

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

LAYS MOREIRA SILVA
MARIA IRENY FERREIRA

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PELA FSS-ICU NA ALTA DA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

UBERLÂNDIA- MINAS GERAIS

2019

LAYS MOREIRA SILVA
MARIA IRENY FERREIRA

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PELA FSS-ICU NA ALTA DA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Fisioterapia, para a obtenção do título
de Bacharel em Fisioterapia sob a orientação da
Prof.^a Dr.^a Eliane Maria de Carvalho.

Uberlândia

2019

Categoria do artigo - Artigo Original

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PELA FSS-ICU NA ALTA DA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

FSS-ICU FUNCTIONALITY ASSESSMENT AT HIGH INTENSIVE THERAPY UNIT

Maria Ireny Ferreira¹, Lays Moreira Silva¹, Camila Mato Lisboa², Fábria Diniz Silva², Eliane Maria Carvalho²

¹Graduando do Curso de Bacharel em Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Campus Uberlândia.

²Residente de Fisioterapia na Atenção ao Paciente em Estado Crítico na Universidade Federal de Uberlândia.

²Fisioterapeuta Doutora do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

²Prof^ª Dr^ª do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da UFU, Campus Uberlândia.

Autor Correspondente: Eliane Maria de Carvalho, Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Rua Benjamin Constant n.º 1286 – Bairro Aparecida. CEP: 38400-678 Uberlândia - MG, Brasil.

E-mail: elianemc@ufu.br. Tel: (+55-34) 32182966.

RESUMO

Introdução: Pacientes críticos progridem com fraqueza muscular e comprometimentos funcionais, sendo necessário o uso de ferramentas para mensurar a capacidade funcional por meio da execução de tarefas básicas. A Escala de Estado Funcional para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (Functional Status Score for the Intensive Care Unit – FSS-ICU) é de fácil aplicabilidade e fornece parâmetros essenciais para a reabilitação. É uma escala ordinal de oito pontos, variando de zero (totalmente incapaz de realizar) até sete pontos (totalmente independente). **Objetivo:** Avaliar a funcionalidade dos pacientes pós alta da UTI por meio da escala Estado Funcional para UTI e correlacioná-la às variáveis tempo de sedação, de ventilação e de IOT, bem como o desfecho final. **Métodos:** Foram avaliados 42 pacientes internados na UTI do HC-UFU que ficaram sob Ventilação mecânica (VM) por mais de 48 horas e foram separados pelo valor da FSS-ICU em grupo A maior que 19 e grupo B menor que 19 pontos. No dia da alta da UTI foi aplicada a escala de Jonghe e em seguida foi aplicada a escala FSS-ICU. **Resultados:** Quarenta e dois pacientes fizeram parte do estudo, sendo 29 homens e 13 mulheres, todos com média de idade de 47,05 ($\pm 17,43$) anos. E os valores encontrados no grupo A e B foram: FSS-ICU total ($7,08 \pm 5,96$ e $28,11 \pm 5,71$, $p=0,000$), SAPS (%) (45,1 e 36,8, $p=0,266$), VM ($16,75 \pm 11,45$ e $7,22 \pm 4,75$, $p=0,001$) dias, IOT ($12,25 \pm 7,28$ e $6,83 \pm 4,34$, $p=0,007$) dias, Sedação ($12,75 \pm 9,20$ e $6,22 \pm 3,90$, $p=0,007$) dias. **Conclusão:** Pacientes que tiveram maior tempo de sedação, VM e dias de IOT, apresentaram grau de funcionalidade motora menor avaliada pela FSS-ICU comparados aos pacientes que permaneceram menor tempo sedado e em VM e que obtiveram alta mais rápido da UTI.

Palavras-chave: Escala, Unidade de Terapia Intensiva, Classificação Internacional de Funcionalidade, Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Critical patients progress with muscle weakness and functional impairment, requiring the use of tools to measure functional capacity by performing basic tasks. The Intensive Care Unit Functional Status Scale (ICU) (Intensive Care Unit Functional Status Score - ICU-FSS) is easy to apply and specific to rehabilitation. An ordinal scale of eight points, ranging from zero (totally unable to perform) to seven points (fully independent).

Objective: To analyze ICU post-discharge patient functionality through the ICU Functional Status scale and to correlate with variations in sedation, ventilation and OTI time, as well as the final outcome.

