

## ARTIGO ORIGINAL

Desfechos funcionais de pacientes internados em unidade de terapia intensiva

*Functional outcomes of patients admitted to an intensive care unit*

Ana Julia Alves<sup>1</sup>, Selma Carolini Trentini<sup>1</sup>, Alana Borgheti<sup>1</sup>, Tatiana Menon Silva<sup>1</sup>, Alessandra Cristina Fuchter<sup>1</sup>, Francielle Faedo Bortot<sup>1</sup>, Julia Colpani Prigol<sup>1</sup>, Vanessa Cecatto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>União de Ensino do Sudoeste do Paraná (UNISEP), Francisco Beltrão, PR, Brasil

Recebido em: 3 de Junho de 2025; Aceito em: 16 de Junho de 2025.

**Correspondência:** Ana Julia Alves, [anajuliaalvesgesser2016@gmail.com](mailto:anajuliaalvesgesser2016@gmail.com)

### Como citar

Alves AJ, Trentini SC, Borgheti A, Silva TM, Fuchter AC, Bortot FF, Prigol JC, Cecatto V. Desfechos funcionais de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Fisioter Bras. 2025;26(3):2224-2233. doi:[10.62827/fb.v26i3.1064](https://doi.org/10.62827/fb.v26i3.1064)

## Resumo

**Introdução:** A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada ao cuidado de pacientes em estado crítico, que necessitam de suporte contínuo e recursos especializados. A hospitalização prolongada nesse ambiente pode levar ao declínio da capacidade funcional, comprometendo a independência e a qualidade de vida do indivíduo. **Objetivo:** Avaliou-se a funcionalidade de pacientes internados em UTI no momento da admissão e da alta hospitalar utilizando a escala de funcionalidade *Perme Intensive Care Unit Mobility Score* (PERME). **Métodos:** Estudo observacional realizado durante um período de 53 dias, realizado com 20 pacientes de ambos os sexos, internados em uma UTI. Foram coletados dados referentes ao sexo, idade, tempo de internação, diagnóstico clínico ou cirúrgico, e escores da escala PERME na admissão e alta. **Resultados:** A amostra apresentou predominância de 70% (14) no sexo masculino, com média de idade de 61 anos e tempo médio de internação de 4 dias. Observou-se melhora no escore funcional em 15 pacientes, estabilidade em 3 e piora em 2. A maioria dos pacientes apresentou melhora funcional ao final do período, indicando a importância da atuação fisioterapêutica precoce e contínua na UTI. **Conclusão:** A escala PERME mostrou-se eficaz na avaliação da funcionalidade de pacientes críticos, permitindo acompanhar a evolução durante a internação. Estudos futuros são necessários para aprofundar o entendimento sobre os fatores que influenciam os desfechos funcionais e otimizar as estratégias de reabilitação nesse ambiente.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva; Capacidade Funcional; Sistema Musculoesquelético.

## Abstract

**Introduction:** The Intensive Care Unit (ICU) is intended for the care of critically ill patients who require continuous support and specialized resources. Prolonged hospitalization in this environment can lead to a decline in functional capacity, compromising the individual's independence and quality of life. **Objective:** The functionality of patients admitted to the ICU at the time of admission and discharge was assessed using the Perme Intensive Care Unit Mobility Score (PERME). **Methods:** This was an observational study conducted with 20 patients of both sexes admitted to an ICU for a period of 53 days. Data were collected regarding sex, age, length of hospital stay, clinical or surgical diagnosis, and PERME scale scores at admission and discharge. **Results:** The sample showed a predominance of 70% (14) males, with a mean age of 61 years and a mean length of hospital stay of 4 days. Functional scores improved in 15 patients, remained stable in 3, and worsened in 2. Most patients showed functional improvement at the end of the period, indicating the importance of early and continuous physiotherapy intervention in the ICU. **Conclusion:** The PERME scale proved to be effective in assessing the functionality of critically ill patients, allowing monitoring of their progress during hospitalization. Future studies are needed to deepen the understanding of the factors that influence functional outcomes and to optimize rehabilitation strategies in this environment.

