMS), pressão arterial, Escala MRC, Escala de RASS, expansibilidade torácica e padrão e ritmo respiratório, o que corrobora com O'Sullivan et al (2018), que os dados coletados na avaliação inicial devem ser organizados e analisados criticamente para descrever a condição de saúde do paciente e guiar na escolha de estratégias de intervenção assertiva, segura e eficaz para cada paciente.

. No que se refere às avaliações realizadas de modo contínuo para o segundo diagnóstico, as mais prevalentes são frequência respiratória, ausculta pulmonar e saturação periférica de oxigênio, a mais realizada de 1 a 10 vezes é a frequência cardíaca e as mais prevalentes no primeiro encontro são a Escala de Coma de Glasgow, padrão e ritmo respiratório e Escala de RASS. Já os recursos terapêuticos mais prevalentes de modo contínuo são a sedestação beira leito, ortostatismo e deambulação, os mais prevalentes de 1 a 10 vezes são a vibrocompressão torácica, terapia de remoção de secreção, ventilação não invasiva não especificada, mudança de decúbito e tosse assistida.

Santos et al 2017 realizou um estudo sobre a avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas e foram utilizados para a avaliação fisioterapêutica a Escala MRC para força muscular, a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) para funcionalidade, a dinamometria para verificar a força de preensão palmar, o Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6) para avaliar a capacidade funcional, o Timed Up and Go (TUG) para avaliar a mobilidade funcional e o Índice Tinetti POMA-Brasil para avaliar a mobilidade e o equilíbrio, o que foi diferente em nosso estudo, onde apenas a escala MRC foi prevalente apenas nas avaliações de modo contínuo do diagnóstico cinético funcional respiratória não especificada, de baixa oxigenação com leve desconforto respiratório e leve redução do volume de expansão pulmonar.

Como desdobramentos Futuros, Sugerimos a apropriação e melhor descrição das avaliações e dos diagnósticos fisioterapêuticos, como, por exemplo, a utilização da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) para que possa ser registrado nos prontuários, apesar dos mesmos apresentarem domínio sobre as técnicas e as avaliações. Entretanto, recomendamos uma atenção dos registros das evoluções nos prontuários informando com maiores detalhes as avaliações realizadas, assim como o diagnóstico fisioterapêutico que ainda é pouco estabelecido, entende que a intervenção e a prescrição da terapia deve ser baseada na avaliação e diagnósticos prévios.

7. Conclusão

Após as análises dos dados encontramos como principais técnicas e recursos terapêuticos a sedestação beira leito e a terapia de remoção de secreção. Os instrumentos de avaliação mais utilizados foram aferição dos sinais vitais, Escala de Coma de Glasgow e ICU Mobility Scale (IMS). O diagnóstico fisioterapêutico foi estabelecido em 4,7% dos atendimentos/pacientes, sendo ainda pouco estabelecido.

8. Cronograma de Atividades

Etapas	09/24	10/24	11/24	12/24	01/25	02/25	03/25	04/25	05/25	06/25	07/25	08/25	09/25	10/25
Submissão ao HU UFSCar e Comitê de ética	X	X												
Revisão da literatura	X	X												
Finalização dos instrumentos de coleta de dados	X	X												
Coleta de dados (somente após aprovação pelo CEP UFSCar)			X	X	X	X	X	X	X	X				
Análise estatística								X	X	X	X	X	X	
Relatório parcial						X								
Elaboração de trabalho para submissão em eventos científicos						X	X	X	X	X				

9. Referências

Achttien RJ, Staal JB, Merry AH, van der Voort SS, Klaver RJ, Schoonewille S, Verhagen SJ, van Beek J, Bloemen S, de Rijk A, et al. 2011 KNGF guideline cardiac rehabilitation. Dutch Journal of Physical Therapy 121: Suppl 4.

Cintra MMM, Mendonça AC, Rossi e Silva RC, Abate DT. Influência da fisioterapia na síndrome do imobilismo. Colloquium Vitae. 2014;5(1):68-76. Acessado junho 12, 2024. <https://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/874>

COFFITO. Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos – CBDF: PRINCÍPIOS E FORMATAÇÃO. CBDF, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2022/10/ANEXO-1-CBDF-PRINCI%CC%81PIOS-E-FORMATA%CC%A7A%CC%83O.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

CONNELLY, M. et al. A physiotherapy-led transition to home intervention for older adults following emergency department discharge: A pilot feasibility randomised controlled trial (ED PLUS). Clinical interventions in aging, v. 18, p. 1769–1788, 2023.

Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA. 2011; 306: 1782-93.

Crapo RO. Pulmonary-function testing. N Engl J Med. 1994 Jul 7;331(1):25-30. doi: 10.1056/NEJM199407073310107. PMID: 8202099.

Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição/ American College of Sports Medicine; tradução Dilza Balteiro Pereira de Campos, - 9.ed.- Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

Douketis, JD. Trombose venosa profunda (TVP). Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-do-cora%C3%A7%C3%A3o-e-dos-vasos-sangu%C3%ADneos/dist%C3%BArbios-venosos/trombose-venosa-profunda-tvp>.

Ferreira ACG, Araujo IR, Vento DA, Guimarães VA. Preditores de piora da mobilidade ao final da internação em hospital de referência em doenças infectocontagiosas. Fisioter Pesqui. 2021; 28: 70–6.

França, E. É. T. de., Ferrari, F., Fernandes, P., Cavalcanti, R., Duarte, A., Martinez, B. P., Aquim, E. E., Damasceno, M. C. P. (2012). Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Revista Brasileira De Terapia Intensiva, 24(1), 6–22. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000100003>

Garland A, Dawson NV, Altmann I, et al. Resultados até 5 anos após insuficiência respiratória aguda grave. Peito. 2004; 126 :1897–9041. doi: 10.1378/peito.126.6.1897.

Guedes MBOG, Lopes JK, Andrade AS, Guedes TSR, Rieiro JM, Cortez LCA. Validação do teste do degrau de dois minutos para diagnóstico da capacidade funcional de idosos

hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2015; 18 (4):921–926. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14163.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Validation of the two minute step test for diagnosis of the functional capacity of hypertensive elderly persons. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 18, n. 4, p. 921–926, 2015.

HE, N.; YE, H. Exercise and Muscle Atrophy. Em: *Physical Exercise for Human Health*. Singapore: Springer Singapore, 2020. v. 1228p. 255–267.

Johnson JK, Rothberg MB, Adams K, Lapin B, Keeney T, Stilphen M, Bethoux F, Freburger JK. Association of Physical Therapy Treatment Frequency in the Acute Care Hospital With Improving Functional Status and Discharging Home. *Med Care*. 20221; 60: 444-452.

Jonsson M, Hurtig-Wennlöf A, Ahlsson A, Vidlund M, Cao Y, Westerdahl E. In-hospital physiotherapy improves physical activity level after lung cancer surgery: a randomized controlled trial. *Physiotherapy*. 2019 Dec;105(4):434-441. doi: 10.1016/j.physio.2018.11.001. Epub 2018 Nov 20. PMID: 30871894.

Kawaguchi YM, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC. *J Bras Pneumol*. 2016; 42 (6):429–434. doi: 10.1590/s1806-37562015000000301.

Kawaguchi YM, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC. Perme Intensive Care Unit Mobility Score and ICU Mobility Scale: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2016;42(6):429-34.

Koukourikos, K.; Tsaloglidou, A.; Kourkouta, L. Muscle Atrophy in Intensive Care Unit Patients. *Acta informatica medica: AIM: journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina: casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, v. 22, n. 6, p. 406, 2014.

Kwakman, R. C. H. et al. Physiotherapy treatment approaches for survivors of critical illness: a proposal from a Delphi study. *Physiotherapy theory and practice*, v. 36, n. 12, p. 1421–1431, 2020.

Lausted CG, Johnson AT, Scott WH, Johnson MM, Coyne KM, Coursey DC. Maximum static inspiratory and expiratory pressures with different lung volumes. *Biomed Eng Online*. 2006 May 5;5:29. doi: 10.1186/1475-925X-5-29. PMID: 16677384; PMCID: PMC1501025.

Mahoney FI, Barthel DW. Avaliação funcional: Índice de Barthel. *MD State Med J*. 1965; 14 :61–65.