Methods: We selected 42 patients admitted to the IC-UFU ICU who were under mechanical ventilation (MV) for more than 48 hours and were separated by the FSS-ICU value in group A greater than 19 and group B less than 19 points. No day of ICU discharge was applied on a Jonghe scale and then on an FSS-ICU scale.

Results: Forty-two patients were part of the study, 29 men and 13 women, all with a mean age of 47.05 (\pm 17.43) years. The values found in group A and B were: total FSS-ICU (7.08 ± 5.96 and 28.11 ± 5.71 , $p = 0.000$), SAPS (%) (45.1 and 36.8, $p = 0.266$), MV (16.75 ± 11.45 and 7.22 ± 4.75 , $p = 0.001$) days, IOT (12.25 ± 7.28 and 6.83 ± 4.34 , $p = 0.007$) days, Sedation (12.75 ± 9.20 and 6.22 ± 3.90 , $p = 0.007$) days.

Conclusion: Patients who had longer sedation time, MV and IOT days, lower levels of functionality assessed by FSS-ICU compared to patients who maintained shorter sedated and MV time and who obtained faster ICU.

Key Words: Scale, Intensive Care Units, International Classification of Functioning, physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) abrange pacientes criticamente enfermos, que necessitam de monitorização contínua e equipe multiprofissional habilitada pois a gravidade requer internação prolongada, e muitas vezes leva à imobilização no leito (MARTINEZ, B., et al., 2013) associado a necessidade de suporte ventilatório, proporcionando prejuízos funcionais, podendo ser respiratórios, cardiovasculares, nervosos, musculares e esqueléticos. (MARTINS; ALVES, 2015).

Como danos musculoesqueléticos, citamos a redução da força muscular, da extensibilidade, capacidade e velocidade de contração, resistência e atrofia muscular, além de desmineralização óssea, acarretando em déficit de equilíbrio e redução da eficácia para realizar exercícios (MARTINEZ, B., et al., 2013). Já a ventilação mecânica (VM) prolongada pode causar fraqueza dos músculos respiratórios, causando perda da qualidade de vida e funcionalidade. (CASTRO. I., 2013)

A associação da fraqueza muscular respiratória e periférica com a VM, o tempo de internação e a sedação podem aumentar a mortalidade e redução da funcionalidade. (PARRY; HUANG; NEEDHAN, 2017)

A funcionalidade é apresentada pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), como um estado de saúde que verifica o que uma pessoa é capaz ou não de realizar, considerando as funções dos órgãos, sistemas e estruturas corporais. (FARIAS; BUCHALLA, 2005) Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define funcionalidade como uma interação entre três aspectos distintos, sendo eles, função e estrutura corporal (fisiológico e anatômico), atividades (capacidade de realização de tarefas em ambientes determinados) e participação (na vida diária). (OMS,2002; PARRY; HUANG; NEEDHAM, 2017)

A capacidade funcional é indispensável para que o paciente consiga viver de forma independente, ou seja, realize de maneira efetiva atividades físicas e mentais para manutenção de suas necessidades básicas, por esta razão, não deve-se atribuir tamanha importância à morbidade, e sim proporcionar ao paciente uma maior funcionalidade e autonomia, pois são determinantes para a qualidade de vida pós alta. (DE ALENCAR, M. et al., 2017). A mobilidade demonstra benefícios, principalmente quando iniciada precocemente, uma vez que, postergar o início da mobilização agrava o déficit funcional do paciente, sendo que esta dispõe da capacidade de reparar a perda funcional, mas algumas vezes, é iniciada após a alta da unidade. (SILVA AP. et al., 2010)

Pacientes críticos progridem com fraqueza muscular e comprometimentos funcionais, fazendo-se necessário o uso de ferramentas para mensurar categoricamente a capacidade do paciente em executar tarefas básicas. Tais dados funcionais são benéficos para definição de estratégias de reabilitação. Para avaliar a funcionalidade dos pacientes pós alta da Unidade, utilizamos a Escala de Estado Funcional para UTI (Functional Status Score for the Intensive Care Unit – FSS-ICU) sendo esta uma escala ordinal de oito pontos, variando de zero (totalmente incapaz de realizar) até sete pontos (totalmente independente), validada internacionalmente, possuindo o objetivo de verificar o desempenho físico do paciente internado na UTI por meio da realização de tarefas de funcionalidade como rolamento, transferir-se da posição supino para sentado, transferir-se da posição sentado para de pé, sentar-se à beira do leito, e caminhar. (SILVA, V.Z. et al., 2017)

Portanto, o objetivo da pesquisa foi avaliar a funcionalidade dos paciente pós alta da UTI por meio da Escala de Estado Funcional para UTI - Functional Status Score for the Intensive Care Unit – FSS-ICU) e correlacioná-la às variáveis tempo de sedação, de ventilação e de IOT, e diante disso, observar o desfecho final.

