



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

ILEANE DE MELO SILVA

**PERFIL FUNCIONAL E FATORES DETERMINANTES NA FUNCIONALIDADE
DO DOENTE CRÍTICO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Lagarto/SE 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

ILEANE DE MELO SILVA

**PERFIL FUNCIONAL E FATORES DETERMINANTES NA FUNCIONALIDADE
DO DOENTE CRÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Sergipe campus Lagarto
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em fisioterapia.

Orientadora: Telma Cristina Fontes Cerqueira

Coorientadora: Larissa Andrade de Sá Feitosa

Lagarto/SE 2019

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil funcional de pacientes críticos durante o internamento e identificar os possíveis fatores determinantes para a funcionalidade no desfecho destes na unidade de terapia intensiva (UTI). **Métodos:** Estudo observacional prospectivo, foram incluídos pacientes internados em uma UTI, ambos os gêneros, idade > 15 anos e tempo de internação \geq 48 horas. O perfil funcional foi mensurado através da Medida de Independência Funcional (MIF) e o Escore Perme de Mobilidade. A MIF foi utilizada para identificar o estado de independência funcional prévio, considerando até 48 horas antes da internação, e da mesma forma o Escore Perme, aplicados na admissão e a cada três dias durante o internamento na UTI até o desfecho (alta ou óbito). **Resultados:** 83 pacientes compuseram a amostra, 69,13% do sexo masculino e idade média de $62,53 \pm 20,65$ anos. Na comparação dos resultados foi observada diferença significativa da MIF prévia quando comparada à MIF da admissão ($p < 0,001$), e uma leve tendência à elevação destes valores no desfecho. A MIF prévia ($p < 0,001$) e o Escore Perme em seu quarto dia ($p < 0,001$) foram determinantes para a MIF do desfecho. O Escore Perme não apresentou diferença significativa ao longo dos dias de internamento ($p = 0,19$). Quanto aos fatores determinantes da Perme no momento do desfecho, as variáveis de maior impacto foram o Escore Perme em seu primeiro dia ($p < 0,001$) e os dias livres de ventilação mecânica ($p < 0,001$). **Conclusão:** O doente crítico apresenta perda significativa da independência funcional, com baixa mobilidade ao final do período de internamento na UTI.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Limitação de mobilidade; Cuidados críticos; Adulto; Alta do paciente; Óbito.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) têm avançado significativamente em recursos tecnológicos, terapêuticos e na relação interdisciplinar para a assistência à saúde do doente crítico.⁽¹⁾ O aumento da expectativa de vida e os altos índices de acometimento por doenças crônicas também têm contribuído para a evolução nos cuidados intensivos.⁽²⁾

Porém, apesar destes avanços no tratamento, que têm contribuído para o melhor prognóstico e sobrevida do paciente crítico, esses estão cada vez mais susceptíveis ao aparecimento de doenças neuromusculares que podem trazer comprometimentos funcionais a curto, médio e longo prazo. Essas doenças estão diretamente relacionadas à permanência prolongada na UTI, à gravidade da doença de base pela qual os pacientes foram internados e ao modelo de tratamento utilizado para combatê-las.⁽³⁾

A fraqueza muscular adquirida na UTI é um comprometimento neuromuscular agudo que acomete com frequência doentes críticos⁽⁴⁾ e está associada principalmente à imobilidade prolongada no leito,⁽⁵⁾ bem como a outros fatores como a nutrição parenteral, o uso de sedativos,⁽⁶⁾ altas doses de corticosteroides, bloqueadores neuromusculares e descontrole dos níveis glicêmicos,⁽⁷⁾ sendo inclusive a hiperglicemia considerada um fator de risco independente para a fraqueza muscular.⁽⁴⁾

O uso da ventilação mecânica (VM) também é fator de risco para o desenvolvimento da fraqueza muscular, esta por sua vez aumenta o tempo de dependência da VM e o tempo de permanência na UTI, e conseqüentemente remetem ao descondicionamento físico e limitações⁽⁸⁾ tornando o paciente mais susceptível à presença de comorbidades e complicações,⁽⁹⁾ aumentando a mortalidade na UTI e hospitalar.^(4,10)

Por fim, doentes críticos que desenvolvem a fraqueza muscular durante o internamento e cuja fraqueza persiste pós-alta da UTI têm maior risco de mortalidade, quando comparado a pacientes que não foram acometidos ou que se recuperaram antes da alta da UTI.⁽¹⁰⁾ O comprometimento da função muscular pode persistir por até cinco anos pós-alta,⁽¹¹⁾ gerando altos custos assistenciais, redução da qualidade de vida e sobrevida pós-alta.⁽¹⁾

Sendo assim, o tempo prolongado de internação gera impactos significativos na capacidade funcional do doente crítico⁽¹²⁾ em decorrência da exposição a diversos fatores de risco comuns ao ambiente da UTI. Compreender estes fatores determinantes e o perfil funcional do paciente crítico possibilitará o fornecimento de informações aos gestores e profissionais da saúde, permitindo um melhor direcionamento na elaboração de estratégias que previnam ou minimizem os efeitos deletérios na funcionalidade durante o tempo de internação na UTI e conseqüentemente no pós-alta, visando o aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados prestados. Com isso, este estudo teve como objetivo traçar o perfil funcional do doente crítico durante o internamento e identificar os possíveis fatores determinantes para a funcionalidade destes no momento do desfecho da UTI.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza observacional, prospectivo, com abordagem quantitativa e analítica, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva-Adulto (UTI-A) do Hospital Universitário de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe (HUL-UFS) entre os meses de março a outubro de 2018. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFS, sob o parecer 2.512.324. Foi realizada uma capacitação dos avaliadores para aplicação dos instrumentos de avaliação dos pacientes. Todos os pacientes quando conscientes foram esclarecidos sobre a finalidade da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice I), autorizando a participação no

estudo, em caso de impossibilidade de interação, a abordagem foi feita com o familiar e/ou responsável. A amostra foi composta por indivíduos de ambos os sexos, com idade acima de 15 anos, que permaneceram internados por um período igual ou superior a 48 horas, e excluídos aqueles que não concordaram em participar do estudo.

Após a assinatura do TCLE deu-se início à avaliação (apêndice II), sendo colhidas informações sociodemográficas do paciente através do prontuário, com o paciente, familiar e/ou responsável, sendo registradas as causas da internação, doenças prévias, modos e tempo de ventilação (dias de VM total, dias de VM Assistido/Controlada (VM A/C), dias de VM espontânea, dias livres de VM, VM por tempo superior a cinco dias (VM>5 dias)), complicações desenvolvidas durante a internação, bem como o total de dias de internação na UTI.