Novaes, R. D., Miranda, A. S., & Dourado, V. Z.. (2011). Usual gait speed assessment in middle-aged and elderly Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15(2), 117–122. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011000200006>

Parry S, Puthuchery Z. The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extrem Physiol Med* 2015; 4:16

Pozuelo-Carrascosa, D. P., Torres-Costoso, A., Alvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., López Muñoz, P., & Martínez-Vizcaíno, V. (2018). Multimodality respiratory physiotherapy reduces mortality but may not prevent ventilator-associated pneumonia or reduce length of stay in the intensive care unit: a systematic review. *Journal of Critical Care*, 47, 15-22.

<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.09.019>

Ramírez-Vélez R, Sáez de Asteasu ML, Martínez-Velilla N, Zambom-Ferraresi F, García-Hermoso A, Izquierdo M. Handgrip Strength as a Complementary Test for Mobility Limitations Assessment in Acutely Hospitalized Oldest Old. *Rejuvenation Res.* 2021 Jun;24(3):213-219. doi: 10.1089/rej.2020.2344. Epub 2021 Jan 7. PMID: 33267668.

Rikli RE, Jones CJ. Desenvolvimento e validação de um teste de aptidão funcional para idosos residentes na comunidade. *Lei de Física do Envelhecimento.* 1999; 7 :129–161. doi: 10.1123/japa.7.2.129.

Schoser B, Fong E, Geberhiwot T, Hughes D, Kissel JT, Madathil SC, Orlikowski D, Polkey MI, Roberts M, Tiddens HA, Young P. Maximum inspiratory pressure as a clinically meaningful trial endpoint for neuromuscular diseases: a comprehensive review of the literature. *Orphanet J Rare Dis.* 2017 Mar 16;12(1):52. doi: 10.1186/s13023-017-0598-0. PMID: 28302142; PMCID: PMC5353799.

Schujmann DS, Lunardi AC, Fu C. Progressive mobility program and technology to increase the level of physical activity and its benefits in respiratory, muscular system, and functionality of ICU patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2018 May 10;19(1):274. doi: 10.1186/s13063-018-2641-4. PMID: 29747662; PMCID: PMC5946399.

Seixas MB, Almeida LB, Trevizan PF, Martinez DG, Laterza MC, Vanderlei LCM, Silva LP. Effects of Inspiratory Muscle Training in Older Adults. *Respir Care.* 2020 Apr;65(4):535-544. doi: 10.4187/respcare.06945. Epub 2019 Oct 29. PMID: 31662444.

Silva LMC, Alcântara EC, Vinhal LB, Silveira LC. Capacidade funcional de pacientes hospitalizados: revisão de literatura. PUC Goiás. 2021.

<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/1601>

Sommers J, Engelbert RH, Dettling-Ihnenfeldt D, Gosselink R, Spronk PE, Nollet F, van der Schaaf M. Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. *Clin Rehabil.* 2015 Nov;29(11):1051-63. doi: 10.1177/0269215514567156. Epub 2015 Feb 13. PMID: 25681407; PMCID: PMC4607892.

Valenza-Demet G, Valenza MC, Cabrera-Martos I, Torres-Sánchez I, Revelles-Moyano F. The effects of a physiotherapy programme on patients with a pleural effusion: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2014 Nov;28(11):1087-95. doi: 10.1177/0269215514530579. Epub 2014 Apr 14. PMID: 24733648.

Vanessa Moll . Vias respiratórias e dispositivos respiratórios. Emory University School of Medicine, Department of Anesthesiology, Division of Critical Care Medicine. Revisado/Corrigido: abr 2023

Wang YT, Lang JK, Haines KJ, Skinner EH, Haines TP. Physical Rehabilitation in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* 2022 Mar 1;50(3):375-388. doi: 10.1097/CCM.0000000000005285. PMID: 34406169.

WOLLERSHEIM, T. et al. Muscle wasting perand function after muscle activation and early protocol-based physiotherapy: an explorative trial. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, v. 10, n. 4, p. 734–747, 2019.

Santos, L. J. dos ., Silveira, F. dos S., Müller, F. F., Araújo, H. D., Comerlato, J. B., Silva, M. C. da ., & Silva, P. B. da .. (2017). Avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas. *Fisioterapia E Pesquisa*, 24(4), 437–443. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17720924042017>

SOTELO DIAS, Letícia Marcelino et al. Prática fisioterapêutica para pacientes hospitalizados com COVID-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 48, n. 4, e20220121, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20220121>. Acesso em: 15 nov. 2025

OGAWA, Kamila Yuki Loporchio et al. Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 457-466, 2009.