METODOLOGIA

Pesquisa com caráter observacional e desenvolvida de forma longitudinal, realizado no período de Maio a Julho de 2019 na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sob o número 2.707.990. Os familiares ou responsáveis dos pacientes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos na pesquisa, pacientes de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, que receberam alta da UTI pela equipe médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), pacientes que receberam VM por pelo menos 48 horas e que permaneceram na UTI por tempo superior ou igual a quatro dias. Além disso, para inclusão no estudo, era aplicada a escala de compreensão de Jonghe. Para inclusão era necessário um score de pelo menos três em cinco dos critérios: abra e feche seus olhos; olhe para mim; abra a boca e coloque a língua para fora; acene” sim” com a cabeça; levante as sobrancelhas quando eu contar até cinco. (JONGHE, B. et al. 2002)

Foram excluídos os pacientes com e lesão medular; com doenças neuromusculares prévias; com problemas ortopédicos (amputações e fraturas); com Escala de Coma de

Glasgow menor ou igual a 8; com instabilidade hemodinâmica (pressão arterial sistólica (PAS) <90 ou >160 mmHg, pressão arterial diastólica (PAD) <60 ou >110 mmHg, pressão artéria média (PAM)<60, frequência cardíaca (FC)>140 bpm, frequência respiratória (FR) > 35 rpm, temperatura corporal $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$, e paciente ou familiar que recusaram a assinar o TCLE.

Após a assinatura do TCLE pelo paciente ou responsável, foram coletados nos prontuários informações como idade, sexo, motivo da internação na UTI, o risco de morte admissional através do Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS) e medicamentos em uso (sedativos, bloqueador neuromuscular, drogas vasoativas).

No dia da alta clínica do paciente da UTI foi aplicada a escala FSS-ICU, para avaliação da funcionalidade dos pacientes, primeiramente o avaliador colocava a cama plana para realizar as transferências de posturas (rolar, transferência da posição supina para sentada, transferência da posição sentada para de pé, sentar na beira da cama), se necessário o avaliador auxiliava o paciente, segurando os dispositivos ou equipamentos médicos para a realização da tarefa proposta pela escala. Esta forma de auxílio do avaliador, não foi graduada como uma pontuação menor na escala. A graduação da escala foi baseada em apenas um avaliador que auxiliava ou supervisionava o paciente para cada tarefa proposta. Apenas, em casos específicos, como deambular permitiam dois avaliadores.

Para cada tarefa (rolar, transferência da posição supina para sentada, transferência da posição sentada para de pé, sentar na beira da cama e andar), os valores mínimo e máximo são 0 e 7. O “Valor Total” foi a soma das cinco tarefas, apresentando um valor mínimo e máximo de 0 e 35, onde escores mais elevados indicam uma funcionalidade física mais independente (Quadro 1). (DE ALENCAR, M. et al., 2017) Para a avaliação da funcionalidade, dividimos os pacientes em dois grupos, pacientes que apresentaram um score da FSS-ICU maior que 19 pontos (Grupo A>19), ou seja que apresentavam uma boa funcionalidade e um grupo que apresentaram score menor que 19 pontos (Grupo B<19), que representavam uma funcionalidade ruim, conforme desenvolvido por Thrush et al.¹²

Quadro 1: Escore da FSS-ICU.