A glicemia e o uso de medicamentos (sedativos, analgésicos, bloqueadores neuromusculares (BNM) e corticosteroides) eram registrados diariamente durante todo o período de internação até o desfecho final da UTI. Os níveis glicêmicos foram agrupados em hipoglicemia quando apresentavam valor <70mg/dL e hiperglicemia quando >180 mg/dL⁽¹³⁾ por duas vezes consecutivas ao dia, sendo considerada hipo ou hiperglicemia sustentada quando apresentava-se por 3 ou mais dias consecutivos.⁽¹⁴⁾ Os medicamentos sedoanalgésicos (dias em uso, sedoanalgesia sustentada quando utilizada por 2 ou mais dias, e dias livres), corticosteróides (dias em uso e corticoterapia sustentada quando utilizada por 3 ou mais dias),⁽¹⁴⁾ e BNM (dias em uso e uso sustentado de BNM por 2 ou mais dias).⁽¹⁵⁾

Para caracterização do perfil funcional foram utilizadas as avaliações da funcionalidade e mobilidade, através das escalas Medida de Independência Funcional (MIF) (anexo I) e Escore Perme de Mobilidade em UTI – *Perme Intensive Care Unit Mobility Score* (anexo II,) respectivamente.

A escala de MIF foi aplicada de forma prévia para verificar a independência funcional do paciente antes da internação por meio de entrevista pessoal com o familiar e/ou responsável de convívio constante com o paciente ou pelo próprio paciente quando consciente, considerando seu estado funcional de até 48 horas antes da internação. A MIF, juntamente com o Escore Perme, foram aplicadas no primeiro dia de internamento e a cada três dias durante o período de internação até o momento do desfecho (alta ou óbito).

A MIF avalia e quantifica o nível de funcionalidade do indivíduo. É dividida em 18 itens agrupados em 6 dimensões: autocuidado, locomoção, transferência, comunicação, controle de esfíncteres e cognição social. A pontuação é graduada de 1 a 7, em que a pontuação 1 representa dependência completa e 7 independência completa, sendo realizada a soma dos itens de cada domínio para análise e o escore total obtido através da soma de todas as seis dimensões, cujo valor estará entre 18 e 126 pontos.⁽¹⁶⁾ Os níveis de dependência são classificados em: escore de 18 pontos dependência completa, 19 a 60 dependência modificada (necessidade de assistência em até 50%), 61 a 103 dependência modificada (necessidade de assistência em até 25%), e 104 a 128 independência completa/modificada.⁽¹⁷⁾

O Escore Perme de mobilidade em UTI mensura de forma objetiva a mobilidade do paciente internado na UTI. São 15 itens agrupados em 7 domínios: estado mental, potenciais barreiras a mobilidade, força funcional, mobilidade no leito, transferências, dispositivos de auxílio para deambulação e medidas de resistência. A pontuação varia de 0 a 32 pontos e quanto maior a pontuação maior é a mobilidade.⁽¹⁸⁾

O cálculo amostral foi realizado, baseado em um desvio padrão de 4 pontos para a MIF, com uma diferença a ser detectada de 2 pontos entre os momentos prévio e na alta, um nível de significância de 95% e poder de 80%, totalizando uma amostra de 63 indivíduos, de acordo com o artigo de Jesus et al.⁽¹⁹⁾

Para avaliar a condição de normalidade de dados foi realizado o teste de Shapiro-Wilk, os dados foram apresentados em média e desvio-padrão. Para a análise do comportamento da MIF e da Perme durante os dias de internação foi realizada a ANOVA de uma via, considerando um nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$), sendo esses dados apresentados em forma de gráfico.

Para analisar as variáveis coletadas no grupo estudado foi utilizada a análise univariada, realizada através do teste de regressão linear simples, para selecionar as variáveis a serem usadas no modelo de análise multivariada. Para análise univariada, foi considerado um nível de significância menor que 20% ($p < 0,20$).⁽²⁰⁾

Posteriormente, foi realizada a análise multivariada, através da regressão linear múltipla que tem como objetivo investigar simultaneamente os efeitos de várias variáveis independentes sobre uma só variável dependente. Na análise multivariada, as variáveis não significantes foram excluídas do modelo uma por vez de forma manual seguindo o critério do maior valor de “p”. O modelo foi determinado quando todas as variáveis se apresentaram com um nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$). A variável dependente foi a MIF e Perme do desfecho.

Esta análise fornece um coeficiente de regressão padronizado (β), uma medida de quão fortemente cada variável preditora influencia a variável dependente. Foi calculada ainda a medida da correlação entre o valor observado e o valor previsto da variável dependente (R) e o (R^2) que representam o quadrado da medida de correlação e indica a proporção da variância na variável dependente que é explicada pelo modelo proposto.⁽²⁰⁾

As variáveis consideradas para análise univariada foram: MIF no primeiro dia (MIF no D1), MIF no quarto dia (MIF no D4), MIF prévia, Perme no primeiro dia (Perme no D1), Perme no quarto dia (Perme no D4), sedoanalgesia sustentada, dias em uso de sedoanalgesia,

dias livre de sedoanalgesia, BNM sustentado, dias em uso de BNM, Corticoterapia sustentada, dias em uso de Corticoterapia, dias de hipoglicemia, hiperglicemia sustentada, dias de hiperglicemia, dias em VM A/C, dias em VM espontânea, dias total em VM, dias livre de VM, uso de VM >5 dias.

RESULTADOS

Dos 103 pacientes internados na UTI, 83 fizeram parte da amostra, sendo 20 excluídos por tempo de internação inferior a 48 horas. O gênero predominante foi o sexo masculino 69,13%, a média de idade $62,53 \pm 20,65$ anos e a principal causa de internação foram doenças do sistema respiratório representando 34,14%, seguido de Sepses com 31,70%. O tempo total de média de internação foi de $16,58 \pm 23,19$ dias e o desfecho mais frequente foi o óbito (60,97%). Todas as características dos pacientes avaliados estão resumidas na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos participantes do estudo (n = 83)

Variáveis	Média \pm DP	n (%)
Sexo Masculino		56 (69,13)
Idade (anos)	$62,53 \pm 20,65$	
Causa de Internação		
Doenças do Sistema Respiratório		28 (34,14)
Sepses		26 (31,70)
Doenças do Sistema Neurológico		15 (18,29)
Pós-Operatório		15 (18,29)
Doença do Sistema Cardiovascular		14 (17,07)
Outras		9 (10,97)
Doenças Metabólicas		8 (9,75)
Doenças do Sistema Genitourinário		5 (6,09)

Traumas	3 (3,65)
Comorbidades prévias	
Hipertensão Arterial Sistólica	34 (41,46)
Diabetes Mellitus	26 (31,70)
Doença Renal	13 (15,85)
Complicações	
Sepse	11 (13,41)
Úlceras por pressão	11 (13,41)
Doença renal agudizada	9 (10,97)
Tempo de internação (dias)	16,58±23,19
Desfecho	
Óbito	50 (60,97)
Alta	31 (37,80)
Transferência	1 (1,21)
Uso de Ventilação Mecânica (VM)	66 (80,48)
VM > 5 dias	46 (56,09)
Tempo médio de VM	13,33 ± 20,89

DP: Desvio padrão.