**Keywords:** Intensive Care Unit; Functional Status; Musculoskeletal System.

## Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar voltado para o atendimento de pacientes em estado crítico, que necessitam de suporte profissional contínuo, com recursos humanizados e materiais especializados. A admissão nessas unidades frequentemente leva a alterações na capacidade funcional (CF) dos pacientes, especialmente devido à imobilidade prolongada [1]. Isso impacta negativamente o sistema musculoesquelético, cardiorrespiratório, neurológico e metabólico. A imobilização contribui para o descondicionamento físico e pode causar perda de força muscular, atrofia, diminuição da amplitude de movimento e rigidez articular, além de favorecer o surgimento de doenças como osteoporose e a chamada Síndrome do Imobilismo (SDI) [2]. Esta, por sua vez, pode gerar sequelas neurofuncionais, contraturas, sarcopenia, alterações de marcha, perda de equilíbrio e até danos psicológicos [3].

O declínio funcional está frequentemente relacionado à presença de comorbidades, principalmente cardiorrespiratórias. O repouso no leito favorece complicações como fraqueza da musculatura respiratória, dificultando o desmame da ventilação mecânica e prolongando a intubação. Estima-se que, nos primeiros sete dias de imobilidade, o paciente pode perder até 30% da força muscular, com perdas adicionais a cada semana [4]. Tais alterações afetam também o sistema respiratório, dificultando a extubação e aumentando o risco de complicações sistêmicas.

A capacidade funcional diz respeito à habilidade de realizar atividades da vida diária de forma independente. Quando comprometida, o indivíduo perde autonomia, enfrentando dificuldades desde simples mudanças posturais até a locomoção. Esse declínio pode se manter por anos após a alta hospitalar e está associado a maior taxa de

mortalidade [3]. Além da perda muscular, a imobilização afeta negativamente a circulação, podendo causar edemas, doenças reumatológicas e alterações neurológicas. A musculatura esquelética, responsável por grande parte das proteínas do corpo e funções vitais como metabolismo e cicatrização, sofre danos significativos com o desuso, culminando em sarcopenia e perda de proteínas estruturais como actina e miosina [5].

A avaliação funcional é essencial no ambiente intensivo. Cada paciente possui particularidades que exigem abordagem individualizada. A avaliação permite estabelecer um plano terapêutico adequado e mensurar a evolução do paciente ao longo da internação. Duas ferramentas amplamente utilizadas para essa avaliação são a *ICU Mobility Scale* e a *Perme Intensive Care Unit Mobility Score*. A primeira é uma escala de 0 a 10 que avalia a mobilidade do paciente, desde condutas totalmente passivas até a deambulação independente. A *Perme Score*, mais detalhada, avalia estado mental, barreiras à mobilidade, força funcional, mobilidade no leito, transferências, marcha e resistência, com pontuação máxima de 32 pontos. Cada componente tem critérios específicos de pontuação, considerando o grau de assistência necessária e a capacidade de realizar atividades funcionais.

Nesse contexto, o fisioterapeuta se destaca como peça-chave dentro da equipe multiprofissional da UTI. Desde a década de 1970, a fisioterapia tem conquistado espaço nos hospitais e, hoje, é considerada essencial nas UTIs [6]. O profissional fisioterapeuta atua de forma ampla, promovendo a reabilitação motora e respiratória, prevenindo

complicações associadas à imobilidade e reduzindo o tempo de internação. A intervenção fisioterapêutica objetiva manter a funcionalidade, preservar a amplitude de movimento, evitar a atrofia e melhorar o condicionamento físico do paciente crítico. Além do trabalho musculoesquelético, a fisioterapia atua no sistema cardiorrespiratório, promovendo higiene brônquica, expansão pulmonar, proteção das vias aéreas e melhora da troca gasosa, prevenindo infecções respiratórias hospitalares [7].

