



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar

**VISÃO INTERDISCIPLINAR DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CLÍNICA**

Trabalho apresentado como requisito para
conclusão da Pós-graduação em Fisioterapia
Hospitalar pela Escola Bahiana de Medicina

Autor: Adriana Vieira Rocha dos Santos

Milena Rocha

Orientador: Pedro Henrique Barbosa

SALVADOR BAHIA

JUNHO - 2010



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar

Adriana Vieira Rocha dos Santos
Milena Rocha

**VISÃO INTERDISCIPLINAR DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CLÍNICA**

SALVADOR BAHIA
JUNHO – 2010

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUÇÃO.	6
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	7
3. RESULTADOS.....	8
4.DISCUSSÃO.....	10
5. CONCLUSÃO	12
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
APENDICE A.....	13
APENDICE B.....	14

**VISÃO INTERDISCIPLINAR DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA CLÍNICA**

**INTERDISCIPLINAR VISION OF THE EARLY MOBILIZATION IN THE CLINICAL INTESIVE
CARE UNIT**

Fisioterapeuta: Adriana Vieira Rocha dos Santos

Fisioterapeuta, Milena Rocha. Clínica São Marcos

Fisioterapeuta ³, Pedro Henrique M. Barbosa: Hospital Espanhol / Hospital Santa Isabel

E-mail: adri-vieira@hotmail.com/milena.rs@ig.com.br/peubarbosa@hotmail.com

VISÃO INTERDISCIPLINAR DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CLÍNICA

INTERDISCIPLINARY VISION OF EARLY MOBILIZATION IN THE CLINICAL INTENSIVE CARE UNIT

AUTORES * SANTOS, Adriana Vieira¹; SILVA, Milena Rocha²; BARBOSA, Marques P. H.³

- Titulação: Adriana Vieira Rocha, Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Unime de Lauro de Freitas; Graduanda em Fisioterapia Hospitalar pela Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde;
- Milena Rocha, Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Unime de Lauro de Freitas; Graduanda em Fisioterapia Hospitalar pela Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde; Fisioterapeuta da Clínica São Marcos.
- Pedro Henrique Marques Barbosa, Especialista em Fisioterapia Pneumofuncional com Ênfase em Terapia Intensiva. Fisioterapeuta do Hospital Espanhol / Hospital Santa Isabel

** Trabalho de Conclusão da Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar - EBMSP

RESUMO

Introdução: Unidades de terapia intensiva são capazes de prover ao paciente uma qualidade de sobrevivência anteriormente inexistente. Uma das medidas utilizadas para atingir essa condição são internamentos prolongados. Este estudo se propõe a descrever a análise de médicos, fisioterapeutas e enfermeiros em relação à mobilização precoce na UTI. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo observacional de caráter descritivo, analítico sobre visão interdisciplinar da mobilização precoce na unidade de terapia intensiva clínica. O estudo foi realizado com os profissionais que estivessem de plantão durante o horário da coleta de dados, e consistiu em descrever a opinião destes profissionais em relação à liberação ou restrição das técnicas de mobilização. **Resultados:** A amostra do presente estudo consistiu de 306 questionários aplicados. Foi observada uma concordância moderada entre a opinião dos médicos e fisioterapeutas em relação à liberação dos pacientes para deambulação, apresentando um kappa (K) de 0,55. Já para fisioterapeutas e enfermeiros foi observada uma concordância moderada relacionada à deambulação, ortostase, (K: 0,56 e 0,46). Para médicos e enfermeiros profissionais houve concordância moderada para deambulação e ortostase (k= 0,51 e 0,42). **Conclusão:** Este estudo conclui que a mobilização precoce entre médicos, enfermeiros e fisioterapeuta apresentou concordâncias interdisciplinares consideradas moderadas e leves em relação à indicação de técnicas de mobilização precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Imobilidade, mobilização precoce na UTI, equipe multidisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: Intensive care units are capable of providing patients with a better life expectancy, what was impossible in the past. One of the methods used to reach that condition is prolonged immobilization. This study intends to describe doctors, physiotherapists and nurses' analyses on early mobilization at ICU. **Methodology:** This is a descriptive and analytical study on the interdisciplinary point of view about early mobilization of clinical ICU patients. The study was undertaken with the professionals on shift while the data was collected, and consisted of describing the professionals' opinions on the patient release or restriction for early mobilization techniques at ICU. **Results:** The study sample was composed of 306 questionnaires. It was observed a moderate agreement between doctors and physiotherapists' opinions about the patient deambulation, presenting a Kappa index (K) of 0,55. The comparison between physiotherapists and nurses' opinion showed a moderate agreement on patient deambulation and standing up (K= 0,56 and 0,46). Comparing doctors and nurses, their agreement showed a moderate agreement on patient deambulation and standing up (K= 0,51 and 0,42). **Conclusion:** This study concludes that doctors, physiotherapists and nurses' opinions on the use of early mobilization techniques showed moderate and poor interdisciplinary agreement.

KEYWORDS: : Immobilization, early mobilization at ICU, interdisciplinary team

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje a unidade de terapia intensiva, é capaz de prover ao paciente, uma sobrevida e condições de diagnóstico anteriormente não existentes^(1,2). Todo esse ganho veio através de internamentos prolongados no âmbito hospitalar, paradoxalmente, levando a uma série de repercussões negativas no que diz respeito à condição motora e funcionalidade prévia do paciente^(3,2).

A imobilização prolongada desempenha um importante papel nas anormalidades neuromusculares e complicações na evolução clínica, ocasionando efeitos deletérios sobre todo organismo principalmente na condição muscular^(3,4). Mesmo em indivíduos saudáveis, por exemplo, a imobilidade resulta em 1,3% a 3% de perda da força muscular por dia e uma redução de 10% de força muscular postural após 1 semana de repouso completo⁽⁵⁾.

Diante do exposto das diversas complicações e danos provenientes da restrição ao leito, vê-se a relevância da atuação da mobilização

precoce visando prevenir ou amenizando as perdas e complicações musculares e sistêmicas^(2,4,6). Partindo desse pressuposto, a cinesioterapia e a mobilização precoce no leito, surgem como terapêuticas imprescindíveis no tratamento de distúrbios cardiorespiratórios, musculoesqueléticas, bem como, na busca da recuperação clínica e funcional e redução do tempo de estadia na UTI e hospitalar^(6,7,8). Para tal, a conscientização da equipe multidisciplinar e a ação conjunta associada à necessidade por protocolos rigorosos no que diz respeito a mobilização de pacientes críticos na UTI torna-se fundamental, principalmente por conta das condições frequentemente vistas no cotidiano, em que é observado uma discordância intradisciplinar e interdisciplinar no que diz respeito à melhor técnica a ser indicada em diferentes momentos e situações clínicas durante o internamento do paciente crítico na UTI^(9,10,11).

Desta forma, este trabalho tem como objetivo principal, descrever a análise de médicos,

fisioterapeutas e enfermeiros em relação à mobilização precoce na UTI. E como objetivos secundários avaliar a concordância interdisciplinar no que diz respeito aos critérios para mobilização precoce, e por fim correlacionar as respostas das equipes com a literatura recente.

MATERIAIS E MÉTODOS

I. Amostra

Trata-se de um estudo do tipo observacional de caráter descritivo, analítico sobre visão interdisciplinar da mobilização precoce na unidade de terapia intensiva clínica. Este estudo foi realizado durante o período de 12 a 18 de março de 2010, na UTI Clínica do Hospital Santa Izabel, composta por 17 leitos de caráter clínico geral.

O estudo foi realizado com os profissionais que estivessem de plantão durante o horário da coleta de dados, e consistiu em descrever a opinião destes profissionais em relação a liberação ou restrição das técnicas de mobilização (tórax elevado acima de 45 graus / sedestração com membros pendentes /sedestração na poltrona / ortostase / deambulação), levando em consideração critérios clínicos e cinético-funcionais individualizados de cada profissional no momento de liberar ou restringir determinada técnica de mobilização, durante o espaço de tempo da entrevista.

Portanto a amostra foi composta pela associação de médicos fisioterapeutas e enfermeiros entrevistados quanto aos pacientes internados, dando um total de 306 questionários, divididos igualmente entre fisioterapeutas, médicos e enfermeiros.

II. Critérios de inclusão

Todos os profissionais disponíveis para responder aos questionários, e todos pacientes

internados na UTI Clínica foram incluídos no estudo, sendo que os pacientes possivelmente readmitidos na UTI, durante o período de observação, poderiam ser novamente incluídos no estudo, frente ao objetivo de analisar a visão interdisciplinar da UTI nas diferentes situações que um mesmo paciente poderia apresentar.

III. Critérios de exclusão

Os profissionais que se negassem a responder os questionários, ou não assinassem o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) foram excluídos do estudo.

Protocolo do Estudo

PASSO 1.

Os pacientes incluídos no estudo foram identificados do ponto de vista clínico e pessoal, sendo pontuadas as características clínicas de cada paciente.

PASSO 2.

Os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas foram submetidos a um questionário (APÊNDICE A), a fim de liberar ou restringir técnicas de mobilização na UTI (deambulação/ ortostase/ sedestração na poltrona/ sedestração com membros inferiores pendentes/ tórax elevado >45 graus), a beira do leito e frente ao quadro clínico que o paciente apresentava no momento da entrevista.

O questionário foi aplicado uma vez ao dia, de caráter individual ao profissional responsável por cada paciente, sempre após as condutas e avaliações realizadas.

PASSO 3.

A escolha das técnicas liberadas ou restringidas, pelos profissionais, foi realizada a beira do leito do paciente. Os profissionais foram

previamente questionados sobre a liberação de técnicas de mobilização frente ao quadro atual dos pacientes, e caso restringissem alguma técnica, informar o motivo primordial de restrição

As justificativas apresentadas pelos profissionais para restrição de determinada técnica foram adequadas e pontuadas a uma lista de restrições gerais, construída previamente, além de serem pontuadas outras possíveis justificativas dadas pelos profissionais (APÊNDICE B).

Análise Estatística

As variáveis contínuas foram estimadas através de médias e desvios-padrões. As variáveis categóricas foram expressas em termos percentuais.

Para o estudo da concordância sobre a mobilização precoce entre fisioterapeutas e médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, médicos e enfermeiros foi utilizado o indicador de concordância de Kappa. Os valores obtidos para índice de concordância de Kappa foram interpretados da seguinte forma:

Valor de Kappa (K)	Concordância
<0	Ausente
0 a 0,19	Pobre
0,20 a 0,39	Leve
0,40 a 0,59	Moderada
0,60 a 0,79	Grande
0,80 a 1,00	Quase perfeita

O programa utilizado para a análise dos dados foi o SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.0.

RESULTADOS

Características da amostra

A amostra do presente estudo consistiu de 306 questionários aplicados, sendo possíveis 102 questionários para cada especialidade. O questionário foi aplicado durante 1 semana,

abrangendo 41 profissionais, divididos em 7 fisioterapeutas, 12 médicos e 22 enfermeiros responsáveis pelo cuidado intensivo diário ao paciente na UTI. Um total de 30 pacientes foram avaliados nesse período sendo 12 (40%) do sexo masculino, e 18 (60%) do sexo feminino todos de caráter clínico geral. Entre os 102 questionários, em 70,6% (72) destes os pacientes encontravam-se em ventilação espontânea; 25,5% (26) em ventilação mecânica, 16,7% (17) com tubo orotraqueal, 12,7% (13) traqueostomizados, 13,7% (14) sedados, 22,5% (23) possuíam algum déficit motor, 26,5% (27) faziam uso de drogas vasoativas.

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
VM	26	25,5	76	74,5
VE	72	70,6	30	29,4
O2 BF	56	54,9	46	45,1
VENTURI	1	1,0	101	99,0
RESERV.	0	---	0	---
IOT	17	16,7	85	83,3
TQT	13	12,7	89	87,3
SEDAÇÃO	14	13,7	88	86,3
DVA	27	26,5	75	73,5
DÉFICIT MOTOR	23	22,5	79	77,5

n = número de observações na população de estudo.

Análise dos fisioterapeutas referente à mobilização precoce na UTI.

De acordo com os 07 fisioterapeutas entrevistados, do total de questionários realizados (102), em apenas 15 (14,7%) os pacientes foram liberados para deambular, 19 (18,6%) para ortostase, 42 (41,2%) para sedestração em poltrona, 55 (53,9%) para sedestração com membros inferiores pendentes, e 101 (99,0%) para elevação de tórax acima de 45 graus. Tabela 1

Tabela 1. Análise dos fisioterapeutas referente a mobilização precoce

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Liberado para realizar deambulação	15	14,7	87	85,3
Liberado para realizar ortostase	19	18,6	83	81,4
Liberado para realizar sedestração na poltrona	42	41,2	60	58,8
Liberado para realizar sedestração com membros pendentes	55	53,9	47	46,1
Liberado a manter o tórax elevado no leito acima de 45 graus	101	99	01	1

Análise Médica referente à mobilização precoce na UTI.

Segundo os 12 médicos entrevistados, do total de questionários realizados a deambulação poderia ser realizada nos pacientes em 20 (19,6% dos casos), a ortostase em 24 (23,5%), sedestração em poltrona em 46 (45,1%), sedestração com membros inferiores pendentes em 59 (57,8%) e tórax elevado acima de 45 graus em 96 (94,1%) dos casos. Tabela

TABELA:2 Análise medica referente a mobilização precoce na UTI

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	N	%
Liberado para realizar deambulação	20	19,6	82	80,4
Liberado para realizar ortostase	24	23,5	78	76,5
Liberado para realizar sedestração na poltrona	46	45,1	56	54,9
Liberado para realizar sedestração com membros pendentes	59	57,8	43	42,2
Liberado a manter o tórax elevado no leito acima de 45 graus	96	94,1	6	5,9

Análise da Enfermagem referente à mobilização precoce na UTI.

Por sua vez, de acordo com as opiniões dos 22 enfermeiros entrevistados, estes

possibilitaram a realização da deambulação em 17 (16,7% dos casos), a ortostase em 17 (16,7%), sedestração em poltrona em 27 (26,5%), sedestração com membros inferiores pendentes em 49 (48%) e tórax elevado acima de 45 graus em 100 (98%) dos casos.

Tabela 3. Análise da enfermagem referente a mobilização precoce

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Liberado para realizar deambulação	17	16,7	85	83,3
Liberado para realizar ortostase	17	16,7	85	83,3
Liberado para realizar sedestração na poltrona	27	26,5	75	73,5
Liberado para realizar sedestração com membros pendentes	49	48,0	53	52,0
Liberado a manter o tórax elevado no leito acima de 45 graus	100	98,0	2	2,0

Concordância entre as análises médica e fisioterapêutica referente à mobilização precoce na unidade de terapia intensiva.

Foi observada uma concordância moderada entre a opinião dos médicos e fisioterapeutas em relação à liberação dos pacientes para deambulação, apresentando um kappa (K) de 0,55. Já em relação a liberação para ortostase (K:0,50) foi observada uma concordância moderada, para e liberação para sedestração na poltrona apresentou K: 0,32 uma concordância leve. Entretanto houve uma concordância moderada no que diz respeito à liberação para sedestração com os membros pendentes K; 0,52, Já para tórax elevado acima de 45⁰ houve concordância total entre os profissionais.

Concordância entre as análises fisioterapêutica e da enfermagem referente à mobilização precoce na unidade de terapia intensiva

Entre os fisioterapeutas e enfermeiros foi observada uma concordância moderada relacionada à deambulação, ortostase, (K: 0,56 e 0,46) respectivamente. No entanto a concordância foi leve para liberação em sedestração na poltrona com um kappa de 0,21. Entretanto apresentou ma concordância moderada para sedestração com os membros pendentes (K:0,45). Em relação a tórax elevado acima de 45° o kappa não foi utilizado mediante o alto nível de liberação segundo as duas especialidades.

Concordância entre as análises médica e de enfermagem referente à mobilização precoce na unidade de terapia intensiva

Neste grupo de profissionais houve concordância moderada para deambulação e ortostase (k= 0,51 e 0,42). Entretanto para liberação de sedestração na poltrona e com os membros pendentes a concordância foi leve (k= 0,28 e 0,29), e para tórax elevado acima de 45° o kappa não foi utilizado mediante o alto nível de liberação segundo as duas especialidades.

Principais justificativas dos profissionais para restrição referente à mobilização precoce na unidade de terapia intensiva

Dentre as 278 restrições contabilizadas pelos fisioterapeutas para a realização da mobilização precoce na unidade de terapia intensiva as mais citadas foram seqüela motora neurológica, hipotensão, hemodiálise e ventilação mecânica.

Os médicos apresentaram 265 restrições a mobilização precoce, sendo as mais citadas seqüela motora neurológica, ventilação mecânica, hipotensão, rebaixamento do nível de consciência.

A equipe de enfermagem relatou 300 restrições, onde as mais freqüentes foram

rebaixamento do nível de consciência, seqüela motora neurológica, presença de tubo orotraqueal, hipotensão.

Tabela 4. Principais restrições para as técnicas de mobilização precoce apresentadas pelos fisioterapeutas entrevistados.

RESTRIÇÕES	NÚMERO DE PACIENTES
Seqüela motora neurológica	20.86%
Hipotensão	10.4%
Hemodiálise	8.27%
Ventilação mecânica.	5.40

Tabela 5. Principais restrições para as técnicas de mobilização precoce apresentadas pelos médicos entrevistados.

RESTRIÇÕES	NÚMERO DE PACIENTES
Seqüela motora neurological	15.84%
Ventilação mecânica	12.45%
Hipotensão	10.18%
Redução do nível de consciência	9.43%

Tabela 6. Principais restrições para as técnicas de mobilização precoce apresentadas pela equipe de enfermagem entrevistada.

RESTRIÇÕES	NÚMERO DE PACIENTES
Nível de consciência rebaixado	17.0%
Seqüela motora neurológica	13.67%
Presença de tubo orotraqueal,	9.33%
Hipotensão	6.33

DISCUSSÃO

As bases científicas no presente estudo refletem o impacto negativo da restrição ao leito não somente o que diz respeito a condução músculo esquelética, mas também prolongando o processo de recuperação clínica e postergando o retorno do paciente ao nível basal do desempenho. A despeito disso os resultados do presente estudo demonstraram, que em mais da metade das situações em que os profissionais eram entrevistados estes restringiram a saída do leito refletindo uma idéia contrária à uma visão proativa

de retirada do leito precoce, já bem estabelecida nos dias de hoje.

Talvez esses resultados sejam explicados pelo caráter clínico e complexidade dos pacientes encontrados na unidade em estudo; entretanto tal hipótese confronta-se com as características dos pacientes no momento da coleta; dentre as 102 situações foi observado que em um terço dos pacientes se encontravam em ventilação mecânica, além do que apenas 13% sedado e apenas 26,5 encontrava em uso de drogas vasoativas possível fator de restrição do leito, em contra partida 74% dos pacientes se encontravam em ventilação espontânea possivelmente favorecendo uma probabilidade maior de retirada do leito.

Ainda no que diz respeito à análise dos profissionais em relação a mobilização precoce um dado chamou a atenção, ao contrário das análises de fisioterapeutas, médicos os enfermeiros restringiram de forma mais freqüente os seus pacientes a saída do leito principalmente para transferência para poltrona. Segundo estudo de Stiller 2007 et.al, afirma que enfermeiros tem uma acentuada carga de trabalho e muitas vezes percebem a mobilidade precoce como potencial de aumentar a carga de trabalho ainda mais.

Diante da avaliação dos profissionais foi observado uma concordância considerada moderada, todos eles utilizando a estatística K para técnicas de deambulação e ortostase, entretanto para as técnicas de sedestração na poltrona a concordância entre todos os profissionais foram considerados leve, tais dados refletem uma relativa discordância em relação a indicação de técnicas de mobilização precoce, podendo ser creditada a uma total ausência de um adequado protocolo de retirada do leito, disponível e treinada para toda equipe multidisciplinar. A ausência de um protocolo pode ser a principal causa hipotética de uma não conformidade observada aos pacientes elegíveis

para sedestração na poltrona visto entre fisioterapeutas, médicos e enfermeiros. Tal discordância parte das idéias confrontadas de que para realização de sedestração na poltrona o paciente deve ter força capaz de realizar pelo menos de forma assistida sua transferência, este é o caso dos pacientes lúcidos, orientados porém paréticos ou plégicos podendo assim de qualquer forma ser transferido de forma passiva na tentativa de melhorar a auto estima e evitar uma restrição do leito.

Em nosso estudo houve uma tendência para uma maior concordância entre médicos e fisioterapeutas relacionados a técnicas de mobilização precoce, dado que talvez possa ser explicado pelo fato desses profissionais estarem, mais envolvidos na tomada de decisão da retirada do paciente do leito.

Tais resultados observaram que os médicos restringiam a saída do leito tendo como uma das causas o uso ventilação mecânica ao contrário da equipe de fisioterapeuta e enfermagem o percentual foi mais baixo devido a uma possível maior cautela da equipe médica atrelada a saída do leito desses pacientes em ventilação mecânica seja um fator de restrição.

A maior parte das restrições a retirada do leito vista entre fisioterapeutas, médicos e enfermeiros está relacionado a seqüela motora neurológica. Tais resultados mostram uma possível incapacidade de retirada do leito devido à falta de segurança a realizar a técnica em paciente com deficiência motor neurológico.

Segundo Morris 2007, durante a mobilização é importante que haja segurança durante a intervenção a ser realizada, deve ser observado antes da mobilização em pacientes criticamente enfermos, a aparência do paciente, estado neurológico, nível de dor, fadiga e esforço percebido, palidez, sudorese sendo assim todo

esforço deve ser feito para minimizar a dor do paciente antes de tentar a mobilização para maximizar a eficácia de intervenção.

Segundo Stiller 2007, em pacientes neurológicos a diminuição do nível de consciência não se opõe a mobilização necessariamente, podendo necessitar de técnicas mais passivas, transferência mecânica para a poltrona afirmando que o nível de consciência não contra indica técnicas de retirada do leito.

Contudo é evidente que os sobreviventes da doença experimentam persistente fraqueza e fadiga, prejudicando sua qualidade de vida e eventualmente colocando-os em risco de morte. Portanto a mobilização precoce pode ser uma prática com tal potencial para alterar resultados de curto a longo prazo.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou uma visão relativamente frequente de restrição ao leito por parte da equipe multidisciplinar, visto que em mais da metade da amostra, os profissionais limitaram os pacientes de saída do leito, como técnicas de mobilização de sedestração em poltrona, treino de ortostase e deambulação, o que nos reflete uma visão, ainda distantes dos artigos que serviram de base científica neste trabalho.

No estudo observou-se uma concordância moderada entre a opinião dos médicos e fisioterapeutas em relação à liberação dos pacientes para deambulação. Em relação à liberação para ortostase e para sedestração com os membros pendentes foi observada uma concordância moderada, e para liberação para sedestração na poltrona uma concordância leve.

Entre os fisioterapeutas e enfermeiros foi observada uma concordância moderada relacionada à sedestração com os membros pendentes,

deambulação e ortostase. No entanto a concordância foi leve para liberação em sedestração na poltrona.

Entre médicos e enfermeiros houve concordância moderada para deambulação e ortostase. Entretanto para liberação de sedestração na poltrona e com os membros pendentes a concordância foi leve. Houve liberação total para o tórax elevado acima de 45^o entre todos os grupos de profissionais.

REFERÊNCIAS:

- 1- MORRIS, Peter E. Movendo Nossos Pacientes criticamente doentes: obstáculos e benefícios da mobilidade. *Critical Care Clinics*. Vol 23, janeiro 2007.
- 2- BROWER, Roy G. **Consequences of bed rest**. *Crit Care Med*. Vol. 37, No. 10. 2009
- 3- MORRIS, Peter E; et al. Fisioterapia Motora Precoce na Unidade de Terapia Intensiva no Tratamento de Insuficiência Respiratória Aguda. *Critical Care Med*. Vol. 36, n 8. 2008.
- 4- WINKELMAN, Chris. Bed Rest in Health and Critical Illness. *AACN Advanced Critical Care Volume 20, Number 3*, pp.254–266 © 2009, AACN.
- 5- RAMONA, O. Hopkins; Vicki J. Spuhler. Strategies for Promoting Early Activity in Critically Ill Mechanically Ventilated Patients. *AACN Advanced Critical Care Volume 20, Number 3*, pp.277–289 © 2009, AACN.
- 6- JOHNSON, Karen L.; Tim Meyenburg. **Current Evidence for Therapeutic Positioning of Critically Ill Patients**. *Advanced Critical Care Volume 20, Number 3*, 2009; pp.228–240.
- 7- BURTIN Chris ; Beatrix Clerckx; Christophe Robbeets; Patrick Ferdinande et al. **Early exercise in critically ill patients enhances short-term**

functional recovery. Critical Care Medicine, v.35, n.1, p.139-146, 2007.

8- BITTNER, Edward A.; Jeevendra A. Martyn; Edward George.; Walter R. Frontera; and Matthias Eikermann. **Measurement of muscle strength in the intensive care unit.** Crit Care Med 2009 Vol. 37, No. 10.

9- SILVA, Thelso de Jesus ET AL. **Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica.** J. bras. pneumol. vol.33 suppl.2 São Paulo July 2007.

10- OLIVEIRA, Luiz Rogério de Carvalho Oliveira ET AL. **Padronização do Desmame da Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva: Resultados após Um Ano.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006;18:2: 131-136.

11- MARGARETE, S.Herridge. Legado da Fraqueza Adquirida na Unidade de Terapia Intensiva. Critical Care Medicine. Vol.37, n 10, 2009.

12- TRUONG, Alex D; FAN, Roy G. Brower, et al. Revisão Translacional: Mobilização dos Pacientes da UTI baseada em ensaios clínicos da fisiopatologia. Critical Care. 2009.

13- PEDRINELLI, André, et AL. O Efeito da Atividade Física no Aparelho Locomotor do Idoso. Revista Brasileira de Ortopedia do Idoso. Vol. 44, n 2, p 96-101. 2009.

14- POWER, k. Scott, et al. Ventilação Mecânica Prolongada Altera a Estrutura e a função do diafragma. Critical Care. 2009

15- STILLER Kathy. Safety Issues That Shoud Be Considered When Mobilizing Criticall Ill Patients. Critical Care 03 pag 35-53, 2007.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE

EM RELAÇÃO AO PACIENTE DO LEITO__:

A) O PACIENTE ESTÁ LIBERADO PARA REALIZAR DEAMBULAÇÃO ?

B) O PACIENTE ESTÁ LIBERADO PARA ORTOSTASE ?

C) O PACIENTE ESTÁ LIBERADO PARA REALIZAR SEDESTRAÇÃO NA POLTRONA?

D) O PACIENTE ESTÁ LIBERADO PARA REALIZAR SEDESTRAÇÃO COM MEMBROS PENDENTES?

E) O PACIENTE LIBERADO PARA MANTER O TÓRAX ELEVADO NO LEITO ACIMA DE 30 GRAUS?

Obs₁: Caso a resposta seja NÃO, deve-se pontuar a restrição predominante escolhida pelo profissional (TABELA DE RESTRIÇÕES).

Obs₂: As resposta serão pontuadas na TABELA DE MOBILIZAÇÕES diariamente.

APÊNDICE B

TABELA DE MOBILIZAÇÕES

A	DEAMBULAÇÃO
B	ORTOSTASE
C	SEDESTRAÇÃO NA POLTRONA
D	SEDESTRAÇÃO COM MMII PENDENTES
E	TÓRAX ELEVADO >45 GRAUS

TABELA DE RESTRIÇÕES

CRITÉRIOS NEUROLÓGICOS

N1	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA REBAIXADO
N2	SEQUELA MOTORA NEUROLÓGICA
N3	CATETER DE PIC E/OU DERIVAÇÃO VENTRICULAR

CRITÉRIOS RESPIRATÓRIOS

R1	FIO ₂ > 0,6 PEEP>10 PaO ₂ <200 SpO ₂ < 90%
R2	PRESENÇA DE TRAQUEOSTOMIA
R3	PRESENÇA DE TUBO OROTRAQUEAL
R4	VENTILAÇÃO MECÂNICA
R5	HIPERCAPNIA

CRITÉRIOS CARDÍACOS

C1	ARRITMIA
C2	BRADICARDIA
C3	TAQUICARDIA
C4	HIPERTENSÃO
C5	HIPOTENSÃO
C6	ANGINA INSTÁVEL
C7	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
C8	USO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO

OUTROS

O1	HEMOGLOBINA INSTÁVEL E < 7g/Dl
O2	PLAQUETA INSTÁVEL E < 20000 cel./ mm ³
O3	LEUCÓCITOS < 4300 OU > 10800 cel./ mm ³
O4	TEMPERATURA > 38
O5	GLICOSE < 3,5 OU > 20 mmol/ L
O6	TROMBOSE VENOSA
O7	HEMODIÁLISE
O8	QUADRO SÉPTICO
O9	OUTROS: _____