Quanto ao comportamento da variável MIF, ao comparar o momento prévio ao internamento, ao longo dos dias de internamento até o décimo sexto dia (próximo à média de internamento), e o último dia da internação na UTI, pode-se observar que houve um declínio progressivo e significativo da independência funcional dos pacientes ao longo do internamento na UTI ($p < 0,001$). Observa-se ainda uma tendência à elevação destes valores do décimo sexto dia de internação até o último dia de internação, porém com valores semelhantes ao momento da admissão e inferiores em relação à independência funcional do paciente

prévia à UTI ($p < 0,001$). Em seu momento prévio a MIF média foi de $72,77 \pm 46,14$ pontos, o primeiro dia média de $30,28 \pm 22,77$, o décimo sexto dia média de $20,20 \pm 4,24$ e o último dia de internação média de $33,27 \pm 25,44$ pontos (Figura 1).

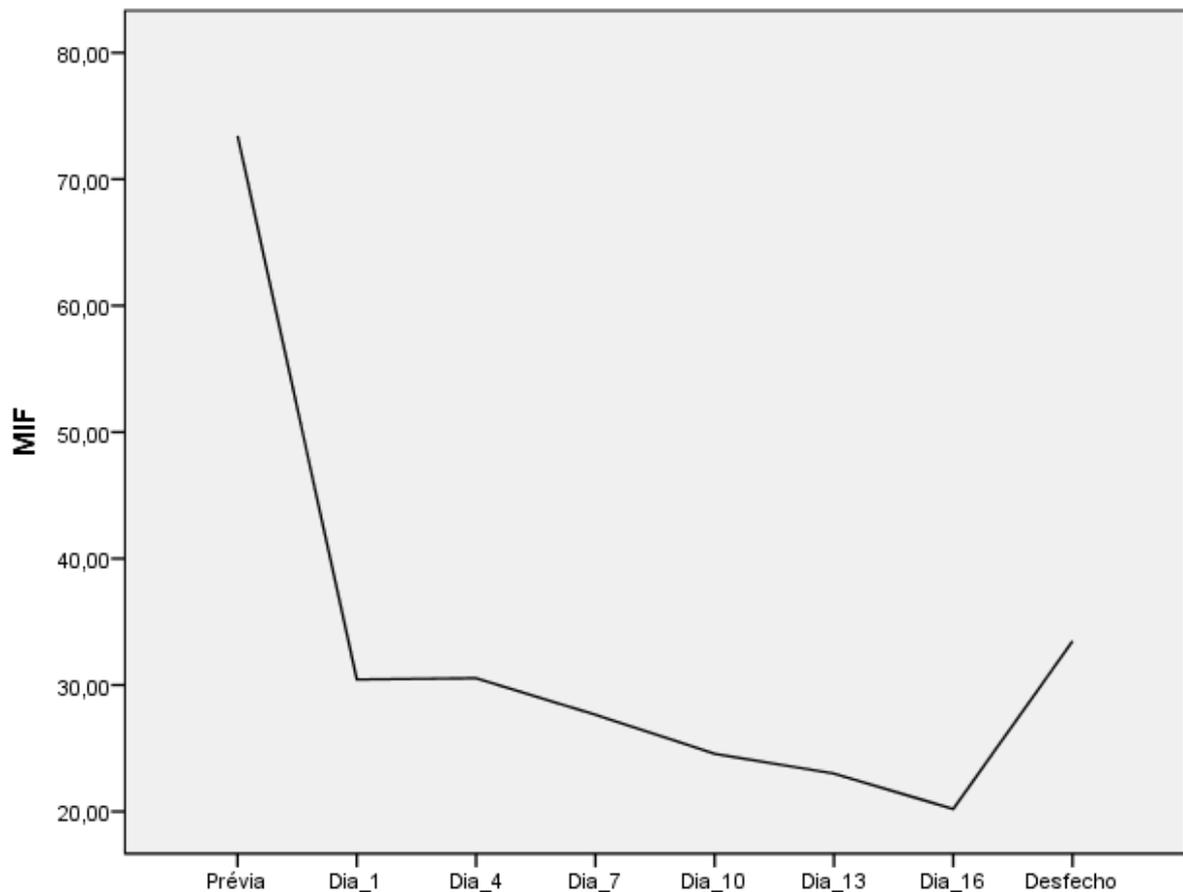


Figura 1. Comportamento da MIF desde o momento prévio até o último dia de internamento.

MIF: Medida de Independência Funcional, Prévia: MIF prévia, Dia_1: Primeiro dia de internação, Dia_4: Quarto dia de internação, Dia_7: Sétimo dia de internação, Dia_10: Décimo dia de internação, Dia_13: Décimo Dia_16: Décimo sexto dia de internação, Desfecho: Último dia de Internação. ANOVA- unidirecional ($p < 0,001$).

Para a variável dependente MIF no momento do desfecho, a análise univariada selecionou as seguintes variáveis consideradas para a análise multivariada: MIF prévia ($p < 0,001$), Perme no D4 ($p < 0,001$), dias de sedoanalgesia ($p = 0,012$), dias em uso de

corticoterapia ($p=0,004$), dias de hipoglicemia (0,127), dias de hiperglicemia ($p=0,047$) e VM > 5 dias ($p<0,001$).

Conforme mostrado na tabela 2, a análise multivariada selecionou as variáveis MIF prévia e Perme no D4 como determinantes da MIF no momento do desfecho da UTI, ambas com relação direta.

Tabela 2- Variáveis selecionadas na análise multivariada

Variável	β	P
MIF Prévia	0,44	0,020
Perme no D4	0,28	< 0,001

Variáveis independentes selecionadas através de regressão linear múltipla como preditivas da MIF no último dia de internação. β – coeficiente de regressão. $R= 0,81$ e $R^2=0,66$.

Quanto ao comportamento da Perme, ao comparar seus valores do primeiro dia ao décimo sexto e o momento do desfecho, pode-se observar que há uma tendência à elevação dos valores do primeiro ao quarto dia, seguido por um declínio progressivo a partir do quarto ao décimo sexto dia e uma elevação destes valores no último dia de internação, porém sem variação significativa ($p=0,19$). A média do Escore Perme no primeiro dia de internação foi de $2,86 \pm 6,00$ pontos, quarto dia média de $3,76 \pm 7,07$ pontos, décimo sexto dia $1,00 \pm 1,76$ pontos e a pontuação média do último dia de internação $4,56 \pm 7,84$ pontos, não houve diferença significativa entre os dias de internamento ($p= 0,19$) (Figura 2).