As abordagens utilizadas pela fisioterapia também incluem estratégias para garantir a qualidade de vida do paciente dentro da UTI, mantendo ao máximo sua autonomia e funcionalidade. O fisioterapeuta deve ter uma visão ampla e integrada do quadro clínico, propondo condutas personalizadas e baseadas nas condições individuais, com atenção às comorbidades, ao estado funcional e às limitações apresentadas. Com isso, contribui não apenas para a sobrevida, mas para a recuperação da independência funcional, favorecendo o retorno do paciente às suas atividades de vida diária com maior qualidade após a alta hospitalar. A atuação precoce e sistemática da fisioterapia é fundamental para reverter ou minimizar os efeitos deletérios da internação prolongada e garantir uma recuperação mais eficiente e humanizada [8].

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a funcionalidade de pacientes internados na UTI no momento da admissão e da alta hospitalar, utilizando a escala PERME, com o intuito de verificar a evolução funcional e ressaltar a importância da atuação fisioterapêutica precoce e contínua nesse ambiente.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa de natureza transversal e quantitativa, realizada por meio da aplicação

de uma escala funcional em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital

São Francisco, localizado na cidade de Francisco Beltrão, no estado do Paraná.

A pesquisa foi conduzida, entre os dias 2 de fevereiro e 26 de março de 2023. A escolha pelo delineamento transversal se justifica por sua característica de avaliar uma população definida em um ponto específico no tempo, sendo eficaz para identificar a prevalência de determinados desfechos e exposições entre os participantes, sem estabelecer relação de causa e efeito direta, conforme descrito por Gordis [9]. A abordagem quantitativa foi adotada por permitir maior objetividade na coleta e análise dos dados, utilizando ferramentas matemáticas para descrever os fenômenos observados e as inter-relações entre variáveis.

A população do estudo foi composta por 43 pacientes de ambos os sexos internados na UTI durante o período estabelecido. Desses, 15 não puderam concluir as avaliações por se enquadarem nos critérios de exclusão estabelecidos previamente, e 8 evoluíram para óbito antes da conclusão do estudo. A amostra final, portanto, foi constituída por 20 pacientes que apresentaram avaliações funcionais iniciais e finais completas. Foram incluídos no estudo pacientes internados na UTI que apresentavam nível de consciência preservado, ou cujo responsável legal consentiu com a participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os pacientes que não apresentavam condições clínicas para a aplicação da escala, como instabilidade hemodinâmica, ausência de avaliação final ou evolução para óbito durante o período da pesquisa.

A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, registrada sob o parecer nº 5.783.299. As avaliações foram realizadas diariamente, sob acompanhamento de um preceptor, respeitando os critérios clínicos de cada paciente. Para a mensuração da capacidade

funcional foi utilizada a escala de PERME, instrumento validado para avaliação da mobilidade em pacientes críticos internados na UTI [10]. A escala foi aplicada em até 24 horas após a admissão dos pacientes na unidade intensiva. Para aqueles que foram admitidos entubados, a aplicação foi realizada até 24 horas após a extubação, desde que apresentassem nível de consciência adequado e estivessem aptos clinicamente. Já a avaliação final foi realizada em até 24 horas após a alta da UTI, ainda durante a permanência hospitalar.

Inicialmente, cada paciente foi submetido a uma anamnese contendo informações como nome, data de nascimento, diagnóstico clínico e datas das avaliações funcional inicial e final. Durante a aplicação da escala, foram observados diversos domínios da mobilidade funcional, com pontuação total de 32 pontos. A escala é composta pelos seguintes itens: estado mental (pontuação máxima de 3 pontos), potenciais barreiras à mobilidade (4 pontos), força funcional (4 pontos), mobilidade no leito (6 pontos), transferências (9 pontos), marcha (3 pontos) e resistência/endurance (3 pontos). Cada paciente teve duas fichas de avaliação: uma referente ao momento da admissão e outra à alta, permitindo a comparação do desempenho funcional ao longo do período de internação.

