



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

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:

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.

Mobilização Passiva - é a movimentação de uma articulação em todas as direções possíveis sem contração muscular por parte do paciente.

Alongamento - técnica utilizada para aumentar a extensibilidade músculotendinosa e do tecido conjuntivo periarticular, de tal modo contribuindo para aumentar a flexibilidade articular.

Cinesioterapia Ativo-assistido: exercício de amplitude de movimento no qual uma força externa fornece assistência para conseguir realizar o movimento em uma amplitude maior.

Cinesioterapia Ativa: consiste na movimentação ativa de um segmento por meio de uma amplitude de movimento livre gerando uma contração muscular.

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

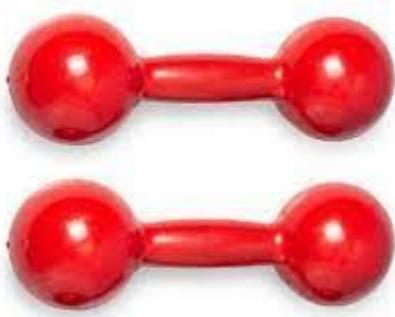


Figura 5. Halteres



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		Data:
Registro, análise e revisão final Dr Claudio Emanuel Aprovação Sonia da Silva Delgado		