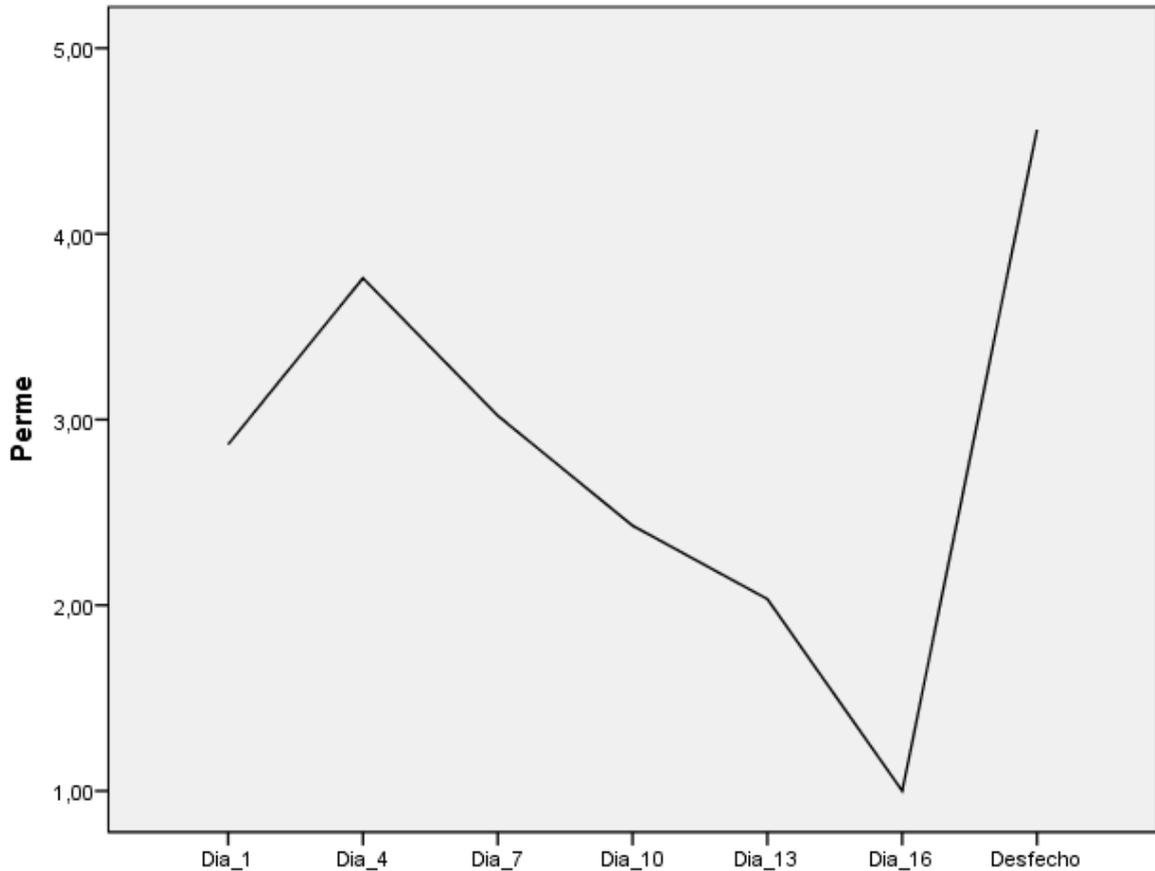


Figura 2. Comportamento do Perme desde o primeiro dia de internação até o momento do desfecho. Dia_1: Primeiro dia de internação, Dia_4: Quarto dia de internação, Dia_7: Sétimo dia de internação, Dia_10: Décimo dia de internação, Dia_13: Décimo Dia_16: Décimo sexto dia de internação, Desfecho: Último dia de Internação. ANOVA – Unidirecional (P=0,19).

Para a variável dependente Perme no desfecho da UTI, a análise univariada selecionou as seguintes variáveis consideradas na análise multivariada: MIF prévia ($p < 0,001$), Perme no D1 ($p < 0,001$), dias de sedoanalgesia ($p < 0,001$), dias de corticoterapia ($p < 0,001$), dias de hiperglicemia (0,114), dias em VM A/C ($p = 0,033$) e dias livres de VM ($p = 0,027$).

Conforme mostrado na tabela 3, a análise multivariada selecionou as variáveis Perme no D1, dias em uso de sedoanalgesia, dias de VM no modo A/C e dias livres de VM como

determinantes da Perme no último dia de internação, com relação inversa apenas para a variável, dias de VM no modo A/C.

Tabela 3- Variáveis selecionadas na análise multivariada

Variável	β	P
Perme no D1	0,92	<0,001
Dias em uso de sedoanalgesia	0,19	0,005
Dias de VM A/C	- 0,17	0,025
Dias livres de VM	0,38	<0,001

Variáveis independentes selecionadas através de regressão linear múltipla como preditivas da PERME no desfecho da UTI. C – coeficiente de regressão. R= 0,81 e R²=0,66 com p < 0,001.

DISCUSSÃO

Diante dos dados apresentados, esse estudo teve como objetivo traçar o perfil funcional do doente crítico durante o internamento e identificar os possíveis fatores determinantes para a funcionalidade destes no momento do desfecho da UTI.

Quanto a variável MIF, foi observado que houve uma variação significativa ao longo do internamento na UTI, quando comparada à independência funcional prévia ao internamento, ao momento de admissão até o décimo sexto dia e a última avaliação antes do desfecho. Pode-se observar um declínio progressivo da independência funcional dos pacientes desde o momento da admissão até o décimo sexto dia, porém houve uma tendência à elevação da independência funcional ao momento do desfecho, no entanto ainda inferior ao momento prévio à internação.

Os pacientes apresentavam previamente uma média de independência funcional modificada com necessidade de assistência em até 25%, enquanto que ao momento de

admissão e na última avaliação na UTI a média de independência foi classificada em independência modificada com necessidade de assistência em até 50%. Estes resultados corroboram com o estudo de Vargas ⁽²¹⁾ que também observou que ao momento prévio os pacientes possuíam uma independência funcional elevada (independência funcional completa/modificada), enquanto que no pós-alta imediata a independência funcional apresentou-se comprometida, sendo classificados como independência modificada, com necessidade de assistência em até 50%.