Escore	Definição
0	Incapaz de tentar/concluir a tarefa completa por fraqueza
1	Dependência total
2	Assistência máxima (o paciente realiza $\leq 25\%$ do trabalho)
3	Assistência moderada (o paciente realiza 26% - 74 do trabalho)
4	Assistência mínima (o paciente realiza $\geq 75\%$ do trabalho)
5	Apenas supervisão
6	Independência modificada
7	Independência total

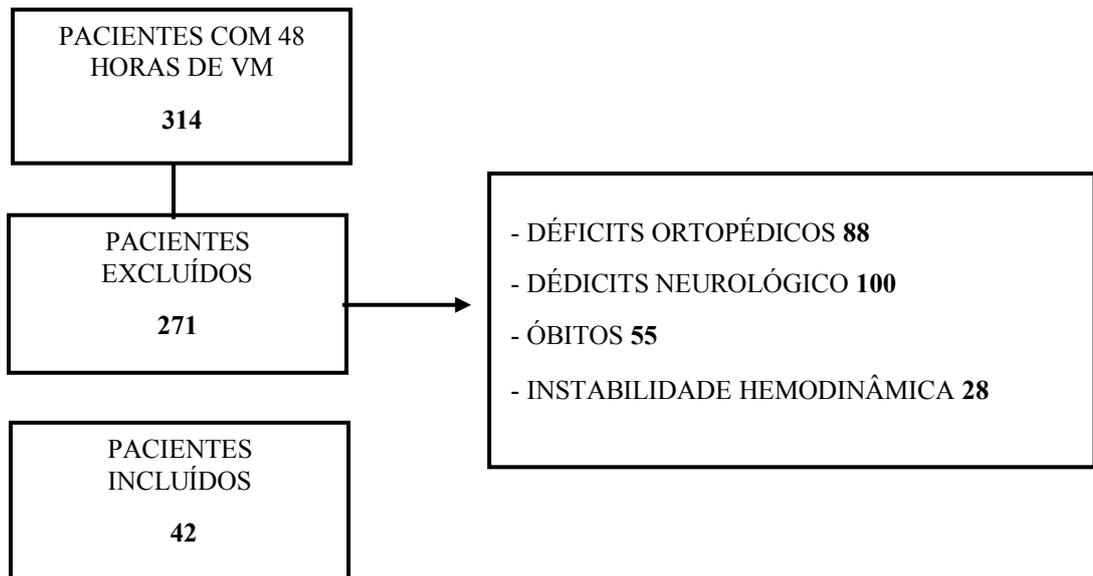
Foi acompanhado o desfecho da alta hospitalar, se foi de alta para casa com ou sem o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), ou se ficou em uma internação prolongada na enfermaria do hospital, que foi definida como trinta dias, de acordo com a portaria N° 312 do Ministério da Saúde ou óbito intra-hospitalar. (Brasil. Ministério da Saúde, 2002) O acompanhamento foi realizado diariamente pela pesquisadora.

Os dados foram coletados e tabulados em uma planilha do Excel e analisados pelo programa SPSS versão 22.0, onde as variáveis quantitativas foram apresentadas em medianas e intervalo interquartil e as qualitativas em frequências e porcentagens. O teste utilizado foi o teste Mann-Whitney, teste não paramétrico para a comparação entre grupos, sendo considerado significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

No período de maio a junho de 2019 foram avaliados 314 pacientes que receberam VM por mais de 48 horas, destes 271 apresentaram critérios de exclusão: 88 apresentaram déficits ortopédicos, 100 déficits neurológicos, 28 instabilidades hemodinâmica, 55 evoluíram para óbito. Dessa forma 42 pacientes preencheram todos os critérios de inclusão e completaram todo o protocolo (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma dos pacientes dos pacientes que receberam VM por tempo maior que 48 horas.



No que se refere ao perfil epidemiológico, 69% (29) dos pacientes eram homens e 31% (13) mulheres, a média de idade foi de 47,05 (\pm 17,43) e o risco de morte avaliado pelo Simplified Acute Physiology Score (SAPS) foi de 41,57%. Sobre o diagnóstico admissional dos pacientes, os dados estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Diagnóstico Admissional (N=42).

DIAGNÓSTICO	N	%
Traumatismo Cranioencefálico	14	33,33
Hematoma Subdural Agudo	2	4,76
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	3	7,14
Acidente Vascular Encefálico Isquêmico	1	2,38
Tumor Cerebral	1	2,38
Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo	1	2,38
Grande Queimado	1	2,38
Cetoacidose Diabética	2	4,76
Insuficiência Renal Crônica Agudizada	1	2,38
Bloqueio Atrioventricular Total	1	2,38
Abdômen Agudo Obstrutivo	2	4,76
Neoplasia Gástrica	1	2,38
Adenocarcinoma intestinal	1	2,38
Adenocarcinoma prostático	1	2,38
Ferimento por Arma de Fogo	2	4,76
Pancreatite	1	2,38
Cisto Coloide	1	2,38
Infecção odontogênica	1	2,38
Leishmaniose	1	2,38
Colite Ulcerativa	1	2,38
Cirurgia Ortognática	1	2,38

Legenda: N - frequência; % - porcentagem

Na tabela 2 está apresentada a caracterização funcional para cada atividade e porcentagem de ocorrência.

