




## PERFIL CLÍNICO E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE APÓS ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

 <https://doi.org/10.56238/levv15n41-106>

Data de submissão: 30/09/2024

Data de publicação: 30/10/2024

### **Amanda da Silva Secchin**

Graduada em Fisioterapia pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Pós-Graduada em Fisioterapia Musculoesquelética e Desportiva no Centro Universitário Salesiano – UNISALES  
E-mail: amandasecchin@gmail.com

### **Gabriel Rodrigues Rocha**

Graduado em Fisioterapia pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Pós-Graduando em Fisioterapia Traumatológica e Desportiva de Resultado pela Anhanguera  
E-mail: 98gabrielrr@gmail.com

### **Rafael Silva Rosa**

Graduado em Fisioterapia pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Pós-Graduando em Terapia Intensiva Adulta e Neonatal pela EMESCAM  
E-mail: rafinha.srosa@outlook.com

### **Ramon da Silva Pereira**

Graduado em Fisioterapia pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES  
E-mail: ramonemescam@hotmail.com

### **Letícia Guimarães Peyneau**

Graduada em Fisioterapia  
Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local  
Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediatria, Pneumo-Funcional e Docência Superior  
E-mail: leticiapeyneau@emescam.br

## **RESUMO**

**Introdução:** A Unidade de Terapia Intensiva é um local destinado ao tratamento de pacientes críticos e recuperáveis. Estudos mostram que há alguma alteração na funcionalidade dos indivíduos a cada dia de internação, ocasionada pela imobilidade. No entanto, esta condição pode ser reversível com cuidados adequados à condição e necessidades de cada paciente, sendo importante a mobilização precoce. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico e a funcionalidade dos pacientes após alta da UTI adulto do HSCMV. **Métodos:** Estudo descritivo com delineamento transversal, realizado nas enfermarias do HSCMV com amostra de conveniência, onde foram coletados dados relacionados ao perfil clínico por meio de um formulário com ênfase em diagnóstico clínico e tempo de permanência na UTI em dias. Considerando que possuem diversos instrumentos que auxiliam na avaliação da funcionalidade do paciente crítico, foram selecionadas para avaliação funcional as escalas Physical Function in Intensive Care (PFIT), Medical Research Council (MRC) e Berg Balance Scale (BBE). **Resultados:** Foram



incluídos no estudo 87 participantes, sendo 51,7% foram do sexo feminino e as condições clínicas mais frequentes foram relacionadas ao aparelho circulatório. Nas avaliações, a maioria dos indivíduos apresentou funcionalidade alterada; por outro lado, a maior parte da amostra apresentou força normal e bom equilíbrio. Conclusão: A partir dos resultados encontrados neste estudo, observou-se que os pacientes avaliados apresentaram redução da funcionalidade, mantendo a força muscular e o equilíbrio.

**Palavras-chave:** Unidades de Terapia Intensiva. Modalidades de Fisioterapia. Desempenho Físico Funcional. Estado Funcional.

## 1 INTRODUÇÃO

Entende-se que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local com infraestrutura especializada, contando com assistência assídua de profissionais da saúde e tecnologia de ponta que auxiliam nas intervenções de situações de urgência e emergência para pacientes em estado crítico e recuperável necessitando de assistência contínua (OLIVEIRA, 2018). Uma internação prolongada pode resultar em impactos tanto na funcionalidade quanto na prática das atividades de vida diárias (AVDs), causados pela diminuição da força muscular, assim como diminuição da resistência, coordenação muscular e equilíbrio (VESZ *et al.*, 2018).

Dados obtidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo-SESA (2020), revelam que as internações hospitalares entre os meses de janeiro a novembro de 2019 obtiveram um aumento de 20,51% em relação ao mesmo período do ano de 2018, um total de 22.249 mil internações a mais. A variação em relação ao número de pacientes (dia) também apresentou um aumento (15,56%), assim como a taxa de ocupação hospitalar (9,28%). No entanto, a duração média da internação hospitalar (dias) alcançou uma redução na variação de -7,02%, onde em 2018 era de 10,51 dias passando para 9,82 dias em 2019. Esses dados podem ser indicativos de uma melhora na eficiência da rede hospitalar capixaba juntamente com a qualidade na assistência, e da diminuição significativa das infecções hospitalares (-29,91%) e infecções de dispositivos invasivos (-24,86%).