O estudo de Santos et al.,⁽²²⁾ avaliou o estado funcional durante o tempo de internação em três momentos, sendo eles admissão, alta da UTI e alta hospitalar, e demonstrou que a maioria dos pacientes receberam alta com comprometimento funcional, apesar da discreta melhora da independência funcional no momento da alta hospitalar quando comparada à admissão e alta da UTI. Já no estudo de Martinez et al.⁽²³⁾ houve declínio funcional significativo do momento de admissão ao momento da alta na UTI.

Um dos pontos mais relevantes deste estudo foi que em contrapartida ao que aponta a literatura, em relação aos fatores influenciadores na funcionalidade durante a estadia na UTI, o uso de sedação e corticoides,⁽⁷⁾ bem como a hipoglicemia, hiperglicemia e VM por tempo superior a 5 dias⁽¹⁴⁾ não foram fatores determinantes da funcionalidade dos pacientes deste estudo no último dia de avaliação. Estes divergentes achados em relação à literatura podem estar relacionados à grande variação do tempo de permanência dos pacientes internados na UTI e às diferentes metodologias adotadas nos estudos como, por exemplo, a exclusão de pacientes com comprometimento funcional prévio e apenas a alta como desfecho considerado, como utilizado por outros estudos como o de Wiethan et al.⁽²⁴⁾

O presente estudo encontrou, porém, que o Escore Perme no quarto dia e a MIF prévia foram fatores determinantes da independência funcional destes pacientes ao momento do

desfecho. Este resultado implica dizer que quanto pior a independência funcional prévia do paciente e a sua mobilidade no quarto dia de internação, pior será seu estado funcional no momento do desfecho na UTI. No estudo de Guia et al.⁽²⁵⁾ que objetivou descrever dados epidemiológicos e principais desfechos de pacientes admitidos em uma UTI-A, apesar da metodologia diferente, foi observado que a funcionalidade prévia e a severidade da doença aguda esteve relacionada a piores desfechos, inclusive a maior mortalidade.

No estudo de Jesus et al.⁽¹⁹⁾ a mobilidade dos pacientes avaliada pela MIF através do domínio de transferência, cama-cadeira e locomoção, pode-se perceber que houve declínio da mobilidade durante a internação na UTI e este declínio estava associado a um tempo de internação superior a 48 horas e uso de drogas vasopressoras, porém não demonstrou relação com o índice de gravidade *Simplified Acute Physiology Score 3* dos pacientes. Já no estudo de Wiethan et al.⁽²⁴⁾ que avaliou a funcionalidade prévia do paciente, pós-alta imediata e 30 dias pós alta da UTI, percebeu-se que houve declínio significativo da independência funcional da MIF prévia quando comparada com a MIF da alta imediata. Apesar de ter excluído os pacientes com déficit funcional prévio e os que foram a óbito, que não foi o caso deste estudo. Foi alegado que possivelmente as patologias neurológicas, o uso de VM prolongada, tempo de internação, número de medicamentos utilizados, presença de comorbidades e realização de procedimentos cirúrgicos tenham contribuído no comprometimento da funcionalidade, sendo que alguns destes fatores não foram avaliados como possíveis determinantes no presente estudo.

Vários são os fatores que podem agravar o estado funcional prévio ao internamento na UTI. A literatura afirma que o uso em excesso de sedativos está associada aos piores desfechos, no estudo de Tanaka et al.⁽²⁶⁾ a sedação profunda foi associada ao aumento da gravidade da doença apresentando-se como um fator independente associado ao aumento da mortalidade hospitalar. O estudo De Jonghe et al.⁽⁷⁾ aponta que o uso de corticosteroides é

fator de risco independente para a fraqueza muscular adquirida na UTI. Logo, estaria relacionada ao declínio da funcionalidade, pois segundo Vieira et al.⁽²⁷⁾ o processo de diminuição de força muscular influencia diretamente na funcionalidade do indivíduo. Além disso, este mesmo estudo revelou que a internação na UTI associada ao uso de VM promove queda da capacidade funcional dos indivíduos quando comparados os períodos pré e pós-internação avaliados pela MIF.

Por outro lado, o estudo de Chiang et al.⁽²⁸⁾ considerou a VM prolongada (VM superior a 14 dias) como fator de risco independente para a fraqueza muscular grave implicando na perda funcional, além de demonstrar em seu estudo forte correlação entre o tempo livre de VM e o desempenho funcional do indivíduo. Já em relação aos níveis glicêmicos, o estudo de Viana et al.⁽²⁹⁾ e Baptista et al.⁽³⁰⁾ afirmam que hiperglicemia está associada a piores desfechos do paciente crítico. Quanto à hipoglicemia, o estudo de Mahmoodpoor et al.,⁽³¹⁾ aponta para um aumento dos riscos de mortalidade.

Quanto ao comportamento do Escore Perme de mobilidade não houve diferença significativa entre os dias de internação, desde a admissão até o momento do desfecho. Os pacientes apresentaram um escore ruim que se comportou de forma semelhante ao longo dos dias de internação, o que denota uma baixa mobilidade e conseqüentemente uma maior necessidade de assistência. Essa baixa mobilidade pode ser justificada pelo tempo prolongado de uso de VM com uma média de $13,33 \pm 20,89$ dias, tempo de internamento com média de $16,58 \pm 23,19$ dias, além do perfil dos pacientes, em que 30,70% da população estudada apresentaram sepse como causa de internação, 13,41% a desenvolveram durante o internamento, e o alto percentual de pacientes com comorbidades prévias. Esta hipótese corrobora com a citação de Fan et al.⁽³²⁾ que pressupõe que a fraqueza muscular adquirida na UTI ocorre com maior frequência em pacientes enfermos que apresentam sepse grave e VM prolongada, cujo desmame é difícil. O estudo de Ballve et al.⁽¹⁴⁾ buscou identificar a

incidência de fraqueza muscular adquirida na UTI, bem como os fatores de risco associada a mesma, concluíram que a VM superior a 5 dias é fator de risco independente para a fraqueza muscular. Portanto, quanto mais dias em uso de VM maior a exposição a outros fatores de risco e como consequência maior a vulnerabilidade ao declínio funcional. O estudo de Barros, Maia e Monteiro⁽³³⁾ comprovou que em pacientes com sepse, o tempo de internamento superior a 5 dias, o uso frequente de procedimentos invasivos como a VM, cateteres vascular central e uso de sonda vesical, bem como a presença de comorbidades como o diabetes Mellitus e a hipertensão arterial são fatores de risco que favorecem a sua gravidade e elevam o risco de morte dos pacientes.

Devido à escassez de estudo com este instrumento, o escore Perme, os resultados da mobilidade deste estudo foram comparados a estudos que utilizaram outros instrumentos com a mesma finalidade. O estudo de Santos et al.⁽²²⁾ avaliou a mobilidade através Timed Up and Go (TUG) e Índice Tinetti POMA-Brasil, e a capacidade funcional por meio do Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M) na alta da UTI e previamente à alta hospitalar. Os resultados foram comparados com valores preditos de normalidade para a população pesquisada, e como conclusão os testes Tinetti e TC6M apresentaram maiores diferenças em relação à normalidade, demonstrando um déficit na capacidade funcional e equilíbrio dos pacientes durante a internação hospitalar, a maioria dos pacientes recebeu alta com comprometimento funcional.

Nos resultados obtidos deste estudo o Escore Perme do primeiro dia, o uso de sedoanalgesia, dias de VM no modo A/C e dias livres de VM foram determinantes para o Escore Perme ao momento do desfecho na UTI. Porém ao contrário do que sugere a literatura sobre o uso de sedativos, no presente estudo os dias em uso de sedoanalgesia não comprometeram a mobilidade dos pacientes, pelo contrário quanto mais dias em uso de sedoanalgesia maior o Perme do desfecho. A hipótese para este achado são os desfechos

opostos do estudo (óbito ou alta), além disso, houve grandes divergências quando aos dias de internamento, enquanto um paciente com péssima mobilidade pode ter permanecido pouco tempo na UTI, não ter feito uso de sedoanalgesia e ido a óbito, outro paciente pode ter permanecido mais dias na UTI, ter feito uso de sedoanalgesia e ter apresentado melhor mobilidade ao momento do desfecho.

No estudo de Almeida⁽³⁴⁾ ao correlacionar o tempo de VM com o Escore Perme identificou que há uma correlação moderada, o que corrobora com estes achados em que a VM no modo A/C apresentou uma relação inversa quanto mais dias em uso de VM menor o Escore Perme. Quanto mais dias livres da VM durante a internação maior será a mobilidade do paciente. No estudo de Jesus et al.⁽¹⁹⁾ foi mensurada a mobilidade através de três domínios da MIF e chegaram a conclusão que os fatores mais determinantes para o declínio da mobilidade durante a internação estavam associados ao tempo de internação superior a 48 horas e ao uso de drogas vasopressoras.

Dentre as limitações apresentadas pelo presente estudo estão a não avaliação do índice de gravidade dos pacientes por meio de instrumentos objetivos como, por exemplo, o APACHE, SAPS, e SOFA, para fazer uma maior correlação com o perfil funcional e o desfecho apresentado pelos pacientes. Além disso, não foi verificada a correlação com comorbidades prévias, complicações desenvolvidas durante o internamento, tempo de internação, uso de drogas vasoativas e força muscular. São necessários novos estudos a fim de investigar outros possíveis fatores determinantes da funcionalidade durante o internamento, bem como a averiguação de possíveis divergências entre os determinantes a depender do desfecho. Ademais, há ausência de protocolos próprio da unidade para norteamento do plano de tratamento dos pacientes, bem como a atuação de profissionais não intensivistas. Outro fator que pode ter influenciado os resultados de funcionalidade e mobilidade dos pacientes deste estudo, é o fato da inexistência da fisioterapia em tempo integral na unidade.

CONCLUSÃO

Neste estudo, os resultados encontrados demonstram que há um declínio significativo da independência funcional durante o tempo de internação dos pacientes na UTI, observada através da MIF. Os fatores determinantes para a MIF no desfecho da UTI foram a independência funcional prévia e o escore de mobilidade em seu quarto dia, concluindo-se que quanto pior estado funcional prévio e mobilidade do paciente na UTI, maior é o seu declínio funcional.

A mobilidade dos pacientes observada através do Escore Perme se mostrou diminuída com pouca variação ao longo do internamento. As variáveis que mais impactaram na mobilidade no momento do desfecho foram a própria mobilidade ao momento de admissão, o uso de sedoanalgesia, a VM em seu modo AC e dias livres de VM.

AGRADECIMENTOS

A equipe da Unidade de Terapia Intensiva por facilitar o uso de dados, aos Fisioterapeutas e Residentes do HUL/UFS.

Financiamento: Nenhum.

REFERÊNCIAS

1. França EÉT, 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; 24(1): 6-22.
2. Freitas ERFS. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do score APACHE II. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(3): 317-323.
3. Sánchez Solana L, Goñi Bilbao I, Ruiz García PR, Díaz Agea, Leal Costa C. Acquired neuromuscular dysfunction in the intensive care unit. *intensivos. Enferm Intensiva*. 2018; 29(3): 128- 137.
4. Yang T, Li Z, Wang Y, Xi X. Risk factors for intensive care unit-acquired weakness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Neurol Scand*. 2018; 138(2):104-114.
5. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Sevransky JE, Shanholtz C, et al. Physical complications in acute lung injury survivors: a two-year longitudinal prospective study. *Crit Care Med*. 2014; 42(4): 849- 59.
6. Truong AD, Fan E, Brower RG, Needham DM. Benchto-beside review: mobilizing patients in the intensive care unit - from pathophysiology to clinical trials. *Crit. Care*. 2009; 13(4) 216.
7. De Jonghe B, Sharshar T, Lefaucheur JP, Authier FJ, Duarand-Zaleski I, Boussarsar M, et al. Paresis Acquired in the Intensive Care Unit A Prospective Multicenter Study. *JAMA*. 2002; 288 (22) 2859–2867.
8. Cordeiro, AL, Melo TA, Santos AM, Lopes GF. Time influence of mechanical ventilation on functional independence in patients submitted to cardiac surgery: literature Review. *Fisioter mov*. 2015; 28 (4): 859-864.

9. De Rooij SE, Abu-Hanna A, Levi M, Jonge. Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review. *Critical Care*. 2005; 9(4): 307-R314. 2005.
10. Hermans G, Mechelen HV, Clerckx B, Vanhullebusch T, Mesotten, Wilmer A, et al. Acute outcomes and 1-year mortality of intensive care unit-acquired weakness. A cohort study and propensity-matched analysis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014; 190(4): 410-420.
11. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2011; 364(14): 1293-304.
12. SILVA FRR, Souza TB, Dias MS, Silva APP, Oliveira KC, Oliveira MML, et al. Avaliação da capacidade funcional dos pacientes em uso de ventilação mecânica internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista HUPE*. 2017; 16(1): 6-15.
13. Britani L.M. Fatores de Risco associados à glicemia instável em pacientes críticos [Dissertação]. Viçosa: Universidade federal de Viçosa; 2018.
14. Ballve LPD, Dargains N, Inchaustegui JGU, Bratos A, Percaz MM, Ardariz CB, et al. Weakness acquired in the intensive care unit. Incidence, risk factors and their association with inspiratory weakness. Observational cohort study. *Ver bras ter intensiva*. 2017; 29(4): 466-475.
15. Busico M, Intile D, Sívori M, Irastorza N, Alvarez AL, Quintana J, et al. Risk factors for worsened quality of life in patients on mechanical ventilation. A prospective multicenter study. *Med Intensiva*. 2016;40(7):422–430.
16. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, SakamotoH, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr*. 2004;1(2): 72-6.

