

TRABALHO EM EQUIPE E MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Alexandre Roque da Silva¹

Rhayssa Ferreira Brito²

Patrícia Polizel Simão

Telêmaco Luiz Silva Junior

A mobilização “precoce” (antes do tempo?) em pacientes criticamente enfermos tem sido ultimamente associada à prevenção das sequelas trazidas pelo imobilismo. Um estudo com 709 pacientes demonstrou que a mobilização realizada nas primeiras 24 horas de internação na UTI por uma equipe multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas e enfermeiros), iniciou um protocolo de atendimento constituído por exercícios de resistência passiva, ativa ou manual, cicloergômetro ou *legpres*, prancha ortostática e caminhada assistida, provou ser viável e bem tolerada na grande maioria dos pacientes.¹

Apesar do crescente corpo de evidências que confirmam a viabilidade, segurança e melhor resultado apresentado pela mobilização dita precoce, ela ainda continua a ser uma prática incomum em muitas UTIs. Além disso, o tempo de início da abordagem pode variar significativamente de 1 a 2 dias a até vários dias após a intubação, ou mesmo semanas após a admissão na UTI.

Quanto aos critérios de segurança para mobilização precoce, o uso de drogas vasopressoras, a entubação endotraqueal, ou mesmo suporte de vida como a ECMO não devem ser considerados contraindicações para a mobilização tendo em vista que até o momento, não há consenso sobre os limites impostos pelas doses de drogas vasoativas ou frações inspiratórias de oxigênio máximas (FiO₂), consideradas como seguras. Alguns autores consideram a dose máxima de noradrenalina de 0,2 ug kg⁻¹min⁻¹ e uma FiO₂ <0,55 ou 0,60 para ser seguro a mobilização.^{2,3}

A quantidade de pacientes por profissional, para um bom desempenho de um protocolo de mobilização também deve ser considerado. A proporção ideal de

¹ Fisioterapeuta, doutorando em neuropsiquiatria e ciência do comportamento – Universidade Federal de Pernambuco.

² Psicóloga, mestre em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco.

fisioterapeutas para cada paciente deve ser de 1 para 7 inclusive nos finais de semana de modo a atingir o número ótimo de atividades diárias estabelecidas, evidenciando que uma maior quantidade de pessoal foi necessária para mobilizar os pacientes para fora da cama, transferindo-os para a poltrona, por exemplo.¹

Quanto a este quesito cabe uma reflexão no que se refere ao subdimensionamento referente ao número de fisioterapeutas por paciente nas principais UTIs do Brasil onde é comum a proporção de 1 fisioterapeuta para cada 10 pacientes, havendo sobrecarga e conseqüentemente comprometimento da aplicação do protocolo de mobilização.

Outra grande barreira, além da quantidade de profissionais, é a sedação profunda geralmente associada com mobilidade limitada. Evidências apontam uma menor taxa de transferência cama-cadeira para pacientes com uma pontuação RASS <-1.

Em suma, observa-se que a mobilização iniciada no momento oportuno “o quanto antes” é bem tolerada na vasta gama de pacientes críticos. É importante notar que os pacientes relatam experiências muito positivas e sentimentos de bem-estar na sequência de diversas modalidades da abordagem neuro-músculo-esquelética. A quantidade de profissionais para a boa condução das abordagens em torno da mobilização e o manejo da sedação do paciente, bem com uma coesão dentre às condutas da equipe multiprofissional podem trazer benefícios mais rápidos e duradouros a esses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BURTIN, Chris et al. Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Critical care medicine*, v. 37, n. 9, p. 2499-2505, 2009.

HICKMANN, Cheryl Elizabeth et al. Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. *Annals of intensive care*, v. 6, n. 1, p. 1-11, 2016.

HODGSON, Carol L. et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical care*, v. 18, n. 6, p. 1-9, 2014.