De acordo com Schujmann *et al.* (2021), as consequências dessas internações podem ser reduzidas em meio a um ambiente mais preparado, com cuidados especializados, além de intervenções fisioterapêuticas como a mobilização precoce. É o que se estabelece na Resolução Nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020 (2020), que remete ao ambiente de cuidados de alta complexidade, devendo cumprir as normas de ambiência e estrutura física, além de contar com uma equipe médica com atenção profissional especializada e contínua, com materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, à monitorização e à terapia. Mas para se ter bons resultados deve-se contar com uma equipe multiprofissional adequada, na qual envolve um trabalho integral, intenso e diurno de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, devendo estar acessíveis outros profissionais quando assim for necessário.

A funcionalidade se relaciona à função do corpo, atividade e participação, que juntamente com a incapacidade interagem de forma dinâmica entre as condições de saúde como doenças, traumas, lesões ou distúrbios e os fatores contextuais como fatores pessoais e ambientais (SAMPAIO; LUZ, 2009). O paciente crítico deve ser olhado como um todo, tendo uma abordagem biopsicossocial, a fim de garantir o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença. Com isso, se torna importante a compreensão do comprometimento físico e funcional a curto e longo prazo causado pelo tempo de internação, que, conseqüentemente, leva a diminuição da funcionalidade, força e resistência muscular, e maior dependência funcional, que afeta diretamente a qualidade de vida.

Chamar atenção para os cuidados adequados desses pacientes na internação busca melhorar sua funcionalidade na alta, em que, conseqüentemente, contribuirá na manutenção da qualidade de vida reduzindo as complicações a longo prazo.

Diante do exposto, considerando que o perfil clínico se relaciona diretamente com a funcionalidade dos pacientes após alta da UTI, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico e a funcionalidade dos pacientes após alta da Unidade de Terapia Intensiva adulta do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal realizado nas enfermarias do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Com uma amostra de conveniência, sendo composta por pacientes que estiveram internados na UTI do HSCMV, e encaminhados para as enfermarias do respectivo hospital.

Os critérios que incluíram no estudo foram pacientes adultos de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 18 anos, que foram submetidos a cuidados intensivos e com tempo de internação igual ou superior a 24h. Foram excluídos os participantes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pacientes com doenças neuromusculares ou comprometimento funcional prévio à internação, e pacientes com déficit cognitivo.

O presente estudo fez parte de um projeto guarda-chuva intitulado “Avaliação da funcionalidade dos pacientes da UTI adulta de um Hospital Filantrópico da Cidade de Vitória”, realizado pelos mesmos pesquisadores e aprovado pelo comitê de ética da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, sob número nº 5.151.907, em que foi respeitado as normas estabelecidas na resolução 466/12.

O protocolo de coleta de dados foi realizado pelos graduandos em fisioterapia da EMESCAM através da abordagem e avaliação dos pacientes nas enfermarias após alta da UTI do HSCMV. A relação dos pacientes que recebiam alta da UTI para as enfermarias era obtida semanalmente através de comunicação com o Núcleo Interno de Regulação do HSCMV. Em posse da relação, por meio do prontuário eletrônico acessado através da plataforma *SoulMV*, foram verificados os pacientes nas enfermarias e seus respectivos leitos.

Cada paciente identificado no prontuário foi abordado e convidado a participar, sendo explicado os objetivos e procedimentos, assim como os benefícios da pesquisa. Ao aceitar, era entregue o TCLE, que, após leitura e assinatura em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e a outra ao paciente, seguia com a identificação, caracterizando-os com diagnóstico clínico e o tempo em que se encontraram internados na UTI. Após entrevista com o paciente ou seu responsável, os dados clínicos

coletados foram expostos em uma ficha, contendo o nome, idade, gênero, diagnóstico clínico e o tempo de internação na UTI em dias.

Após a caracterização do perfil clínico, as escalas *Physical Function In Intensive Care* (PFIT), *Medical Research Council* (MRC) e *Berg Balance Scale* (BBS) foram aplicadas para a avaliação da funcionalidade, força, resistência muscular e equilíbrio.

A PFIT foi aplicada para avaliação do estado de mobilidade dos pacientes, no intuito de fornecer informações sobre as habilidades funcionais dos pacientes após a internação, indicando o grau de funcionalidade e independência através da análise de atividades como ficar sentado com ou sem ajuda, marcha estática em número de passos, além da força de flexores de ombro e extensores de joelho, sendo cada item graduado de 0 a 3, e somados ao final, resultando em funcionalidade alterada aqueles que obtiveram pontuação inferior a 12 pontos.