17. Assis CS, Batista LC, Wolosker N, Zerati AE, Silva RCG. Medida de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5): 756-761.
18. Perme C, Nawa RK, Winkelman C, Masud F. A tool to assess mobility status in critical lyill patients: The Perme Intensive Care Unit Mobility Score. *Methodist Debakey Cardiovasc J*. 2014; 10(1):41-9.
19. Jesus FS, Paim DM, Brito JO, Barros IA, Nogueira TB, Martinez BP, et al. Declínio da mobilidade dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev bras ter intensiva*. 2016; 28(2): 114-119.
20. Brace N, Kemp R, Snelgar R. *SPSS for psychologists: A guideto data analysisusing SPSS for Windows, versions 12 and 13*. L. Erlbaum Associates Inc., 2006.
21. Vargas JR. *Funcionalidade e qualidade de vida: impacto da internação em uma Unidade de Terapia Intensiva [Monografia]*. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2015.
22. Santos LJ, Silveira FS, Müller FF, Araújo HD, Comerlato JB, Silva MC, et al. Avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas. *Fisioter Pesqui*. 2017; 24(4): 437-443.
23. Martinez BP, Bispo AO, Duarte ACM, Neto MG. Declínio funcional em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Rev Inspirar Mov saúde*. 2013; 5(1).
24. Wiethan JRV, Soares JC, Souza JA. Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida em pacientes críticos: série de casos. *Acta Fisiatr*. 2017;24(1):7-12.
25. Guia CM, Biondi RSB, Sotero S, Lima AA, Amorim FF, Almeida KJQ et al. Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. *Com Ciências Saúde*. 2015; 26(1/2): 9-19.

26. Tanaka LM, Azevedo LC, Park M, Schettino G, Nassar AP, Réa-Neto A, et al. Early sedation and clinical outcomes of mechanically ventilated patients: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care*. 2014; 18(4): R156.
27. Vieira CSF; Almeida FD; Moura JB. Impacto a médio e longo prazo no estado funcional de pacientes adultos que passaram por internação em unidade de terapia intensiva [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
28. Chiang LL, Wang LY, Wu CP, Wu HD, Wu YT. Effects of physical training on functional status in patients with prolonged mechanical ventilation. *Phys Ther*. 2006; 86(9):1271-81.
29. Viana MV, Moraes RB, Fabbrin AR, Santos MF, Gerchman F. Avaliação e tratamento da hiperglicemia em pacientes graves. *Ver bras ter intensiva*. 2014; 26(1): 71-76.
30. Baptista BA, Felix LF, Souza JMO, Duarte TTP, Magro MCS. Alterações glicêmicas e pressóricas em pacientes críticos. *Rev enferm UFPE online*. 2018; 12(8): 2163-9.
31. Mahmoodpoor A, Hamishehkar H, Beigmohammadi M, Sanaie S, Shadvar K, Soleimanpour H, et al. Predisposing Factors for Hypoglycemia and Its Relation With Mortality in Critically Ill Patients Undergoing Insulin Therapy in an Intensive Care Unit. *Anesth Pain Med*. 2016; 6(1): e 33849.
32. Fan E, Cheek F, Chlan L, Gosselink R, Hart N, Herridge MS, et al. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: The Diagnosis of Intensive Care Unit–acquired Weakness in Adults. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014; 190(12): 1437-1446.
33. Barros LLS, Maia CSF e Monteiro MC. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Cad. Saúde Colet*. 2016; 24 (4): 388-396.

34. Almeida NFF. Aplicação do Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca [Monografia]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE I



Universidade Federal de Sergipe-UFS
Campus Prof. Antônio Garcia Filho
Departamento de Fisioterapia

Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Centro Lagarto/SE,
CEP 49400-000, Contato: (79) 3632-2081
E-mail: fisio.lagarto@gmail.com
<http://www.lagarto.ufs.br>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Análise do Perfil Funcional do Paciente Crítico do Hospital Universitário de Lagarto**”, das pesquisadoras Ileana de Melo Silva, do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe, devidamente assistidas pelas suas orientadoras Telma Cristina Fontes Cerqueira e Larissa Andrade de Sá Feitosa, a fim de desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, natureza observacional com abordagem quantitativa e analítica.
2. Objetivos Primários e secundários: Traçar o perfil funcional dos pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Identificar a influência dos níveis glicêmicos com a funcionalidade (independência funcional, mobilidade e força muscular) durante o período de internação na UTI. Verificar a correlação dos modos e tempo de ventilação com a funcionalidade e analisar influência do uso de medicamentos (sedativos, bloqueadores neuromusculares e corticoesteróides) na funcionalidade do paciente crítico.
3. Descrição de procedimentos: Será colhida informações sociodemográficos diariamente através do prontuário, e realizada a avaliação da funcionalidade, mobilidade e força muscular através das escalas Medida de Independência funcional, Escore Perme de Mobilidade em UTI - *Perme Intensive Care Unit Mobility Score*, o *Medical Research Council (MRC)* e a Dinamometria de preensão palmar a cada dois dias durante o tempo de internação na UTI.
4. Justificativa para a realização da pesquisa: A caracterização do paciente crítico permitirá a identificação de necessidades de recursos para o atendimento, bem como a reavaliação dos processos de atenção, visando o aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados prestados.
5. Desconfortos e riscos esperados: oferece riscos mínimos de constrangimento em decorrência da exposição do paciente.
6. Benefícios esperados: A pesquisa contribuirá para a elaboração de estratégias terapêuticas que diminuam o declínio funcional minimizando os riscos de complicações e reduzindo o tempo de permanência na UTI.



Universidade Federal de Sergipe-UFS
Campus Prof. Antônio Garcia Filho
Departamento de Fisioterapia

Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Centro Lagarto/SE,
CEP: 49400-000, Contato: (79) 3632-2081
E-mail: fisio.lagarto@gmail.com
<http://www.lagarto.ufs.br>

6. Benefícios esperados: A pesquisa contribuirá para a elaboração de estratégias terapêuticas que diminuam o declínio funcional minimizando os riscos de complicações e reduzindo o tempo de permanência na UTI.
7. Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.
8. Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.
9. Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde.
10. Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.
11. Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.
12. Os participantes receberão uma cópia deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).
13. Dados do pesquisador responsável:

Nome: Ileane de Melo Silva, telefone: (79) 99922 4531, e-mail: ileanemello@gmail.com.

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe-CEP/UFS, E-mail: cephu@ufs.br, telefone: (79) 3194-7208, endereço: Rua Claudio batista, S/N, Sanatório-Aracaju, CEP: 49060-110.

