

**CANADIAN SURVEY OF MOBILIZATION OF ICU PATIENTS: TRADUÇÃO E  
ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA FALADA NO  
BRASIL**

ANA FLÁVIA GESSER<sup>1</sup>

JULIANA EL HAGE MEYER DE BARROS GULINI<sup>1</sup>

KAREN KIN-YUE KOO<sup>2</sup>

KELLY CATTELAN BONORINO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC) – Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina da Universidade de Western – Londres (Ontário) – Canadá.

Autora correspondente: Kelly Cattelan Bonorino

Endereço: Rodovia Amaro Antônio Vieira, nº 2489, apto 108. Itacurubi - Florianópolis – SC

CEP: 88034-102

Telefone: (48) 99968-4301

E-mail: fisiocattelan@gmail.com

Instituição responsável: Universidade Federal de Santa Catarina

Fonte de financiamento: próprio

Título resumido: Pesquisa de mobilização de pacientes em UTI

Título da capa: Tradução e adaptação cultural para o português da *Canadian survey of mobilization of ICU patients*

## RESUMO

**Objetivo:** Traduzir e adaptar culturalmente o questionário *Canadian survey of mobilization of ICU patients* para a língua portuguesa falada no Brasil.

**Métodos:** O protocolo foi embasado em princípios de boas práticas para tradução e adaptação cultural de instrumentos, seguindo as etapas: autorização e cessão de direitos de uso pela autora principal do questionário original; tradução do instrumento para a língua portuguesa; reconciliação; retradução para a língua original; revisão e harmonização da retradução; aprovação da autora principal do questionário original; revisão da versão em português; desdobramento cognitivo; e reconciliação e elaboração da versão final do questionário.

**Resultados:** Devido a algumas diferenças conceituais e culturais entre os dois países, algumas dúvidas foram discutidas com a autora principal do instrumento, a qual concordou com as alterações sugeridas. Entre estas, foram necessárias adequações ao contexto e terminologias do nosso país, como conceitos de “Mobilização” e “Mobilização passiva”. Foram retirados os termos “Terapeuta respiratório” e “Especialista em reabilitação”, e acrescentada a profissão “Técnico de enfermagem” em algumas questões. No desdobramento cognitivo, os participantes demonstraram boa aceitabilidade e compreensão do instrumento, afirmando ainda que o mesmo desperta reflexões importantes sobre as práticas diárias e os benefícios da realização da mobilização precoce.

**Conclusão:** A versão final traduzida e adaptada para uso no Brasil do questionário intitulado “Pesquisa de mobilização de pacientes em UTI: conhecimento, perspectivas e práticas atuais” mostrou-se compreensível, clara e aceitável, podendo ser utilizada para avaliar aspectos da mobilização precoce por profissionais que participam deste processo em Unidades de Terapia Intensiva adulto e pediátrica.

**Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente; Deambulação Precoce; Debilidade Muscular; Traduções; Inquéritos e Questionários.

**Descriptors:** Intensive Care Units; Patient Care Team; Early Ambulation; Muscle Weakness; Translations; Surveys and Questionnaires.

## INTRODUÇÃO

Prejuízos funcionais adquiridos durante a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão muito associados à imobilização prolongada e restrição ao leito, principalmente em paciente que necessitam de ventilação mecânica.<sup>1,2</sup> Nesse cenário, a fraqueza muscular adquirida na UTI é comumente descrita como importante complicação do doente crítico, atingindo entre 25 a 100% dos pacientes, podendo persistir por até 5 anos e apresentando forte relação com o aumento da morbidade e da mortalidade pós alta hospitalar.<sup>3-6</sup>

Nos últimos anos, houve um crescente aumento de evidências reportando os benefícios a longo prazo com a realização de mobilização precoce (MP),<sup>7-9</sup> a qual é considerada uma prática segura e viável, que proporciona significantes melhoras do *delirium*, redução do tempo de ventilação mecânica, tempo de permanência na UTI e internação hospitalar, e resulta em importantes desfechos funcionais como melhora da força muscular e recuperação funcional no ambiente hospitalar e pós-alta.<sup>10-15</sup> Contudo, apesar dos benefícios da MP, muitos pacientes internados em UTI permanecem imobilizados por longos períodos.<sup>16-18</sup>

Nos últimos anos, alguns estudos foram conduzidos a fim de compreender as práticas de MP e investigar o conhecimento pelos profissionais de saúde sobre a realização desta em pacientes críticos.<sup>19-25</sup> Contudo, constatou-se que apenas um dos questionários desenvolvidos e utilizados em tais avaliações foi validado em sua versão original,<sup>22</sup> não havendo um instrumento traduzido e adaptado para o português.

Koo et al. desenvolveram o questionário *Canadian survey of mobilization of ICU patients: current knowledge, perspectives, and practices*, um instrumento que se propõe a avaliar três domínios: conhecimento, perspectivas e práticas de MP pela equipe envolvida nesse processo, por meio de 29 questões objetivas. O questionário foi validado no Canadá, apresentando boa confiabilidade intra-avaliador e excelente validade aparente para utilização em UTI adulto

e pediátrica.<sup>22</sup> Entretanto, como o instrumento foi desenvolvido originalmente na língua inglesa, sua utilização no Brasil requer previamente uma tradução e adaptação do questionário às circunstâncias sociais e culturais do país.

Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de investigar a importância da MP para a equipe e conhecer as suas perspectivas, práticas e conhecimento nas UTIs do Brasil, considerando-se a importância e os benefícios da MP já descritos na literatura, os frequentes relatos de barreiras para sua realização pelos profissionais, assim como o fato de a MP ainda não ser bem estabelecida em muitas UTIs.

Desta forma, o estudo teve como objetivo a tradução e adaptação cultural para o português falado no Brasil do instrumento de avaliação *Canadian survey of mobilization of ICU patients: current knowledge, perspectives, and practices*.

## **MÉTODOS**

Este trabalho caracteriza-se por um estudo metodológico de tradução e adaptação cultural para língua portuguesa falada no Brasil, de um instrumento de avaliação do conhecimento, perspectivas e práticas de MP pela equipe envolvida nos cuidados da UTI.<sup>22</sup> O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (CAEE: 63092516.0.0000.0121).

A população do estudo foi intencionalmente composta por 10 profissionais atuantes na UTI Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH, em Florianópolis – SC. Foram incluídos no estudo: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas com tempo de experiência superior a um ano em intensivismo, e com boas condições de compreensão e linguagem. Como critérios de exclusão

foram considerados: incapacidade de realizar adequadamente os procedimentos do estudo por falta de compreensão ou colaboração.

A tradução e adaptação cultural do questionário foram seguidas de acordo com as orientações de diretrizes estabelecidas,<sup>26,27</sup> seguindo as etapas: autorização e cessão de direitos de uso por um dos autores do questionário original; tradução da língua inglesa para língua portuguesa do questionário; reconciliação; retradução; revisão e harmonização da retradução; aprovação do autor do questionário; revisão da versão em português do questionário por especialistas; desdobramento cognitivo; e reconciliação e elaboração da versão final (Figura 1).

Após a autorização e cessão de direitos de uso pela autora principal do instrumento, duas tradutoras brasileiras com fluência na língua inglesa realizaram de forma independente a tradução do questionário (com ênfase à tradução conceitual e não à tradução literal). A partir das duas traduções, um comitê revisor confeccionou a primeira versão na língua portuguesa. Após, essa primeira versão em português foi traduzida para o inglês por um tradutor nativo de um país de língua inglesa e com fluência na língua portuguesa, o qual não obteve acesso à versão original do questionário em língua inglesa.

Em seguida, o comitê revisor comparou a retradução com a versão inglesa original, para identificar os possíveis erros de tradução devido à dificuldade de compreensão do instrumento, sendo realizada uma harmonização e confeccionada a segunda versão em português. Posteriormente, a versão retraduzida para o inglês foi enviada à autora principal do questionário original para sua avaliação, e após aprovação, foi elaborada a terceira versão na língua portuguesa, conforme as sugestões e correções levantadas pela autora do questionário. A terceira versão em português foi revisada por um comitê de especialistas, composto por uma fisioterapeuta bilíngue especialista em terapia intensiva e duas tradutoras brasileiras com fluência na língua inglesa, sendo posteriormente elaborada a quarta versão do questionário na língua portuguesa.

O desdobramento cognitivo consistiu em testar na população alvo, a compreensão, a

clareza e a aceitabilidade do questionário traduzido, identificar possíveis questões problemáticas e oferecer soluções para facilitar o seu entendimento. Para tanto, foram selecionados 10 participantes que preencheram os critérios de inclusão, os quais foram informados sobre os objetivos da pesquisa, e aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário foi aplicado de forma individual pelo pesquisador principal a cada participante, e os mesmos foram informados que não deveriam atentar-se com a acurácia das respostas, mas em apresentar a compreensão das perguntas e afirmações do questionário, bem como as dificuldades e aceitação do mesmo. Após, os participantes realizaram um comentário aberto geral sobre o questionário. Nessa etapa, também foram coletados dados referentes à profissão dos participantes por meio de uma ficha de identificação.

Na última etapa, os comitês revisor e de especialistas reuniram-se para produzir a versão final na língua portuguesa, na qual cada item do instrumento foi revisto. Os achados do desdobramento cognitivo foram discutidos e realizadas as modificações pertinentes, sendo elaborada a versão final do questionário adaptado para uso no Brasil.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados 10 profissionais, entre eles quatro fisioterapeutas, dois médicos, dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem, sendo estes 70% do sexo feminino, e com média de idade de 35,8 anos para mulheres e 35,3 anos para homens. Todos os profissionais atuam na UTI Adulto do Hospital HU/UFSC/EBSERH, a qual se caracteriza como uma unidade clínico-cirúrgica geral para cuidado de pacientes críticos. A Tabela 1 apresenta as características dos participantes do estudo em relação às suas profissões e tempo de experiência em UTI.

Na etapa de tradução e retradução do questionário original, surgiram algumas dúvidas e

sugestões para modificações, que posteriormente foram discutidas com a autora principal do instrumento. A mesma concordou com as alterações sugeridas e, a partir da análise do comitê de especialistas, foram realizadas modificações na versão 3 em português, objetivando uma maior equivalência da versão traduzida com a original, uma melhor compreensão e adaptação do questionário para a cultura brasileira.

Em sua parte inicial, o questionário apresenta uma introdução com um glossário para facilitar o entendimento de alguns termos pelos profissionais. Nessa parte, o conceito “Mobilization” define esta terapia como apenas mobilidade ativa e assistida do paciente, não incluindo a mobilização passiva. Porém, como no Brasil a mobilidade passiva também é considerada um tipo de mobilização, a frase foi alterada incluindo essa terapia. Além disso, a versão original inclui uma tabela com duas divisões de tipos de fisioterapia: “Non-mobility physiotherapy” a qual é subdividida em “Cardio-respiratory / chest physiotherapy” e “Passive range of motion”; e “Mobility physiotherapy” sendo subdividida em algumas outras especificações. Contudo, como no caso anterior, a mobilização passiva também é considerada um tipo de fisioterapia motora em nossa prática, sendo então realizada uma nova divisão dos tipos de fisioterapia para “Fisioterapia cardiorrespiratória / respiratória” e “Fisioterapia motora”, esta última abrangendo a “Mobilização passiva”.

Outras modificações foram necessárias em algumas questões do questionário, como a alteração de um dos exemplos de equipamento utilizado para mobilização na primeira parte da questão 2: “elevadores de teto” para “elevadores elétricos para transferência de pacientes”, visto que o último é o equipamento mais comumente encontrado nas UTIs do Brasil. Na segunda parte da questão 2, foi retirado o item “idade cognitiva”, permanecendo apenas a opção “comprometimento cognitivo”.

Além disso, algumas questões do questionário original abordam a participação do profissional “Respiratory therapist” nos cuidados de pacientes críticos, porém essa profissão não é

reconhecida no Brasil, sendo a fisioterapia respiratória uma das funções do fisioterapeuta. Desta forma, o termo foi retirado das questões 3, 12, 16. E, pelas mesmas circunstâncias o item “Rehabilitation specialist” também foi removido na questão 26.

A profissão “Nurse technician” foi inserida nas questões 3, 12, 16, 19 e 27, visto que os profissionais técnicos de enfermagem participam do processo de MP em nosso cotidiano, mas não foram incluídos na versão original do questionário devido às diferentes competências destes profissionais no Canadá. Tendo em vista essas atribuições, além da inclusão da profissão em algumas questões, também possibilitamos que os mesmos façam parte dos participantes a serem entrevistados, para que saibamos sua importância e conhecimentos diante da realização da MP. E, especificamente na questão 19, o item “Health care aide (i.e. physical therapy assistant, nurse aide etc)”, foi substituído apenas por “Nurse technician”, visto que esta profissão é equivalente a “Nurse aide”, e a profissão de fisioterapeuta assistente não é prevista legalmente para exercício em UTIs no Brasil.

Na etapa de desdobramento cognitivo, alguns itens do questionário geraram dificuldades de compreensão, como o enunciado da questão 3, o qual foi evidenciado como confuso por metade dos participantes. Assim, na etapa de reconciliação, os comitês revisor e de especialistas discutiram todos os itens assinalados pelos participantes durante o pré-teste, sendo posteriormente elaborada a versão final do questionário. A Tabela 2 apresenta os itens alterados após a etapa de desdobramento cognitivo, e a versão final do questionário traduzida e adaptada para o português do Brasil encontra-se em Anexo.

## DISCUSSÃO

Neste estudo foi realizada a tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil do questionário que avalia os conhecimentos, perspectivas e práticas sobre mobilização de pacientes críticos em UTI pela equipe envolvida na prática de MP. Na realização deste processo, foi necessário seguir princípios de boas práticas, utilizando-se metodologias baseadas em diretrizes.<sup>26,27</sup> Entretanto, o processo de tradução e adaptação cultural é complexo e bem detalhado, devendo-se seguir todas as recomendações para se obter a equivalência conceitual entre as versões original e a nova versão traduzida.<sup>28</sup> Desta forma, garante-se a preservação da sensibilidade do questionário original, visando a posterior validação do instrumento no Brasil.

Até o presente momento, este é o primeiro trabalho a realizar a tradução e adaptação cultural deste instrumento para utilização em outro país. A versão original do questionário foi desenvolvida no Canadá e validada na língua inglesa, apresentando boa confiabilidade intra-avaliador e excelente validade aparente para utilização em UTIs adulto e pediátrica.<sup>22</sup> Sendo assim, constitui-se de um instrumento preciso e sua tradução e adaptação cultural para outros países possibilita que os resultados de diferentes estudos possam ser comparados entre pesquisadores internacionais.<sup>28</sup>

Considerando-se que outros instrumentos também foram desenvolvidos visando compreender as práticas de MP e investigar o conhecimento pelos profissionais de saúde sobre a realização da MP em pacientes críticos,<sup>23-25</sup> os quais não possuem validação em sua versão original, a escolha de traduzir e adaptar culturalmente o questionário de Koo et al.<sup>22</sup> para o nosso cotidiano fundamentou-se em muitos aspectos positivos. De fato, constitui-se um instrumento criterioso, preciso e com questões bem formuladas que abrangem diversos aspectos da MP, como barreiras e facilitadores, conhecimento teórico e prático dos profissionais, além de

investigar sobre a importância desta prática pela equipe que participa deste processo. Dessa maneira, a utilização de um instrumento adaptado culturalmente, permite que essas questões possam ser avaliadas em diferentes regiões do Brasil, possibilitando conhecer a realidade em relação à MP nas UTIs do país.

As maiores dificuldades encontradas na realização da tradução e adaptação cultural estão relacionadas à algumas diferenças conceituais e culturais entre os dois países. Inicialmente, o instrumento contém um glossário, trazendo as definições de alguns termos relevantes que são utilizados no questionário. Entretanto, foram necessárias algumas modificações para adequação ao contexto e terminologias do nosso país. Além disso, entre as questões do questionário, foram necessárias outras modificações importantes relacionadas à algumas profissões, bem como, alterações de expressões e exemplos mais adequados à nossa rotina. Essas diferenciações foram discutidas com a autora do instrumento original, a qual concordou com as alterações.

Após a aprovação da versão retraduzida, reuniu-se o comitê de especialistas para avaliar a versão em português do questionário, objetivando a busca de possíveis erros, sugestão de resoluções e avaliação de conteúdo e estrutura. Assim, foram realizadas mudanças de expressões, palavras, preposições e tempos verbais, buscando atingir equivalência semântica, conceitual e idiomática.

Por fim, na etapa de desdobramento cognitivo, a qual se constitui um estágio fundamental no processo de adaptação cultural, o questionário foi aplicado a 10 profissionais atuantes em uma UTI clínico-cirúrgica geral para pacientes críticos adultos, destes, nove com tempo de experiência em UTI maior que cinco anos. Nesta etapa, verificou-se a aceitação, clareza e compreensão do instrumento, analisando-se item por item do questionário. E, de modo geral, a análise das respostas dispostas pelos profissionais identificou poucas dificuldades para a compreensão do mesmo, indicando alguns itens com necessidade de reavaliação pelos comitês revisor e de especialistas. Assim, a versão final foi confeccionada com alguns ajustes de termos para

facilitar o seu entendimento entre os profissionais, visto que algumas expressões são mais utilizadas especificamente em algumas áreas.

Considerando os comentários finais dos profissionais entrevistados sobre o questionário, identificamos boa aceitação do mesmo, e além disso, percebeu-se que a participação na pesquisa levou alguns profissionais a refletirem sobre a prática clínica diária. Já em relação ao conteúdo extenso do questionário, alguns profissionais não o perceberam como algo negativo, visto que desta forma o instrumento abrange muitos aspectos sobre a MP. E apesar de abrangente, o questionário engloba apenas questões objetivas, permitindo que seu preenchimento seja prático.

Muitos estudos evidenciam que as principais barreiras para realização da MP estão relacionadas a questões culturais dos profissionais da UTI, como falta de conhecimento a respeito dos riscos e benefícios da mobilização,<sup>12,14,25</sup> demonstrando a necessidade de mudança de cultura, busca de evidências, conhecimento e interação multiprofissional. Ademais, todos os integrantes da equipe multiprofissional da UTI são essenciais para que a MP seja realizada, e os profissionais quando comprometidos nesses esforços em conjunto, podem proporcionar uma assistência de melhor qualidade aos pacientes.<sup>20, 29</sup>

Dessa maneira, o questionário intitulado “Pesquisa de mobilização de pacientes em UTI: conhecimento, perspectivas e práticas atuais” encontra-se traduzido e adaptado culturalmente para a língua portuguesa falada no Brasil, podendo ser utilizado para avaliar aspectos da MP por profissionais fisioterapeutas, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem em UTIs adulto e pediátrica. Adicionalmente, devido às alterações realizadas no processo de tradução e adaptação cultural, considera-se que a realização de estudos futuros utilizando esta versão do questionário serão relevantes para confirmar que o instrumento fornece medidas igualmente apropriadas e válidas.

## **CONCLUSÃO**

A versão final traduzida e adaptada para uso no Brasil do questionário mostrou-se compreensível, clara e aceitável. A utilização deste instrumento possibilitará a compreensão sobre o entendimento e saberes, as perspectivas e práticas sobre a realização de mobilização em pacientes críticos, visto a importância da MP na redução dos prejuízos causados pela internação e em relação a melhora na recuperação funcional do paciente no ambiente hospitalar e pós-alta.

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Karen Kin-Yue Koo, que juntamente a outros profissionais do *Canadian Critical Care Trials Group* elaborou e validou o questionário original, sua autorização e colaboração no processo de tradução e adaptação cultural do instrumento.

## REFERÊNCIAS

1. Diaz Ballve LP, Dargains N, Urrutia Inchaustegui JG, Bratos A, Milagros Percaz M, Bueno Ardariz C, et al. Weakness acquired in the intensive care unit. Incidence, risk factors and their association with inspiratory weakness. Observational cohort study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(4):466–75.
2. Jolley SE, Bunnell AE, Hough CL. ICU-Acquired Weakness. *Chest*. 2016;150(5):1129–40.
3. Ferreira NA, Lopes AJ, Ferreira AS, Ntoumenopoulos G, Dias J, Guimaraes FS. Determination of functional prognosis in hospitalized patients following an intensive care admission. *World J Crit Care Med*. 2016;5(4):219–27.
4. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Sevransky JE, Shanholtz C, et al. Physical complications in acute lung injury survivors: a two-year longitudinal prospective study. *Crit Care Med*. 2014;42(4):849-59.
5. Kress JP, Hall JB. ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *N Engl J Med*. 2014;370(17):1626-35.
6. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2011;364(14):1293-304.

7. Kayambu G, Boots R, Paratz J. Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2013;41(6):1543-54.
8. Li Z, Peng X, Zhu B, Zhang Y, Xi X. Active mobilization for mechanically ventilated patients: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013;94(3):551-61.
9. Bourdin G, Barbier J, Burle JF, Durante G, Passant S, Vincent B, et al. The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: a prospective observational one-center study. *Respir Care.* 2010;55(4):400-7.
10. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. *Nurs Crit Care.* 2019; 1-8.
11. Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2017;43(2):171-83.
12. Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, et al. Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(5):724-30.
13. Cameron S, Ball I, Cepinskas G, Choong K, Doherty TJ, Ellis CG, et al. Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *J Crit Care.* 2015;30(4):664-72.

- 14 . Nydahl P, Ruhl AP, Bartoszek G, Dubb R, Filipovic S, Flohr HJ, et al. Early mobilization of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in Germany. *Crit Care Med.* 2014;42(5):1178-86.
15. Sricharoenchai T, Parker AM, Zanni JM, Nelliott A, Dinglas VD, Needham DM. Safety of physical therapy interventions in critically ill patients: a single-center prospective evaluation of 1110 intensive care unit admissions. *J Crit Care.* 2014;29(3):395-400.
16. Hodgson CL, Capell E, Tipping CJ. Early Mobilization of Patients in Intensive Care: Organization, Communication and Safety Factors that Influence Translation into Clinical Practice. *Crit Care.* 2018;22(1):77.
17. Berney SC, Rose JW, Bernhardt J, Denehy L. Prospective observation of physical activity in critically ill patients who were intubated for more than 48 hours. *J Crit Care.* 2015;30(4):658-63.
18. Bakhru RN, McWilliams DJ, Wiebe DJ, Spuhler VJ, Schweickert WD. Intensive Care Unit Structure Variation and Implications for Early Mobilization Practices. An International Survey. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(9):1527-37.
19. Fontela PC, Forgiarini LA Jr, Friedman G. Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2018;30(2):187-94.

20. Anekwe DE, Koo KK, de Marchie M, Goldberg P, Jayaraman D, Spahija J. Interprofessional Survey of Perceived Barriers and Facilitators to Early Mobilization of Critically Ill Patients in Montreal, Canada. *J Intensive Care Med.* 2017; 34(3), 218–26.
21. Johnson K, Petti J, Olson A, Custer T. Identifying barriers to early mobilisation among mechanically ventilated patients in a trauma intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;42:51-54.
22. Koo KK, Choong K, Cook DJ, Herridge M, Newman A, Lo V, et al. Early mobilization of critically ill adults: a survey of knowledge, perceptions and practices of Canadian physicians and physiotherapists. *CMAJ Open.* 2016;4(3):E448-E454.
23. Hoyer EH, Brotman DJ, Chan KS, Needham DM. Barriers to early mobility of hospitalized general medicine patients: survey development and results. *Am J Phys Med Rehabil.* 2015;94(4):304-12.
24. Harris CL, Shahid S. Physical therapy-driven quality improvement to promote early mobility in the intensive care unit. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2014;27(3):203-7.
25. Jolley SE, Regan-Baggs J, Dickson RP, Hough CL. Medical intensive care unit clinician attitudes and perceived barriers towards early mobilization of critically ill patients: a cross-sectional survey study. *BMC Anesthesiol.* 2014;14:84.
26. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of

Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94-104.

27. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.

28. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-91.

29. Donovan AL, Aldrich JM, Gross AK, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, et al. Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(6):980-990.

**TABELAS E FIGURAS**

Figura 1 – Fluxograma do processo de tradução para a língua portuguesa falada no Brasil e da adaptação cultural do questionário *Canadian survey of mobilization of ICU patients*

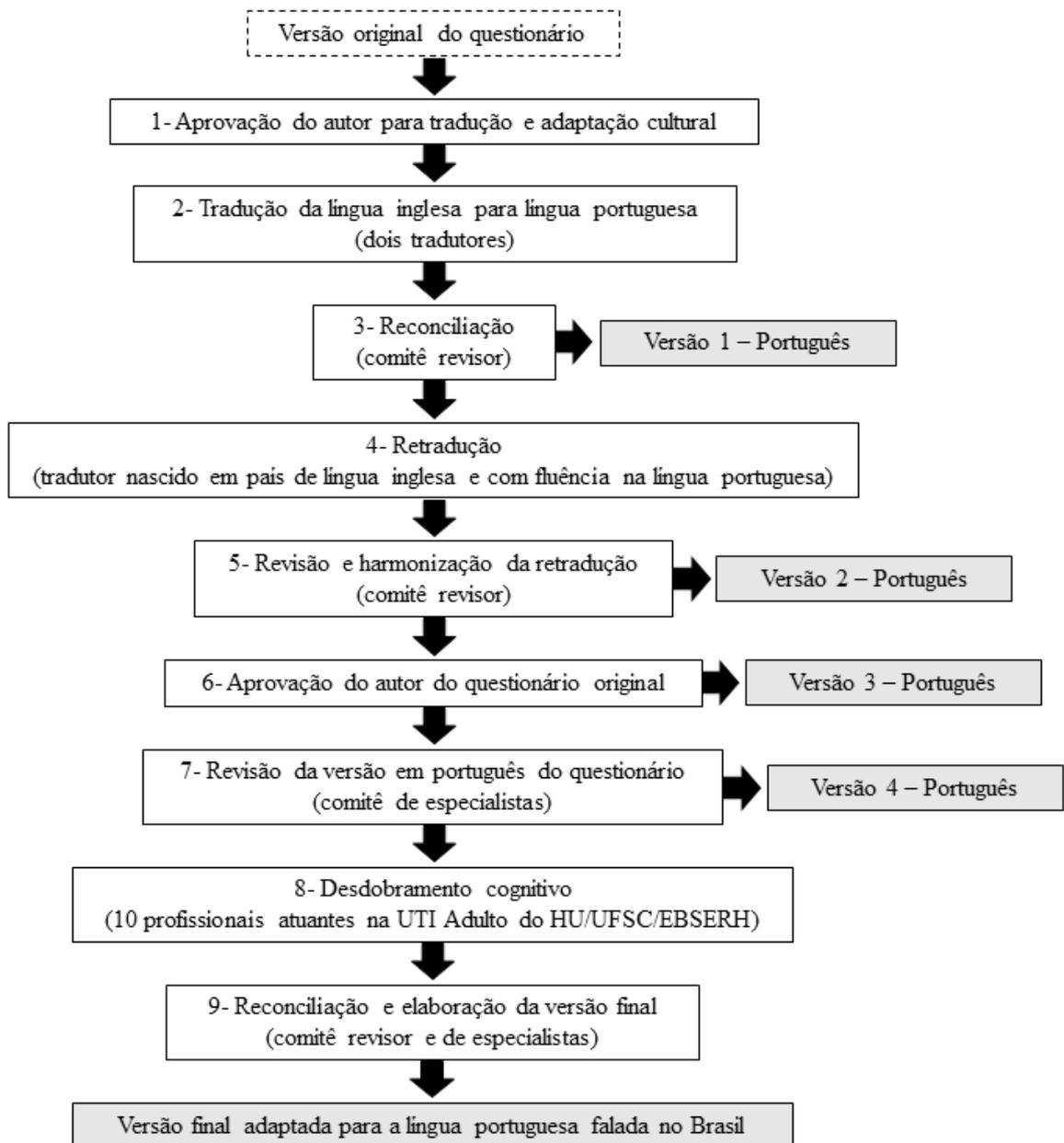


Tabela 1 – Características profissionais dos participantes do estudo

<b>Profissão</b>	<b>n (%)</b>
Fisioterapeuta	4 (40)
Médico	2 (20)
Enfermeiro	2 (20)
Técnico de enfermagem	2 (20)
<b>Tempo de profissão em UTI</b>	<b>n (%)</b>
<5 anos	1 (10)
5-15 anos	6 (60)
>15 anos	3 (30)

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Tabela 2 – Alterações realizadas após o processo de desdobramento cognitivo

Item	Versão 4 – Português	Versão 5 – Português
2. a)	“ <b>Ordens</b> de repouso no leito na admissão da UTI”	“ <b>Recomendações</b> de repouso no leito na admissão da UTI”
2. a)	“ <b>Ordens</b> médicas necessárias antes da mobilização”	“ <b>Recomendações</b> médicas necessárias antes da mobilização”
2. a)	“Percebida como uma intervenção dispensada por administradores ou <b>líderes</b> de unidade”	“Percebida como uma intervenção dispensada por administradores ou <b>coordenadores</b> de unidade”
2. b)	“ <b>Restrições</b> físicas”	“ <b>Contenções</b> físicas”
2. b)	“Fragilidade”	“Fragilidade <b>física</b> ”
3.	“Os profissionais são médicos intensivistas (MI), fisioterapeutas (FI), enfermeiros (EN), técnicos de enfermagem (TE), e <b>cirurgião primário / parecerista (CP)</b> . Qual é / quais são a(s) barreira(s) <b>relacionada(s) aos profissionais mais importante(s) para a mobilização precoce (MP)</b> em SUA UTI / UTIP?”	“Os profissionais são médicos intensivistas (MI), fisioterapeutas (FI), enfermeiros (EN), técnicos de enfermagem (TE), e <b>médicos assistentes (MA)</b> . Qual é / quais são a(s) <b>barreira(s) mais importante(s) relacionada(s) aos profissionais para a realização da mobilização precoce (MP)</b> em SUA UTI / UTIP?”
3. f)	“Falta de <b>organização</b> entre profissionais para facilitar a MP”	“Falta de <b>planejamento</b> entre profissionais para facilitar a MP”
3. j)	“Preocupações <b>de segurança sobre</b> a MP”	“Preocupações <b>referentes à segurança para realizar</b> a MP”
5.	“ <b>Ortostatismo</b> ”	“ <b>Ficar em pé</b> ”
5. c)	“Lesão medular cervical”	“Lesão medular cervical <b>estabilizada</b> ”

5. d) “Lesão medular toracolombar” “Lesão medular toracolombar **estabilizada**”
5. m) “Fragilidade” “Fragilidade **física**”
5. r) “Acesso para diálise inserido no sítio **sub-clávio** (durante períodos inter-diálise)” “Acesso para diálise inserido no sítio **jugular** (durante períodos inter-diálise)”
6. “**Ortostatismo**” “**Ficar em pé**”
6. d) “Uma dose **média** de infusão de vasopressor ou inotrópico” “Uma dose **moderada** de infusão de vasopressor ou inotrópico”
6. e) “Uma dose **mínima** de infusão de vasopressor ou inotrópico” “Uma dose **mínima** de infusão de vasopressor ou inotrópico”
20. “Dias úteis à noite (**depois das 17:00**, segunda a sexta-feira)” “Dias úteis à noite (segunda a sexta-feira)”

UTI: Unidade de Terapia Intensiva; MP: Mobilização Precoce; UTIP: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

**APÊNDICE A – Versão final do questionário traduzido e adaptado para a língua portuguesa falada no Brasil**

Versão Brasileira

**PESQUISA DE MOBILIZAÇÃO DE PACIENTES EM UTI:  
CONHECIMENTO, PERSPECTIVAS E PRÁTICAS ATUAIS**

Por favor, preencha as seguintes questões. Todas as respostas serão mantidas em sigilo.

**Glossário de termos**

**UTI:** Unidade de Terapia Intensiva.

**UTIP:** Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

**Fraqueza muscular adquirida na UTI:** polineuropatia, polineuromiopia ou neuropatia adquirida durante a doença crítica.

**Mobilização:** terapia que envolve mobilidade ativa, assistida ou passiva do paciente. Pode incluir mobilidade na cama, ficar sentado, ficar em pé, deambulação ou treinamento com exercícios ativos.

**Mobilização precoce (MP):** fisioterapia e medidas de reabilitação iniciadas o mais cedo possível após a admissão na UTI. Os pacientes que receberem MP serão reabilitados progressivamente por meio de uma série de exercícios que podem começar enquanto ainda estiverem recebendo suporte artificial de vida (ou seja, ventilação mecânica).

**Fisioterapia cardiorrespiratória / respiratória**

Fisioterapia para melhorar a relação ventilação-perfusão e mecânica respiratória, incluindo exercícios de respiração profunda, depuração de secreções das vias aéreas e técnicas de percussão torácica.

**Fisioterapia motora**

**Mobilização passiva:** movimento passivo realizado pelos profissionais.

**Mobilização ativa:** movimento ativo do paciente, sem assistência dos profissionais.

**Exercícios de fortalecimento:** fortalecimento muscular (pode incluir a bicicleta ergométrica à beira do leito), brincadeiras para o neurodesenvolvimento (ou seja, atividades lúdicas para facilitar o desenvolvimento motor fino e grosseiro) para bebês e crianças com atraso no desenvolvimento.

**Mobilidade no leito:** atividades realizadas no leito (por exemplo, reposicionamento ativo ou parcialmente assistido na cama ou rolar de um lado para outro).

**Transferências:** controle do tronco, ficar sentado sem apoio ou na beira da cama, passar de sentado para em pé, ou da cama para a cadeira.

**Pré-marcha:** deslocamento de peso, marcha estacionária e para os lados.

**Deambulação:** treinamento de caminhada/marcha com ou sem dispositivos auxiliares ou assistência.

**PERCEPÇÕES**

**1.0 Visão pessoal da mobilização precoce na UTI**

1. Por favor, selecione UMA opção abaixo que melhor descreva sua visão sobre a mobilização precoce:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
crucial, deveria ser prioridade máxima no cuidado de pacientes em UTI	muito importante, deveria ser uma prioridade no cuidado de pacientes em UTI	importante, deveria ser uma prioridade no cuidado de pacientes em UTI	um pouco importante, deveria ser considerado no cuidado de pacientes em UTI	não é de grande importância, mas a equipe deveria considerá-la	de mínima importância para o cuidado de pacientes em UTI	sem importância para o cuidado de pacientes em UTI

**1.1 Barreiras à mobilização precoce na UTI**

2. a) Qual é / quais são a(s) barreira(s) *institucionais* mais importante(s) para a mobilização precoce em SUA UTI? Por barreiras *institucionais*, entendemos os padrões de costumes e comportamentos em seu ambiente de trabalho. Por favor, marque TODOS que se aplicam ou "sem barreiras institucionais", se não houver nenhum.

- recomendações de repouso no leito na admissão da UTI
- recomendações médicas necessárias antes da mobilização
- equipamentos insuficientes para a mobilização precoce (por exemplo, elevadores elétricos para transferência de pacientes, cadeiras, andadores, etc.)
- sem diretrizes ou protocolos estabelecidos para mobilização precoce
- espaço físico insuficiente
- nenhum profissional defensor para promover a mobilização precoce na UTI
- percebida como uma intervenção dispendiosa por administradores ou coordenadores de unidade
- sem barreiras institucionais
- outra(s) barreira(s) institucional(is), por favor, especifique: \_\_\_\_\_

2. b) Qual é / quais são a(s) barreira(s) relacionada(s) ao *paciente* mais importante(s) para a mobilização precoce em SUA UTI? Por favor, marque TODAS que se aplicam ou "sem barreiras do paciente", se não houver nenhuma.

- instabilidade clínica
- intubação endotraqueal
- contenções físicas
- risco de desconexão de dispositivos ou cateteres
- comprometimento cognitivo
- sedação excessiva
- analgesia inadequada
- obesidade
- fragilidade física
- estado nutricional inadequado
- sem barreiras do paciente
- outra(s) barreira(s) do paciente, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

3. Os *profissionais* envolvidos no processo de mobilização precoce (MP) são médicos intensivistas (MI), fisioterapeutas (FI), enfermeiros (EN), técnicos de enfermagem (TE), e médicos assistentes (MA). Qual é / quais são a(s) barreira(s) mais importante(s) relacionada(s) aos *profissionais* para a realização da MP em SUA UTI / UTIP? Se você acredita que a barreira listada é importante, por favor, selecione TODOS os profissionais que contribuem para a existência dessa barreira. Alternativamente, se você acredita que a barreira listada NÃO é uma barreira importante, selecione "nenhum".

Barreira relacionada ao profissional	MI	FI	EN	TE	MA	Ne-nhum
a) profissionais insuficientes para mobilizar rotineiramente os pacientes						
b) MP na UTI / UTIP é geralmente apoiada, mas não é percebida como uma prioridade no plano de cuidados de pacientes críticos						
c) MP na UTI / UTIP é geralmente percebida como importante, mas não é apoiada por alguns profissionais específicos						
d) falta de comunicação entre a equipe para facilitar a MP durante visitas multiprofissionais à beira do leito						
e) falta de comunicação sobre a reabilitação durante a passagem de plantão						
f) falta de planejamento entre profissionais para facilitar a MP						
g) demora no reconhecimento de quando os pacientes deveriam iniciar a MP						
h) falta de autoridade específica na tomada de decisão para iniciar a MP						
i) percepções conflitantes sobre a indicação da MP em alguns pacientes						
j) preocupações referentes à segurança para realizar a MP						
k) treinamento inadequado para facilitar a MP						
l) outra(s) barreira(s) relacionada(s) aos profissionais, por favor, especifique:						

### 1.2 Quando iniciar a mobilização na UTI / UTIP

4. De um modo geral, quando VOCÊ acha que a mobilização deve ser iniciada na UTI / UTIP? Por favor, selecione TUDO que se aplica.

- assim que o paciente for admitido na UTI / UTIP
- assim que o estado cardiorrespiratório do paciente se estabilizar (ou seja, sem aumento do suporte hemodinâmico ou ventilatório)
- assim que o paciente for extubado
- assim que o paciente estiver sem utilização de drogas vasoativas
- assim que o paciente estiver consciente e colaborativo
- assim que todas as sedações forem descontinuadas
- assim que o paciente estiver pronto para ser transferido para fora da UTI
- outro, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

**1.3 Nível de atividade**

5. Para cada um dos cenários a seguir, suponha que os pacientes sejam previamente ambulatoriais e que no momento estejam clinicamente estáveis sob ventilação mecânica, sem inotrópicos e com infusão mínima de sedação. Esses pacientes têm resposta motora voluntária e podem obedecer a comandos verbais (a menos que estabelecido uma outra forma de comunicação). Na SUA opinião, o que você consideraria como o *maior* nível de atividade *permissível* para um paciente com seguintes diagnóstico, condição, dispositivo ou medicamento? Por favor, selecione UMA resposta para cada item.

Diagnóstico, condição, dispositivo ou medicamento	Repouso no leito	Mobilização passiva	Mobilização ativa	Ficar em pé	Transferência p/ cadeira	Deambulação	Não tenho certeza
<b>Diagnóstico / condição</b>							
a) trauma crânioencefálico sem aumento da pressão intracraniana							
b) trauma crânioencefálico com aumento da pressão intracraniana							
c) lesão medular cervical estabilizada							
d) lesão medular toracolombar estabilizada							
e) menos de 24 horas após infarto do miocárdio tratado (enzimas cardíacas persistentemente elevadas)							
f) menos de 24 horas após infarto do miocárdio tratado (enzimas cardíacas diminuindo)							
g) coagulopatia (Razão Normalizada Internacional - RNI > 3)							
h) trombocitopenia (contagem de plaquetas < 20.000 células/mm <sup>3</sup> )							
i) delirium (nível de consciência flutuante, às vezes pouco alerta ou agitado)							
j) menos de 24 horas após cirurgia de revascularização do miocárdio sem complicações							
k) trombose venosa profunda (recebendo terapia anticoagulante)							
l) obesidade							
m) fragilidade física							
<b>Dispositivos</b>							
n) cateter arterial pulmonar							
o) balão intra-aórtico							
p) cateter venoso central femoral							
q) cateter arterial radial							
r) acesso para diálise inserido no sítio jugular (durante períodos inter-diálise)							
s) acesso para diálise inserido no sítio femoral (durante períodos inter-diálise)							
t) terapia renal substitutiva contínua (durante hemodiálise e diálise peritoneal)							
u) oxigenação por membrana extracorpórea							
v) ventilação oscilatória de alta frequência							
w) ventilação mecânica convencional com tubo endotraqueal							
x) ventilação mecânica convencional com traqueostomia							
y) ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva (por exemplo, BiPAP)							
z) dreno torácico							
aa) sonda vesical de demora							
<b>Medicamentos</b>							
bb) anticoagulação plena (infusão endovenosa de heparina, varfarina)							

6. Considere um paciente admitido na UTI / UTIP que está intubado e mecanicamente ventilado. Qual *nível/máximo* de atividade você prescreveria para esse paciente em cada uma das seguintes circunstâncias independentes? Por favor, selecione UMA resposta para cada condição.

Estado fisiológico	Repouso no leito	Mobilização passiva	Mobilização ativa	Ficar em pé	Transferência p/ cadeira	Deambulação	Não tenho certeza
<b>Cardiovascular</b>							
a) três ou mais infusões de vasopressores ou inotrópicos							
b) duas infusões de vasopressores ou inotrópicos							
c) uma dose alta de infusão de vasopressor ou inotrópico							
d) uma dose moderada de infusão de vasopressor ou inotrópico							
e) uma dose mínima de infusão de vasopressor ou inotrópico							
f) sem vasopressores ou inotrópicos							
<b>Respiratório</b>							
g) parâmetros mínimos em modo convencional de ventilação mecânica							
h) parâmetros moderados em modo convencional de ventilação mecânica (por exemplo, FiO <sub>2</sub> 0.5, PEEP 10)							
i) modo avançado de ventilação mecânica (por exemplo, oscilação de alta frequência)							
<b>Neurológico</b>							
j) não responsivo à estimulação verbal e motora							
k) resposta motora voluntária, não obedecendo comandos verbais							
l) resposta motora voluntária, obedecendo comandos verbais							

## **CONHECIMENTO**

### **2.1 Fraqueza Muscular Adquirida na UTI (FMA-UTI)**

7. Qual VOCÊ acha que é a incidência aproximada de FMA-UTI na população de pacientes de UTI geral clínico-cirúrgica?

- < 5%
- 5-10%
- 11-20%
- 21-40%
- > 40%
- Não sei

## 2.2 Literatura atual

8. VOCÊ está familiarizado com algum ensaio clínico ou literatura avaliando a mobilização precoce de pacientes críticos?

- sim
- não

9. O que demonstram os estudos clínicos sobre mobilização precoce de pacientes críticos (isto é, em população de UTI geral clínico-cirúrgica)? Selecione TODAS as respostas VERDADEIRAS.

- não estou suficientemente familiarizado com a literatura atual / estudos clínicos sobre mobilização precoce na UTI.
- mobilização precoce de pacientes críticos pode melhorar sua independência funcional (isto é, atividades da vida diária) na alta hospitalar.
- mobilização precoce de pacientes críticos está associada à redução da mortalidade na alta hospitalar.
- mobilização precoce de pacientes críticos está associada a uma redução da incidência de delirium.
- mobilização precoce de pacientes críticos reduz a incidência de trombose venosa profunda.
- mobilização precoce de pacientes críticos reduz o tempo de ventilação mecânica.

## 2.3 Habilidades Práticas e Técnicas

10. Quão bem treinado e informado você se sente para mobilizar pacientes ventilados mecanicamente? Por favor, selecione apenas UMA resposta.

- Eu me sinto bem treinado e informado para mobilizar pacientes ventilados mecanicamente.
- Eu me sinto pouco treinado e informado para mobilizar pacientes ventilados mecanicamente.
- Eu não me sinto suficientemente treinado ou informado para mobilizar pacientes ventilados mecanicamente.

## PRÁTICA

### 3.1 Avaliação para necessidade de reabilitação

11. Todos os pacientes são avaliados automaticamente quanto à aptidão para iniciar a mobilização pelo fisioterapeuta em SUA UTI / UTIP, sem incentivo ou solicitações de outros profissionais?

- sim
- não
- não sei

12. Quem é geralmente o primeiro profissional de saúde a identificar se um paciente está pronto para mobilização? Por favor, selecione apenas UMA resposta.

- enfermeiro
- médico
- fisioterapeuta
- terapeuta ocupacional
- técnico de enfermagem
- outro, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

13. A avaliação inicial do fisioterapeuta em cada paciente requer uma prescrição médica?

- tecnicamente, sim
- não
- não sei

14. A SUA UTI / UTIP tem protocolos estabelecidos ou políticas que fornecem diretrizes de quando um paciente deveria iniciar a mobilização?

- sim
- não
- não sei

15. A SUA UTI / UTIP tem pelo menos um profissional que atua como defensor da mobilização precoce?

- sim
- não
- não sei

16. Se a UTI / UTIP em que você trabalha tem pelo menos um defensor que promove a mobilização precoce, de que profissão ela / ele é?

- fisioterapeuta
- médico
- enfermeiro
- técnico de enfermagem
- não sei

### 3.2 Intensidade e frequência de mobilização

17. Em média, qual é a duração diária da mobilização realizada por fisioterapeutas em SUA UTI / UTIP nos seguintes tipos de pacientes críticos?

Condição	Ne-nhuma	<15 min	16-30 min	31-45 min	46-60 min	>60 min	Não sei
a) paciente que está intubado, mecanicamente ventilado, profundamente sedado e inconsciente							
b) paciente que está intubado, mecanicamente ventilado, pouco alerta e não cooperativo							
c) paciente que está intubado, mecanicamente ventilado, alerta, interativo e cooperativo, mas não pode deambular ainda							
d) paciente que está intubado, mecanicamente ventilado, alerta, interativo / cooperativo e pode deambular							

18. Quão frequentemente a mobilização é realizada por um fisioterapeuta em SUA UTI nos seguintes tipos de pacientes críticos?

Condição	Ne-nhuma	<1/sem	1-2x/sem	3-4x/sem	5-6x/sem	1x/dia	2x/dia	>3x/dia	Não sei
a) paciente que está intubado, mecanicamente ventilado, profundamente sedado e inconsciente									
b) paciente que está intubado, mecanicamente ventilado, pouco alerta e não cooperativo									
c) paciente que está intubado, mecanicamente ventilado, alerta, interativo e cooperativo, mas não pode deambular ainda									
d) paciente que está intubado, mecanicamente ventilado, alerta, interativo / cooperativo e pode deambular									

### 3.3 Equipe na UTI / UTIP

19. Quem participa da mobilização de pacientes em SUA UTI / UTIP? Por favor selecione TUDO que se aplica.

- enfermeiro
- médico
- fisioterapeuta
- terapeuta ocupacional
- técnico de enfermagem
- membro da família ou cuidador domiciliar
- outro, por favor especifique \_\_\_\_\_

20. Existe um fisioterapeuta designado trabalhando em SUA UTI / UTIP durante os seguintes horários?

Tempo	Disponibilidade total para avaliação e mobilização	Disponibilidade limitada para avaliação e mobilização	Disponibilidade apenas para fisioterapia cardiopulmonar / respiratória	Sem disponibilidade	Não sei
Horas regulares de dias úteis (segunda a sexta-feira)					
Dias úteis à noite (segunda a sexta-feira)					
Finais de semana (sábado, domingo e feriados)					

### 3.4 Tipos de técnicas fisioterapêuticas realizadas

21. Em geral, com que frequência essas técnicas de fisioterapia são utilizadas em pacientes da UTI / UTIP elegíveis / adequados para reabilitação? Por favor, selecione apenas UMA resposta para cada tipo de tratamento.

Tipo de técnica fisioterapêutica	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Rotineiramente	Não sei
a) fisioterapia respiratória						
b) mobilização passiva						
c) mobilização ativa						
d) exercícios de fortalecimento						
e) mobilização no leito						
f) transferências						
g) atividades pré-marcha						
h) treinamento de marcha / deambulação						
i) esteira						
j) estimulação elétrica neuromuscular						
k) bicicleta ergométrica						
l) prancha ortostática						
m) outro, por favor, especifique: _____						

### 3.5 Carga de trabalho do fisioterapeuta

22. Por favor, responda às seguintes perguntas sobre SUA carga de trabalho na UTI / UTIP:

- a) Em média, quantos pacientes da UTI / UTIP você atende por dia? \_\_\_\_\_
- b) Em média, quantos pacientes do hospital (incluindo os da UTI / UTIP) você atende por dia? \_\_\_\_\_
- c) Você trabalha em período integral ou meio período na UTI / UTIP?
- tempo integral
- meio período
- d) Qual a duração do seu turno? \_\_\_\_\_ horas

### 3.6 Práticas de sedação

23. Interrupções diárias da sedação ou protocolos de sedação são utilizados em SUA UTI / UTIP?

- rotineiramente
- frequentemente
- às vezes
- raramente
- nunca
- não sei

24. VOCÊ utiliza escalas de sedação padronizadas para titular a sedação, de acordo com o nível de atividade do paciente?

- rotineiramente
- frequentemente
- às vezes
- raramente
- nunca
- não sei

### 3.7 Reabilitação após a alta da UTI / UTIP

25. Os pacientes com suspeita de fraqueza muscular adquirida na UTI são rotineiramente encaminhados para um ambulatório após a alta da UTI / UTIP para reabilitação a longo prazo?

- sim
- não
- não sei

26. A quem os pacientes com suspeita de fraqueza muscular adquirida na UTI são encaminhados?

- médico da família
- clínico geral / pediatra
- neurologista
- fisioterapeuta
- terapeuta ocupacional
- intensivista
- outro, por favor, especifique \_\_\_\_\_
- pacientes com fraqueza muscular adquirida na UTI não são rotineiramente encaminhados para clínicas ambulatoriais
- não sei

### 4.1 Dados demográficos do profissional

27. Qual profissão você exerce?

- fisioterapeuta
- médico
- enfermeiro
- técnico de enfermagem

28. Qual é a sua área de prática?

- adulto
- pediátrica

29. Em que / quais tipo(s) de UTI(s) você trabalha? Por favor, selecione TODAS que se aplicam.

- UTI clínico-cirúrgica
- UTI cardiovascular
- UTI neurológica
- UTI de trauma
- UTI de queimados

---

**Muito obrigado por participar dessa pesquisa!**