A força muscular foi mensurada com a aplicação da escala MRC, que avalia bilateralmente a força de abdução do ombro, flexão de cotovelo, extensão de punho, flexão de quadril, extensão de joelho e dorsiflexão de tornozelo, graduadas de 0 a 5, sendo 0 para paralisia completa e 5 para força normal. Em seguida, as pontuações foram somadas e classificadas em tetraparesia completa (0), fraqueza severa (1-36), fraqueza significativa (37-49) e força normal (acima de 49).

E BBS, aplicada com o intuito de avaliar equilíbrio estático e dinâmico através de 14 itens específicos pontuados de 0 a 4, com 0 representando incapacidade de completar a tarefa e 4 com capacidade independente de concluir a mesma. A pontuação máxima possível é de 56 pontos sendo de 0 a 20 prejuízo do equilíbrio, 21 a 40 equilíbrio aceitável e 41 a 56 bom equilíbrio.

A análise de dados foi de forma descritiva para as variáveis de natureza qualitativa, analisadas por meio de frequências e percentuais, e as quantitativas por meio de medidas de resumo de dados como média, desvio padrão, mediana, e intervalo interquartil. Os dados obtidos foram tabulados em planilha do *Software Microsoft Excel*.

### **3 RESULTADOS**

Durante o período de fevereiro de 2022 a março de 2023, foram abordados 155 pacientes nas enfermarias do HSCMV. Destes, 34 recusaram participar, 16 foram excluídos, 6 não puderam realizar no momento da abordagem – motivo de alta no momento da avaliação ou por analfabetismo e/ou sem acompanhante, e outros 12 foram cortados por não terem realizado a escala de equilíbrio, pois foi acrescentada após início da coleta, visto a necessidade de se avaliar o equilíbrio. Portanto, foram incluídos 87 pacientes na amostra final.

Na Tabela 1 observa-se a caracterização da amostra em relação ao perfil clínico, em que houve um pequeno predomínio do sexo feminino (51,7%), com uma média de idade de 58,8 anos. O tempo médio de internação na UTI foi de 5 dias, sobressaindo como principal motivo de internação condições

de saúde relacionado ao sistema circulatório (28,7%), seguido do sistema imunológico (20,7%) e do sistema digestório (19,5%).

Tabela 1. Perfil Clínico.

Variável	n=87
Idade (em anos)	58,8 ± 16,4 <sup>a</sup>
Tempo de internação na UTI (em dias)	5 ± 3,6 <sup>a</sup>
Gênero, n (%)	
Feminino	45 (51,7)
Masculino	42 (48,3)
Categoria Diagnóstico, n (%)	
Circulatório	25 (28,7)
Imunológico	18 (20,7)
Digestório	17 (19,5)
Respiratório	8 (9,2)
Reprodutor	3 (3,4)
Esquelético	2 (2,3)
Nervoso	4 (4,6)
Tegumentar	2 (2,3)

Média ± Desvio Padrão<sup>a</sup>

A funcionalidade avaliada com a escala *Physical Function Intensive Care* (PFIT), disposta na Tabela 2, demonstrou alteração funcional na maioria dos avaliados (75,9%).

Tabela 2. Classificação da escala *Physical Function Intensive Care*.

Variável	n=87
PFIT Total	8,6 ± 3,2 <sup>a</sup>
Classificação PFIT n (%)	
Funcionalidade Alterada	66 (75,9)
Funcionalidade Normal	21 (24,1)

Média ± Desvio Padrão<sup>a</sup>

A Tabela 3 demonstra o resultado da força muscular avaliada com a escala *Medical Research Council* (MRC), em que a maioria dos avaliados apresentou Força Normal (51,7%); seguido de Fraqueza Significativa (31%) e Fraqueza Severa (17,2%).

Tabela 3. Classificação da escala *Medical Research Council*.

Variável	n=87
MRC Total	50,3 ± 9,2 <sup>a</sup>
Classificação da força muscular periférica n (%)	
Tetraparesia Completa	0 (0)
Fraqueza Severa	15 (17,2)
Fraqueza Significativa	27 (31)
Força Normal	45 (51,7)

Média ± Desvio Padrão<sup>a</sup>

Na Tabela 4 encontramos a classificação da *Berg Balance Scale* (BBS), em que demonstra Bom Equilíbrio em grande parte dos avaliados (65,5%).