Todos os dados coletados foram organizados inicialmente em uma planilha do programa Microsoft Excel® e, em seguida, inseridos no software estatístico SPSS® versão 22.0 para análise. A normalidade da distribuição dos dados foi verificada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. As variáveis com distribuição normal foram descritas em termos de média e desvio padrão. Para a comparação dos resultados entre os dois momentos de avaliação, foi utilizado o teste t para amostras dependentes. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## Resultados

Finalizaram a pesquisa 20 indivíduos com idade média de  $61,0 \pm 17,3$  anos. As características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1 - Idade dos pacientes**

Nº de pacientes	Idades
4	20 a 35
4	50 a 59
5	60 a 69
5	70 a 78
2	>80

Fonte: da autora, 2023.

Em relação ao período de internamento, a duração média foi de  $4,6 \pm 3,3$  dias e, ao total, 35% (7) necessitaram de assistência ventilatória mecânica invasiva (VMI) dentre um período de 1 a 6 dias, contendo, consecutivamente: 2 pacientes durante

1 dia em VMI, 2 pacientes durante 2 dias, 1 paciente durante 3 dias, 1 paciente durante 5 dias e 1 paciente durante 6 dias. Quanto ao diagnóstico metade dos participantes possuíam diagnóstico clínico e o restante cirúrgico. (Tabela 2).

**Tabela 2 - Relação entre idade, tempo de internamento, sexo e tipo de diagnóstico**

	Total	Clínico	Cirúrgico
<b>Idade</b>	$61,0 \pm 17,3$	$58,8 \pm 19,6$	$63,2 \pm 15,4$
<b>Tempo internamento</b>	$4,6 \pm 3,3$	$5,2 \pm 3,7$	$4,1 \pm 2,9$
<b>Sexo</b>			
<b>Masculino</b>	14(70%)	9(90,0%)	5(50,0%)
<b>Feminino</b>	6(30%)	1(10,0%)	5(50,0%)

Fonte: da autora, 2023.

Os 10 pacientes clínicos, obtiveram os seguintes diagnósticos: traumatismo raquimedular, congestão pulmonar, trombose cerebral, cetoacidose diabética, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal, abdome agudo perfurativo, intoxicação cumarínica, acidente

vascular cerebral isquêmico, e fratura de c5. Os 10 pacientes classificados como cirúrgicos: Pós-operatório (PO) de colecistectomia, PO de abdome agudo hemorrágico, PO tumor cerebral, PO drenagem de hematoma subdural crônico, PO artrodese lombar.

Após o desfecho das avaliações funcionais foram obtidos os seguintes dados: 15 pacientes desenvolveram melhora no quadro funcional, constando faixa etária de 20 a 83 anos, 2 pacientes desenvolveram declínio, os quais possuíam idade superior a 70 anos, e 3 pacientes mantiveram seu score funcional em ambas avaliações, possuindo faixa etária de 66 a 81 anos. (Tabela 3).

Quanto a funcionalidade dos pacientes que necessitaram de VMI, 6 apresentaram melhora do quadro funcional, constando as seguintes idades, em ordem crescente: 20, 34, 50, 59, 64

e 83 anos. Apenas 1 paciente manteve-se com seu score funcional em ambas as avaliações, o qual possuía idade de 78 anos. Concluindo então, ausência de pacientes em VMI com declínio do quadro funcional.

A Tabela 3 apresenta os escores médios obtidos pelos pacientes nas avaliações funcional inicial e final, realizadas por meio da escala PERME [10]. Essas porcentagens foram calculadas com base na pontuação máxima da escala (32 pontos), permitindo visualizar de forma proporcional a evolução funcional de cada indivíduo.