10. Apêndices

Apêndice 1 . Ficha de coleta de dados



UFSCar- Universidade Federal de São Carlos
LACAP- Laboratório de Fisioterapia Cardiopulmonar



DATA DA COLETA _____ / _____ / _____

Código do prontuário: _____

Idade: _____ data de nascimento: _____

Gênero: _____

Hipótese diagnóstica:

Unidade de internação: UTIA () UTIP () UCM () UCA ()

Número de sessões de fisioterapia: _____

Número de Fisioterapeutas por turno: _____

Tempo de internação:

Equipe interdisciplinar envolvida no cuidado: _____

IMS prévia: _____ CIF: _____

Diagnóstico Fisioterapêutico foi estabelecido?

() Sim

() Não

Descreva: _____

CBDF: _____

Período em que foi verificado ou realizado o teste:

() 1 Contato () Continuamente () Primeiro e último contato () Outro:

Os objetivos fisioterapêuticos foram apresentados?

() Sim

() Não

Descreva: _____

Objetivos estão baseados no diagnóstico fisioterapêutico?

() Sim

() Não

Descreva: _____

Foram descritas as avaliações realizadas para que chegassem à conclusão do diagnóstico e dos recursos utilizados para os atendimentos?

() Sim

() Não

Descreva: _____

Avaliações realizadas

Sistema Respiratório:

- FR
- Ausculta pulmonar
- Saturação periférica de oxigênio (oximetria de pulso)
- Padrão e ritmo respiratório
- Expansibilidade torácica
- Força muscular respiratória (manovacuometria)
- Ventilometria
- Pico de fluxo expiratório
- Tosse
- Avaliação da mecânica respiratória
- Testes preditivos de desmame _____
- Testes preditivos sucesso extubação _____
- Borg
- Nenhum
- Outros: _____

Período em que foi verificado ou realizado o teste:

() 1 Contato () Continuamente* () Primeiro e último contato () Outro:

*Continuamente: Monitoramento da segurança intervenção, sendo avaliado antes, durante e após a intervenção

Sistema Cardiovascular:

- Frequência Cardíaca
- Pressão Arterial
- Lactato arterial
- Escala de Borg

Período em que foi verificado ou realizado o teste:

() 1 Contato () Continuamente* () Primeiro e último contato () Outro:

*Continuamente: Monitoramento da segurança intervenção, sendo avaliado antes, durante e

após a intervenção

Sistema Neurológico:

- Escala de coma de Glasgow
- Escala de Rass
- Escala de Ramsay
- Escore de cooperação de De Jonghe
- Avaliação pupilar
- Tônus muscular
- Coordenação motora
- Equilíbrio
- Nenhum
- Outros: _____

Período em que foi verificado ou realizado o teste:

() 1 Contato () Continuamente* () Primeiro e último contato () Outro:

*Continuamente: Monitoramento da segurança intervenção, sendo avaliado antes, durante e após a intervenção

Sistema músculo esquelético:

- Força muscular (escala de MRC)
- Mobilidade articular
- Dinamometria
- ICU Mobility Scale (IMS)
- Outras escalas de funcionalidade e de mobilidade: _____
- Nenhum
- Outros: _____

Período em que foi verificado ou realizado o teste:

() 1 Contato () Continuamente* () Primeiro e último contato () Outro:

*Continuamente: Monitoramento da segurança intervenção, sendo avaliado antes, durante e após a intervenção

Testes de desempenho físico e força realizados

- Teste de sentar e levantar - TSL () 5 repetições () 30s () 1min
- Teste de velocidade de marcha- TVM
- Teste de velocidade de marcha de 10 metros - TVM10
- Teste de Caminhada de 6 min - TC6
- Timed Up and Go- TUG
- Short Physical Performance
- Battery- SPPB
- Escore MRC
- Dinamometria
- Manovacuumetria
- Nenhum
- Outros: _____

Período em que foi verificado ou realizado o teste:

() 1 Contato () Continuamente* () Primeiro e último contato () Outro:

*Continuamente: Monitoramento da segurança intervenção, sendo avaliado antes, durante e após a intervenção