Tabela 4. Classificação da *Berg Balance Scale*

Variável	n=87
BBS Total	40 ± 18,4 <sup>a</sup>
Classificação Berg n (%)	
Prejuízo do equilíbrio.	14 (16,1)
Equilíbrio aceitável	16 (18,4)
Bom equilíbrio.	57 (65,5)

Média ± Desvio Padrão<sup>a</sup>

## 4 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou o perfil clínico, caracterizando-os em relação ao gênero, diagnóstico e o tempo de internação, e avaliou a funcionalidade dos pacientes que estiveram internados na UTI de um hospital Filantrópico da Grande Vitória. Os principais achados apresentam uma amostra bem dividida entre os dois gêneros, que juntos alcançaram uma média de idade de 58,8 anos. O principal motivo de internação na UTI esteve relacionado ao aparelho circulatório, e o tempo médio foi de 5 dias. A funcionalidade da maior parte dos pacientes se mostrou alterada, o que poderia ser visto de forma negativa, já que se relaciona diretamente com a mobilização precoce na preservação funcional dos pacientes.

A idade média dos pacientes deste estudo ficou dentro do apresentado na literatura, onde mostra uma predominância de pacientes com idade superior a 50 anos. Além disso, majoritariamente os leitos nas UTIs são ocupados por idosos com mais de 65 anos, e que isso pode ser associado a um tempo maior de internação e mortalidade (AGUIAR *et al.*, 2021). Outro fator de influência para esses achados, é a causa de internação ser principalmente relacionada as disfunções do sistema circulatório, em que as doenças cardiovasculares se apresentam como maior causa de internação (SILVA *et al.*, 2022), bem como diz o estudo de Oliveira *et al.* (2020), que apresenta dados importantes a respeito das disfunções do aparelho circulatório, mostrando que são as principais causas responsáveis por morbimortalidade no Brasil e com uma alta porcentagem de óbitos no país entre as doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

Através da escala PFIT que é amplamente utilizada, este estudo demonstrou que após alta da UTI houve alteração na funcionalidade de grande parte dos pacientes. A avaliação da força muscular e equilíbrio entrou como complemento à função dos participantes. No entanto, com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) podemos definir a funcionalidade como um conjunto de todas as funções corporais, atividade e participação do indivíduo, bem como relacionar a interação desses aspectos aos fatores ambientais, podendo prever se tal indivíduo é capaz de realizar as tarefas que necessita para ser considerado funcional (GALAVERNA; CARVALHO; DORNELAS, 2020).

Silva e Santos (2019) em sua coorte prospectiva, compararam a funcionalidade antes e depois da UTI em relação a velocidade de caminhada de 10m, onde constataram que pacientes com menos

tempo de internação tiveram menos prejuízo na velocidade da caminhada. E quando comparado a idade média do estudo, de 57,1 anos, o resultado da coorte prospectiva indicou prejuízo na funcionalidade. Aglawe, Agarwal e Sawant (2022) avaliaram o nível funcional de pacientes durante a internação na UTI e após a alta da UTI até o momento da alta hospitalar, em que utilizaram as escalas *Functional Status Score for the Intensive Care* (FSS-ICU), PFIT e *Functional Independence Measure* (FIM), e mesmo o estudo apresentando melhora gradativa, foi observado déficits funcionais em cada medida de desfecho, onde as escalas FSS-ICU e PFIT foram mais sensíveis ao identificar pontos em que os pacientes apresentaram limitações funcionais durante a internação, mostrando resultados semelhantes entre si.

O paciente intensivo pode apresentar redução na sua força e na massa muscular devido a múltiplos fatores, bem como o tempo de internação, idade e diagnóstico clínico. Essa pesquisa não teve como objetivo correlacionar a força com outras variáveis, no entanto, estudos apontam que essa redução da força frequentemente aparece como um distúrbio secundário a alguma condição (VANHOREBEEK; LATRÔNICO; BERGHE, 2020). Com uma semana na UTI o paciente já começa a expor declínio em sua força e na massa muscular, é o que diz o estudo de Doiron, Hoffmann e Beller (2018), e essa perda ocorre precocemente e de forma rápida na primeira semana naqueles pacientes acometidos por alguma condição crítica (MCWILLIAMS *et al.*, 2018). No entanto, houve preponderância de pacientes com força considerada normal no presente estudo, podendo ser um indicativo de que a fraqueza muscular não é uma questão que ocorre com frequência na UTI do hospital em que foi realizado a pesquisa. Além de que, a intervenção e união da equipe multiprofissional pode estar sendo eficaz dentro do setor crítico.

A escala de Berg utilizada na avaliação do equilíbrio dos pacientes é uma escala de alta validade e confiabilidade. Alguns fatores podem interferir no déficit de equilíbrio, no setor intensivo um desses fatores pode ser a força muscular. Neste estudo, a força e o equilíbrio apresentaram valores semelhantes, com maior porcentagem de preservação. Segundo Miranda-Cantellops e Tiu (2023), ter um bom equilíbrio contribui não somente com a habilidade de movimentar-se e deslocar-se fisicamente bem, mas com a realização das atividades de vida diária de forma eficiente e satisfatória, ou seja, prejuízo no equilíbrio conseqüentemente leva a um prejuízo na qualidade de vida, assim como no risco de quedas.

É importante considerar a funcionalidade além de força física e equilíbrio, embora sejam fatores contribuintes, pois estado funcional abrange uma ampla quantidade de capacidades e habilidades na realização de tarefas diárias e individuais.

A CIF foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de proporcionar uma linguagem unificada e padronizada para descrever o estado de saúde e funcionalidade dos indivíduos. Essa classificação é uma importante ferramenta para caracterizar



funcionalmente os pacientes no setor intensivo. Essa população geralmente sofre grandes déficits devido à gravidade da condição clínica e aos tratamentos invasivos. Além de identificar, compreender os impactos das alterações funcionais nas diferentes áreas da vida do paciente pode contribuir no desenvolvimento de planos de tratamento adequados e individualizados, objetivando sua recuperação a fim de reestabelecer o estado funcional normal, ou o mais próximo possível, no momento da alta hospitalar. Dessa forma, a CIF proporciona um olhar mais abrangente e integral do indivíduo, considerando não apenas a condição clínica, mas também os aspectos psicológicos, sociais e ambientais, que podem influenciar na funcionalidade (DANTAS *et al.*, 2020). De acordo com o estudo de Potter, Miller e Newman (2021), com os domínios da CIF foi possível observar o grau de envolvimento do paciente na mobilização precoce e como os fatores pessoais podem influenciar. Ou seja, a CIF pode auxiliar a identificar os fatores que afetam a capacidade e o envolvimento do paciente durante o atendimento, mostrando que aqueles mais motivados e em melhores condições físicas e contextuais aceitam melhor a abordagem precoce.

O atual estudo busca destacar a importância da mobilização precoce no paciente crítico, levando em consideração que a força e o equilíbrio estão incluídos dentro dos aspectos determinantes para a funcionalidade após alta da UTI, que conseqüentemente contribui com uma boa qualidade de vida. De acordo com Fuke *et al.* (2018), realizar a reabilitação precoce na UTI melhora significativamente a função física do paciente crítico. Hodgson *et al.* (2021) ainda ressalta sobre diretrizes internacionais que fazem a recomendação da mobilização e reabilitação precoce na UTI. O estudo de Aquim *et al.* (2019) aborda questões importantes a respeito da mobilização precoce, onde além de recomendar o tipo e recurso, como o ciclo ergômetro, diz que os eventos adversos não são frequentes e graves, sendo seguro realizar desde que respeite as contra-indicações existentes. Ademais, a mobilização precoce está associada a bons resultados funcionais e redução da mortalidade.

Dentre as limitações deste estudo, há de se destacar a impossibilidade de se estabelecer uma relação causal, por se tratar de um estudo transversal; e, outro fator limitante foram as avaliações serem realizadas por três avaliadores diferentes.

## 5 CONCLUSÃO

Com os achados desse estudo, observamos que os pacientes avaliados apresentaram redução da funcionalidade, mas mantiveram de forma significativa a força muscular e o equilíbrio, isso pode indicar que outras áreas da funcionalidade podem ter sido afetadas. Logo, podemos prever a respeito de demais escalas, classificações e/ou questionários, pois a capacidade de realizar atividades funcionais é resultado de combinações como força, resistência, flexibilidade, coordenação, condicionamento físico, além do fator psicossocial.