Tabela 2 – Caracterização funcional da amostra e desfecho (n=42). Dados expressos em média, desvio padrão e mediana.

Variáveis	Valores
Escala de JONGHE (valor de 3 a 5)	4,74 ± 0,66 (5)
Escala FSS – ICU	
FSS-ICU Rolar (valor de 0 a 7)	4,69 ± 2,46 (6)
FSS-ICU supina p/sentada (valor de 0 a 7)	3,81 ± 2,62 (3,5)
FSS-ICU sentada p/de pé (valor de 0 a 7)	2,36 ± 2,84 (0,5)
FSS-ICU sentar beira leito (valor de 0 a 7)	3,93 ± 3,18 (6)
FSS-ICU andar (valor de 0 a 7)	1,45 ± 2,55 (0)
FSS-ICU total (valor de 0 a 35)	16,10 ± 0,66 (16,5)
Desfecho	
Internação prolongada e óbito	1
Internação Prolongada e SAD	2
Transferência hospitalar	1
Alta hospitalar	35
Internação prolongada	3

A comparação dos resultados da escala de funcionalidade FSS-ICU com o risco de morte, dias de VM, dias de TOT, dias de sedação e dias de UTI, encontra-se na tabela abaixo (Tabela 3).

A comparação dos resultados da escala de funcionalidade FSS-ICU com o risco de morte, dias de VM, dias de TOT, dias de sedação e dias de UTI, encontram-se na tabela abaixo (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise das variáveis de acordo com o ponto de corte de 19 ($\leq 19 \geq$).

Variáveis	FSS-ICU (A>19)	FSS-ICU (B<19)	P Valor
FSS-ICU total	28,11 ± 5,71	7,08 ± 5,96	0,000
SAPS risco morte (%)	45,1	36,8	0,280
Ventilação mecânica (dias)	16,75 ± 11,45	7,22 ± 4,75	0,000
Intubação orotraqueal (dias)	12,25 ± 7,28	6,83 ± 4,34	0,004
Sedação (dias)	12,75 ± 9,20	6,22 ± 3,90	0,001

Legenda: Teste Mann-Whitney ($p < 0,05$)

Quando aplicado correlação de Person observou-se correlação entre FSS-ICU total x VM ($r = - 0,609$ e $p = 0,000$); FSS-ICU total x SAPS ($r = - 0,231$ e $p = 0,280$); FSS-ICU total x IOT ($r = - 0,566$ e $p = 0,000$); FSS-ICU total x sedação ($r = - 0,538$ e $p = 0,004$) e Sedação x VM ($r = 0,850$ e $p = 0,001$).

DISCUSSÃO

No presente estudo, referente a avaliação da funcionalidade motora de pacientes críticos na alta da UTI, a média de idade foi de 47 anos e a maioria dos pacientes avaliados foram homens. Corroborando com a pesquisa de Parry et al.⁽⁵⁾ onde dos 66 pacientes avaliados, em uma UTI em Melbourne na Austrália, a média de idade foi de 58 anos e 60 % foram homens. O grande número de homens encontrados na pesquisa relaciona-se a uma menor busca dos mesmos, aos serviços de saúde, e quando buscam, encontram-se em um estágio avançado da doença ou na maioria das vezes, são internados devido acidentes graves, por se exporem em situações de risco. (SEPARAVICH; CANESQUI 2013).