Desde já agradecemos a atenção, caso concorde em participar da pesquisa como voluntário, solicito autorização por meio da assinatura abaixo.

Lagarto, _____ de _____ de 2018.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO/RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE II

FICHA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: F() M () Naturalidade: _____

Endereço: _____

Responsável pelo paciente:

Telefone/celular: _____ Data de internação na UTI: ____/____/____

Causa da internação: _____

Doenças prévias: _____

Complicações: _____

Medicamentos em uso:

() Sedativo, qual: _____

() Bloqueador neuromuscular, qual: _____

() Corticóide, qual: _____

Nível glicêmico: _____ Ventilação:

() Respiração espontânea VNI: () BIPAP () CPAP

VMI: () Controlada () Assistida () Espontânea

SV: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SpO2: _____

Evolução:

() Alta da UTI ____/____/____ () Transferências ____/____/____

() Óbito ____/____/____

Tempo de internamento: _____

ANEXOS

ANEXO I

Paciente: _____ Data: ___ / ___ / ___

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

GRAU DE DEPENDÊNCIA	NÍVEL DE FUNÇÃO	ESCALA
Sem ajuda	Independência completa	7
	Independência moderada	6
Com ajuda	Dependência modificada Ajudante para supervisão	5
	Assistência mínima (ao menos 75% independente)	4
	Assistência moderada (ao menos 50% independente)	3
	Assistência máxima (ao menos 25%)	2
	Assistência total (menos de 25%)	1
FUNÇÕES MOTORAS		PONTUAÇÃO
Auto cuidado	A. Alimentação	
	B. Higiene pessoal	
	C. Banho (lavar o corpo)	
	D. Vestir metade superior	
	E. Vestir metade inferior	
	F. Utilização do vaso sanitário	
Controle de esfínteres	G. Controle da urina	
	H. Controle das fezes	
Transferências	I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	
	J. Vaso sanitário	
	K. Banheiro, chuveiro	
Locomoção	L. Marcha () /cadeira de rodas ()	
	M. Escadas	
FUNÇÕES COGNITIVAS		
Comunicação	N. Compreensão auditava () verbal()	
	O. Expressão vocal	
Cognição social	P. Interação social	
	Q. Resolução de problemas	
	R. Memória	
TOTAL		

ANEXO II

Paciente: _____ Data: ____/____/____

ESCORE PERME DE MOBILIDADE EM UTI	
ESTADO MENTAL Pontuação máxima = 3	Estado de alerta no começo da avaliação Não responsivo=0 Letárgico = 1 Acordado e alerta = 2
	O paciente consegue seguir 2 entre 3 comandos? Não = 0 Sim = 1
POTENCIAIS BARREIRAS A MOBILIDADE Pontuação máxima = 4 * No momento do contato inicial com o paciente ou a qualquer momento durante as intervenções de mobilidade.	O paciente está em Ventilação Mecânica OU Ventilação Não-Invasiva? * Sim = 0 Não = 1
	Dor * Incapaz de determinar dor ou o paciente indica sentir dor = 0 Sem dor = 1
	O paciente apresenta 2 ou mais dos seguintes:* (circule) Dispositivos de oxigenoterapia, Cateter de Foley, TOT, Traqueostomia, cateter central, cateter periférico, pressão arterial invasiva, cateter de diálise, CCIP, SGP, SJP, sonda nasogástrica, dreno de tórax, marcapasso temporário, cateter de artéria pulmonar, cateter epidural (PCA), BIA, DAVE, TSRC, ventriculostomia, dreno lombar, curativo a vácuo para feridas (VAC), ou outros. Sim = 0 Não = 1
	O paciente está em infusão endovenosa? (infusão endovenosa contínua:

	<p>vasopressores, inotrópicos, insulina, antiarrítmicos, sedação, antibióticos, fluidos, reposição de eletrólitos, transfusão de sangue, etc)</p> <p>Sim = 0 Não = 1</p>
<p>FORÇA FUNCIONAL Pontuação máxima = 4</p>	<p>Pernas – O paciente é capaz de erguer a perna contra a gravidade por aproximadamente 20 graus, com o joelho estendido? Não = 0 Sim = 1</p>
	<p>Braços – O paciente é capaz de elevar o braço contra a gravidade por aproximadamente 45 graus, com o cotovelo estendido? Não = 0 Sim = 1</p>
<p>MOBILIDADE NO LEITO Pontuação máxima = 6</p>	<p>Supino para sentado Não avaliado OU Assistência total (<25%) = 0 Máxima assistência (25 a 50%) = 1 Moderada assistência (50 a 75%) = 2 Mínima assistência (>75%) OU Supervisão = 3</p>
	<p>Equilíbrio estático uma vez estabelecida a posição sentado à beira do leito Não avaliado OU Assistência total (<25%) = 0 Máxima assistência (25 a 50%) = 1 Moderada assistência (50 a 75%) = 2 Mínima assistência (>75%) OU Supervisão = 3</p>
<p>TRANSFERÊNCIAS Pontuação máxima = 9</p>	<p>Sentado para em pé Não avaliado OU Assistência total (<25%) = 0 Máxima assistência (25 a 50%) = 1 Moderada assistência (50 a 75%) = 2 Mínima assistência (>75%) OU Supervisão = 3</p>

	<p>Equilíbrio estático uma vez estabelecida a posição em pé Não avaliado OU Assistência total (<25%) = 0 Máxima assistência (25 a 50%) = 1 Moderada assistência (50 a 75%) = 2 Mínima assistência (>75%) OU Supervisão = 3</p>
	<p>Transferência do leito para a cadeira OU da cadeira para o leito Não avaliado OU Assistência total (<25%) = 0 Máxima assistência (25 a 50%) = 1 Moderada assistência (50 a 75%) = 2 Mínima assistência (>75%) OU Supervisão = 3</p>
<p>MARCHA Pontuação máxima = 3</p>	<p>Marcha Não avaliado OU Assistência total (<25%) = 0 Máxima assistência (25 a 50%) = 1 Moderada assistência (50 a 75%) = 2 Mínima assistência (>75%) OU Supervisão = 3</p>
<p>ENDURANCE Pontuação máxima = 3</p>	<p>Endurance (Distância percorrida em 2 minutos, independentemente do nível de assistência exigido, incluindo períodos de descanso (em pé ou sentado), com ou sem uso de dispositivo de auxílio Incapaz de deambular OU Não avaliado = 0 Distância percorrida entre 1 – 15 metros = 1 Distância percorrida entre 15 – 30 metros = 2 Distância percorrida ≥ 30 metros = 3</p>
<p>PONTUAÇÃO MÁXIMA 32 PONTUAÇÃO TOTAL</p>	
<p>COMENTÁRIOS:</p>	