

A Função Multiprofissional da Fisioterapia 2

Claudiane Ayres Prochno
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2019

A Função Multiprofissional da Fisioterapia 2

Claudiane Ayres Prochno
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
F979	<p>A função multiprofissional da fisioterapia 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Claudiane Ayres Prochno. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (A Função Multiprofissional da Fisioterapia; v. 2)</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-734-5 DOI 10.22533/at.ed.345192310</p> <p>1. Fisioterapia – Brasil. 2. Fisioterapia – Profissão. I. Prochno, Claudiane Ayres. II. Série.</p> <p style="text-align: right;">CDD 615.820981</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O profissional fisioterapeuta é capaz de realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente coletando dados, solicitando, executando e interpretando exames complementares, visando elaborar o diagnóstico cinético-funcional. Através de sua avaliação, tal profissional está apto a eleger as intervenções e condutas fisioterapêuticas adequadas a cada caso clínico, objetivando tratar as diferentes disfunções de saúde em toda a sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica.

A fim de fundamentar as diversas áreas de atuação da fisioterapia e consolidar a importância de tal profissional nas diversas áreas da saúde e em complementação a edição do volume I do e-book “A Função Multiprofissional da Fisioterapia”, a Editora Atena lança a segunda edição desta obra (A Função Multiprofissional da Fisioterapia II), contemplando 27 novos artigos que demonstram a diversidade de áreas que possibilitam a atuação fisioterapêutica.

Aproveite para se aprofundar ainda mais nessa área de conhecimentos sobre a atuação do profissional fisioterapeuta.

Boa leitura!

Claudiane Ayres Prochno

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS DE CINESIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS	
Diana Divensi Arthiese Korb	
DOI 10.22533/at.ed.3451923101	
CAPÍTULO 2	10
ÉTICA E BIOÉTICA SOB A ÓTICA DE DISCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA	
Juscimara Lopes de Sousa Rose Manuela Marta Santos Tatiana Almeida Couto Julianna Costa Assis Nogueira Raiane Santos Lima Sérgio Donha Yarid	
DOI 10.22533/at.ed.3451923102	
CAPÍTULO 3	18
EFICÁCIA DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE ABDOMINOPLASTIA: SOB A PERCEPÇÃO DE PACIENTES NA QUALIDADE DA RECUPERAÇÃO	
Jociana Lourenço de Pontes Elenita Lucas de Andrade Douglas Pereira da Silva Fabiana Veloso Lima Sônia Mara Gusmão Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3451923103	
CAPÍTULO 4	35
EXPERIÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	
Fábio Firmino de Albuquerque Gurgel Maria Eliza Nunes Solano Fernanda Mariany de Almeida Menezes Freire Matheus Madson Lima Avelino Alana Jucielly Lima de Moraes Francisca Jerbiane Silva Costa Ana Karine Alves Maia Gilvan Elias da Fonseca Neto Lúcia de Fátima de Carvalho Sousa Yara Thereza Souza Menezes Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima Thayane Suyane de Lima Gurgel	
DOI 10.22533/at.ed.3451923104	

CAPÍTULO 5	47
EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉTIL PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL - ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO	
Fernanda Jabur Wesley Justino Magnabosco Carla Elaine Laurienzo da Cunha Andrade Eliney Ferreira Faria Mônica de Oliveira Orsi Gameiro João Luiz Amaro Hamilton Akihissa Yamamoto	
DOI 10.22533/at.ed.3451923105	
CAPÍTULO 6	62
FISIOTERAPIA NA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA: REVISÃO DE LITERATURA	
Ramon Souza Tazoniero	
DOI 10.22533/at.ed.3451923106	
CAPÍTULO 7	70
GRAU DE MOBILIDADE DE PACIENTES INTERNADOS EM UCE DE HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO CEARÁ	
Dandara Beatriz Costa Gomes Cristiane Maria Pinto Diniz Nayara Caroline Ribeiro de Oliveira Stefhania Araújo da Silva Tannara Patrícia Silva Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3451923107	
CAPÍTULO 8	78
EFEITOS DO USO DO DISPOSITIVO MIOFUNCIONAL NA SEVERIDADE DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ESTUDO CLÍNICO	
Jaqueline Antoneli Rech Isis Maria Pontarollo Camila Kich Claudia Bernardes Maganhini Simone Mader Dall’Agnol Franciele Aparecida Amaral	
DOI 10.22533/at.ed.3451923108	
CAPÍTULO 9	89
INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE RESIDÊNCIA, ATUANDO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Juliana Martins Holstein Antonio Adolfo Mattos de Castro	
DOI 10.22533/at.ed.3451923109	

CAPÍTULO 10 98

INTERAÇÃO ENTRE O FISIOTERAPEUTA E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ABORDAGEM DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Fábio Firmino de Albuquerque Gurgel
Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima
Gislainy Luciana Gomes Câmara
Thayane Suyane de Lima Gurgel
Sabrina Lisboa Bezerra
Moisés Costa do Couto
Israel Alexandre de Araújo Sena
Aline Helene Silva Fernandes
Keylane de Oliveira Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.34519231010

CAPÍTULO 11 109

INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS EM CRIANÇAS COM ESCOLIOSE NO PERÍODO ESCOLAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabriela Milena Amoras da Costa
Ana Gabriela Carvalho Bezerra
Amanda Marinho Borges
Maria de Nazaré Ataíde Consolação
Monique Oliveira Aleixo dos Santos
Yasmim Vieira Sousa
Rafael Antônio Lima da Silva
Larissa de Almeida Barros
Michelle Castro da Silva Holanda

DOI 10.22533/at.ed.34519231011

CAPÍTULO 12 118

LEVANTAMENTO DO INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE DO TRABALHADOR PARA LER/DORT NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Josiane Fernandes Dimer
Aline dos Santos Tomasini

DOI 10.22533/at.ed.34519231012

CAPÍTULO 13 130

MOBILIZAÇÃO NEURAL EM PACIENTES COM LOMBOCIATALGIA

Richele Jorrara de Oliveira Sales
Danielly e Silva Castelo Branco de Areia Leão
Russmann Deynne Coelho Miranda
Maria Augusta Amorim Franco de Sá

DOI 10.22533/at.ed.34519231013

CAPÍTULO 14 139

O USO DA HIDROTERAPIA NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON - REVISÃO DE LITERATURA

Loriane Francisca Tarnopolski Borges
Camila Kich
Maria Eduarda Tarnopolski Borges

DOI 10.22533/at.ed.34519231014

CAPÍTULO 15 144

O USO DE ANIMAIS EM ENSINO E PESQUISA CIENTÍFICA: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA

Maria Luísa Valiatti Zanotti
Caio Gomes Reco
Luiza Handere Lorencini
Henrique Soares Pulchera
Danilo Nagib Salomão Paulo
Marcela Souza Lima Paulo

DOI 10.22533/at.ed.34519231015

CAPÍTULO 16 150

OBESIDADE E TECNOLOGIAS ASSISTIVAS: O USO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Luana Pereira Paz
Arlete Ana Motter
Natalye Victoria da Costa Arsie
Regina Helena Senff Gomes
Rúbia Bayerl
Vanessa Silva de Quevedo

DOI 10.22533/at.ed.34519231016

CAPÍTULO 17 154

LASERTERAPIA VERSUS TÉCNICA DE COMPRESSÃO ISQUÊMICA: A AVALIAÇÃO COMPARATIVA DOS EFEITOS TERAPÊUTICOS E FUNCIONAIS DA CONTRATURA DO MÚSCULO TRAPÉZIO

Andréa Costa dos Anjos Azevedo
Paulo Henrique Gomes Mesquita
Elza Carolinne Arruda de Brito
Denilson de Queiroz Cerdeira

DOI 10.22533/at.ed.34519231017

CAPÍTULO 18 169

PERFIL DE PACIENTES COM OSTEOARTROSE DO SETOR DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA DAS CLÍNICAS INTEGRADAS GUAIRACÁ – ESTUDO TRANSVERSAL

Camila Kich
Marilene Duarte
Claudia Bernardes Maganhini
Franciele Aparecida Amaral

DOI 10.22533/at.ed.34519231018

CAPÍTULO 19 176

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE PARKINSON DE UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA DO ESTADO DO PARÁ. UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Leticia Cardoso Pinto
Leandra Cristina Coelho Barroso
Niele Silva de Moraes
Mariângela Moreno Domingues
Renata Amanajás de Melo

DOI 10.22533/at.ed.34519231019

CAPÍTULO 20 184

POSICIONAMENTO PÉLVICO E A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES

Gabrielle De Souza Santos
Zâmia Aline Barros Ferreira
Karla Cavalcante Silva de Moraes
Nayara Alves de Sousa
Bráulio Dutra Farias Melo
Félix Meira Tavares
Rosana Porto Cirqueira
Juliana Barros Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.34519231020

CAPÍTULO 21 196

SÍNDROME DE BURNOUT EM DISCENTES COM JORNADA DUPLA

Vinicius De Almeida Lima
Jordana Batista Da Silva Lima
Dhaynna Cristiny Barros Silva
Lays De Souza Albuquerque
Sara Rosa De Sousa Andrade
Marcelo Jota Rodrigues Da Silva

DOI 10.22533/at.ed.34519231021

CAPÍTULO 22 205

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA AVALIAÇÃO, PRESCRIÇÃO E HABILITAÇÃO/REABILITAÇÃO DE USUÁRIOS DE PRÓTESES DE MEMBRO SUPERIOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcelo Mendes de Oliveira
Menilde Araújo Silva Bião

DOI 10.22533/at.ed.34519231022

CAPÍTULO 23 214

TÉCNICAS MANUAIS VISCERAIS EM PACIENTES RESTRITOS AO LEITO POR LONGA PERMANÊNCIA

Bruno da Silva Brito
Rosângela Guimarães de Oliveira
Juliana da Silva Brito
Renata Gomes Barreto
Wendy Chrystyan Medeiros de Sousa
Marcos Aparecido Soares Mendes
Lucia Medeiros Di Lorenzo Carvalho
Gilberto Costa Teodozio
Othilia Maria Henriques Brandão Nóbrega
Katia Jaqueline da Silva Cordeiro
Lindinalva Vitoriano Velez
Haydêe Cassé da Silva

DOI 10.22533/at.ed.34519231023

CAPÍTULO 24 225

TERAPIA DE ESPELHO COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA REDUÇÃO DA DOR FANTASMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Tátilla Gabrielle Rolim Cardoso
Giovanna Patresse da Paz Soares Sousa
Richele Jorrara de Oliveira Sales
Ana Vannise de Melo Gomes

DOI 10.22533/at.ed.34519231024

CAPÍTULO 25	235
USO DO LASER NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS DIABÉTICAS	
<p>Ionara Pontes da Silva Bruna Rafaela Viana Macêdo Maria de Fátima de Carvalho Calaça Paloma Lima de Meneses Gabriel Mauriz de Moura Rocha</p>	
DOI 10.22533/at.ed.34519231025	
CAPÍTULO 26	242
USO DO GUA SHA BRASIL NO TRATAMENTO DOS SINTOMAS DO NEUROMA DE MORTON: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<p>Lorena Vidal Almeida Reis George Alberto da Silva Dias Andréa De Cassia Lima Guimarães Paulo Henrique dos Santos Moraes Paola Paulo de Oliveira Ingrid Ferreira dos Santos Samarina Pompeu Braga Gonçalves</p>	
DOI 10.22533/at.ed.34519231026	
CAPÍTULO 27	250
EFEITOS DA ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA REPETITIVA SOBRE O COMPORTAMENTO ELETROFISIOLÓGICO DOS MÚSCULOS QUADRÍCEPS FEMORAL E TIBIAL ANTERIOR EM INDIVÍDUOS COM LESÃO MEDULAR: ESTUDOS DE CASOS	
<p>Débora Araújo do Nascimento Caio Henrique Oliveira Pinto Brandão Patrícia Emanuela Pereira de Gois Ianne Monise Soares Medeiros Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa Gilma Serra Galdino</p>	
DOI 10.22533/at.ed.34519231027	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	259
ÍNDICE REMISSIVO	260

GRAU DE MOBILIDADE DE PACIENTES INTERNADOS EM UCE DE HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO CEARÁ

Dandara Beatriz Costa Gomes

Prefeitura Municipal de São João do Piauí-PI
São João do Piauí-PI

Cristiane Maria Pinto Diniz

Hospital Regional Norte-CE
Sobral- CE

Nayara Caroline Ribeiro de Oliveira

Hospital Regional Norte-CE
Sobral- CE

Stefhania Araújo da Silva

Hospital Regional Norte-CE
Sobral- CE

Tannara Patrícia Silva Costa

Hospital regional Norte-CE
Sobral- CE

RESUMO: A redução da mobilidade afeta de forma significativa pacientes hospitalizados, sobretudo idosos. Os protocolos de mobilização precoce têm como objetivo inicial, minimizar os efeitos da inatividade. Objetivo: comparar o grau de mobilidade de admissão e saída de pacientes internados em UCE de hospital de grande porte do Norte do Ceará. **MÉTODOS:** O estudo caracteriza-se como quantitativo e descritivo realizado de janeiro a maio de 2018, na UCE do Hospital Regional Norte de Sobral-CE. Avaliou-se a mobilidade dos pacientes internados em dois momentos: na admissão e

na saída do setor, sendo os motivos de saída (alta hospitalar ou transferência entre hospitais). A escala utilizada *ICU Mobility Scale* é composta por 10 itens que classificam a mobilidade desde totalmente passiva até marcha independente. Os dados foram analisados através de porcentagens e frequências, considerando o total de internações por mês no serviço. Resultados: Em janeiro, o escore foi 0 (52,94%) na entrada, e de alta 0 (47,06%). Em fevereiro, os escores 0, 1 e 2 (33,33%) e o de alta 2 (50,00%). No mês de março o escore de grau 0 (46,15%) na entrada e na saída 0 (38,46%). Em abril, o escore 0 (37,14%) de admissão ,na alta hospitalar os escores 2, 3 e 10 (14,29%). Em maio, na admissão o escore 0 (46,15%) e na saída 0 (34,46%). **CONCLUSÃO:** Os efeitos da reabilitação podem ser levados além da dimensão física, a fim de garantir o bem-estar e a qualidade de vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: mobilidade, fisioterapia, idoso.

DEGREE OF MOBILITY OF INJURED PATIENTS IN UCE OF HOSPITAL OF THE NORTHERN REGION OF CEARÁ

ABSTRACT: The reduction of mobility significantly affects hospitalized patients, especially the elderly. Early mobilization

protocols have the initial objective of minimizing the effects of inactivity. Objective: to compare the degree of admission and exit mobility of patients hospitalized in a UCE of a large hospital in the North of Ceará. METHODS: The quantitative and descriptive study was carried out from January to May 2018, at the UCE of the Regional Hospital Norte de Sobral-CE. The mobility of hospitalized patients was evaluated in two moments: in the admission and exit of the sector, being the reasons for leaving (hospital discharge or transfer between hospitals). The scale used ICU Mobility Scale consists of 10 items that classify the mobility from totally passive to independent march. The data were analyzed through percentages and frequencies, considering the total number of hospitalizations per month in the service. Results: In January, the score was 0 (52.94%) at the entrance, and high 0 (47.06%). In February, the scores 0, 1 and 2 (33.33%) and the high 2 (50.00%). In March, the score of 0 (46.15%) at the entrance and at the exit 0 (38.46%). In April, the 0 (37.14%) admission score, at hospital discharge, scores 2, 3 and 10 (14.29%). In May, at admission, the score 0 (46.15%) and exit 0 (34.46%). CONCLUSION: The effects of rehabilitation can be carried beyond the physical dimension, in order to guarantee well-being and quality of the patient's life.

KEYWORDS: mobility, physiotherapy, elderly.

1 | INTRODUÇÃO

Durante muito tempo preconizou-se o repouso absoluto no leito como sendo imprescindível no tratamento de pacientes internados. Entretanto, nas últimas décadas, os avanços tecnológicos, progresso das pesquisas e o incremento do conhecimento científico acerca do tema permitiram a constatação de que a imobilidade no leito é um fator que contribui para o retardo na recuperação desses pacientes (SILVA e OLIVEIRA, 2015).

O declínio de mobilidade pode ser definido como a redução parcial ou total da capacidade de realizar atividades do dia a dia, como transferências no leito, do leito para cadeira e locomoção, por exemplo. Esta redução também foi antecipadamente denominada como declínio funcional, porém essa denominação não se adequa aos conceitos da Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade em Saúde (CIF). O entendimento dessas alterações tem importância para os profissionais de saúde, pelas possíveis complicações causadas pela inatividade e pela possibilidade de realização de intervenções preventivas para minimizar sua ocorrência sobre os sistemas relacionados ao movimento humano (JESUS et al;2016)

Essa imobilidade pode comprometer órgãos e sistemas musculoesqueléticos, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário e cutâneo, proporcionando limitações e conseqüente perda de inervação e massa muscular. A imobilidade causada pelo repouso prolongado associada aos pacientes com doenças avançadas pode gerar problemas associados à maior incapacidade, como a diminuição da síntese muscular, aumento da urina, excreção de nitrogênio e diminuição de massa

muscular, acometendo principalmente os membros inferiores e causando atrofia do músculo por desuso (SARTI, VECINA E FERREIRA, 2017).

A atrofia por desuso e a perda de inervação encontrada em algumas doenças promovem um declínio na massa muscular, comprometendo o sistema musculoesquelético nas alterações das fibras de miosina, provocadas primordialmente pelo estresse oxidativo, a redução da síntese proteica e o aumento da proteólise. A atividade muscular tem uma atuação importante em desempenhar um papel anti-inflamatório, que se torna cada vez mais benéfico em doenças graves (COSTA et al;2017).

Além da fraqueza muscular adquirida, a redução na capacidade funcional, na qualidade de vida e aumento na taxa de mortalidade são consequências decorrentes do repouso prolongado no leito e podem permanecer por até 5 anos após a alta hospitalar. Dessa forma, minimizar o comprometimento funcional pode ser considerado meta primária no tratamento de pacientes com longo período de internação, o que torna necessária a criação de instrumentos específicos para avaliação funcional, principalmente com a prática cada vez mais intensa da mobilização precoce (SILVA et al;2017).

Os protocolos de mobilização precoce têm como objetivo inicial, minimizar os efeitos da inatividade, como perda de força muscular e massa muscular. Os procedimentos descritos na literatura utilizam as técnicas usadas nos exercícios que incluem cinesioterapia, posicionamento e treino de mobilidade. De acordo com o protocolo escolhido, a frequência, a intensidade, o tempo das sessões e a quantidade de atendimentos/dia podem variar. Os profissionais devem debater e adaptar o melhor protocolo para o seu serviço (MISSONO, SOUZA e OLIVEIRA, 2016).

A atuação do fisioterapeuta em enfermaria hospitalar é justificada pela otimização do paciente, seja em pré e pós-operatório, atendimento de pacientes em condições crônicas ou tratamento de condições respiratórias. Resultando em significativa redução do tempo de internação e redução dos déficits que o imobilismo proporciona (FERREIRA, J et al, 2017).

Dentre as atividades realizadas pela fisioterapia motora estão posicionamento no leito e mudanças de decúbito, mobilizações passivas, exercícios ativo-assistidos e ativo livres, uso de cicloergômetro, eletroestimulação, treino funcional, sedestação, ortostatismo, marcha estática, transferência da cama para cadeira e deambulação (PINHEIRO e CHRISTOFOLETT, 2012)

Tendo em vista as rotinas de mobilização precoce implantadas em pacientes que estejam internados, seja em UTI ou enfermaria e a importância da mesma para o retorno o mais rapidamente de suas AVD'S e consequente qualidade de vida do paciente pós-alta hospitalar, o presente trabalho tem como objetivo comparar o grau de mobilidade de admissão e saída de pacientes internados na UCE (Unidade de Cuidados Especiais) em hospital terciário do Norte do Ceará.

2 | MÉTODO

O estudo é do tipo quantitativo e descritivo. Foi realizado com pacientes internados na Unidade de Cuidados Especiais (UCE) do Hospital regional Norte (HRN) de Sobral- CE. O grau de mobilidade foi avaliado na admissão e na alta hospitalar de pacientes internados nesse setor, do mês de janeiro a maio de 2018. Os motivos de saída hospitalar foram: alta hospitalar e transferência entre hospitais. Como critérios de inclusão, tivemos todos os pacientes internados no setor, onde o próprio paciente ou o acompanhante consentiram a avaliação. Já os critérios de exclusão, indivíduos que não puderam ser avaliados em ambos os momentos.

O instrumento utilizado para avaliar os pacientes, foi a Intensive Care Unit (ICU) Mobility Scale (IMS). Essa escala possui uma pontuação variando entre 0 e 10, em um único domínio, sendo que a pontuação zero expressa uma baixa mobilidade (interpretada como o paciente que realiza apenas exercícios passivos no leito) e a pontuação 10 expressa uma alta mobilidade (interpretada como o paciente que apresenta deambulação independente, sem auxílio). A análise dos dados foi realizada por meio de porcentagens e frequências, considerando o total de internações por mês no serviço (KAWAGUCHI et al, 2016).

3 | RESULTADOS

Percentual ICU de admissão	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
0	52,94%	33,33%	46,15%	57,14%	46,15%
1	11,76%	33,33%	7,69%	14,29%	15,38%
2	11,76%	33,33%	30,77%	28,57%	19,23%
3	11,76%	0,00%	15,38%	0,00%	7,69%
4	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,85%
5	5,88%	0,00%	0,00%	0,00%	3,85%
6	5,88%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
7	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
8	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
9	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
10	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,85%

Tabela 1. Percentual de ICU de admissão no setor de UCE. Sobral- CE, 2018.

Percentual ICU de alta	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
0	47,06%	0,00%	38,46%	28,57%	34,46%
1	29,41%	16,67%	7,69%	28,57%	23,08%
2	11,76%	50,00%	30,77%	14,29%	3,85%
3	5,88%	33,33%	15,38%	14,29%	19,23%
4	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
6	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

7	0,00%	0,00%	7,69%	00,0%	3,85%
8	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,85%
9	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,85%
10	5,88%	0,00%	0,00%	14,29%	3,85%

Tabela 2. Percentual ICU de alta no setor de UCE. Sobral- CE, 2018.

O nível de mobilidade mais frequente na admissão foi 0 (52,94%) , onde o paciente é incapaz de realizar mudanças de decúbito de forma ativa, enquanto que na saída hospitalar também foi 0 (47,06%). Quando analisado mês a mês, na admissão do mês de janeiro, o escore mais frequente foi 0 (52,94%),e de alta também foi 0 (47,06%). No mês de fevereiro, os escores de admissão 0, 1 e 2 tiveram porcentagens iguais de 33,33% e o de alta teve o grau 2 (50,00%) como sendo o mais prevalente.

No mês de março o escore de grau 0 (46,15%) prevaleceu na admissão e da mesma forma na alta hospitalar , grau 0 (38,46%). Em abril, o escore grau 0 (37,14%) de admissão teve o maior percentual , já na saída hospitalar, os escores 2, 3 e 10 (14,29%) obtiveram a mesma porcentagem. Em maio, na admissão hospitalar o escore 0 (46,15%) obteve o maior percentual e na saída o mesmo escore 0 (34,46%) também se manteve.

Dessa forma, como resultado que mais prevaleceu durante todos os meses analisados, temos o escore 0 , presente tanto na admissão quanto na alta hospitalar. Esse escore se dá como consequência de estes pacientes internados no setor de Unidade de Cuidados Especiais (UCE) serem indivíduos em sua maioria idosos que já possuíam algum grau de dificuldade de mobilidade, pacientes portadores de doenças crônicas, neurodegenerativas, traqueostomizados fazendo uso ou não de ventilação Mecânica e pacientes recebendo cuidados paliativos, dentre esses, grande parte já davam entrada no setor com um grau de mobilidade bastante reduzido desde o ambiente domiciliar.

4 | DISCUSSÃO

O aumento da população idosa é uma realidade em todo o mundo e está acentuado nos países em desenvolvimento como o Brasil. Esses idosos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens se considerarmos a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional, inclusive com grande prevalência de idosos restritos ao leito, eles consomem recursos elevados do sistema de saúde e provocam marcante impacto na dinâmica familiar, econômica e social. E no Brasil este é o grupo que mais vêm crescendo (VERAS e OLIVEIRA, 2018)

Esse crescimento gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e com isso, o desenvolvimento de incapacidades associada ao envelhecimento. É, Portanto, fundamental que os profissionais de saúde tenham o compromisso de

oferecer a população idosa uma atenção que priorize aspectos de promoção do envelhecimento ativo e saudável e prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas ou restringir complicações. Visto que, estudos vêm demonstrando que as limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento e que essas ações citadas acima são importantes determinantes do envelhecimento saudável (BORGES e SEIDL, 2014).

Por mais que a Fisioterapia motora durante os atendimentos trabalhe diretamente nas consequências da doença resultante da imobilização no leito, principalmente no sistema musculoesquelético, tais quais encurtamentos, diminuição da amplitude de movimento (ADM), diminuição da mobilidade e flexibilidade, além de aumento da tensão muscular, que muitas vezes se instala devido ao longo tempo na mesma posição, diminuição da força muscular, complicações pulmonares e edemas, no presente estudo, a população de indivíduos analisada possuía em sua maioria um grau de mobilidade zero desde a sua admissão decorrente de patologias pregressas que afetavam a capacidade funcional, sendo assim, na sua saída hospitalar esse escore permaneceu inalterado. (PEREIRA *et al*;2017).

A fisioterapia em pacientes previamente acamados, com mobilidade reduzida ou recebendo cuidados paliativos visa a qualidade de vida por meio de condutas que reabilitem funcionalmente o paciente, bem como auxilia o cuidador a lidar com o avanço rápido da enfermidade (FLORENTINO *et al*; 2012). Atua no controle de sintomas como dor, fadiga, linfedema, dispneia e hipersecreção pulmonar. Para efetivar esse controle, são utilizadas técnicas de relaxamento, drenagem linfática manual, eletroterapia, massoterapia, exercícios respiratórios e motores, alongamentos musculares e utilização de órteses. Estas técnicas têm como um dos objetivos viabilizar as altas hospitalares e manter o bem-estar do paciente (BURGOS *et al*;2017).

Sendo assim, se faz necessário o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. O empenho igualitário desses profissionais, trabalhando conjuntamente nos cuidados paliativos, irá promover bem estar, conforto e uma melhor qualidade de vida para o paciente em fase avançada da doença (CARDOSO *et al*,2013).

De acordo com (MISSONO, SOUZA e OLIVEIRA, 2016) reabilitar faz parte dos cuidados paliativos, já que muitos pacientes terminais são delimitados desnecessariamente até mesmo pelos familiares, de realizar suas tarefas diárias, quando na verdade são capazes de realizar atividades e ter sua independência.

Dessa maneira, Fisioterapia Paliativa tem como objetivo principal a melhora da qualidade de vida dos pacientes sem possibilidades curativas, reduzindo os sintomas e promovendo sua independência funcional. Para que isto seja alcançado é preciso manter um canal de comunicação aberto com o paciente, familiares e demais profissionais envolvidos (NASCIMENTO, MARINHO e costa, 2017).

5 | CONCLUSÃO

Dessa maneira, acredita-se que deva haver um preparo técnico e teórico do profissional fisioterapeuta, direcionado para suprir as necessidades dos pacientes que possuam doenças que ameacem a vida e que permita também o estabelecimento de critérios para a escolha de recursos úteis a esses pacientes, o que auxiliará o profissional no momento de traçar objetivos e tornar a terapia mais eficiente, ocasionando a melhora da qualidade de vida do paciente.

Assim, os efeitos das intervenções de reabilitação podem ser ampliados para além da dimensão física, como, por exemplo, as alterações benéficas na dinâmica familiar, por meio da redução da carga sobre cuidadores e famílias.

REFERÊNCIAS

BORGES, L.M e SEIDL, E.M.F .**Hábitos saudáveis na velhice: Efeitos de uma intervenção psicoeducativa com homens idosos**. Psic., Saúde & Doenças vol.15 no.2 Lisboa jun. 2014.

BURGOS, D.B.L et al. **Fisioterapia Paliativa Aplicada ao Paciente Oncológico Terminal**. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.21, n.2, p. 117-122, 2017.

CARDOSO, D.H et al. **Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional**. Texto-contexto enferm. Vol 22 nº 4 Florianópolis, oct/ dez.2013.

COSTA, A.S et al. **Os efeitos e protocolos da mobilização precoce: uma revisão bibliográfica**. Revista Interfaces da Saúde ,2017 , ano 4 · nº1 · Jun · p. 15-22.

FERREIRA, J et al. **Atuação do fisioterapeuta em enfermaria hospitalar no Brasil**. Fisioterapia Brasil 2017;18(6):788-799.

FLORENTINO, D.M et al. **A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS**. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, v.11, N.2, abr-jun, 2012.

JESUS, F.S et al. **Declínio da mobilidade dos pacientes internados em unidade de Terapia Intensiva**. Rev Bras de Ter intensiva.2016;28(2):114-119.

KAWAGUCHI, YURIKA.M.F et al. **Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil**. J. bras. pneumol. vol.42 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2016.

MISSONO, J.S.M, SOUZA, L.J e OLIVEIRA, A.M.C. **REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(3):e1470015.

NASCIMENTO, I.M.B , MARINHO, C.L.F , COSTA, R.O. **A CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS EM PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA**. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 54, n. 1, p. 1-7, out./dez. 2017.

PEREIRA, H.C.B et al. **Physiotherapeutic intervention in Imobility Syndrome in elderly people: a literature review Intervención fisioterapéutica en el Síndrome de La Inmovilidad em personas idosas: una revisión de literatura**. Arch Health Invest (2017) 6(11):505-508.

PINHEIRO,A.R e CHRISTOFOLETTI, G. **Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade**

de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 24, n.2, p.188-196, abr-jun. 2012.

SARTI, T.C.; VECINA, M.V.A.; FERREIRA, P.S.N. **Mobilização precoce em pacientes críticos.** J Wealth Sci Inst.2016; 34(3):177-82.

SILVA, F.R.R et al. **Avaliação da capacidade funcional dos pacientes em uso de ventilação mecânica internados em uma Unidade de Terapia Intensiva.** revista.hupe.uerj.br.2017 v. 16, n. 1, jan-mar.

SILVA, I.T e Oliveira, A.A. **Efeitos da mobilização precoce em pacientes críticos internados em UTI.** C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.8, n.2, p.41-50, jul./dez 2015.

VERAS,R.P e OLIVEIRA.M. Envelhecer no Brasil. **A construção de um modelo de cuidado.** ARTIGO.Ciênc.saúde colet.23 (6). Jun 2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

CLAUDIANE AYRES PROCHNO: Fisioterapeuta pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais- CESCAGE (2012), Mestre Ciências Biomédicas Universidade Estadual de Ponta Grossa- UEPG (2018). Atualmente é professora adjunta do curso de Fisioterapia do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais- (CESCAGE) e professora adjunta do curso de Estética e Cosmetologia do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR - Polo Ponta Grossa). Tem experiência na área de Fisioterapia Hospitalar e Fisioterapia Dermato funcional. Pós-graduada em Fisioterapia Cardiovascular, Pós-graduada em Fisioterapia Dermato funcional, Pós- graduada em Gerontologia. E-mail para contato: capfisio-2012@hotmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9434584154074170>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abdominoplastia 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34

Amputação 206, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 232, 234, 235, 236, 237

Animais de Laboratório 145, 148, 149

Articulação temporomandibular 78, 79, 98, 99, 102

Assoalho Pélvico 47, 48, 49, 50, 55, 57, 59, 184, 185, 186, 187, 191, 192, 193, 194, 195

Atenção básica 36, 38, 40, 41, 45

Avaliação 1, 4, 8, 21, 25, 40, 46, 47, 50, 51, 52, 55, 57, 58, 72, 73, 77, 78, 79, 81, 82, 88, 94, 95, 100, 101, 102, 105, 108, 113, 116, 126, 128, 136, 138, 143, 154, 158, 160, 161, 162, 165, 166, 168, 172, 174, 175, 176, 179, 181, 182, 184, 185, 187, 190, 191, 192, 193, 195, 205, 208, 209, 210, 211, 212, 216, 218, 232, 238, 240, 245, 246, 252, 253, 256

B

Bioética 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 97, 149

Bronquiolite 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68

Bronquiolite Viral 62, 63, 64, 67, 68

D

Diabetes 57, 197, 226, 235, 236, 238, 239, 240, 241

Discentes 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 88, 196, 198, 200, 201, 203

Disfunção erétil 47, 48, 49, 51, 59

Doença de Parkinson 139, 140, 143, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

Doenças Profissionais 118

Dor 19, 21, 29, 31, 32, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 114, 130, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 175, 210, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 237, 239, 242, 243, 245, 246, 247, 248

Dor Fantasma 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233

Drenagem Linfática 18, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 75, 243

E

Eletromiografia 47, 51, 56, 250

Emergência 47, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 123, 214, 218

Equilíbrio Postural 169, 176

Escoliose 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 178

Estimulação Magnética Transcraniana 250, 252

Estudantes 10, 17, 128, 144, 145, 146, 147, 148, 161, 162, 164, 165, 166, 198, 201, 202, 203, 204, 205, 211, 249

Ética 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 49, 80, 120, 145, 146, 148, 149, 160, 199, 218, 253
Ética em Pesquisa 4, 13, 49, 80, 145, 146, 160, 253
Exercício 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 16, 51, 80, 113, 140, 142, 169, 171, 174, 186
Experimentação Animal 145, 149

F

Fatores socioeconômicos 98, 99, 102
Fenômenos psicológicos 98, 99, 102
Funcionalidade 44, 46, 71, 80, 99, 119, 133, 134, 136, 137, 151, 154, 173, 206, 207, 208, 217, 222, 256

H

Habilitação 205, 207, 208, 211, 212
Hidroterapia 139, 141, 143, 169, 173, 174, 175

I

Idoso 1, 2, 3, 7, 8, 43, 44, 70, 140, 172
Incontinência Urinária 49, 184, 185, 186, 191, 192, 193, 194, 195

L

Laser 86, 87, 88, 155, 158, 159, 165, 167, 168, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241
Lombalgia 130, 131, 132, 133, 135, 136, 138
Lombociatalgia 130, 131, 132, 133, 135, 137, 138

M

Mobilidade 2, 7, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 85, 86, 87, 134, 135, 139, 142, 151, 156, 169, 171, 172, 173, 174, 207, 225, 227, 231
Mobilização do Sistema Nervoso 131, 133, 138
Mobilização Neural 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138
Modalidades de Fisioterapia 62
Mulheres 18, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 43, 78, 79, 81, 85, 86, 101, 103, 164, 166, 174, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 202, 203, 217, 222, 242, 247

N

Neurodinâmica 131, 133

O

Osteoartrite 169, 171, 174, 175

P

Papel do Fisioterapeuta 205
Pelve 113, 184, 185, 186, 190, 191, 192, 193, 194
Perfil sociodemográfico 176, 179, 180, 181, 188, 196, 198, 199, 201, 202, 203
Pontos Gatilhos 80, 104, 108, 154, 155, 161, 164, 165, 166
Pós-operatório 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 48, 72
Postura 185
Pré-escolar 110, 115
Prostatectomia radical 47, 48, 49, 59
Próteses de membro superior 205, 207, 208, 212
Psicossomática 196, 197

Q

Qualidade de vida 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 18, 19, 21, 22, 37, 39, 44, 49, 70, 72, 75, 76, 98, 99, 102, 103, 118, 126, 127, 134, 139, 142, 143, 151, 174, 175, 178, 179, 182, 185, 194, 195, 198, 199, 206, 207, 212, 222, 226, 240, 248

R

Reabilitação 3, 11, 47, 48, 49, 52, 59, 70, 76, 130, 133, 139, 143, 150, 151, 152, 156, 166, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 224, 225, 227, 233, 234, 252, 256
Reabilitação do assoalho pélvico 47, 48, 59
Residência Multiprofissional 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 89, 91, 92, 98
Restrição ao Leito 215, 223

S

Saúde da família 36, 38, 41, 43, 45, 46, 128, 174
Saúde do trabalhador 118, 119, 120, 124, 125, 126, 127, 128, 197
Serviço Hospitalar de Fisioterapia 89
Sinais e sintomas 78, 79, 81, 87, 88, 90, 100, 101, 104, 139, 140, 170, 240
Síndrome de Burnout 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204
Sociodemográfico 176, 179, 180, 181, 184, 186, 188, 196, 198, 199, 201, 202, 203

T

Técnicas Manuais Viscerais 214, 215, 217, 221, 223
Terapia de Espelho 225, 227, 228, 230, 231, 232, 234
Transtornos da articulação temporomandibular 98, 99, 102
Transtornos Traumáticos Cumulativos 118
Tratamento 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 20, 21, 25, 27, 30, 31, 33, 42, 46, 47, 51, 58, 59, 62, 63, 66, 67, 69, 71, 72, 80, 81, 86, 88, 90, 91, 99, 101, 104, 107, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 126, 130, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 151, 152, 154, 157, 158,

159, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 173, 174, 175, 178, 182, 183, 186, 191, 194, 216, 217, 218, 222, 223, 224, 225, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 243, 245, 247, 248, 254

Trauma de Fêmur 215

Traumatismos da Medula Espinal 250

U

Úlceras 231, 235, 236, 237, 238, 239, 240

V

Vírus Sincicial Respiratório Humano 62

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-734-5



9 788572 477345