www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/018d7n96

Guia básico de assistência fisioterapêutica no âmbito hospitalar

Basic guide to physiotherapeutic care in the hospital setting

Thomás Bures de Paulo[1]
Luiz Fernando Mikelaitis[1]
Aline Sousa Mundim[1]
Rafael Reis Cunha[1]
Thiffany Rockenbach Gomes[1]
Rosana Carolina Cunha[1]
Maisa Beatriz Araujo Silva[1]
Thayná Martins Marques[1]
Luana Frazão E Silva[1]
Geovani Bitencourt Santana[2]

RESUMO

A fisioterapia hospitalar desempenha papel fundamental na prevenção e no tratamento de alterações respiratórias, motoras e funcionais decorrentes de doenças, procedimentos cirúrgicos e períodos de hospitalização. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo sistematizar conhecimentos teóricos e práticos relacionados à assistência fisioterapêutica no ambiente hospitalar, oferecendo suporte educacional a estudantes de Fisioterapia e estagiários. O guia aborda os princípios gerais da assistência, os critérios de elegibilidade dos pacientes, a interpretação de exames laboratoriais e complementares, a avaliação fisioterapêutica e a organização das etapas do atendimento. Também apresenta orientações sobre fisioterapia motora, mobilização precoce, assistência a pacientes cardiopatas e respiratórios, cuidados no pós-operatório, gasometria arterial e ventilação mecânica, incluindo suas modalidades e principais parâmetros. São discutidos, ainda, instrumentos de avaliação funcional, critérios de segurança, sinais de alerta e estratégias de monitorização durante as intervenções. O material enfatiza a importância da individualização das condutas, da tomada de decisão fundamentada em evidências científicas e da atuação integrada à equipe

[1] Centro Universitário IMEPAC, graduando em Fisioterapia, Araguari, MG, Brasil. thomasbures12@hotmail.com
[2] Centro Universitário IMEPAC, graduando em Educação Física, Araguari, MG, Brasil. geovanibsitana@gmail.com

multiprofissional. Dessa forma, o guia busca contribuir para a formação acadêmica e o desenvolvimento do raciocínio clínico, favorecendo uma assistência fisioterapêutica hospitalar segura, organizada e direcionada às necessidades individuais dos pacientes.
Palavras-chave: Fisioterapia Hospitalar; Assistência Fisioterapêutica; Mobilização Precoce; Reabilitação; Cuidados Hospitalares.

ABSTRACT

Hospital physiotherapy plays a fundamental role in preventing and treating respiratory, motor, and functional impairments resulting from diseases, surgical procedures, and prolonged hospitalization. In this context, this work aims to systematize theoretical and practical knowledge related to physiotherapeutic care in the hospital setting, providing educational support for physiotherapy students and interns. The guide addresses the general principles of care, patient eligibility criteria, interpretation of laboratory and complementary examinations, physiotherapeutic assessment, and the organization of care procedures. It also presents guidelines on motor physiotherapy, early mobilization, care for cardiac and respiratory patients, postoperative management, arterial blood gas analysis, and mechanical ventilation, including its main modalities and parameters. Furthermore, functional assessment tools, safety criteria, warning signs, and monitoring strategies during interventions are discussed. The material emphasizes the importance of individualized interventions, evidence-based clinical decision-making, and integration with the multidisciplinary healthcare team. Thus, the guide aims to contribute to academic education and the development of clinical reasoning, supporting safe, organized, and patient-centered physiotherapeutic care in the hospital environment.
Keywords: Hospital Physiotherapy; Physiotherapeutic Care; Early Mobilization; Rehabilitation; Hospital Care.

1. INTRODUÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO A FISIOTERAPIA HOSPITALAR

A fisioterapia hospitalar é uma área de atuação voltada à avaliação, à prevenção e ao tratamento de alterações funcionais que podem ocorrer em decorrência de doenças agudas ou

crônicas descompensadas, procedimentos cirúrgicos, comprometimentos respiratórios, alterações neuromusculares e períodos prolongados de internação.

A hospitalização pode estar associada à redução da mobilidade, à diminuição da força muscular, ao comprometimento da capacidade ventilatória e à perda de independência para a realização das atividades de vida diária. Essas alterações podem decorrer tanto da condição clínica que motivou a internação quanto dos efeitos da imobilidade e do descondicionamento físico. Nesse contexto, a assistência fisioterapêutica busca minimizar as limitações identificadas e favorecer a recuperação da capacidade funcional, respeitando a estabilidade clínica e as necessidades individuais.

A atuação fisioterapêutica hospitalar compreende intervenções respiratórias e motoras, posicionamento terapêutico, mobilização progressiva, treinamento funcional, orientação ao paciente e, quando pertinente, assistência relacionada ao suporte ventilatório. A escolha das condutas deve ser fundamentada na avaliação fisioterapêutica, nos objetivos terapêuticos estabelecidos e na resposta apresentada durante a intervenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017)

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o fisioterapeuta participa do cuidado ao paciente crítico, considerando as alterações respiratórias, hemodinâmicas e neuromusculares, além das particularidades relacionadas ao uso de dispositivos invasivos e ao suporte de órgãos. Nas enfermarias, a assistência frequentemente prioriza a recuperação da mobilidade, a melhora da tolerância ao esforço e a retomada progressiva da independência funcional. No contexto cirúrgico, a fisioterapia pode contribuir para a preparação funcional, a prevenção de complicações respiratórias e motoras e a recuperação pós-operatória, conforme as características do procedimento e as restrições específicas.

Dessa forma, a fisioterapia hospitalar deve ser compreendida como parte de um processo de cuidado individualizado e multiprofissional, orientado pela avaliação contínua e pela definição de objetivos clínicos e funcionais. Sua prática requer conhecimento técnico-científico, capacidade de raciocínio clínico, comunicação efetiva e atenção permanente à segurança do paciente.

1.2 OBJETIVOS

Sistematizar conhecimentos teóricos, práticos e básicos relacionados à assistência fisioterapêutica hospitalar, oferecendo suporte educacional para estudantes de Fisioterapia e

estagiários na compreensão da avaliação, do planejamento e da execução supervisionada de intervenções destinadas a pacientes hospitalizados.

1.3 PRINCÍPIOS GERAIS DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR

A assistência fisioterapêutica no âmbito hospitalar deve ser fundamentada em princípios técnico-científicos que orientem a avaliação, o planejamento e a execução das intervenções, considerando as condições clínicas e funcionais dos pacientes. Nesse contexto, destacam-se os seguintes princípios:

Individualização da assistência: o planejamento fisioterapêutico deve considerar as condições clínicas, as alterações funcionais, as comorbidades, as limitações e as necessidades específicas de cada paciente, estabelecendo objetivos terapêuticos compatíveis com seu estado de saúde e potencial de recuperação (WORLD PHYSIOTHERAPY, 2023).

Avaliação e monitorização sistemáticas: a avaliação fisioterapêutica deve compreender a análise dos aspectos respiratórios, motores e funcionais pertinentes a cada caso. A monitorização das respostas às intervenções permite identificar mudanças clínicas, acompanhar a evolução do paciente e orientar a adequação das condutas ao longo da internação.

Segurança durante as intervenções: a realização dos procedimentos fisioterapêuticos deve ser precedida da análise das condições clínicas, dos riscos associados à mobilização e aos recursos terapêuticos, bem como da presença de dispositivos e restrições específicas. A identificação de sinais de intolerância ou instabilidade deve orientar a interrupção ou modificação da intervenção e a comunicação à equipe responsável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Prática baseada em evidências científicas: a seleção das intervenções deve considerar as melhores evidências científicas disponíveis, a competência profissional, o contexto assistencial e as particularidades do paciente. Esse princípio contribui para fundamentar as decisões clínicas e evitar procedimentos sem indicação ou cuja segurança e efetividade não estejam adequadamente estabelecidas (WORLD PHYSIOTHERAPY, 2023).

Integralidade e integração multiprofissional: a assistência fisioterapêutica deve estar articulada ao plano de cuidado hospitalar, por meio da comunicação com os demais profissionais de saúde e do compartilhamento de informações relevantes para a continuidade do tratamento, respeitando as competências e responsabilidades de cada profissional.

Continuidade da assistência e recuperação funcional: o acompanhamento fisioterapêutico deve considerar a evolução do paciente durante a internação e as necessidades previstas para a transição do cuidado. A orientação ao paciente e aos familiares, o registro das intervenções, a avaliação da capacidade funcional e o planejamento da alta contribuem para a continuidade da reabilitação após a hospitalização.

Ética, humanização e respeito aos direitos do paciente: a prática fisioterapêutica deve preservar a dignidade, a privacidade e a autonomia do paciente, respeitando suas preferências, seu direito à informação e sua participação nas decisões relacionadas ao cuidado, sempre que possível. A comunicação clara, o acolhimento e a observância dos princípios éticos são fundamentais para uma assistência segura e centrada na pessoa (WORLD PHYSIOTHERAPY, 2023).

2. PADRÃO DE ORGANIZAÇÃO

2.1 PACIENTES ELEGÍVEIS PARA A ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR

2.1.1 Organização de elegibilidade

A assistência fisioterapêutica hospitalar é indicada aos pacientes que apresentam alterações respiratórias, motoras ou funcionais que demandem avaliação, prevenção de complicações ou intervenção especializada. A elegibilidade deve ser estabelecida a partir da avaliação fisioterapêutica, considerando o quadro clínico, as necessidades assistenciais, o risco de declínio funcional e os objetivos terapêuticos. A indicação não deve se restringir à presença de uma doença específica, mas considerar os comprometimentos identificados e os benefícios esperados da intervenção.

No âmbito da fisioterapia respiratória, devem ser avaliados os pacientes que necessitam de via aérea artificial, como tubo endotraqueal ou traqueostomia, aqueles submetidos à ventilação mecânica invasiva ou não invasiva e os que apresentam alterações da ventilação, dificuldade de eliminação de secreções, tosse ineficaz ou comprometimento da permeabilidade das vias aéreas. A atuação fisioterapêutica poderá envolver avaliação da mecânica respiratória, monitorização, posicionamento, estratégias de higiene brônquica e suporte ventilatório, conforme a indicação clínica e as competências profissionais. A presença de via aérea artificial ou de ventilação mecânica, isoladamente, não determina a

contraindicação à mobilização, desde que sejam observados os critérios de segurança e a tolerância individual (FRANÇA et al., 2012; AQUIM et al., 2019).

A fisioterapia motora e funcional deve ser considerada para pacientes com redução da mobilidade, fraqueza muscular, descondicionamento físico, dependência para transferências ou atividades de vida diária e risco de perda funcional decorrente da doença ou da hospitalização. Nesses casos, as intervenções podem incluir mobilização no leito, exercícios ativos, sedestação, ortostatismo, treino de transferências, marcha e atividades funcionais progressivas, de acordo com a capacidade do paciente e sua estabilidade clínica. A mobilização precoce, quando indicada e realizada com critérios de segurança, constitui uma estratégia relevante para minimizar os efeitos da imobilidade e favorecer a recuperação funcional, especialmente em pacientes críticos (AQUIM et al., 2019).

No período perioperatório, a avaliação fisioterapêutica deve abranger pacientes submetidos a procedimentos cardíacos, torácicos, abdominais, hepáticos, renais, ortopédicos, neurológicos e outros procedimentos cirúrgicos de grande ou pequeno porte, conforme as necessidades identificadas. A assistência poderá incluir orientações pré-operatórias, avaliação da capacidade funcional, estratégias respiratórias, mobilização progressiva, exercícios terapêuticos e recuperação da independência funcional. A seleção e a progressão das condutas devem considerar o tipo de cirurgia, a evolução pós-operatória, as restrições específicas, a presença de dispositivos e o risco de complicações, em articulação com a equipe responsável.

Pacientes com doenças cardiovasculares, oncológicas, hematológicas, neurológicas, reumatológicas ou autoimunes também podem apresentar indicação fisioterapêutica durante a internação. A necessidade de atendimento deve ser determinada individualmente, considerando repercussões respiratórias e musculoesqueléticas, alterações de equilíbrio e coordenação, fadiga, dor, redução da tolerância ao esforço e comprometimento da funcionalidade. A presença de uma dessas condições não constitui, isoladamente, indicação ou contraindicação absoluta à fisioterapia; a decisão depende da avaliação clínica, das precauções específicas e dos objetivos assistenciais.

Adicionalmente, devem ser identificados pacientes com risco aumentado de declínio funcional, como aqueles com internação prolongada, imobilidade, fragilidade, dependência funcional prévia ou dificuldade para retomar a mobilidade após um episódio agudo. A avaliação sistemática da função e da mobilidade permite estabelecer parâmetros iniciais, acompanhar a evolução e orientar o planejamento terapêutico e da alta hospitalar. Dessa forma, a assistência fisioterapêutica deve ser direcionada tanto ao tratamento de comprometimentos já estabelecidos quanto à prevenção de perdas funcionais potencialmente

evitáveis, respeitando a estabilidade clínica, as contraindicações específicas e os protocolos institucionais.

2.1.2 Exames complementares e critérios

Exame	**O que é / funcionalidade**	**Valores de referência aproximados**
Hemoglobina (Hb)	Proteína presente nas hemácias, responsável pelo transporte de oxigênio dos pulmões aos tecidos e parte do transporte de dióxido de carbono. Permite avaliar a capacidade de transporte de oxigênio do sangue e auxiliar na identificação de anemias.	Homens: 13,5–17,5 g/dL. Mulheres: 12,0–16,0 g/dL.
Leucócitos	Células do sistema imunológico responsáveis pela defesa do organismo contra agentes infecciosos e processos inflamatórios. Auxiliam na identificação de possíveis infecções, inflamações e alterações imunológicas.	4.000–11.000 células/mm³.
Plaquetas (Plaq)	Fragmentos celulares envolvidos na hemostasia, responsáveis pela formação do tampão plaquetário e participação no processo de coagulação. Permitem avaliar o risco de alterações hemorrágicas ou trombocitárias.	150.000–450.000 células/mm³.
Ureia	Produto do metabolismo das proteínas, sintetizado no fígado e eliminado predominantemente pelos rins. Auxilia na avaliação da função renal, do estado de hidratação e do metabolismo proteico.	15–45 mg/dL.
Creatinina	Produto do metabolismo muscular, eliminado principalmente pelos rins. É utilizada para estimar a função de filtração renal, especialmente quando associada à taxa de filtração glomerular estimada (TFGe).	Homens: aproximadamente 0,7–1,3 mg/dL. Mulheres: 0,6–1,1 mg/dL.

Sódio (Na^+)	Principal cátion do meio extracelular, fundamental para a regulação do equilíbrio hídrico, osmolaridade e transmissão dos impulsos nervosos. Suas alterações podem comprometer o estado neurológico e funcional.	135–145 mEq/L.
Potássio (K^+)	Principal cátion intracelular, essencial para a manutenção do potencial de membrana, contração muscular, condução nervosa e atividade elétrica cardíaca.	3,5–5,0 mEq/L.

Fonte: Popayan, et al., 2026.

Hemoglobina (Hb): A redução da hemoglobina caracteriza anemia e pode comprometer o transporte de oxigênio aos tecidos, diminuindo a tolerância ao esforço e favorecendo fadiga, dispneia, taquicardia e intolerância à mobilização. Diante de valores reduzidos, o fisioterapeuta deve observar a estabilidade hemodinâmica, a presença de sintomas e a resposta cardiovascular ao exercício, podendo reduzir a intensidade e a duração da intervenção. Valores muito baixos, queda recente da hemoglobina ou suspeita de sangramento exigem reavaliação clínica antes da mobilização. A decisão não deve ser baseada exclusivamente em um valor isolado. As diretrizes da AABB de 2023 recomendam considerar transfusão em adultos hospitalizados e hemodinamicamente estáveis quando a Hb estiver abaixo de 7 g/dL, com exceções conforme o contexto clínico (CARSON, et al. 2023).

Leucócitos: A leucocitose pode estar associada a processos infecciosos ou inflamatórios, enquanto a leucopenia pode indicar redução da capacidade de defesa imunológica. Para a fisioterapia, esses resultados devem ser correlacionados com temperatura corporal, frequência cardíaca, pressão arterial, saturação periférica de oxigênio e sinais clínicos de infecção. Na presença de infecção sistêmica, instabilidade hemodinâmica ou suspeita de sepse, a mobilização deve ser reavaliada e adaptada à condição do paciente. Entretanto, a alteração isolada dos leucócitos não constitui contraindicação automática à fisioterapia. Em pacientes com leucopenia importante, também devem ser reforçadas as medidas de prevenção de infecções e biossegurança.

Plaquetas (Plaq): A trombocitopenia aumenta o risco de sangramentos e hematomas, principalmente durante atividades que envolvem esforço muscular, transferência, ortostatismo e mobilização. Nesses casos, o fisioterapeuta deve evitar técnicas traumáticas, compressões

intensas e exercícios com risco de impacto ou queda, considerando a contagem plaquetária e a presença de manifestações hemorrágicas. Já a trombocitose pode estar associada a maior risco trombótico, dependendo de sua causa e magnitude. Alterações importantes ou quedas rápidas na contagem exigem discussão com a equipe médica antes de intervenções mais intensas.

Ureia: A elevação da ureia pode estar relacionada à redução da função renal, desidratação, aumento do catabolismo proteico ou outras condições clínicas. Quando associada à disfunção renal, pode ocorrer acúmulo de substâncias nitrogenadas, alterações metabólicas e comprometimento do estado geral. O fisioterapeuta deve observar sinais de desidratação, edema, fadiga, alterações da pressão arterial e intolerância ao esforço, além de considerar possíveis restrições hídricas e condições associadas. Em pacientes com comprometimento renal, a intensidade da mobilização deve ser ajustada à estabilidade clínica e à capacidade funcional.

Creatinina: A elevação da creatinina pode indicar redução da filtração renal, especialmente quando há aumento progressivo em relação aos valores anteriores. A disfunção renal pode estar associada a alterações do equilíbrio hidroeletrolítico, retenção de líquidos, edema e comprometimento cardiovascular. Para a fisioterapia, é importante observar a presença de edema periférico, dispneia, alterações hemodinâmicas e sinais de sobrecarga volêmica. Em pacientes submetidos à hemodiálise, a intervenção deve considerar o estado clínico, a tolerância ao procedimento e o planejamento da sessão, respeitando também possíveis restrições relacionadas ao acesso vascular.

Sódio (Na^+): A hiponatremia (redução do sódio) e a hipernatremia (elevação do sódio) podem provocar alterações neurológicas, como confusão mental, sonolência, irritabilidade, redução do nível de consciência e, em situações graves, convulsões. Essas manifestações podem comprometer o equilíbrio, a coordenação motora e a segurança durante a mobilização. O fisioterapeuta deve avaliar o estado neurológico, a capacidade de seguir comandos e o risco de quedas, adaptando a intervenção conforme a gravidade das alterações. Alterações importantes ou acompanhadas de manifestações neurológicas agudas exigem comunicação imediata com a equipe assistencial e reavaliação da mobilização.

Potássio (K^+): O potássio desempenha papel fundamental na excitabilidade neuromuscular e na condução elétrica cardíaca. A hipocalemia (redução do potássio) pode provocar fraqueza muscular, fadiga, câimbras e alterações do ritmo cardíaco. Já a hipercalemia (elevação do potássio) pode ocasionar distúrbios de condução elétrica, arritmias potencialmente graves e fraqueza muscular. Para o fisioterapeuta, essas alterações exigem atenção especial à resposta cardiovascular e à força muscular. Em casos de alterações

importantes, especialmente quando acompanhadas de sintomas ou alterações eletrocardiográficas, a mobilização deve ser suspensa até avaliação e estabilização clínica.

A interpretação dos exames laboratoriais deve integrar a avaliação fisioterapêutica, não sendo recomendável utilizar um resultado isolado como critério absoluto para liberar ou contraindicar a mobilização. A conduta deve considerar:

- Condição clínica geral: nível de consciência, estabilidade hemodinâmica, padrão respiratório e presença de sinais de infecção.
- Tendência dos resultados: comparar exames atuais com anteriores para identificar piora ou melhora, principalmente quedas de hemoglobina e plaquetas.
- Resposta ao esforço: monitorar frequência cardíaca, pressão arterial, SpO_2, frequência respiratória e percepção subjetiva de esforço.
- Risco de complicações: considerar sangramentos, arritmias, alterações neurológicas, trombose e sobrecarga volêmica.
- Comunicação multiprofissional: diante de alterações laboratoriais importantes, discutir a segurança da intervenção com a equipe responsável.

2.2 PROCEDIMENTOS E SEQUÊNCIA DO ATENDIMENTO

O atendimento fisioterapêutico hospitalar deve seguir uma sequência organizada, fundamentada na avaliação clínica e funcional, na identificação de riscos e na definição de objetivos terapêuticos individualizados. Essa sistematização favorece a tomada de decisão, a continuidade da assistência e o acompanhamento da resposta às intervenções.

Preparação e análise do prontuário: inicialmente, o estudante deverá consultar as informações clínicas disponíveis, incluindo o motivo da internação, os diagnósticos, as comorbidades, os medicamentos relevantes, os exames complementares, as restrições terapêuticas e os registros da equipe multiprofissional. Quando necessário, deverá esclarecer dúvidas com o fisioterapeuta supervisor e com os profissionais responsáveis pelo paciente.

Avaliação inicial e identificação das necessidades: após a identificação e a apresentação ao paciente, deverão ser investigados os sintomas, as queixas principais, o nível de consciência, a capacidade de comunicação e o grau de independência funcional. A avaliação física deverá contemplar os componentes respiratórios, cardiovasculares, musculoesqueléticos e neurológicos pertinentes à condição clínica, incluindo sinais vitais, tolerância ao esforço, mobilidade e capacidade para realizar atividades funcionais.

Verificação dos critérios de segurança: antes da intervenção, deverão ser analisadas a estabilidade clínica, as precauções e contraindicações específicas, a presença de dispositivos invasivos, as restrições relacionadas a procedimentos cirúrgicos e a necessidade de monitorização. A decisão de iniciar ou progredir o atendimento deverá considerar os riscos individuais e a resposta apresentada pelo paciente, não sendo recomendada a utilização de valores isolados como critérios universais para todos os procedimentos.

Planejamento e execução das condutas: com base nos achados da avaliação, o fisioterapeuta deverá estabelecer objetivos terapêuticos e selecionar intervenções compatíveis com as necessidades identificadas. Conforme a indicação, poderão ser realizados procedimentos de fisioterapia respiratória, exercícios terapêuticos, posicionamento, mobilização progressiva, treino de transferências, ortostatismo e marcha. A intensidade, a duração e a progressão deverão ser individualizadas, respeitando a tolerância e as condições de segurança.

Monitorização e reavaliação: durante a sessão, deverão ser observados os sinais vitais pertinentes, os sintomas, o esforço percebido, a resposta respiratória e cardiovascular e a tolerância funcional. A ocorrência de dor intensa, dispneia desproporcional, alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica ou outros sinais de deterioração clínica exige reavaliação imediata e, conforme a gravidade, interrupção da intervenção e acionamento da equipe responsável.

Finalização e registro do atendimento: ao término, o paciente deverá ser reposicionado com segurança, com verificação das condições clínicas e da integridade dos dispositivos. O registro em prontuário deverá contemplar os achados relevantes da avaliação, os procedimentos realizados, a resposta clínica e funcional, eventuais intercorrências e o planejamento para a continuidade da assistência. As informações deverão ser registradas de forma objetiva, conforme as normas institucionais e as responsabilidades profissionais.

Entre os instrumentos aplicáveis, destacam-se a Escala de Coma de Glasgow, a ICU Mobility Scale (IMS), a escala de força muscular do Medical Research Council (MRC) e a escala de percepção subjetiva de esforço de Borg, na versão de 0 a 10. Sempre que possível, as avaliações devem ser realizadas de maneira padronizada e repetidas ao longo da internação, permitindo acompanhar mudanças clínicas e funcionais.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) avalia o nível de consciência por meio da abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, com pontuação total de 3 a 15 pontos. Escores mais elevados indicam maior responsividade, enquanto valores menores sugerem comprometimento do nível de consciência. Recomenda-se registrar cada componente

separadamente e considerar interferências como sedação e intubação. A escala auxilia no acompanhamento neurológico, mas não substitui a avaliação clínica global (TEASDALE; JENNETT, 1974).

A ICU Mobility Scale (IMS) classifica a mobilidade funcional de pacientes críticos em uma escala de 0 a 10 pontos, desde a ausência de mobilidade ativa até a marcha independente. Quanto maior a pontuação, maior o nível de mobilidade alcançado. Deve-se registrar a atividade efetivamente realizada, permitindo acompanhar a evolução funcional e orientar a progressão da mobilização durante a internação (HODGSON et al., 2014).

A escala do Medical Research Council (MRC) avalia a força muscular por meio de seis grupos musculares bilateralmente, totalizando de 0 a 60 pontos. Cada grupo recebe uma pontuação de 0 a 5, em que 0 representa ausência de contração muscular e 5 indica força preservada contra resistência. Escores mais elevados indicam maior força, enquanto valores inferiores a 48 pontos podem sugerir fraqueza muscular adquirida, desde que o paciente consiga compreender e executar os comandos. Caso não haja colaboração adequada, a avaliação deve ser registrada como não avaliável (HERMANS et al., 2012; PARRY et al., 2015).

A Escala de Borg modificada quantifica a percepção subjetiva de esforço durante as atividades terapêuticas, variando de 0 a 10 pontos. O valor 0 representa ausência de esforço, enquanto 10 corresponde ao esforço máximo percebido. Pontuações mais elevadas indicam maior intensidade de esforço e devem ser analisadas em conjunto com sinais vitais, sintomas e resposta clínica do paciente, não sendo utilizadas isoladamente para determinar a continuidade ou interrupção da atividade (BORG, 1990).

Os resultados devem ser registrados no prontuário, com data e contexto da avaliação. A comparação entre avaliações permite acompanhar a evolução funcional, ajustar metas e orientar a conduta fisioterapêutica. A aplicação e interpretação das escalas por estudantes e estagiários devem ocorrer sob supervisão do fisioterapeuta responsável, respeitando as condições clínicas e os protocolos institucionais.

2.3 FISIOTERAPIA MOTORA E MOBILIZAÇÃO PRECOCE

A fisioterapia motora hospitalar compreende intervenções destinadas à prevenção e ao tratamento de alterações musculoesqueléticas e funcionais associadas à doença aguda, à hospitalização e à imobilidade prolongada. Entre as possíveis consequências do repouso prolongado estão a redução da força muscular, a diminuição da amplitude de movimento

articular, a perda de condicionamento físico, o comprometimento do equilíbrio e a redução da independência funcional. Nesse contexto, a atuação fisioterapêutica busca preservar ou recuperar a capacidade funcional, favorecer a retomada das atividades de vida diária e contribuir para a continuidade do processo de reabilitação.

A mobilização precoce consiste na introdução progressiva de atividades de mobilidade e exercício assim que as condições clínicas do paciente permitirem. Sua aplicação deve considerar o diagnóstico, o estado de consciência, a estabilidade cardiovascular e respiratória, a presença de dispositivos invasivos, as restrições médicas e a capacidade de participação do paciente. A mobilização não deve ser realizada de maneira automática ou baseada exclusivamente no tempo de internação; a indicação, a intensidade e a progressão precisam ser individualizadas e reavaliadas antes e durante cada atendimento (AQUIM et al., 2019).

As intervenções motoras podem incluir posicionamento terapêutico, verticalizações, mudanças de decúbito, mobilizações ativo-assistida ou ativa, exercícios de amplitude de movimento, exercícios resistidos quando indicados, controle de tronco, sedestação no leito, transferência para a poltrona, ortostatismo, treino de equilíbrio, marcha e treinamento funcional. A escolha dos procedimentos deve estar relacionada aos déficits identificados na avaliação fisioterapêutica e aos objetivos estabelecidos para cada paciente. Em indivíduos com restrição importante de mobilidade, pode-se iniciar com posicionamento adequado no leito, progredindo gradualmente conforme a tolerância e a resposta clínica.

A progressão funcional deve ocorrer de forma planejada, respeitando a capacidade do paciente e evitando aumentos desproporcionais de carga ou esforço. Deve-se estimular cada vez mais a participação ativa do paciente, pois ela é fundamental no processo de reabilitação. O nível de assistência necessário (independente, supervisão e assistência parcial conforme a classificação adotada pelo serviço) deve ser documentado, assim como a atividade executada, a duração, a tolerância e a resposta observada. Instrumentos como a *ICU Mobility Scale* (IMS), especialmente em unidades de terapia intensiva, podem auxiliar no registro padronizado do nível de mobilidade alcançado.

Antes de iniciar a mobilização, o fisioterapeuta deve verificar os parâmetros clínicos pertinentes, os sintomas relatados, a estabilidade do paciente, os dispositivos e acessos, às restrições de movimento e a necessidade de auxílio da equipe. Durante a intervenção, devem ser observados sinais de intolerância, como piora respiratória, dessaturação clinicamente relevante, alterações hemodinâmicas, dor intensa, tontura, alteração do nível de consciência ou desconforto significativo. Diante de sinais de deterioração, a atividade deve ser interrompida ou modificada, com adoção das medidas necessárias e comunicação à equipe

responsável. Os critérios de segurança devem seguir protocolos institucionais e considerar o quadro clínico individual, não sendo recomendável utilizar um único valor de parâmetro isoladamente para todos os pacientes.

No contexto das UTIs, a presença de ventilação mecânica, por si só, não representa contraindicação absoluta à mobilização, mas requer avaliação criteriosa, equipe capacitada e monitorização compatível com o risco, a intervenção deve priorizar a prevenção dos efeitos da imobilidade, a recuperação progressiva da mobilidade e o retorno seguro às atividades funcionais, observando as particularidades da doença e do procedimento realizado.

A efetividade da fisioterapia motora deve ser acompanhada por reavaliações periódicas, utilizando medidas clínicas e funcionais adequadas ao perfil do paciente. A comparação dos resultados permite identificar progressos, limitações persistentes e necessidade de ajustar as condutas. Deve ser registrado em prontuário de acompanhamento o nível funcional inicial, as intervenções realizadas, a resposta clínica e funcional, eventuais intercorrências e o plano de progressão.

2.4 AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR

A avaliação fisioterapêutica hospitalar constitui uma etapa fundamental para a identificação das alterações funcionais, a definição dos objetivos terapêuticos e o planejamento das intervenções durante a internação. Deve ser realizada de maneira sistematizada e individualizada, considerando o diagnóstico clínico, o motivo da hospitalização, as comorbidades, o estado funcional prévio, as limitações atuais e os riscos associados à condição de saúde do paciente.

Análise do prontuário e coleta de informações: inicialmente, devem ser consultados os registros clínicos disponíveis, incluindo a história da doença atual, os antecedentes pessoais, os procedimentos cirúrgicos realizados, os exames complementares, os medicamentos em uso, as restrições médicas e as informações registradas pela equipe multiprofissional. Esses dados auxiliam na compreensão do quadro clínico e na identificação de precauções necessárias para a realização do atendimento fisioterapêutico.

Avaliação do estado geral e da condição clínica: durante o contato inicial, devem ser observados o nível de consciência, a capacidade de comunicação, a orientação, a presença de dor, a disposição para participar do atendimento e os sinais de desconforto. A verificação dos sinais vitais, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e

saturação periférica de oxigênio (SpO_2), deve ser realizada conforme a condição clínica e a necessidade de monitorização do paciente.

Avaliação respiratória: compreende a investigação de sintomas como dispneia, tosse e dificuldade para eliminar secreções, além da observação do padrão respiratório, da expansibilidade torácica, do uso de musculatura acessória e da tolerância ao esforço. Quando indicado, devem ser considerados a ausculta pulmonar, a eficácia da tosse, o suporte de oxigênio, a presença de dispositivos de via aérea artificial e os parâmetros ventilatórios pertinentes. Os achados devem ser interpretados em conjunto com a história clínica e os demais dados da avaliação.

Avaliação motora e musculoesquelética: deve contemplar a amplitude de movimento articular, a força muscular, a presença de dor, o controle postural, o equilíbrio, a coordenação e a capacidade de realizar movimentos ativos. Também devem ser investigados o grau de mobilidade no leito, a capacidade de sentar-se, realizar transferências, permanecer em ortostatismo e caminhar, quando essas atividades forem clinicamente permitidas. A avaliação deve respeitar as restrições relacionadas a cirurgias, fraturas, dispositivos e outras condições específicas.

Avaliação funcional: busca identificar o nível de independência do paciente nas atividades de vida diária e sua necessidade de assistência para mobilidade e autocuidado. A comparação entre a funcionalidade prévia e a condição atual contribui para reconhecer perdas funcionais relacionadas à doença ou à hospitalização e estabelecer metas realistas para a reabilitação. Instrumentos padronizados (como a escala IMS) podem ser utilizados conforme o perfil do paciente, o setor de internação e os objetivos assistenciais.

Identificação de riscos e definição dos objetivos terapêuticos: após a coleta das informações, os achados devem ser analisados para identificar as principais disfunções, as necessidades prioritárias e os fatores que podem comprometer a segurança do atendimento. Com base nessa análise, devem ser estabelecidos objetivos específicos, mensuráveis e compatíveis com a condição clínica, como melhorar a ventilação, favorecer a eliminação de secreções, preservar a amplitude articular, reduzir os efeitos da imobilidade ou recuperar a capacidade de realizar transferências e marcha.

A avaliação deve ser registrada de forma objetiva e servir como parâmetro para as reavaliações subsequentes. A comparação dos resultados permite acompanhar a evolução clínica e funcional, verificar a resposta às intervenções e ajustar o plano terapêutico conforme as necessidades identificadas. A seleção dos procedimentos e dos instrumentos de avaliação

deve considerar as evidências científicas disponíveis, os protocolos institucionais e a supervisão profissional aplicável.

2.5 FISIOTERAPIA EM PACIENTE CARDIACO

A assistência fisioterapêutica ao paciente cardiopata hospitalizado deve ser individualizada, considerando o diagnóstico, a estabilidade hemodinâmica, os sintomas, a capacidade funcional e a resposta ao esforço. A avaliação prévia e a monitorização durante as intervenções são fundamentais para identificar sinais de intolerância à atividade física e reduzir o risco de intercorrências. A intensidade dos exercícios e a progressão da mobilização devem respeitar as condições clínicas do paciente, as orientações da equipe multiprofissional e os protocolos institucionais.

Antes de iniciar o atendimento, recomenda-se verificar o estado clínico, os sintomas atuais, a frequência cardíaca (FC), a pressão arterial (PA), a frequência respiratória (FR) e a saturação periférica de oxigênio (SpO_2), conforme a necessidade clínica. A percepção subjetiva de esforço e a intensidade da dispneia podem ser acompanhadas por meio da escala de Borg, associada à observação do padrão respiratório e à capacidade do paciente de conversar durante a atividade.

A monitorização deve ser repetida ao longo da sessão, especialmente após mudanças na intensidade do exercício, na postura ou no nível de mobilidade. A interpretação dos parâmetros deve considerar os valores basais, o diagnóstico, os medicamentos em uso e as orientações médicas. A Diretriz Brasileira de Ergometria (2024) destaca a importância de interromper o esforço diante de sintomas ou alterações cardiovasculares e respiratórias sugestivas de risco.

Durante a intervenção, o fisioterapeuta deve observar continuamente a resposta clínica do paciente. A presença de sinais de alerta (red flags) exige a interrupção do exercício, a avaliação imediata do quadro e o acionamento da equipe assistencial conforme a gravidade e o protocolo institucional.

Os principais critérios de alerta incluem:

- Dispneia e esforço: Borg de dispneia igual ou superior a 6 na escala de 0 a 10, ou aumento súbito e desproporcional da falta de ar.
- Dor torácica: aperto, queimação ou sensação de peso no peito, especialmente quando irradiada para braços, mandíbula, costas ou pescoço.

- Sinais de baixo débito ou má perfusão: tontura, pré-síncope, síncope, palidez, sudorese fria ou alteração do nível de consciência.
- Dessaturação: SpO_2 inferior a 90% ou queda superior a 4 pontos percentuais em relação ao valor basal, conforme o protocolo adotado.
- Alterações da pressão arterial: PAS superior a 180 mmHg, PAD superior a 110 mmHg ou queda da pressão arterial associada ao esforço ou a sintomas.
- Alterações do ritmo cardíaco: palpitações intensas, pulso irregular de início recente ou suspeita de arritmia com repercussão clínica.
- Resposta inadequada da frequência cardíaca: elevação excessiva ou comportamento inesperado em relação à carga, incluindo aumento de aproximadamente 20 bpm em relação ao basal quando esse limite estiver previsto no protocolo individualizado.

Esses valores devem ser interpretados considerando a condição clínica, os valores de repouso, a prescrição médica e os parâmetros definidos pela instituição. Não devem ser utilizados isoladamente como limites universais de segurança. A Diretriz Brasileira de Ergometria também destaca sintomas como dor torácica, pré-síncope, palidez, sudorese desproporcional, dessaturação e queda da pressão sistólica durante o esforço como possíveis critérios para interromper a atividade (GUALANDRO et al., 2024).

2.5.1 Passo a passo do atendimento fisioterapêutico

1. Triagem clínica prévia: verificar o diagnóstico, as restrições médicas, os sintomas atuais, os medicamentos em uso e a estabilidade clínica antes de iniciar a intervenção.
2. Avaliação dos parâmetros basais: aferir FC, PA, FR e SpO_2, além de registrar a intensidade da dispneia e do esforço percebido.
3. Apresentação da escala de Borg: explicar a escala visual e perguntar: “De 0 a 10, quanto esforço você está sentindo?” ou “De 0 a 10, quanta falta de ar está sentindo?”. É importante distinguir a percepção de esforço da intensidade da dispneia.
4. Início e progressão gradual: começar com atividades compatíveis com a condição clínica, observando a tolerância ao posicionamento, à sedestação, à ortostase e à mobilização, conforme a indicação.
5. Monitorização e reavaliação: repetir a avaliação dos sinais vitais, da Borg e dos sintomas após mudanças de postura ou de carga, interrompendo a atividade diante de sinais de alerta.

6. Conduta diante de sinais de alerta: interromper imediatamente o esforço, posicionar o paciente de acordo com sua condição clínica, reavaliar os parâmetros e acionar a equipe assistencial. Na presença de dor torácica sugestiva de isquemia, síncope, instabilidade hemodinâmica ou desconforto respiratório intenso, deve-se seguir imediatamente o protocolo institucional de emergência.

2.5.2 STEPS

A mobilização precoce no pós-operatório de cirurgia cardíaca deve ser realizada de forma progressiva, individualizada e condicionada à estabilidade clínica e hemodinâmica do paciente. Conforme o protocolo de manejo pós-operatório utilizado como referência, a progressão das atividades motoras pode ser organizada em etapas (steps), desde os exercícios no leito até a deambulação e o treinamento funcional.

Step 1 — POI (Pós operatório imediato)

- Exercícios no leito
- Posicionamento em decúbito dorsal, com cabeceira abaixo de 30°, conforme protocolo.
- Exercícios ativos de membros inferiores: flexão de quadril, abdução, adução e flexão plantar.
- Estimular a posição sentada à beira do leito, caso haja condições clínicas e liberação médica.

Step 2 — Sentar (2º PO)

- Controle postural e mobilidade
- Sentar com os pés apoiados no chão, após avaliação e liberação quando houver drenos.
- Realizar extensão unilateral de joelho, em uma série de 10 repetições.
- Progredir para ortostatismo e transferência para poltrona, se houver condições clínicas.

Step 3 — Ortostatismo (2º ao 3º PO)

- Exercícios em posição ortostática
- Flexão unilateral de joelho, abdução e adução de quadril e flexão plantar, em uma série de 10 repetições.

- Introduzir marcha estacionária quando houver condições clínicas e liberação para deambular.
- Progredir para o Step 4 conforme tolerância.

Step 4 — Deambulação (3º PO em diante)

- Marcha e treinamento funcional
- Realizar a primeira deambulação no quarto, com telemetria, oxímetro e cinto de segurança.
- Progredir para marcha no corredor, com limite inicial de até 200 metros e Borg não superior a 13.
- Introduzir circuito, rampas e escadas conforme tolerância, mantendo Borg abaixo de 6.
- Considerar cicloergômetro em pacientes com dificuldade para marcha.

2.5.3 Critérios de segurança e progressão

A progressão entre os steps deve respeitar a resposta clínica do paciente, com monitoramento de frequência cardíaca, pressão arterial, saturação periférica de oxigênio, sintomas e percepção subjetiva de esforço. Interromper a atividade diante de sinais de intolerância ou instabilidade e comunicar a equipe responsável.

A presença de drenos, monitorização invasiva ou uso de doses baixas de vasopressores não representa, isoladamente, contraindicação absoluta à mobilização, desde que haja avaliação individualizada e segurança clínica. Em casos de esternotomia completa, devem ser observadas as orientações específicas do protocolo institucional e da equipe cirúrgica.

Os dias indicados representam sugestões de progressão, e não prazos obrigatórios. A evolução funcional deve ser determinada pela estabilidade hemodinâmica, condição respiratória, nível de consciência, tolerância ao esforço e liberação da equipe assistencial.

2.6 FISIOTERAPIA EM PACIENTE RESPIRATÓRIO

2.6.1 Avaliação fisioterapêutica respiratória

A avaliação inicial deve incluir a análise do prontuário, do diagnóstico médico, dos antecedentes respiratórios, das comorbidades, dos exames complementares disponíveis e do suporte ventilatório utilizado. Durante o exame físico, o fisioterapeuta deve observar o padrão respiratório, a frequência respiratória, a expansibilidade torácica, o uso de musculatura acessória, a presença de dispneia, a tosse, as características das secreções e a tolerância às mudanças de posição.

A ausculta pulmonar auxilia na identificação de alterações dos sons respiratórios, devendo ser interpretada em conjunto com os demais achados clínicos. Também devem ser monitorados, conforme a gravidade e as necessidades do paciente, a saturação periférica de oxigênio (SpO_2), a frequência cardíaca, a pressão arterial e o nível de consciência. Nos pacientes em oxigenoterapia ou suporte ventilatório, é necessário verificar a interface, a adaptação ao dispositivo, os parâmetros prescritos e a resposta clínica à intervenção.

A avaliação deve identificar os problemas prioritários e orientar objetivos terapêuticos mensuráveis, com reavaliação após as intervenções. A seleção das técnicas deve considerar a evidência científica disponível, uma vez que nem todas as manobras respiratórias apresentam benefício comprovado para todos os perfis de pacientes (ALMEIDA; TEODORO; CHIAVEGATO, 2020).

2.6.2 Principais intervenções fisioterapêuticas respiratórias

1. Técnicas de expansão pulmonar

São indicadas quando a avaliação identifica redução dos volumes pulmonares ou risco de complicações associadas à hipoventilação, como em determinados pacientes no pós-operatório, acamados ou com comprometimento neuromuscular. Podem incluir exercícios de inspiração profunda, controle ventilatório, posicionamento terapêutico e, quando houver indicação, recursos de pressão positiva. A escolha deve considerar a capacidade de colaboração, a dor, a condição hemodinâmica e a resposta respiratória.

A espirometria de incentivo pode ser utilizada como parte de um programa terapêutico, mas não deve ser prescrita isoladamente e de forma rotineira para todos os pacientes cirúrgicos. A diretriz da American Association for Respiratory Care recomenda associá-la, quando indicada, a exercícios respiratórios, tosse orientada, mobilização precoce e controle adequado da dor (RESTREPO et al., 2011).

2. Técnicas de higiene brônquica e remoção de secreções

São consideradas quando há retenção de secreções, tosse ineficaz ou dificuldade de depuração das vias aéreas. Conforme a avaliação, podem ser utilizadas técnicas de expiração forçada (huffing), tosse assistida, ciclo ativo da respiração, AFe, ELPr, posicionamento e outras estratégias de aumento do fluxo expiratório. Em pacientes com fraqueza muscular respiratória ou doenças neuromusculares, pode ser necessária assistência à tosse ou utilização de dispositivos específicos.

A aplicação dessas técnicas deve ser direcionada à necessidade identificada, evitando manobras indiscriminadas. A diretriz da AARC ressalta que técnicas de higiene brônquica não são recomendadas rotineiramente em todos os pacientes hospitalizados; sua indicação depende, entre outros fatores, da presença de secreções retidas e da capacidade de eliminá-las espontaneamente (STRICKLAND et al., 2013).

3. Mobilização precoce associada à abordagem respiratória

Quando clinicamente segura, a mobilização progressiva deve integrar o plano terapêutico, podendo incluir mudanças de decúbito, sedestação, ortostatismo e deambulação assistida. Além de contribuir para a recuperação funcional, a mobilização favorece a ventilação, a eliminação de secreções e a redução dos efeitos deletérios da imobilidade. O nível de atividade deve ser definido conforme a estabilidade clínica, a capacidade funcional e a resposta do paciente, com atenção especial àqueles em terapia intensiva (FRANÇA et al., 2012).

4. Oxigenoterapia e suporte ventilatório

Nos pacientes com hipoxemia, a oxigenoterapia deve ser administrada e ajustada conforme a prescrição, a condição clínica e a resposta à monitorização. O fisioterapeuta deve verificar o dispositivo utilizado, o fluxo ou a concentração prescrita e a evolução da SpO_2, evitando tanto a oferta insuficiente quanto a administração excessiva de oxigênio. A diretriz da American Association for Respiratory Care recomenda, para a maioria dos adultos hospitalizados, uma meta de SpO_2 entre 94% e 98%, enquanto pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e risco de retenção de dióxido de carbono podem necessitar de uma meta entre 88% e 92%, conforme avaliação clínica e protocolo assistencial (PIRAINO et al., 2022).

2.6.3 Critérios de segurança e interrupção

Durante a fisioterapia respiratória, a monitorização deve ser proporcional à gravidade do paciente e ao tipo de intervenção. A sessão deve ser interrompida ou modificada diante de piora importante da dispneia, dessaturação relevante, dor torácica, cianose, alteração aguda do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica, arritmia sintomática ou intolerância acentuada ao procedimento.

Em pacientes críticos, a decisão de iniciar, manter ou interromper a intervenção deve considerar o quadro clínico global, a tendência dos sinais vitais, o suporte ventilatório e os critérios institucionais. A avaliação deve ser contínua, e não limitada à aferição dos parâmetros no início e no fim da sessão. As recomendações da AMIB reforçam que as intervenções devem ser precedidas de avaliação fisioterapêutica e selecionadas de acordo com os objetivos clínicos identificados (FRANÇA et al., 2012).

Sequência sugerida do atendimento

1. Revisar o prontuário: identificar diagnóstico, comorbidades, exames relevantes, restrições e suporte respiratório utilizado.
2. Avaliar o paciente: observar padrão respiratório, ausculta, tosse, secreções, expansibilidade torácica, dispneia e estado de consciência.
3. Verificar os parâmetros basais: monitorar SpO_2, FC, FR e PA, conforme o quadro clínico, comparando os resultados com os valores prévios.
4. Definir os objetivos terapêuticos: priorizar as necessidades identificadas, como expansão pulmonar, higiene brônquica, melhora da ventilação ou recuperação funcional.

5. Executar as intervenções indicadas: selecionar as técnicas de acordo com a avaliação, a evidência disponível, a tolerância e a capacidade de colaboração do paciente.
6. Reavaliar e registrar: comparar a resposta antes e após o atendimento, documentando os procedimentos, os parâmetros observados, a tolerância e a necessidade de ajustes.

2.6.4 Gasometria

Parâmetro	Valor de referência	Funcionalidade
pH	7,35–7,45	Avalia o equilíbrio acidobásico do sangue.
PaO_2	80–100 mmHg	Avalia a oxigenação arterial e a transferência de oxigênio dos pulmões para o sangue.
$PaCO_2$	35–45 mmHg	Avalia a ventilação alveolar e a eliminação de dióxido de carbono (CO_2).
HCO_3^- (bicarbonato)	22–26 mEq/L	Principal componente metabólico do sistema tampão; auxilia na avaliação do componente metabólico do equilíbrio acidobásico.
Excesso de bases (BE)	−2 a +2 mmol/L	Estima o componente metabólico dos distúrbios acidobásicos.
SaO_2	Aproximadamente 95–100%	Representa a proporção de hemoglobina arterial saturada por oxigênio.
Lactato	Aproximadamente 0,5–2,2 mmol/L	Auxilia na avaliação do metabolismo celular e da possível hipoperfusão tecidual.
Ânion gap (AG)	Aproximadamente 8–14 mEq/L	Auxilia na investigação e classificação das acidoses metabólicas.

Fonte: Duarte, 2016

Aplicação na fisioterapia hospitalar

- PaO_2 e SaO_2: avaliar a oxigenação em conjunto com a oferta de oxigênio, a FiO_2 e o quadro clínico.
- $PaCO_2$: identificar alterações ventilatórias e acompanhar a resposta à ventilação espontânea ou mecânica.
- pH e HCO_3^-: reconhecer distúrbios acidobásicos que possam influenciar a tolerância ao esforço.
- Lactato: acompanhar, junto a outros indicadores, a perfusão tecidual e a resposta clínica.
- Conduta fisioterapêutica: correlacionar os resultados com sinais vitais, nível de consciência, padrão respiratório e estabilidade hemodinâmica antes de iniciar ou progredir a mobilização.

Atenção: os valores de referência, isoladamente, não determinam a indicação ou a contraindicação à fisioterapia. Alterações importantes, deterioração clínica ou suspeita de insuficiência respiratória exigem avaliação imediata da equipe assistencial.

2.6.5 Ventilação mecânica

A ventilação mecânica (VM), também denominada suporte ventilatório, consiste em uma estratégia terapêutica destinada a auxiliar ou substituir parcial ou totalmente a ventilação espontânea, contribuindo para a manutenção das trocas gasosas e para a redução da sobrecarga do sistema respiratório. É utilizada principalmente em pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, podendo ser aplicada por meio de interfaces invasivas ou não invasivas.

Ventilação mecânica invasiva (VMI): fornece suporte ventilatório por meio de uma via aérea artificial, geralmente um tubo orotraqueal ou uma cânula de traqueostomia, conectada ao ventilador mecânico. É utilizada quando há comprometimento respiratório grave, incapacidade de proteger as vias aéreas ou necessidade de suporte que não pode ser adequadamente fornecido por métodos não invasivos.

Ventilação não invasiva (VNI): oferece suporte ventilatório por meio de uma interface externa, como máscara nasal, oronasal ou facial, sem necessidade de tubo traqueal. Pode reduzir o trabalho respiratório, melhorar as trocas gasosas e evitar a intubação em pacientes selecionados, desde que apresentem condições clínicas compatíveis e sejam monitorados adequadamente.

Os principais objetivos da ventilação mecânica são:

- Melhorar a oxigenação: favorecer a oferta de oxigênio aos tecidos e corrigir a hipoxemia.
- Manter a ventilação alveolar: auxiliar na eliminação de dióxido de carbono (CO_2) e no controle da hipercapnia e da acidose respiratória.
- Reduzir o trabalho respiratório: diminuir a sobrecarga da musculatura ventilatória e o consumo de oxigênio associado ao esforço respiratório excessivo.
- Prevenir a fadiga muscular respiratória: proporcionar suporte quando a demanda ventilatória supera a capacidade do paciente.
- Favorecer a mecânica pulmonar: melhorar o recrutamento alveolar quando indicado e reduzir o risco de lesão pulmonar por meio de estratégias ventilatórias protetoras.
- Possibilitar a recuperação clínica: manter suporte respiratório enquanto a doença de base é tratada e o paciente recupera a capacidade de respirar espontaneamente.

2.6.6 Tipos de Ventilação Mecânica

Modalidade	Como funciona	Indicações e considerações clínicas
VCV — Ventilação com volume controlado	O ventilador fornece um volume corrente programado; a pressão resultante varia conforme a resistência das vias aéreas e a complacência pulmonar.	Útil quando se deseja controlar o volume entregue. Exige monitoramento das pressões, principalmente em pacientes com baixa complacência ou resistência elevada.
PCV — Ventilação com pressão controlada	O ventilador fornece uma pressão inspiratória programada durante determinado tempo; o volume corrente resultante varia com a mecânica pulmonar e o esforço do paciente.	Pode ser utilizada na insuficiência respiratória aguda, conforme a estratégia ventilatória. É necessário monitorar o volume corrente para evitar ventilação insuficiente ou excessiva.
PSV — Ventilação com pressão de suporte	O paciente inicia os ciclos respiratórios e recebe assistência por uma pressão inspiratória adicional. A inspiração geralmente termina quando o fluxo inspiratório diminui até um critério ajustado.	Indicada em pacientes com impulso respiratório espontâneo, frequentemente durante redução gradual do suporte e avaliação para desmame.
SIMV — Ventilação mandatória intermitente sincronizada	O ventilador fornece um número programado de ciclos mandatórios sincronizados com o esforço do paciente, permitindo respirações espontâneas entre eles, que podem receber pressão de suporte.	Pode ser empregada em situações selecionadas. Não é necessariamente superior a outras estratégias para o desmame ventilatório.
CPAP — Pressão positiva contínua nas vias aéreas	Mantém pressão positiva contínua durante o ciclo respiratório, sem fornecer obrigatoriamente uma pressão inspiratória adicional.	Utilizada em pacientes com respiração espontânea, por exemplo, para manter recrutamento alveolar ou em determinadas avaliações respiratórias. Também é uma modalidade comum de suporte não invasivo.

Fonte: Associação de medicina intensiva brasileira; sociedade brasileira de pneumologia e tisiologia, 2014

2.6.7 Parâmetros do ventilador mecânico

Parâmetro	Significado e função	Interpretação clínica
Modo ventilatório	Define como os ciclos respiratórios são iniciados e controlados e qual variável é priorizada.	Deve ser compatível com a condição clínica, o esforço espontâneo e os objetivos terapêuticos.
Volume corrente (VC ou VT)	Volume de gás fornecido a cada inspiração, geralmente expresso em mL.	Deve ser interpretado em relação ao peso corporal predito e à condição pulmonar. Em adultos, a recomendação geral é de 6–8 mL/kg de peso predito como ajuste inicial convencional; na SDRA, utiliza-se estratégia protetora, geralmente iniciando próximo de 6 mL/kg e ajustando conforme a resposta.
Frequência respiratória (FR)	Número de ciclos respiratórios por minuto, programados ou totais, conforme o modo.	Influencia a ventilação-minuto e a eliminação de CO_2. Deve ser correlacionada com gasometria, esforço respiratório e presença de aprisionamento aéreo.
FiO_2 — fração inspirada de oxigênio	Concentração de oxigênio fornecida ao paciente. Varia de 0,21 (21%) a 1,00 (100%).	É ajustada conforme a oxigenação e o quadro clínico. Deve-se evitar tanto a hipoxemia quanto a exposição desnecessária a concentrações elevadas de oxigênio.
PEEP — pressão positiva expiratória final	Pressão mantida nas vias aéreas ao final da expiração.	Ajuda a evitar o colapso alveolar e pode melhorar a oxigenação. Valores excessivos podem comprometer o retorno venoso e provocar hiperinsuflação, dependendo do paciente.
Pressão inspiratória	Pressão aplicada durante a inspiração nos modos controlados por pressão ou de suporte.	Influencia o volume entregue, mas a relação depende da mecânica pulmonar, do esforço do paciente e da PEEP.

Tempo inspiratório (Ti)	Duração da fase inspiratória de cada ciclo.	Afeta a distribuição do tempo entre inspiração e expiração. Deve ser ajustado conforme a mecânica respiratória e a sincronia paciente-ventilador.
Relação I:E	Relação entre o tempo inspiratório e o expiratório.	Uma expiração insuficiente pode favorecer aprisionamento aéreo, especialmente em pacientes com obstrução ao fluxo, como na DPOC.
Fluxo inspiratório	Velocidade com que o gás é entregue durante a inspiração, expressa geralmente em L/min.	Influencia o tempo inspiratório, a demanda ventilatória e o conforto/sincronia do paciente.
Sensibilidade do disparo (trigger)	Esforço necessário para o paciente iniciar um ciclo assistido.	Se estiver inadequada, pode aumentar o esforço para disparar o ventilador ou favorecer disparos automáticos.
Critério de ciclagem	Determina quando termina a inspiração e começa a expiração em determinados modos, como PSV.	Na PSV, a ciclagem frequentemente ocorre quando o fluxo inspiratório cai até uma porcentagem definida do pico, conforme o equipamento.
Pressão de suporte (PS)	Pressão adicional fornecida durante a inspiração em respirações espontâneas assistidas.	Ajuda a reduzir o trabalho respiratório. O volume corrente resultante varia com o esforço do paciente e a mecânica pulmonar.

Fonte: Goodfellow et al., 2024

- Observar SpO_2, FiO_2, PEEP e gasometria arterial. A necessidade crescente de oxigênio ou a queda persistente da saturação exige reavaliação.
- Ventilação e eliminação de CO_2
- Correlacionar frequência respiratória, volume corrente, ventilação-minuto, padrão ventilatório e $PaCO_2$.
- Mecânica respiratória
- Acompanhar pressões, complacência, resistência e sinais de hiperinsuflação dinâmica.
- Investigar alterações súbitas em conjunto com a equipe.

- Sincronia e tolerância
- Avaliar esforço respiratório, uso de musculatura acessória, desconforto, agitação, sincronia com o ventilador e estabilidade hemodinâmica.

2.7 PÓS-OPERATÓRIO GERAL

A assistência fisioterapêutica deve ser iniciada após avaliação das condições clínicas e liberação para mobilização, considerando o tipo de cirurgia, o tempo de pós-operatório, a intensidade da dor, a presença de drenos e cateteres, a condição respiratória e as restrições estabelecidas pela equipe cirúrgica. A intervenção deve priorizar a prevenção de complicações respiratórias e circulatórias, a redução dos efeitos da imobilidade e a recuperação da independência funcional. Recomenda-se iniciar a mobilização tão precocemente quanto possível, conforme a tolerância do paciente, com progressão das atividades ao longo da internação (OODIT et al., 2022; BERNARDES NETO et al., 2026).

Inicialmente, podem ser realizados exercícios de controle ventilatório, inspirações profundas e orientações para tosse assistida, especialmente em pacientes com dor, redução da expansibilidade torácica ou risco de hipoventilação. A espirometria de incentivo pode ser utilizada quando indicada, associada a outras estratégias, não sendo recomendada como intervenção isolada e rotineira para todos os pacientes. Nos casos de retenção de secreções ou tosse ineficaz, podem ser aplicadas técnicas de higiene brônquica, como huffing e tosse assistida, conforme os achados da avaliação respiratória (RESTREPO et al., 2011; STRICKLAND et al., 2013).

A fisioterapia motora deve iniciar com exercícios ativos ou ativo-assistidos de membros superiores e inferiores, mobilidade no leito e exercícios circulatórios, evoluindo para sedestação, ortostatismo, transferências e treino de marcha, conforme a capacidade funcional. A progressão deve priorizar atividades funcionais e participação ativa do paciente, com monitorização da frequência cardíaca, pressão arterial, saturação periférica de oxigênio, sintomas e percepção de esforço. A mobilização precoce integra os programas de recuperação pós-operatória e contribui para reduzir os efeitos deletérios do repouso prolongado (OODIT et al., 2022).

2.8 PACIENTE NEUROLÓGICO

A abordagem fisioterapêutica do paciente neurológico hospitalizado deve considerar o diagnóstico, o tempo de evolução da lesão, o nível de consciência, a capacidade de compreensão e colaboração, a força muscular, o tônus, a sensibilidade, o equilíbrio e o controle postural. A avaliação também deve identificar alterações de mobilidade, coordenação e funcionalidade, além de possíveis limitações respiratórias e dificuldades para proteção das vias aéreas. O planejamento deve ser individualizado, com objetivos voltados à prevenção de complicações secundárias e à recuperação das habilidades motoras e funcionais (MASO et al., 2025).

A intervenção deve contemplar posicionamento terapêutico no leito, mudanças de decúbito e mobilizações articulares, respeitando as condições clínicas e neurológicas. Quando o paciente apresentar condições para participação ativa, devem ser introduzidos exercícios de controle de tronco, alcance funcional, transferências, sedestação, equilíbrio e treino de ortostatismo. Conforme a evolução, podem ser incorporadas atividades orientadas a tarefas, estímulos sensoriais e perceptivos e treino de marcha, priorizando movimentos relacionados às atividades de vida diária. O posicionamento adequado e a proteção do membro superior acometido são importantes para prevenir dor no ombro e complicações como a síndrome ombro-mão (MASO et al., 2025).

Nos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) agudo, a mobilização deve considerar especialmente a estabilidade clínica e o tempo desde o início dos sintomas. O protocolo brasileiro de reabilitação recomenda, de modo geral, iniciar a mobilização entre 24 e 48 horas após o evento, evitando mobilização muito precoce e intensiva nas primeiras 24 horas, exceto em situações específicas previstas no protocolo. As sessões devem ser breves e distribuídas ao longo do dia, com progressão conforme a tolerância. A intervenção deve ser interrompida diante de sinais de intolerância, como redução da responsividade, tontura, náuseas, vômitos, dor torácica, frequência cardíaca persistentemente acima de 120 bpm ou SpO_2 persistentemente abaixo de 90% (MASO et al., 2025).

2.9 PACIENTE ORTOPÉDICO

A fisioterapia no paciente ortopédico hospitalizado deve considerar o tipo de lesão ou procedimento cirúrgico, a região acometida, a presença de osteossínteses ou próteses, a integridade dos tecidos, a intensidade da dor e as orientações médicas quanto à amplitude de movimento e à descarga de peso. A avaliação deve incluir força muscular, mobilidade articular, edema, sensibilidade, alinhamento dos segmentos, capacidade de transferência e nível de independência funcional. A identificação das restrições específicas é indispensável para evitar sobrecarga sobre estruturas em processo de consolidação ou recuperação cirúrgica.

A intervenção pode envolver exercícios ativos, ativo-assistidos ou isométricos, mobilização articular dentro dos limites permitidos, exercícios circulatórios e orientações de posicionamento. Em pacientes submetidos a cirurgias de membros inferiores, a progressão deve incluir treino de mobilidade no leito, sedestação, ortostatismo, transferências e marcha com dispositivo auxiliar, respeitando rigorosamente a liberação para descarga de peso. Nos casos de fraturas de quadril, recomenda-se avaliação fisioterapêutica e início da mobilização no dia seguinte à cirurgia, salvo contraindicação clínica ou cirúrgica, mantendo acompanhamento regular durante a internação (NICE, 2023).

Nos pacientes submetidos à artroplastia total de joelho, a fisioterapia deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 24 horas, quando houver estabilidade clínica, incluindo exercícios de amplitude de movimento ativa, ativo-assistida e passiva, ativação do quadríceps, exercícios de fortalecimento progressivo e treino funcional. A crioterapia e o posicionamento adequado do membro podem auxiliar no controle do edema e da dor. A progressão deve contemplar transferências, equilíbrio e treino de marcha, evitando o uso rotineiro de movimentação passiva contínua em artroplastias primárias sem complicações (BOVE et al., 2026).

Em cirurgias de coluna e outras intervenções ortopédicas, a mobilização deve seguir as precauções específicas do procedimento, como restrições de movimentos, uso de órteses, limites de carga e orientações de proteção da região operada. A evolução funcional deve ocorrer de maneira gradual, priorizando segurança, controle da dor, recuperação da mobilidade permitida e independência nas atividades de vida diária. A progressão não deve ser determinada exclusivamente pelo tempo de pós-operatório, mas pela resposta clínica e funcional do paciente.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste guia permitiu reunir e organizar conhecimentos fundamentais sobre a assistência fisioterapêutica no âmbito hospitalar, contemplando aspectos relacionados à avaliação, ao planejamento e à execução de intervenções respiratórias e motoras. Os conteúdos apresentados destacam a importância da avaliação individualizada, da monitorização contínua e da adoção de critérios de segurança na condução dos atendimentos, considerando as condições clínicas e funcionais de cada paciente.

O material constitui um instrumento de apoio à formação acadêmica de estudantes de Fisioterapia e estagiários, contribuindo para a compreensão das principais demandas da prática hospitalar e para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Ressalta-se, entretanto, que o guia não substitui o conhecimento científico atualizado, os protocolos institucionais ou a supervisão do fisioterapeuta responsável. Dessa forma, espera-se que este material auxilie no processo de aprendizagem e incentive uma atuação profissional ética, segura, individualizada e fundamentada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. F.; TEODORO, R. J.; CHIAVEGATO, L. D. Aplicação de manobras e estratégias na fisioterapia respiratória: tempo de retomarmos as evidências. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 46, n. 4, art. e20200443, 2020. DOI: https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200443.

AMERICAN ASSOCIATION FOR RESPIRATORY CARE (AARC). GOODFELLOW, L. T. et al. AARC clinical practice guideline: patient-ventilator assessment. Respiratory Care, v. 69, n. 8, p. 1042–1054, 2024. DOI: https://doi.org/10.4187/respcare.12007.

AQUIM, E. E. et al. Brazilian guidelines for early mobilization in intensive care unit. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 31, n. 4, p. 434–443, 2019. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190084.

BERNARDES NETO, S.-C. G. et al. ASSOBRAFIR clinical practice guidelines in intensive care physical therapy: rehabilitation strategies in critically ill adults. Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 30, n. 6, art. 101635, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2026.101635.

BORG, G. Psychophysical scaling with applications in physical work and the perception of exertion. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, v. 16, supl. 1, p. 55–58, 1990. DOI: https://doi.org/10.5271/sjweh.1815.

BOVE, A. M. et al. Clinical practice guideline for physical therapist management of total knee arthroplasty: revision 2026. Physical Therapy, v. 106, n. 7, art. pzag058, 2026. DOI: https://doi.org/10.1093/ptj/pzag058.

CARSON, J. L. et al. Red blood cell transfusion: 2023 AABB international guidelines. JAMA, v. 330, n. 19, p. 1892–1902, 2023. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2023.12914.

DEVLIN, J. W. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Critical Care Medicine, v. 46, n. 9, p. e825–e873, 2018. DOI: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299.

DOIRON, K. A.; HOFFMANN, T. C.; BELLER, E. M. Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the ICU. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 3, art. CD010754, 2018. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD010754.pub2.

DUARTE, Péricles A. D. Interpretação da gasometria arterial. In: ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA; YOUSSEF, Nazah C. M.; MACEDO, Gerson L. (org.). PROAMI: Programa de Atualização em Medicina Intensiva. Ciclo 13, v. 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016. p. 103–129.

FRANÇA, E. É. T. et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 24, n. 1, p. 6–22, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000100003.

GUALANDRO, D. M. et al. Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 121, n. 9, art. e20240590, out. 2024. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20240590.

HERMANS, G. et al. Interobserver agreement of Medical Research Council sum-score and handgrip strength in the intensive care unit. Muscle & Nerve, v. 45, n. 1, p. 18–25, 2012. DOI: https://doi.org/10.1002/mus.22219.

HODGSON, C. et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. Heart & Lung, v. 43, n. 1, p. 19–24, 2014. DOI: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.003.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Manejo pós-operatório de cirurgia cardíaca em UTI. Versão 5. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2025. Tabela 4: Fisioterapia motora.

MASO, I. et al. A physiotherapy protocol for stroke patients in acute hospital settings: expert consensus from the Brazilian early stroke rehabilitation task force. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 83, n. 4, p. 1–18, 2025. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0045-1806924.

MAYER, K. P. et al. A core set of outcome measures to assess physical function for adults participating in physical therapist treatment in the hospital: a clinical practice guideline. Physical Therapy, v. 105, n. 6, art. pzaf076, 2025. DOI: https://doi.org/10.1093/ptj/pzaf076. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13032082/. Acesso em: 18 out. 2026.

NATIONAL BOARD OF MEDICAL EXAMINERS (NBME). Laboratory values. Philadelphia: NBME, 2025. Disponível em: https://www.nbme.org/laboratory-values. Acesso em: 5 nov. 2026.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE (NHLBI). Blood tests. Bethesda: National Institutes of Health, [s. d.]. Disponível em: https://www.nhlbi.nih.gov/health/blood-tests. Acesso em: 5 nov. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Hip fracture: management. London: NICE, 2011. Atualizado em 2023. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg124. Acesso em: 6 nov. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Rehabilitation after critical illness in adults. Clinical guideline CG83. London: NICE, 2009. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/CG83/chapter/recommendations. Acesso em: 18 out. 2026.

OODIT, R. et al. Guidelines for perioperative care in elective abdominal and pelvic surgery at primary and secondary hospitals in low-middle-income countries: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendation. World Journal of Surgery, v. 46, n. 8, p. 1826–1843, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s00268-022-06587-w.

PARRY, S. M. et al. A new two-tier strength assessment approach to the diagnosis of weakness in intensive care: an observational study. Critical Care, v. 19, art. 52, 2015. DOI: https://doi.org/10.1186/s13054-015-0780-5.

PIRAINO, T. et al. AARC clinical practice guideline: management of adult patients with oxygen in the acute care setting. Respiratory Care, v. 67, n. 1, p. 115–128, 2022. DOI: https://doi.org/10.4187/respcare.09294.

POPAYAN, A. M. E. et al. Safety recommendations on laboratory and blood count values for early mobilization in critically ill adults: an expert consensus. Critical Care Science, v. 38, art. e20260058, 2026. DOI: https://doi.org/10.62675/2965-2774.20260058.

RESTREPO, R. D. et al. AARC clinical practice guideline: incentive spirometry. Respiratory Care, v. 56, n. 10, p. 1600–1604, 2011. DOI: https://doi.org/10.4187/respcare.01471.

STRICKLAND, S. L. et al. AARC clinical practice guideline: effectiveness of nonpharmacologic airway clearance therapies in hospitalized patients. Respiratory Care, v. 58, n. 12, p. 2187–2193, 2013. DOI: https://doi.org/10.4187/respcare.02925.

TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. The Lancet, v. 304, n. 7872, p. 81–84, 1974. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO (UCSF). Basic metabolic panel. San Francisco: UCSF Health, [s. d.]. Disponível em: https://www.ucsfhealth.org/care/medical-tests/basic-metabolic-panel. Acesso em: 5 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974. Acesso em: 12 out. 2026.

WORLD PHYSIOTHERAPY. Policy statement: ethical principles and responsibilities of physiotherapists and member organisations. London: World Physiotherapy, 2023. Disponível em: https://world.physio/policy/ps-ethical-responsibilities-and-principles. Acesso em: 12 out. 2026.

WORLD PHYSIOTHERAPY. Policy statement: patients'/clients' rights in physiotherapy. London: World Physiotherapy, 2023. Disponível em: https://world.physio/policy/ps-patients-rights. Acesso em: 12 out. 2026.