**Tabela 3 - Porcentagens dos resultados das avaliações**

	<b>Idade</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>	<b>Diferença</b>
1	34	21,88% (7)	25% (8)	2,12% (1)
2	61	18,75% (6)	84,38% (27)	65,63% (21)
3	57	18,75% (6)	43,75% (14)	25% (8)
4	70	40,63% (13)	81,25% (26)	40,62% (13)
5	35	75% (24)	90,63% (29)	15,63% (5)
6	20	43,75% (14)	90,63% (29)	46,88% (15)
7	34	18,75% (6)	62,5% (20)	43,75% (14)
8	69	21,88% (7)	87,5% (28)	66,12% (21)
9	83	6,25% (2)	50% (16)	43,75% (14)
10	50	18,75% (6)	78,13% (25)	59,38% (19)
11	59	25% (8)	31,25% (10)	6,25% (2)
12	71	37,5% (12)	40,63% (13)	3,13% (1)
13	63	25% (8)	29,63% (9,5)	4,63% (1,5)
14	64	3,12% (1)	6,35% (2)	3,13% (1)
15	59	18,75% (6)	56,25% (18)	37,5% (12)
16	81	34,38% (11)	34,38% (11)	0% (0)
17	66	75% (24)	75% (24)	0% (0)
18	78	9,38% (3)	9,38% (3)	0% (0)
19	71	50% (16)	25% (8)	25% (8)
20	73	18,75% (6)	15,63% (5)	3,12% (1)

Legenda: Azul – Pacientes com melhora do quadro funcional; Rosa – Pacientes com declínio do quadro funcional; Verde – Pacientes com scores iguais em ambas avaliações

Resultado esse, considerado estatisticamente significativo no score total ( $p<0,05$ ). As pontuações de cada domínio e score final podem ser visualizados na Tabela 4.

**Tabela 4 - Scores da PERME**

Domínios	Total Inicial	Total Final
<b>Estado Mental</b>	2,3±0,98	2,6±0,8
<b>Barreiras</b>	2,0±0,9	2,7±0,8*
<b>Força</b>	2,5±1,6	3,0±1,4
<b>Mobilidade</b>	2,1±2,6	4,3±2,4*
<b>Transferência</b>	1,2±2,8	4,3±4,1*
<b>Marcha</b>	0,2±0,7	1,3±1,5*
<b>Endurance</b>	0,0±0,0	0,5±0,9*
<b>Score Total</b>	9,4±7,1	17,5±9,1*

Nota: \*diferença estatística entre pontuação inicial e final  $<0,05$ .

Fonte: Dos autores, 2023.

Por fim, quando relacionamos os desfechos funcionais com a idade, sexo tempo de internamento

e tipo de diagnóstico clínico, não obtivemos resultados significativos.

## Discussão

Os resultados desse estudo quanto aos scores totais no dia da alta, referente aos 18 participantes que obtiveram melhora da CF, vão de encontro aos estudos de Barata e Silva [11], que perceberam aumento da funcionalidade quando comparada ao momento da admissão com o de alta, e também ao estudo de Lima [12], que utilizou a escala PERME para avaliação de pacientes internados na UTI e verificou associação da mobilidade com a evolução clínica dos pacientes de forma significativa nos subdomínios e escores gerais.

Referente a população, obteve-se a prevalência do sexo masculino, igualando- se a outros estudos, como por Nascimento Calles et al. [13], Mondadori et al. [14], Favarin et al. [15], resultando

no contrário do estudo de Mendes da Costa et al. [16], onde a prevalência de amostras caracterizou-se pelo sexo feminino.

Em relação à idade, a média e a caracterização das amostras encontradas, se assemelham à estudos desenvolvidos por Nascimento Calles et al. [13], onde foi encontrada média entre 54,4 anos, seguido de Rocha [17], que caracteriza maior demanda de pacientes idosos na UTI e Pauletti et al. [18], onde a média de idade variou-se de 20 a 60 anos, obtendo-se prevalência de pacientes com idade superior a 60 anos, resultado o qual se equivale ao desse presente estudo, onde é vista maior prevalência de admissão de pacientes acima dos 60 anos.

Quanto ao tempo de internamento, os resultados se assemelham à um estudo de Abelha et al. [19], onde a média de internamento foi de 4,09 dias, que pode levar à uma das justificativas do não declínio de CF, uma vez que são considerados curtos períodos de tempo para uma alteração significativa de funcionalidade, dado que se assemelha ao estudo de Mendes da costa et al. [16], o qual chegou à conclusão de que pacientes com tempo de internamento superior a 7 dias não apresentam alteração da independência funcional.

Os pacientes caracterizados pela necessidade de ventilação mecânica invasiva faziam parte do grupo de pacientes cirúrgicos, os quais adentraram na UTI já em VMI, onde permaneciam poucas horas com esse recurso, dado que se assemelha ao achado de Da Silva [20], que observou a admissão de pacientes cirúrgicos que permaneceram entubados por pelo menos 24 horas após admissão na UTI.

O estudo de Nakano et. al, [21], obteve prevalência do sexo masculino, com 10 amostras, e 8 do sexo feminino, com idades entre 44 a 92 anos, com média de 61,61 anos e tempo de internamento de 2 a 52 dias, com média de 11,3 dias, resultado esse que se assemelha ao obtido pelo presente trabalho.

Já como diagnósticos clínicos, o presente estudo se assemelha a pesquisa de Favarin et. al. [15] sobre o perfil dos pacientes internados na UTI, onde, onde foram encontrados resultados com

prevalência do sexo masculino, seguido de 16 a 80 anos, um tempo de internamento de média de 14 dias.

O estudo de Souza, et al. [22], mostrou que a funcionalidade apresentou associação significativa com a faixa etária dos participantes, sendo caracterizada por maior perda funcional entre pacientes de 60 a 80 anos, resultado esse que se assemelha ao presente estudo, onde observou-se declínio na capacidade funcional de 3 amostras, as quais eram caracterizadas por possuírem idade superior a 70 anos. Vinculando-se também a pesquisa de Pereira, et al. [23], onde consta em seu estudo sobre funcionalidade global de pacientes idosos hospitalizados que quanto maior a idade, maior a perca de funcionalidade.

Essa pesquisa teve como limitações o curto período de tempo em que foi desenvolvida e aplicada, sem contar com os diferentes tipos de tratamento fisioterapêuticos elaborados pela equipe da fisioterapia do Hospital São Francisco.

Com base nisso, conclui-se que esse estudo pode ser continuado através de novas pesquisas com essa temática, visando no aprofundamento através de um maior período de desenvolvimento, afim de obter maiores dados em relação a funcionalidade dos pacientes internados na UTI e, consequentemente, visando na diminuição de internações hospitalares, o que irá contribuir para a geração de fluxo e diminuição de custos para a saúde pública.

## Conclusão

Houveram resultados positivos em relação a funcionalidade, onde a maioria dos pacientes obteve melhora da capacidade funcional no momento de alta, comparado ao momento de admissão.

Diferente do que se é imaginado culturalmente, a unidade de terapia intensiva não é um ambiente onde os pacientes possuem mais perdas do que ganhos.

**Conflitos de interesse**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

**Fontes de financiamento**

Não houve financiamento.

**Contribuição dos autores**

*Concepção e desenho da pesquisa: Alves AJ, Trentini SC, Borgheti A, Silva TM, Fuchter AC, Bortot FF, Prigol JC, Cecatto V; Coleta de dados: Alves AJ, Trentini SC, Borgheti A, Silva TM, Fuchter AC, Bortot FF, Prigol JC, Cecatto V; Análise e interpretação dos dados: Alves AJ, Silva TM, Fuchter AC, Bortot FF, Prigol JC, Cecatto V; Análise estatística: Alves AJ, Silva TM, Fuchter AC, Bortot FF, Prigol JC, Cecatto V; Redação do manuscrito: Alves AJ, Trentini SC, Borgheti A; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Alves AJ, Trentini SC, Borgheti A, Silva TM, Fuchter AC, Bortot FF, Prigol JC, Cecatto V.*

**Referências**

1. Neto ABA, Evangelista DTO, Tsuda FC, Piccinin MJ, Roquejani AC, Kosour C. Percepção dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva em relação à atuação da fisioterapia e à identificação de suas necessidades. *Fisioter Pesqui*. 2012.
2. Alencar LRR, Andrade FCB. Redução das complicações do imobilismo no paciente acamado através da atuação multiprofissional: projeto de intervenção. Universidade Federal do Piauí (UFPI).
3. França EET, Ferrari F, Fernandes P, Cavalcanti R, Duarte A, Martinez BP, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012.
4. Oliveira EK, Silva VZM, Turquentto ALR. Relação do teste de caminhada pós-operatório e função pulmonar com o tempo de internação da cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2009.
5. Borges VM, Oliveira LRC, Peixoto E, Carvalho NAA. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(4):446-52.
6. Sarmento GJV. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas. 2 ed. São Paulo: EdManole; 2007.
7. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med*. 2011.
8. Wiethan JRV, Soares JC, Souza JA. Evaluation of functionality and quality of life in critical patients: case series report. *Acta Fisiátr*. 2017;24(1):7–12. doi:10.5935/0104-7795.20170002.
9. Gordis L. Epidemiology. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004.
10. Kawaguchi YM, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2016;42(6):429-34. doi:10.1590/S1806-37562015000000301
11. Barata V, Silva W. Avaliação da capacidade funcional para atividades da vida diária em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16:214.
12. Lima EA, Silva PF, Sousa AS, Araújo MC, Ribeiro AM, Oliveira Y, et al. Mobility and clinical outcome of patients admitted to an intensive care unit. *Fisioter Mov*. 2020.

- 13.** Nascimento Calles D, et al. O impacto da hospitalização na funcionalidade e na força muscular após internamento em unidade de terapia intensiva. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*. 2017;5(3):67-76.
- 14.** Mondadori RG, Silva VM, Souza PM. Humanização da fisioterapia em UTI adulto. *Fisioter Pesqui*. 2016.
- 15.** Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):320-9.
- 16.** Mendes da Costa D, et al. Avaliação da funcionalidade motora em pacientes com tempo prolongado de internação. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2014.
- 17.** Rocha MS, Caetano JA, Soares E, Medeiros FL. Caracterização da população atendida em Unidade de Terapia Intensiva: subsídio para a assistência. *Rev Enferm UERJ*. 2007.
- 18.** Pauletti M, Otaviano MLPO, Moraes AST, Schneider DS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. *Aletheia*. 2017.
- 19.** Abelha FJ, et al. Mortalidade e o tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva cirúrgica. *Rev Bras Anestesiol*. 2006;56(1):34-45.
- 20.** Da Silva JM. Impacto da assistência fisioterapêutica em unidade de terapia intensiva no tempo de ventilação mecânica, tempo de internação e custos do paciente cirúrgico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.
- 21.** Nakano SC, Safatle FN, Moock M. Análise crítica dos pacientes cirúrgicos internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(3).
- 22.** Souza DGR, Doná F, Dias VN, Maia DAR, Lemos NFD, Gazzola JM. Análise da funcionalidade de idosos hospitalizados em uma enfermaria de clínica médica. *Rev Kairós-Gerontologia*. 2018;21(2):73-89.
- 23.** Pereira EDB, Souza ABF, Carneiro SR, Sarges SNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.