Testes de Equilíbrio, coordenação, sensibilidade e cognição

- Escala de Equilíbrio de Berg
- Escala de Equilíbrio de Tinetti
- Mini Exame do Estado Mental - Mini Mental (MEEM)
- Testes de coordenação motora _____
- Testes de sensibilidade superficial e profunda _____
- Nenhum
- Outros: _____

Período em que foi verificado ou realizado o teste:

() 1 Contato () Continuamente* () Primeiro e último contato () Outro:

*Continuamente: Monitoramento da segurança intervenção, sendo avaliado antes, durante e após a intervenção

Atividade de Vida Diária

- Índice de Barthel
- Índice de Katz
- Outros: _____

Período em que foi verificado ou realizado o teste:

() 1 Contato () Continuamente* () Primeiro e último contato () Outro:

*Continuamente: Monitoramento da segurança intervenção, sendo avaliado antes, durante e após a intervenção

Há instrumento que direciona a avaliação?

() Sim
() Não

Descreva: _____

Recursos Terapêuticos adotados

- Posicionamentos funcionais
- Mobilização e marcos posturais
- Aumento do fluxo expiratório (AFE)
- Expiração lenta e prolongada (Elpr)

- Expiração forçada/Huffing
- Ciclo ativo de respiração
- Pressão expiratória positiva (EPAP)
- Oscilação oral de alta frequência - Flutter/Shaker/Acapella
- Hiperinsuflação manual (ambú)
- Hiperinsuflação mecânica (ventilador)
- Manobra de peep/zeep
- Insuflação/exsuflação mecânica (cough assist)
- Aspiração endotraqueal
- Expiração lenta e total com a glote aberta em decúbito lateral (ELTGOL)
- Drenagem postural
- Drenagem autógena
- Tapotagem
- Vibrocompressão torácica
- Compressão torácica manual na expiração
- Tosse assistida
- Tosse provocada
- Outras terapias de remoção de secreção _____
- Treinamento Muscular Respiratório (TMI e TME)
- Respiração por pressão positiva intermitente
- Sistema EPAP (pressão positiva ao final da expiração)
- Sistema CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas)
- Sistema BiPAP (pressão positiva em vias aéreas a dois níveis)
- Ventilação não invasiva
- Autonomia no manejo da ventilação mecânica invasiva
- Exercícios de inspiração profunda
- Espirometria de incentivo (Se sim, qual: _____)
- Inspiração fracionada
- Inspiração sustentada máxima
- Outra terapia de expansão pulmonar: _____
- Posicionamento funcional
- Mudanças de decúbitos
- Mobilização passiva
- Mobilização ativa
- Alongamento passivo
- Cicloergômetro passivo
- Cicloergômetro ativo
- Exercício ativo assistido
- Exercício ativo
- Exercício ativo resistido com peso corporal
- Exercício ativo resistido com uso de dispositivos (halteres/caneleiras/faixas elásticas)
- Estimulação elétrica neuromuscular
- Treino de transferências
- Sedestação beira leito
- Ortostatismo
- Marcha/Deambulação/Caminhada
- Alongamento
- Mobilidade articular
- Equilíbrio
- Coordenação motora
- Exercícios Funcionais _____
- Outros: _____

Com relação aos exercícios, há descrição de frequência (número de vezes por semana), intensidade (carga e nível de cansaço), tempo (tempo de duração por dia), tipo do exercício (aeróbico, força, flexibilidade, equilíbrio, coordenação) , volume (quantidade total de exercício no dia) e progressão (como se dá o avanço da terapia):

() Sim

() Não

Descreva: _____

Houve justificativa da aplicação da técnica, ela foi baseada em uma avaliação que foi claramente descrita?

() Sim

() Não

Descreva: _____

Há instrumentos de acompanhamento de funcionalidade, mobilidade, força, entre outros?

() Sim

() Não

Descreva: _____

Encaminhamento para continuidade do atendimento fisioterapêutico

● Recebido e encaminhado para: () UBS () USE () OUTRO: _____

● Houve melhora que justificasse a alta fisioterapêutica:

() Sim, o paciente apresentou melhora funcional

() Não houve melhora significativa, mas foi encaminhado

() Não houve melhora

Informações complementares:

Uso de instrumento para acompanhamento de evolução de mobilidade, funcionalidade?

() Sim, qual _____

() Não

Informações complementares:

Evolução contempla informações mínimas de avaliação cinético-funcional?

() Sim, quais mais frequentes _____

() Não

Informações complementares: