

MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO HOSPITAL MUNICIPAL DA REGIÃO DE JOINVILLE-SC

Early mobilization in criticle adult in unit of intense therapy in the Municipal Hospital of Joinville-SC

Helton Eckermann da Silva¹, Ana Rosa Shibata Molinari², Danielle Lopes de Abreu³

RESUMO

A mobilização precoce em Unidade de Terapia Intensiva, tem o intuito de evitar o decúbito prolongado através de atividades terapêuticas. Este estudo teve como objetivo avaliar as práticas de mobilização precoce realizadas pelos fisioterapeutas no Hospital Municipal da Região de Joinville-SC. Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, descritivo com desenho transversal, e com coleta de dados em prontuário eletrônico. A amostra foi composta por 209 pacientes de ambos os gêneros com mais de 18 anos internados por mais de 24h na UTI, no período entre março de 2015 e março de 2016. Os dados foram submetidos à medidas de dispersão e expressos como médias, desvio-padrão, frequência e porcentagem. Foi utilizado o teste t student para comparação de médias entre duas amostras pareadas. A média de idade foi de $50,83 \pm 17,23$ anos, as causas de admissão mais frequentes foram neurologia cirúrgica, distúrbios oncológicos, clínicos e situações de ortopedia e traumatologia, o tempo médio de internação foi de $18,24 \pm 18,19$ dias. As práticas de mobilização precoce mais frequentes foram cinesioterapia passiva, ativo-assistida, mudanças de decúbitos, sedestação, ativo livre, deambulação, ativo resistida, ortostatismo e cicloergômetro respectivamente. A cinesioterapia ativa foi a menos frequente entre as condutas de mobilização provavelmente devido ao quadro de fraqueza muscular e insuficiente nível de consciência da amostra, indicando um baixo status funcional de alta da UTI. A prática de sedestação foi mais realizada em indivíduos com maior tempo de ventilação mecânica provavelmente em desmame difícil. Sugere-se novos estudos com a inclusão de escalas de nível de consciência para se aferir a influência dessas variáveis sobre as práticas de mobilização precoce.

Palavras-chave: Mobilização precoce, Unidade de terapia intensiva (UTI), Fisioterapia, Paciente crítico.

ABSTRACT

The early mobilization in intensive care unit, aims to avoid prolonged decubitus through therapeutic activities. This study aimed to evaluate the early mobilization practices carried out by physiotherapists at the Municipal Hospital in Joinville-SC. This is an exploratory, retrospective, descriptive study with cross-sectional design, with electronic medical records in data collection. The sample consisted of 209 patients of both genders over 18 years admitted more than 24 hours in the ICU, in the period between March 2015 and March 2016. The data were analyzed with frequency measures and expressed as percentages, we used the T Student test to compare means between two paired samples. The average age was 50.83 ± 17.23 years; the most frequent causes of admission were surgical neurology, oncology disorders, and clinical situations of orthopedics and traumatology; the average length of stay was 18.24 ± 18.19 days. The most common early mobilization practices were passive kinesiotherapy, active-assisted, decubitus changes, sedestation, free asset, ambulation, weathered active, orthostatic and cycle ergometer respectively. The active kinesiotherapy was less frequent among the mobilization ducts probably due to the frame muscle and insufficient level of the sample awareness weakness, indicating a low functional status of the ICU. The practice of sitting position was more accomplished in individuals with higher mechanical ventilation time probably difficult weaning. It suggests further studies with the inclusion of conscience level scales to assess the influence of these variables on early mobilization practices.

Keywords: Early mobilization, Intensive care unit (ICU), Physiotherapy, critical patients.

1 Fisioterapeuta, Docente do Curso de Fisioterapia da Associação Catarinense de Ensino/Faculdade Guilherme Guimbala – ACE/FGG, Joinville-SC, Brasil.

2 Discente do Curso de Fisioterapia da Associação Catarinense de Ensino/Faculdade Guilherme Guimbala – ACE/FGG, Joinville-SC, Brasil.

3 Discente do Curso de Fisioterapia da Associação Catarinense de Ensino/Faculdade Guilherme Guimbala – ACE/FGG, Joinville-SC, Brasil.

Autor para correspondência

Helton Eckermann da Silva

heltonfisiot@yahoo.com.br

Rua São José, 490 – Anita Guaribaldi, Joinville, Santa Catarina

INTRODUÇÃO

A Unidade de terapia intensiva (UTI) é descrita como o setor hospitalar destinado ao atendimento de pacientes críticos e de risco potencialmente recuperáveis, que exige assistência médica e multiprofissional ininterrupta. Conforme o II Censo Brasileiro de UTI, o tempo médio de permanência do paciente em UTI é de um a seis dias. Entretanto, quanto maior o período que o paciente é mantido nessas unidades, mais está sujeito à imobilidade prolongada no leito¹.

A partir da década de 1940 com as evidências sobre os efeitos deletérios do repouso prolongado no leito, influência sobre a capacidade funcional dos pacientes, índice de mortalidade e o tempo de internação; as práticas de mobilização precoce recentemente tornaram-se progressivamente rotineiras em pacientes hospitalizados^{2,3}.

Em pacientes críticos internados em UTI a imobilidade ainda é comum tendo associação diretamente proporcional às complicações que perpassam pelas úlceras de pressão, disfunções dos sistemas músculo esquelético, gastrointestinal, cardiovascular e respiratório proporcionando importante limitação. Estes fatores também estão relacionados a um prolongamento no tempo de internação, de ventilação mecânica invasiva (VMI), resultando em maiores riscos para complicações, aumento nos índices de morbimortalidade, custos hospitalares mais elevados e redução da qualidade de vida do paciente após a alta hospitalar³⁻⁸.

A mobilização precoce é uma intervenção simples que pode ser realizada em pacientes com instabilidade neurológica e ou cardiorrespiratória, porém, deve ser iniciada após a estabilização dos parâmetros hemodinâmicos, podendo ser iniciada nas primeiras 24 e 48h após a internação na UTI mesmo essa prática sendo um procedimento viável e seguro é importante o respeito da individualidade e as condições clínicas apresentadas por cada paciente^{3,5,6,9}.

Para a European Respiratory Society And European Society of Intensive Care Medicine, as práticas de mobilização progredem hierarquicamente desde atividades, tais como mudança de decúbito, posicionamento funcional, mobilização passiva, exercícios ativo-assistidos e ativos, uso de cicloergômetro, até sedestação na beira do leito, ortostatismo, caminhada estática, transferência da cama para poltrona, exercícios na poltrona, caminhada e estimulação elétrica neuromuscular⁶.

Apesar das evidências sobre os benefícios, a mobilização depende de fatores extrínsecos ao paciente como equipe, ambiente adequado, equipamentos de transferência do paciente para poltrona e fatores intrínsecos como condições clínicas favoráveis do paciente, que compreendem instabilidade do quadro clínico além da causa de admissão na UTI. Tais aspectos podem influenciar nas rotinas de mobilização dos pacientes na UTI. Para tanto a compreensão destes fatores e o conhecimento das práticas de mobilização precoce em uma UTI é fundamental para definir as limitações e empecilhos para sua realização, para posterior implementação de estratégias no manejo da imobilidade.

Diante disso o presente estudo objetivou observar as práticas de mobilização precoce realizadas em pacientes críticos sob internação na UTI do Hospital Municipal da Região de Joinville-SC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, descritivo com desenho transversal. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pela direção do Hospital Municipal e posteriormente pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos sob o nº 1.487.758 no ano de 2016.

Os dados da pesquisa foram coletados acessando o sistema de prontuário eletrônico junto ao setor de Ensino e Pesquisado do Hospital Municipal em questão, através de verificações diárias no período vespertino e noturno pelos autores.

As variáveis da pesquisa foram extraídas a partir de análise das evoluções diárias da fisioterapia, registradas no prontuário multiprofissional.

Foram revisados os prontuários de todos os pacientes com mais de 18 anos admitidos nesse setor, no período compreendido entre 01 de março de 2015 até 31 de março de 2016, que tenham permanecido internados mais de 24h e que sofreram algum tipo de mobilização na UTI, incluindo pacientes que foram a óbito durante a internação. Foram coletados os dados demográficos através de uma ficha de avaliação, constando o número de inscrição; data de admissão na UTI; gênero; idade; dias de utilização de ventilação mecânica e espontânea; tempo de internação na UTI; data de saída da unidade, com respectivo desfecho (alta, transferência da unidade ou óbito). As variáveis referentes às práticas de mobilização precoce envolviam desde contra-indicações para mobilização, até descrição da frequência e dos tipos de condutas de mobilização precoce, o tempo para iniciar a cinesioterapia passiva e a sedestação. Algumas variáveis das práticas de mobilização precoce foram associadas ao tempo de internação na UTI e ao tempo de ventilação mecânica.

Foi realizada a estatística descritiva para análise dos dados demográficos e clínicos, sendo os dados de variáveis contínuas avaliados como medidas de dispersão e expressos como médias e desvio-padrão. Os dados de variáveis categóricas foram avaliados com medidas de frequência e expressos como porcentagens. Foi utilizado também o teste t-Student para comparar duas amostras pareadas, todos os valores foram bicaudais, sendo o valor de $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se do programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Foram realizadas 3336 checagens de prontuários fisioterapêuticos nos turnos matutino e vespertino, representando um total de 209 pacientes de ambos os gêneros com média de idade $50,83 \pm 17,23$ anos, admitidos na UTI no período de março de 2015 a março de 2016 (Tabela 1).

A amostra estudada apresentou a classificação da faixa etária de acordo com a ANS (Agência Nacional de Saúde), 87 indivíduos com 59 anos ou mais, 18 indivíduos entre 54 e 58 anos, 16 indivíduos entre 49 e 53 anos, 14 indivíduos entre 44 e 48 anos, 15 indivíduos entre 39 e 43 anos, 19 indivíduos entre 34 a 38 anos, 11 indivíduos entre 29 a 33 anos, 14 indivíduos entre 24 e 28 anos e 15 indivíduos entre 19 a 23 anos.

Tabela 1 – Dados demográfico e clínicos dos pacientes

N=209	MÉDIA	VALOR	%
Masculino		124	59
Feminino		85	41
Idade	50,83 ±		
Tempo de	18,24 ±		
Óbitos		53	25,4
Transferência		21	10,5
Alta da UTI		128	60,8
Permanência		7	3,3

Dentre as quatro causas de admissão mais frequentes, destacam-se (23,49%) situações específicas de neurologia cirúrgica, (19,62%) por distúrbios oncológicos; (12,92%) por distúrbios

clínicos e (12,44%) situações de ortopedia e traumatologia que serão especificadas abaixo (Tabela 2).

Tabela 2- Classificação da causa de admissão e número de pacientes que realizaram sedestação

CAUSA DE ADMISSÃO n= 107	TOTAL N = 209	%	COM SEDESTAÇÃO (n = 114)	SEM SEDESTAÇÃO (n= 95)
Neurologia	47	22,49	23	24
Oncológico	41	19,62	19	22
Clínico	27	12,92	19	8
Ortopedia e Traumatologia	26	12,44	16	10
Neurologia Clínica	23	11,00	14	9
Violência urbana	14	6,70	6	8
Pneumopatia crônica	7	3,35	2	5
IRpA	7	3,35	5	2
Cirúrgico	6	2,87	4	2
Queimados	5	2,39	3	2
Cardiológico	4	1,91	2	2
Nefropatias	2	0,96	1	1

Legenda: IRpA Insuficiência respiratória aguda

Os pacientes permaneceram internados em um tempo médio de $18,24 \pm 18,19$ dias, sendo o tempo máximo de 140 e o mínimo 2 dias. Vinte e nove por cento dos pacientes permaneceram internados na UTI até 6 dias, 29% entre uma e duas semanas e 42%

permaneceram por 16 dias ou mais.

Das 3336 evoluções checadas foram registradas 3968 condutas de mobilizações no período da pesquisa (Tabela 3).

Tabela – 3 Distribuição da amostra em relação as práticas de mobilização e sua frequência diária

PRÁTICAS DE MOBILIZAÇÃO	TOTAL N=3968	%	UMA VEZ AO DIA %	DUAS VEZES AO DIA %	TRÊS VEZES AO DIA %
Mudança de decúbito	709	17,86	97	3	
Mobilização passiva	2148	54,13	77	20	3
Mobilização ativo-assistida	462	11,64	74	26	
Ativo livre	74	1,86	81	19	
Ativo resistida	39	0,98	85	15	
Sedestação no leito	214	5,39	90	10	
Sedestação na poltrona	251	6,32	97	3	
Posição ortostática	24	0,6	88	12	
Deambulação	42	1,1	100	-	
Cicloergômetro	5	0,12	100	-	

Ocorreram situações em que as mobilizações foram contra-indicadas, sendo 21,74% (20 ocorrências) por instabilidade hemodinâmica; 15,21% (14 ocorrências) por hipertermia, 10,87% (10 ocorrências) por submissão do paciente há algum procedimento médico, 7,61% (7 ocorrências) devido à submissão à hemodiálise e 4,35% (4 ocasiões) por motivos não relatados. Nos 40,22% (30 ocorrências) restante das contra-indicações reportadas em evolução diária os pacientes estavam sob cuidados paliativos, nos quais as práticas de mobilização eram ocasionalmente realizadas.

Do total das evoluções checadas, a ventilação mecânica invasiva (VMI) foi constatada em 2325 evoluções diárias (64%), sendo a ventilação espontânea com auxílio de oxigênio observada em 913 evoluções (25%), seguida de 327 (9%) registros diários de ventilação espontânea em ar ambiente e 83 (2%) descrições de uso de ventilação mecânica não-invasiva (VMNI), sendo que algumas evoluções apresentavam mais de uma forma de ventilação

em um dia.

Sobre a prática de sedestação na UTI, foram observadas nos prontuários 465 evoluções diárias com descrição de sedestação em 114 pacientes (54%), sendo que os 95 restantes (46%) não realizaram nenhum tipo de sedestação do total de 209 indivíduos.

Dos 114 pacientes (54%) que foram posicionados em sedestação, 26 indivíduos (12%) realizaram somente sedestação na poltrona, 28(13%) foram sentados somente no leito e 60(29%) no leito e na poltrona em dias alternados (leito/poltrona).

A média de dias para início da sedestação na poltrona foi de $14,51 \pm 9,84$ dias, seguido de $11,02 \pm 8,65$ dias para o início da sedestação no leito e $9,79 \pm 7,61$ dias para se começar a sentar os indivíduos do grupo leito/poltrona. O maior tempo para início dessa conduta foi de 37 dias e o menor 1 dia.

DISCUSSÃO

A mobilização na UTI quando iniciada de forma precoce e sistematizada, é uma estratégia segura e viável e deve ser realizada durante os primeiros dias de internação. Essa intervenção reduz os efeitos deletérios da imobilidade, tais como melhora do nível de consciência, aumento da independência funcional e bem estar psicológico^{2,4}.

Dentre os aspectos demográficos da amostra considera-se que apenas a causa de admissão representou um fator impeditivo para mobilização precoce e progressão das práticas de mobilização. As causas de admissão na UTI mais frequentes observadas entre os pacientes estudados, foram de diagnóstico neurológico cirúrgico, clínico, oncológico e traumato-ortopédico respectivamente.

As causas neurocirúrgicas e traumato-ortopédica resultam em submissão a procedimentos médicos como derivação ventricular, controle de pressão intracraniana, restrição à mudanças de decúbito, instabilidade hemodinâmica, maior necessidade de sedação, além de comprometimento sobre o nível de consciência, o qual interfere no desmame, extubação e colaboração do paciente diante das estratégias de reabilitação. Em muitos casos os indivíduos vítimas de politraumatismo com injúrias traumato-ortopédicas foram submetidos tardiamente aos procedimentos de osteossíntese por instabilidade clínica adiando a progressão das condutas de mobilização.

Entre as causas de admissão oncológicas destacamos a leucemia, neoplasias cerebrais, neoplasias dos sistemas digestório e pulmonar com complicações infecciosas, sepse e choque séptico, além de quadros de insuficiência respiratória. Os pacientes oncológicos com presença de infecção, não respondem a terapêutica inicial na UTI, sugerindo um aumento no tempo de internação e ventilação mecânica¹⁰. De acordo com Biangulo e Colaboradores¹¹ os pacientes oncológicos podem apresentar juntamente as enfermidades já citadas, a síndrome metabólica (caquexia) onde a mesma provoca um metabolismo catalisador de massa muscular e células adiposas, causando uma atrofia muscular, letargia e consequente deterioração física geral, promovendo uma influência direta na abordagem da reabilitação fisioterapêutica.

A média etária do presente estudo de $50,83 \pm 17,23$ anos, não representou aspectos impeditivos para a prática de mobilização precoce. Murakami e colaboradores⁷ observaram que os pacientes com menor média etária em sua amostra ($67,0 \pm 16,1$ anos) mostraram-se mais respondedores à intervenção de mobilização precoce. Considerando que a média de idade encontrada no presente estudo foi inferior ao supracitado considera-se esse um fator favorável às estratégias de mobilização.

O gênero masculino predominou-se na amostra, pois esses são as principais vítimas de internação por causas externas, tendo como consequência condições traumato-ortopédicas (traumatismo raquimedular, politraumatismos), ferimentos por arma branca e de fogo, além de condições neurocirúrgicas (traumatismo crânio-encefálico). Em um estudo realizado no serviço público, foi analisado o perfil dos pacientes politraumatizados e a amostra apresentou em sua maioria indivíduos do gênero masculino^{12,13}. Sabendo que o Hospital Municipal da Região de Joinville-SC é uma unidade de referência traumatológica justifica predominância do gênero masculino.

As práticas de mobilização de rotina como cinesioterapia com exercícios passivos, ativo-assistidos, mudanças de decúbitos

e sedestação foram as estratégias de mobilização precoce mais realizadas respectivamente.

A mobilização passiva foi a intervenção mais frequente nesse setor compondo 54,13% das evoluções checadas, sendo iniciada após $3,17 \pm 6,38$ dias do início da internação na UTI. A mobilização precoce deve ser iniciada assim que as alterações fisiológicas se estabilizem, e por isso o conceito precoce, pois não espera a recuperação total, alta da UTI ou liberação da VMI, tendo esse tipo de intervenção presente nos primeiros 2 a 5 dias da doença crítica^{14,15}. A cinesioterapia passiva deve ser iniciada precocemente, mesmo na fase aguda da doença crítica, com o objetivo de manter a amplitude de movimento das articulações, prevenir encurtamento muscular e úlceras de decúbito^{6,16,17}.

A mobilização ativo-assistida, esteve presente em 11,64% das evoluções e representa a primeira estratégia cinesioterapêutica no processo de fortalecimento envolvendo a participação ativa do paciente, promovendo maior funcionalidade e independência durante e após internação da UTI. Essa prática depende de variáveis do estado geral do paciente como estabilidade hemodinâmica, nível de consciência e grau de força muscular^{3,18}.

Estas mesmas variáveis são condições básicas para realização da cinesioterapia ativa. Segundo o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica a cinesioterapia ativa objetiva, aumentar a capacidade respiratória e a tolerância ao exercício³. Mesmo considerando esses fatores a cinesioterapia ativa foi constatada em apenas 1,86% das evoluções. Provavelmente isso deve-se ao perfil de causa de admissão contemplado na pesquisa como as condições neurocirúrgicas, neurológicas clínicas, oncológicas, traumato-ortopédicas e clínicas, comprometendo significativamente o nível de consciência e grau de força.

Como consequência da baixa ocorrência de realização de cinesioterapia ativa, observou-se rara prática de exercícios ativo resistidos, cicloergometria e deambulação. Tal fato sugere que a amostra estudada, provavelmente apresentava fatores como inadequado nível de consciência ou importante fraqueza muscular, indicando um baixo status funcional de alta da UTI.

O cicloergômetro é utilizado para exercícios com o paciente ainda no leito ou na poltrona. É um exercício seguro e eficaz na prevenção ou atenuação da perda da performance funcional do exercício, status funcional e força, da mesma forma os exercícios resistidos e a deambulação precoce, porém necessitam de participação consciente do paciente¹⁴.

Como estratégia adicional para minimizar a diminuição de força e massa muscular em pacientes que não respondem de forma ativa à reabilitação destaca-se a eletro-estimulação neuromuscular (EENM) através de uma corrente elétrica aplicada por meio de eletrodos sobre a pele, provocando uma contração muscular involuntária. Tal estratégia pode auxiliar na diminuição dos efeitos adversos da imobilidade, como a diminuição da massa muscular que leva a uma redução da capacidade funcional⁵.

A sedestação foi uma prática de mobilização identificada em 11,71% das evoluções checadas no presente estudo. Tem como objetivo otimizar transporte de oxigênio reduzir a ocorrência de pneumonia associada à VMI e otimiza a troca gasosa. Essa atividade melhora o estado de alerta, além de facilitar uma boa resposta antigravitacional, promove uma reexpansão pulmonar, reduzindo os efeitos da imobilidade e do repouso, proporcionando conforto ao paciente^{5, 6,16,17,14}. Conforme Silva et al³, esta prática deve se fazer presente durante todo o período de tratamento do paciente, sendo de forma passiva ou ativa.

Na presente pesquisa a média de dias para início da sedesta-

ção foi de $9,79 \pm 7,61$ dias, o que demonstra que estes pacientes em sua maioria foram sentados entre a primeira e a segunda semana de internação na UTI. Porém o tempo de ventilação mecânica entre esses indivíduos foi em torno de $14,41 \pm 14,55$ dias, o que sugere que os pacientes de desmame difícil foram prioritariamente sentados na beira do leito ou na poltrona. Todavia o menor tempo de ventilação mecânica encontrado entre os indivíduos que não sentaram pode ser explicado, pelo fato de ao obterem sucesso no desmame recebiam alta da UTI. Este achado se opõe ao descrito por outros estudos como o de Neto e colaboradores¹⁹ no qual o processo de extubação foi realizado com o paciente posicionado em sedestação na poltrona. Pacientes em ventilação mecânica estão sujeitos a maior perda de massa muscular, com uma recuperação funcional mais demorada, maior predisposição à infecção hospitalar e outros agravos a saúde^{4,7,20,21,22}.

Estudos demonstram que pacientes submetidos à sedestação e deambulação, permaneceram menos tempo na UTI^{4,12,7}. Em contrapartida a presente pesquisa demonstrou que a sedestação não influenciou no tempo de internação na UTI. Tal achado deve-se provavelmente ao perfil diverso de causas de admissão com diferentes impactos na funcionalidade.

Com relação ao tempo médio de internação na UTI, o II Censo Brasileiro de UTI descreve permanência entre um a seis dias¹. Porém a realidade encontrada na presente pesquisa foi em média $18,24 \pm 18,19$ dias de permanência na UTI, sendo que 42% dos pacientes permaneceram internados por 16 dias ou mais, com máximo de 140 dias. No estudo descritivo realizados por Santos e colaboradores a média geral de permanência na UTI foi de 5 dias e meio¹⁴.

Com a permanência prolongada nesse setor, os pacientes que permanecem 5 dias ou mais em repouso no leito, estão sujeitos a maiores riscos de complicações resultando em um aumento no tempo de internação de UTI²².

Apenas em 78 evoluções checadas registrou-se contra-indicações para as condutas de mobilização como instabilidade hemodinâmica, hipertermia, submissão há procedimento médico, hemodiálise, suspensão da fisioterapia pelo médico responsável e aqueles pacientes que estavam em cuidados paliativos eram ocasionalmente mobilizados. Mesmo com todas essas restrições a viabilidade da mobilização precoce deve ser avaliada, e deve-se considerar os riscos decorrentes da mobilização e em contrapartida, os diversos efeitos deletérios ocasionados pela restrição ao leito⁶.

Portanto, os tipos de intervenção de mobilização precoce devem compor uma variedade de abordagens, levando em conta a capacidade funcional, nível de cooperação do paciente (delírio e sedação), os procedimentos de monitorização e terapia aos quais o paciente está submetido (tubo-oro-traqueal, traqueostomia, ventilação mecânica, cateter vascular femoral) e a cultura da mobilidade dentro da unidade^{8,22}. Há necessidade de elaboração e hierarquização de protocolos de mobilização precoce, além de dispor de mais recursos instrumentais como guindastes de transferências, cicloergômetro, e programas de aperfeiçoamento das equipes multidisciplinares para melhor abordagem cinesioterapêutica.

Uma das dificuldades encontradas na pesquisa foi o viés de coleta dos dados relacionados à avaliação do nível de consciência (escala de coma de Glasgow e escala de Ramsay) e a classificação de nível de gravidade da escala Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System (APACHEII) pois estes dados não foram registrados devidamente nos prontuários,

impossibilitando uma análise mais acurada dos fatores impeditivos para as condutas de mobilização. Sugere-se novos estudos para se aferir a influência dessas variáveis sobre as práticas de mobilização precoce.

CONCLUSÃO

Na recente análise das práticas de mobilização precoce encontradas no Hospital em questão, constatou-se que os pacientes da amostra foram mobilizados precocemente, predominando condutas de cinesioterapia passiva, mudanças de decúbito, cinesioterapia ativo-assistida e sedestação consecutivamente. A cinesioterapia ativa foi a menos frequente entre as condutas de mobilização provavelmente devido ao quadro de fraqueza muscular e insuficiente nível de consciência da amostra, indicando um baixo status funcional de alta da UTI. A prática de sedestação foi mais realizada em indivíduos com maior tempo de ventilação mecânica provavelmente em desmame difícil e prolongado.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira ABF, Dias OM, Mello MM, Araújo S, Dragosavac D, Nucci A, et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev Bras de Ter Intensiva*. 2010;22(3):250-256.
2. Mota CM, Silva VG. A segurança da mobilização precoce em pacientes críticos: uma revisão de literatura. *Interf Cient Saúde e Ambiente*. 2012;1(1): 83-91.
3. Silva IT, Oliveira AA. Efeitos da mobilização precoce em pacientes críticos internados em UTI. *C&D Rev Eletrônica da Fainor*. 2015;8(2):41-50.
4. Feliciano VA, Albuquerque CG, Andrade FMD, Dantas CM, Lopez A, Ramos FF, et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2012; 3(2): 31-42.
5. Borges VM, Oliveira LRC, Peixoto E, Carvalho NAA. Fisioterapia Motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(4):446-452.
6. França EET, Ferrari F, Fernandez P, Cavalcanti R, arte A, Martinez BP. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24(1): 6-22.
7. Murakami FM, Yamaguti WP, Onoue MA, Mendes JM, Pedrosa RS, MaidaALV, et al. Evolução funcional de pacientes graves submetidos a um protocolo de reabilitação precoce. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015; 27(2): 161-169.
8. Ntoumenopoulos G. Rehabilitation during mechanical ventilation: Review of the recent literature. *Intensive Crit Care Nurs*. 2015;31(3),125-132.
9. Dougherty ARB, Smith JM. What follows survival of critical illness? Physical therapists management of patients with. Post-intensive care syndrome. *PhysTher*. 2013; 93(2):179-85.
10. Muller AM, Gazzana MB, Silva DR. Desfecho de pacientes com câncer de pulmão admitido sem unidades de terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013; 25(1):12-16.
11. Biangulo BF, Fortes RC. Métodos subjetivos e objetivos de avaliação do estado nutricional de pacientes oncológicos. *Comun Ciênc Saúde*. 2013; 24(2): 131-144.

12. Soares TR, Avena KM, Olivieri FM, Feijó LF, Mendes KM, Souza FS, et al. Retirada do leito após a descontinuação da ventilação mecânica: há repercussão na mortalidade e no tempo de permanência na unidade de terapia intensiva? *Rev Bras Ter Intensiva* 2010; 22(1): 27-32.
13. Padovani C, Silva JM, Tanaka C. Perfil dos pacientes politraumatizados graves atendidos em um serviço público de referência. *Arq Ciênc Saúde*. 2014; 21(3): 41-5.
14. Santos F, MandelliPGB, OstrowskiVR, Tezza R, Dias JS. Relação entre a mobilização precoce e tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Gestão & Saúde*. 2015;6(2):1394-07.
15. Hodgson C, Barney S, Harrold M, Sexana M, Bellomo R. Clinical Review: Early Patient Mobilization In the ICU. *Crit Care*. 2013;17(1): 207.
16. Junior SJC. A Importância da mobilização precoce em pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de Literatura. *Bio&Saúde*. 2013;10(3):15-23.
17. Nozawa E, Feltrim MIZ, Hernandez NA, Preisig A, Malbouisson LMS, Júnior J. Efeitos da posição sentada na força de músculos respiratórios durante o desmama de paciente sob ventilação mecânica prolongada no pós-operatório de cirurgia cardiovascular. *Fisioter Pesq*. 2011;18(2):171-5.
18. Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically ill Patients. *Intensive Care Med* 2008;34(7):1188-99.9
19. Neto FLD, Vesz PS, Cremonese RV, Leães CGS, Raupp ACT, Rodrigues CS, et al. Extubação fora do leito: Um estudo de viabilidade. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(3): 263-268.
20. LatronicoN, Guarneri B. Critical illness myopathy and neuropathy. *Minerva Anesthesiol*. 2008; 74(6): 319-23.
21. Chiang LL, Wang LY, Wu CP, Wu HD, Wu YT. Effects of Physical Training on Functional Status in Patients With Prolonged Mechanical Ventilation. *PhysTher*. 2006; 86(9): 1271-81.
22. CarvalhoMPN, Barrozo AF. Mobilização precoce no paciente crítico internado em unidade de terapia intensiva. *Braz J Sug Clin Res*. 2014; 8 (3): 66-71.