Sugere-se que a avaliação da funcionalidade englobe os impactos nas atividades diárias, na participação social e conseqüentemente, na qualidade de vida. E através desse olhar, enfatizar a mobilização precoce como uma estratégia importante para alcançar os objetivos e reduzir as complicações relacionadas à imobilidade prolongada.



## REFERÊNCIAS

- AGLAWÉ, D. R.; AGARWAL, B. M.; SAWANT, B. D. Physical Function in Critically Ill Patients during the Duration of ICU and Hospital Admission. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 314-318, mar. 2022.
- AGUIAR, L. M. M. *et al.* Perfil das unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 624-634, out./dez. 2021.
- AQUIM, E. E. *et al.* Diretrizes brasileiras de mobilização precoce em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 434-443, out./dez. 2019.
- BRASIL. Diário Oficial da União. Resolução Nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Brasília: Diário Oficial da União, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>. Acesso em: 30 mar. 2022.
- DANTAS, D. S., *et al.* Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. *Physical Therapy in movement*, [S.l.], v. 33, p. 1-9, 2020.
- DOIRON, K. A.; HOFFMANN, T. C.; BELLER, E. M. Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Eficiência na gestão de leitos. Vitória, ES: SESA, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/eficiencia-na-gestao-de-leitos-fazaumentar-internacoes-em-2019>. Acesso em: 16 mai. 2021.
- FUKE, R. *et al.* Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, [S.l.], v. 8, n. 5, p. 1-10, may. 2018.
- GALAVERNA, L. S.; CARVALHO, E. M.; DORNELAS, L. F. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Unidade de Terapia Intensiva: Proposta de avaliação fisioterapêutica. *Revista Conexão Ciência*, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 10-19, 2020.
- HODGSON, C. L. *et al.* Ten strategies to optimize early mobilization and rehabilitation in intensive care. *Critical Care*, [S.l.], v. 25, p. 2-4, sep. 2021.
- MCWILLIAMS, D. *et al.* Earlier and Enhanced rehabilitation of mechanically ventilated patients in critical care: a feasibility randomised controlled trial. *Journal of Critical Care*, [S.l.], v. 44, p. 407-412, apr. 2018.
- MIRANDA-CANTELLOPS, N.; TIU, T. K. Berg Balance Testing. *StatPearls*, Treasure Island (FL), jan. 2023.
- OLIVEIRA, E. Terapia intensiva: práticas na atuação da enfermagem. In: estrutura e organização. 1ed. São Paulo, 2018. Cap. 1, p. 15-16.
- OLIVEIRA, S. G. D. *et al.* Doenças do aparelho circulatório no Brasil de acordo com dados do Datasus: um estudo no período de 2013 a 2018. *Brazilian Journal of Health Review*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 832-846, 2020.



POTTER, K.; MILLER, S.; NEWMAN, S. Patient-Level Barriers and facilitators to early mobilization and the relationship with physical disability post-intensive care: part 2 of an integrative review through the lens of the world health organization International classification of functioning, disability, and health. *Dimensions of Critical Care Nursing, [S.l.]*, v. 40, n. 3, p. 164-173, may./jun. 2021.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 23, n. 3, p. 475-483, mar. 2009.

SCHUJMANN, D. S. *et al.* Fatores associados com o declínio funcional em uma unidade de terapia intensiva: estudo prospectivo sobre o nível de atividade física e os fatores clínicos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, [S.l.]*, v. 33, n. 04, p. 565-571, 2021.

SILVA, M. V. B. *et al.* Caracterização do perfil epidemiológico da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: um estudo descritivo. *Enfermagem Brasil, [S.l.]*, v. 21, n. 2, p. 154-165, 2022.

SILVA, P. B; SANTOS, L. J. Patient functionality and walking speed after discharge from the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Canoas*, v. 31, n. 4, p. 529-535, oct./dec. 2019.

VANHOREBEEK, I.; LATRÔNICO, N.; BERGHE, G. V. ICU-acquired weakness. *Intensive Care Medicine, [S.l.]*, v. 46, n. 4, p. 637-653, apr. 2020.

VESZ, P. S. *et al.* Impact of mechanical ventilation on quality of life and functional status after ICU discharge: A cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira, [S.l.]*, v. 64, n. 1, p. 47-53, jan. 2018.