



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1/5	
Título do Documento	FISIOTERAPIA MOTORA- CINESIOTERAPIA	Emissão: 31/05/2025	Próxima revisão:
		Versão: 1	31/05/2027

1. CONCEITO:	
1.1 Responsável pela execução Fisioterapeuta	1.3 Indicações Fisioterapia motora pode ser aplicada de maneira preventiva, reabilitativa pós-lesão e reabilitativa pós-operatória.
1.2 Finalidades A realização da Cinesioterapia (passiva, ativo assistida e ativa) e aplica-se aos pacientes internados, acamados ou não, em âmbito hospitalar, tendo como objetivo manter a amplitude de movimento articular, a força muscular, prevenindo e/ou minimizando as consequências do repouso prolongado no leito.	

2. TERMOS E DEFINIÇÕES:
<p>Cinesioterapia Passiva: Micromobilização articular - consiste em uma terapia manual que visa aumentar a mobilidade de uma articulação e/ou diminuir a dor por meio da restauração dos movimentos acessórios à articulação.</p> <p>Mobilização Passiva - é a movimentação de uma articulação em todas as direções possíveis sem contração muscular por parte do paciente.</p> <p>Alongamento - técnica utilizada para aumentar a extensibilidade musculotendinosa e do tecido conjuntivo periarticular, de tal modo contribuindo para aumentar a flexibilidade articular.</p> <p>Cinesioterapia Ativo-assistido: exercício de amplitude de movimento no qual uma força externa fornece assistência para conseguir realizar o movimento em uma amplitude maior.</p> <p>Cinesioterapia Ativa: consiste na movimentação ativa de um segmento por meio de uma amplitude de movimento livre gerando uma contração muscular.</p>

Cinesioterapia Resistida: é qualquer forma de exercício ativo que produza contração muscular dinâmica ou estática por meio de uma força externa aplicada de forma manual ou mecânica. Os exercícios resistidos contribuem para a restauração, melhora ou manutenção da força muscular, maior resistência a fadiga, diminuição da sobrecarga nas articulações, redução no risco das lesões nos tecidos moles, aumento da massa magra, diminuição da gordura corporal, melhora no equilíbrio e na funcionalidade dos pacientes.

3. MATERIAIS

- Luva de procedimento
- Halteres- figura 5
- Caneleiras- figura 6
- Cicloergômetro- Figura 7
- Theraband- Figura 8

4. DESCRIÇÃO

A força tarefa da European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine estabeleceu recentemente uma sequência de atividades de maneira hierárquica para mobilização, e baseia-se na intensidade de cada conduta: mudança de decúbitos e posicionamento funcional, mobilização passiva, exercícios ativo-assistidos e ativos, uso de cicloergômetros na cama; sentar na borda da cama; ortostatismo, caminhada estática, transferência da cama para poltrona, exercícios na poltrona e caminhada

Como forma de padronização de condutas entre os profissionais, sempre que possível, deve-se realizar os exercícios passivos, ativos e ativo-assistidos em 2 séries de 10 repetições para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva e 2 séries de 15 repetições para pacientes dos apartamentos e enfermarias. Sempre que o paciente não tolerar esta frequência de exercícios o fisioterapeuta deve registrar nas observações a causa da não realização.

5. ILUSTRAÇÕES



Figura 1. Passiva



Figura 2. Ativo-assistido



Figura 3. Ativa



Figura 4. Resistido

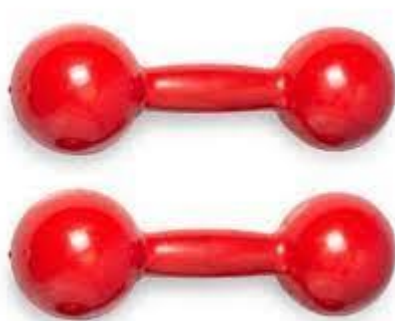


Figura 5. Halteres



Figura 6. Caneleiras



Figura 7- Cicloergômetro



Figura 8- Theraband

5. OBSERVAÇÕES

Os riscos associados à aplicação do protocolo de mobilização precoce são dor ou desconforto, associados à fadiga muscular e sensação de cansaço durante e/ou logo após a realização dos exercícios, tais riscos são minimizados respeitando-se a tolerância ao exercício (através da utilização da escala de Borg), bem como o período de descanso entre as sessões.

Em pacientes cardiopatas, pneumopatas, neurológicos com risco de hipertensão intracraniana apresentam risco adicional de dispneia, instabilidade hemodinâmica, síncope e arritmias. Para segurança do paciente, o fisioterapeuta deve realizar os exercícios avaliando a percepção de esforço do paciente através da Escala Modificada de Borg, bem como sinais físicos como aumento da frequência respiratória, uso de musculatura acessória, palidez e/ou cianose. Pacientes internos nas enfermarias devem ter monitorizados: frequência cardíaca, frequência respiratória e SpO2.

6. REFERÊNCIAS

CAVALLAZZ, T.G.L. et al. Avaliação do uso da Escala Modificada de Borg na crise asmática. Acta Paul Enferm. V. 18, São Paulo, 2015.

JUNIOR, J. M. F. C. et al. Avaliação pedométrica em pacientes no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, após mobilização precoce. Revista Paraense de Medicina V.29(2), 2015.

7. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO		
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	2025	Elaboração.
2	2027	Atualização. Versão Institucional.
Versão 1 - Elaboração Talita Marta Santos Araujo		Data
Versão 2 - Revisão Fst. Viviane Rodrigues Lacerda Validação Registro, análise e revisão final Dr Claudio Emanuel Aprovação Sonia da Silva Delgado		Data:

