

4.08.99 – Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

BARREIRAS PERCEBIDAS PARA A REABILITAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES CRÍTICOS INTERNADOS EM UTI: UMA PESQUISA DE OPINIÃO.

Bianca Thays Pereira da Silva^{1*}, Yasmin Panício Silva², Sarah Santiago Lenci², Tainã Batista de Oliveira²,
Luciana Duarte Novais Silva³, Raquel Annoni⁴

1. Estudante do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
2. Fisioterapeuta pela UFTM
3. Docente do Departamento de Fisioterapia Aplicada da UFTM
4. Orientadora do trabalho e docente do Departamento de Fisioterapia Aplicada da UFTM

Resumo

A reabilitação precoce em pacientes criticamente enfermos tem sido reconhecida como importante ferramenta para a recuperação funcional dessa população, entretanto, sua implementação ainda é precária. Por isso, objetivamos identificar as principais barreiras relacionadas à realização da reabilitação precoce em pacientes críticos percebidas por profissionais de saúde que trabalham em UTI, através de questionário autoaplicável.

Quarenta e quatro profissionais participaram do estudo (7 médicos, 8 enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem e 10 fisioterapeutas). As principais barreiras descritas pelos profissionais foram: 1) instabilidade hemodinâmica (86%); 2) ausência de protocolos específicos (45%); 3) espaço físico insuficiente (57% dos médicos e 75% dos enfermeiros) e; 4) falta de um profissional para avaliar os pacientes aptos para reabilitação (50% dos fisioterapeutas). A barreira cultural não foi percebida como uma barreira para os profissionais participantes do estudo.

Autorização legal: Parecer nº: 2.695.056 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Palavras-chave: Fisioterapia; Mobilização; Multidisciplinar.

Apoio financeiro: PIBIC-UFTM.

Trabalho selecionado para a JNIC: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Introdução

As Unidades de terapia intensiva (UTI) foram criadas a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos humanos qualificados e materiais especializados para o atendimento de pacientes internados em estado crítico de saúde que necessitam de assistência médica ininterrupta (PUPULIM; SAWADA, 2005).

Pacientes críticos internados em UTI são expostos a diversos fatores como sedação, inatividade, mal estado nutricional, comorbidades e altas doses de fármacos, fatores esses que levam a uma perda progressiva de mobilidade e geram um impacto direto na qualidade de vida pós alta da UTI. Além disso, estes fatores aumentam o risco de óbito no primeiro ano após a alta hospitalar, contribuem para um declínio funcional e desenvolvimento de fraqueza neuromuscular aguda (MARTINEZ; ANDRADE, 2020). Portanto, a presença de uma equipe multidisciplinar, torna-se um instrumento indispensável tanto no planejamento e organização, quanto no atendimento, recuperação e alta dos pacientes críticos.

Nas últimas décadas, vem se constatando cada vez mais, através do conhecimento científico acerca da reabilitação precoce, que a imobilidade no leito é um fator que colabora para o retardo da recuperação dos pacientes críticos (MUSSALEM et al., 2014). Com isso, a reabilitação precoce surge como uma estratégia para prevenir os efeitos deletérios da imobilidade e inatividade prolongadas no leito, que são comuns nas UTI e representam grandes desafios para essas unidades. Um dos principais objetivos da reabilitação precoce é proporcionar movimento, manter ou ganhar força muscular, melhorar a função física do paciente e reduzir as sequelas pós alta da UTI. (GLAESER et al., 2012; COSTA et al., 2015).

Sabendo-se disso, o objetivo deste trabalho foi identificar as principais barreiras relacionadas à implementação da reabilitação precoce em pacientes críticos internados em UTI na percepção de diferentes profissionais de saúde que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva.

Metodologia

Tratou-se de um estudo observacional descritivo do tipo pesquisa de opinião. Foi realizado com profissionais da área da saúde que trabalham nas unidades de terapia intensiva do Hospital de Clínicas da UFTM (HC-UFTM), Uberaba – Minas Gerais. O hospital participante possui característica de hospital escola, compondo-se de dois tipos de UTI: geral e coronariana. A coleta de dados foi realizada em agosto de 2017 e maio de 2020. Os profissionais participaram do estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde (466/12). As informações colhidas foram mantidas sob sigilo durante toda a realização do trabalho, resguardando a identidade dos participantes.

Fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem com, pelo menos, seis meses de experiência no atendimento ao paciente crítico responderam um questionário a respeito de sua percepção sobre barreiras (institucionais, relacionadas ao paciente e relacionadas aos profissionais), conhecimentos e práticas clínicas da reabilitação precoce em pacientes críticos internados na UTI. Não participaram do estudo somente aqueles que se recusaram a responder o questionário.

Para a análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva. Frequência e proporções foram utilizadas para computar as variáveis categóricas e média (desvio padrão) ou mediana (intervalo interquartil) para as variáveis contínuas. Todos os dados foram analisados com o software Excel (Microsoft Office, EUA).

Resultados e Discussão

Em 2017, foram distribuídos 80 questionários, com uma taxa de retorno de 51%, totalizando 41 questionários, sendo destes, 5 de fisioterapeutas, 7 de médicos, 8 enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem, destes últimos, 2 foram excluídos por apresentarem menos de 6 meses de experiência de trabalho em UTI. Em 2020, foram distribuídos 8 questionários no setor de fisioterapia no HC-UFTM, com uma taxa de retorno de 100%, destes, 3 foram excluídos pois já haviam respondido no primeiro momento, totalizando 44 profissionais. Com relação às barreiras relacionadas ao paciente, a maioria dos profissionais citaram a instabilidade hemodinâmica (38 profissionais), intubação endotraqueal (23 profissionais) e risco de perda de dispositivos (25 profissionais) como as mais importantes.

Foram realizadas duas perguntas somente aos fisioterapeutas sobre a duração e frequência que mobilizavam os paciente: a maioria gasta menos de 15 minutos para a realização de fisioterapia motora com uma frequência de 2 vezes ao dia. Esta prática também foi percebida por Fontela et al. (2018), ao realizar um estudo de prevalência pontual de 1 dia em uma UTI, onde as taxas de mobilização eram muito baixas em pacientes em ventilação mecânica, principalmente aquelas realizadas fora do leito. Os autores explicam que essas taxas mais baixas de mobilização em pacientes intubados podem ocorrer pelo fato de que duas das barreiras mais percebidas pelos profissionais de seu estudo para a realização da mobilização precoce são a instabilidade cardiovascular e a sedação.

Sobre diretrizes e protocolos para a reabilitação precoce na UTI, 60% dos fisioterapeutas, 71% dos médicos e 62% dos enfermeiros disseram que o serviço não os possui e que essa é uma das principais barreiras estruturais. O estudo de Dubb et al. (2016) corrobora este achado: uma das barreiras estruturais percebidas foi a falta de um protocolo, e para transpor essa barreira, sugere-se a elaboração e a aplicação deste para que seja seguido pelos profissionais envolvidos na reabilitação. Além disso, o espaço físico insuficiente foi citado por 57% dos médicos e 75% os enfermeiros. A falta de um profissional específico para coordenar a reabilitação precoce foi relatada por 5 dos 10 fisioterapeutas. No estudo de Dubb et al. (2016) tal barreira foi citada, trazendo como consequência o atraso para identificar pacientes elegíveis para a reabilitação precoce. Além disso, os papéis e responsabilidades dos profissionais nas suas avaliações poderiam ser melhor delineados, resultando em uma melhor comunicação e evolução no processo da reabilitação.

Relacionado às barreiras culturais, 14 profissionais julgaram a reabilitação precoce como importante, 15 como muito importante e 15 como crucial. Nenhum descreveu a reabilitação precoce como pouco importante, com mínima importância ou sem importância. Sobre os benefícios da reabilitação precoce em pacientes críticos demonstrados em ensaios clínicos, a maioria demonstrou conhecê-los. Em uma visão geral das revisões sistemáticas feita por Conolly et al. (2016), concluiu-se que a reabilitação na UTI reduz o tempo de

permanência hospitalar, aumenta os dias sem ventilação mecânica, melhora a força muscular, função física e qualidade de vida relacionada com a saúde. Além disso, há benefícios da reabilitação precoce no polineuropatia / miopatia de doença crítica, acompanhada de tempo de ventilação mecânica reduzido e melhora a função física a longo prazo.

Sobre o conhecimento acerca da fraqueza muscular adquirida na UTI, 79% são conscientes que 11 a 35% dos pacientes críticos irão desenvolver fraqueza muscular adquirida na UTI. Embora os números sejam divergentes entre os participantes desse estudo, isso pode ser explicado pela diferença de prevalência de fraqueza muscular adquirida na UTI descrita na literatura que depende do tipo de UTI pesquisada, da gravidade da doença de base, da população de pacientes estudada e do momento da avaliação (HERMANS; VAN DEN BERGHE, 2015). Destacamos aqui a importância de conhecermos a incidência de fraqueza muscular adquirida na UTI da nossa população local, pois, a partir disso, podemos traçar nossas metas e objetivos para propormos um plano de tratamento efetivo a estes pacientes.

Conclusões

Nas barreiras relativas ao paciente a instabilidade hemodinâmica foi a mais citada, nas barreiras estruturais foi relatado a falta de um protocolo específico e espaço físico insuficiente. Já a principal barreira relacionada ao processo foi a falta de um profissional responsável para avaliar os pacientes aptos a fazerem parte da reabilitação. Em relação às barreiras culturais as respostas foram positivas, não sendo evidenciadas como uma barreira para os profissionais participantes do estudo.

Referências bibliográficas

- CONNOLLY, B. et al. Physical rehabilitation interventions for adult patients during critical illness: an overview of systematic reviews. *Thorax*, v. 71, n. 10, p. 881–890, 2016.
- COSTA, F. M. D. et al. Avaliação da Funcionalidade Motora em Pacientes com Tempo Prolongado de Internação Hospitalar. *Journal of Health Sciences*, Londrina, v. 16, n. 2, 2015.
- DUBB, R. et al. Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. *Ann. Am. Thorac. Soc.*, New York, v. 13, n. 5, p. 724–730, 2016. DOI: 10.1513 / AnnalsATS.201509-586CME. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27144796/>. Acesso em: 22 mar. 2019.
- FONTELA, P. et al. Early mobilization practices of mechanically ventilated patients: a 1- day point-prevalence study in southern Brazil. *Clinics*, São Paulo, v. 73, 2018.
- GLAESER, S. S. et al. Mobilização do paciente crítico em ventilação mecânica: relato de caso. *Clinical and biomedical research*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 208-12, 2012.
- HERMANS, G.; VAN DEN BERGHE, G. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Critical Care*, v. 19, n. 1, p. 274, 5 ago. 2015.
- MARTINEZ, B. P.; ANDRADE, F. M. D. In: Mobilização precoce na insuficiência respiratória aguda – IRpA. São Paulo: ASSOBRAFIR, 2020. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/covid-19-mobilizacao-precoce-na-insuficiencia-respiratoriaaguda/>. Acesso em: 22 mar. 2021.
- MUSSALEM, M. A. M. et al. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica em pacientes na Unidade Coronariana. *ASSOBRAFIR Ciência*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 77-88, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/17530>. Acesso em: 22 mar. 2021.
- PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 388–396, 2005.