Bjarko et al.⁽¹⁵⁾ relataram em sua pesquisa que a prevalência do Traumatismo Cranioencefálico (TCE) está aumentando o risco de mortalidade e incapacidade em todas as idades, e essa incidência está em crescimento, principalmente devido a associação de álcool com direção. Piva et al.⁽¹⁶⁾ em seu trabalho avaliou 98 pacientes que internaram na UTI Geral e Neurológica do Hospital Universitário na Itália, destes 60% foram admitidos com o diagnóstico de TCE. Esse dado confirma com o encontrado nessa pesquisa, onde dos 29 pacientes avaliados, 41% foram diagnósticos com TCE. Provavelmente esse resultado tornou-se evidente pelo fato de que o HC-UFU, local onde foi realizado a coleta de dados, é um hospital de alta complexidade e que oferece atendimento de urgência e emergência.

O uso da escala SAPS é relevante no ambiente de terapia intensiva, visto que a mesma permite ser aplicada nas primeiras horas de internação, mensurar o risco de morte eminente e desordens fisiológicas de pacientes agudos e crônicos durante a admissão, estimando a mortalidade, com o objetivo de corrigir os erros e melhorar a qualidade da UTI. (SILVA, JM., et al, 2010) Moreno et. al.⁽¹⁸⁾ relataram que o Score do SAPS é calculado a partir dos dados disponíveis dentro da primeira hora de internação. No presente estudo os pacientes foram avaliados pelo SAPS nas primeiras horas de internação e a escala FSS-ICU no momento da alta da UTI, dessa forma não encontramos resultados significativos. Todavia, acreditamos que o número de participantes inviabilizou o resultado da pesquisa.

No que se refere à administração de analgesia e sedativos na UTI, é feita para melhorar o conforto e a segurança dos pacientes. Mas, a administração contínua e em grandes quantidades de sedativos, prolonga o tempo de ventilação mecânica e aumenta os dias de internação em uma UTI. (MORENO, RP 2005). Quando avaliamos os pacientes com a FSS-ICU e comparamos os resultados com os dias de UTI, sedação e VM, observamos que os resultados foram significativos nesses aspectos, não sendo significativo apenas para os dias de TOT. A significância dos resultados esclarece que quanto maior o tempo de sedação, maior será os dias VM e pior a funcionalidade encontrada. Nesse sentido, o estudo de Fontela et al.⁽¹⁹⁾ relata a importância da mobilização precoce desde o início da internação na UTI, a fim de reduzir a perda de massa muscular, o tempo de VM e o de permanência na UTI e consequentemente melhorar a funcionalidade na alta hospitalar.

Quando acompanhamos o desfecho dos pacientes após a alta da UTI, percebemos que a maioria, 83%, recebeu alta hospitalar. Este resultado se assemelha ao de Westphal et al.⁽²⁰⁾, que avaliaram 217 pacientes com choque séptico grave, de dois hospitais gerais de Joinville, Santa Catarina, destes a maioria, 56%, também receberam alta hospitalar. Um estudo que buscou avaliar pacientes submetidos à VM por períodos prolongados, observou-se, 1 ano após a alta hospitalar, que apenas 9% dos pacientes obtiveram resultados significativos em relação à independência das grandes limitações funcionais. (COX, CE., et al, 2009). Nessa perspectiva, para complementar a atual pesquisa, seria relevante, acompanhar como esses pacientes evoluíram em relação a funcionalidade motora após a alta hospitalar.

CONCLUSÃO

Concluímos que pacientes que tiveram maior tempo de sedação, VM e dias de internação na UTI apresentaram grau de funcionalidade motora menor avaliada pela FSS-ICU comparados aos pacientes que permaneceram menor tempo sedado e em VM e que obtiveram alta mais rápido da UTI. Mas a comparação com os dias de TOT e o SAPS não obtiveram resultados significativos. E a maioria dos pacientes avaliados recebeu alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. MARTINEZ, B., BISPO, A., DUARTE, A., NETO, M. Functional decline in intensive care unit (ICU). Revista Inspirar. v. 5, n. 1, p. 1-5, E. 23, Março/ Abril 2013.
2. MARTINS, G. S.; ALVES, M.L.M. Perfil funcional de pacientes críticos na unidade de terapia intensiva do Hospital Regional de Ceilândia: Estudo Piloto. Brasília: UNB, 2015.
3. MARTINEZ, B., BISPO, A., DUARTE, A., NETO, M. Functional decline in intensive care unit (ICU). Revista Inspirar. v. 5, n. 1, p. 1-5, E. 23, Março/ Abril 2013.
4. CASTRO, I. O uso prolongado da ventilação mecânica: efeitos deletérios- 2013- Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/FUTI/FUTI07/CASTRO-ilbenice.PDF> - Acesso em: 23 Jul. 2019.
5. PARRY, S.M.; HUANG, M.; NEEDHAM, D. M. Evaluating Physical functioning in critical care: consideration for clinical practice and research. Critical Care, v. 21, n. 249, p. 1-10, 2017.
6. FARIAS, N.; BUCHALLA C. M. A classificação internacional de funcionalidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectiva. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.8, n.2, p. 187-93, 2005.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde CIF. Genebra, 2002. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Guia-para-participantes-CIF-CBCD.pdf>. Acesso em 23 Jul. 2019.

8. DE ALENCAR, M. ; HENEMANN, L.; ROTHENBUHLER, R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. *Fisioterapia em Movimento*, S.l., v. 21, n. 1, set. 2017. ISSN 1980-5918. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18985/18355>>. Acesso em: 23 jul. 2019.
9. SILVA A.P., MAYNARD K., CRUZ M.R., Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. V.22, n.1, p.85-91, fev., 2010.
10. SILVA, V., ARAÚJO J., CIPRIANO G., PINHEDO M., NEEDHAM D., ZANNI J., GUIMARÃES F. Brazilian version of the Functional Status Score for the ICU: translation and cross-cultural adaptation. *Rev Bras Ter Intensiva*. V. 29, n. 1. p.34-38. Jan-Mar., 2017.
11. JONGUE B., SHARSHAR T., LEFAUCHEUR J., AUTHIER F., DURAND I., BOUSSARSAR M., et al. Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. V. 288, n. 22, p. 2859-2867. Dez 2002.
12. THRUSH A., ROZEK M., DEKERLEGAND J. The Clinical Utility of the Functional Status Score for the Intensive Care Unit (FSS-ICU) at a Long-Term Acute Care Hospital: A Prospective Cohort Study. *Physical Therapy*. V.92. n.12. p.1536-1545. Dez 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2ª.edição revista. Brasília. 2002.
14. SEPARAVICH M., CANESQUI A. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc*. V.22, n. 2, p. 415-428. 2013.

15. BJARKO V., SKANDEN T., MOEN K., GULATI S., HELSET E., NILSEN T., VIK A., Time of Injury and Relation to Alcohol Intoxication in Moderate-to-Severe Traumatic Brain Injury: A Decade-Long Prospective Study. Elsevier. V.1 n. 122, p. 1-6. Fev 2018.
16. PIVA S., DORA G., MINELI C., MICHELINI M., TURLA F., MAZZA S., D'OTTAVI P., DUARTE L., SOTTINI C., EIKERMANN M., LATONICO N. The Surgical Optimal Mobility Score predicts mortality and length of stay in an Italian population of medical, surgical, and neurologic intensive care unit patients. Journal Critical Care. V.30, p.1251-1257. Dez 2015.
17. SILVA J., MALBOUISSON L., NUEVO H., BARBOSA L., MARUBAYASHI L., TEIXEIRA I., NASSAR A., CARMONA M., SILVA I., AULER J., REZENDE E. Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS3) em hospitais brasileiros. Rev. Bras. Anestesiologia. V.60, n.1, p.20-31. Jan- Fev, 2010.
18. MORENO R., METNITZ P., ALMEIDA E., JORDAN B., BAUER P., CAMPOS R. LAPICHINO G., EDBROKE D., CAPUZZO M., LE G. SAPS 3 - From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. Intensive Med. V.31, n. 10, p.1345-1355. Out 2005.
19. FONTANELA P., LISBOA T., FORGIARINI L., FRIEDMAN G. Early mobilization practices of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in southern Brazil. Clinics. V. 73, n. 241, p.1-6. Out 2018.

20. WESTPHA G., VIEIRA K., ORZECOWSKI R., KAEFER K., ZACLIKEVIS V., MASTROENI M. Análise da qualidade de vida após a alta hospitalar em sobreviventes de sepse grave e choque séptico. Rev. Panam. Salud Publica. V. 31, n.6, p.499-505. Jun 2012.

21. COX C., MARTINU T., SATHY S., CLAY A., CHIS J., GRAY A., OLSEN M., GOVERT J., CARSON S. TULSKY J. Expectations and outcomes of prolonged mechanical ventilation. Crit Care Med. V.37, n.11, P. 2888-2894. Nov 2009.