

Mudança de decúbito na UTI: uma análise sobre as repercussões hemodinâmicas*Decubitus change in the ICU: an analysis of the hemodynamic repercussions**Cambio de decúbito en la UCI: un análisis de las repercusiones hemodinámicas***Allan Peixoto de Assis¹**

ORCID: 0000-0002-1362-8855

Ana Paula Dias Soares**Rodrigues²**

ORCID: 0000-0002-0278-4473

Camila Mendonça de Moraes¹

ORCID: 0000-0001-5544-8409

Renata Flávia Abreu da Silva²

ORCID: 0000-0003-1776-021X

Flávia Ribeiro Villela Fernandes¹

ORCID: 0000-0001-7299-7901

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.**Como citar este artigo:**

Assis AP, Rodrigues APDS, Moraes CM, Silva RFA, Fernandes FRV.

Mudança de decúbito na UTI: uma análise sobre as repercussões hemodinâmicas. Glob Acad Nurs.

2021;2(1):e73.

<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200073>**Autor correspondente:**

Allan Peixoto de Assis

E-mail: allanpeixoto@yahoo.com.br

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimaraes da Fonseca

Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 08-01-2021**Aprovação:** 15-01-2021**Resumo**

Estudo que teve como objetivo analisar e comparar os parâmetros hemodinâmicos antes e após a mudança de decúbito. Trata-se de um estudo observacional, analítico, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma unidade de terapia intensiva. Após realização de cálculo amostral foram inseridos na pesquisa 27 pacientes que estavam sob monitorização hemodinâmica contínua de frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial sistólica, diastólica e média, assim como saturação periférica de oxigênio e temperatura axilar. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) nos parâmetros hemodinâmicos quando comparados os momentos pré e pós-mudança de decúbito. Concluiu-se que os pacientes analisados na amostra não apresentaram repercussões hemodinâmicas após a mudança de decúbito, enaltecendo esta como uma técnica segura do ponto de vista hemodinâmico e benéfica para o tratamento e a prevenção de agravamentos de saúde do paciente crítico.

Descritores: Posicionamento do Paciente; Hemodinâmica; Cuidados Críticos; Unidades de Terapia Intensiva; Monitoramento.**Abstract**

A study that aimed to analyze and compare hemodynamic parameters before and after changing position. This is an observational, analytical, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in an intensive care unit. After performing a sample calculation, 27 patients were included in the research who were under continuous hemodynamic monitoring of heart rate, respiratory rate, systolic, diastolic, and mean blood pressure, as well as peripheral oxygen saturation and axillary temperature. There were no statistically significant differences ($p > 0.05$) in hemodynamic parameters when comparing the pre- and post-change positions. It was concluded that the patients analyzed in the sample did not present hemodynamic repercussions after the change in decubitus, praising this as a safe technique from the hemodynamic point of view and beneficial for the treatment and prevention of health problems of critical patients.

Descriptors: Patient Positioning; Hemodynamics; Critical Care; Intensive Care Units; Monitoring.**Resumen**

Un estudio que tuvo como objetivo analizar y comparar parámetros hemodinámicos antes y después del cambio de posición. Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal con abordaje cuantitativo, realizado en una unidad de cuidados intensivos. Luego de realizar un cálculo muestral, se incluyeron en la investigación 27 pacientes que se encontraban bajo monitoreo hemodinámico continuo de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial sistólica, diastólica y media, así como saturación de oxígeno periférico y temperatura axilar. No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en los parámetros hemodinámicos al comparar las posiciones antes y después del cambio. Se concluyó que los pacientes analizados en la muestra no presentaron repercusión hemodinámica tras el cambio de decúbito, alabando esta como una técnica segura desde el punto de vista hemodinámico y beneficiosa para el tratamiento y prevención de problemas de salud del paciente crítico.

Descriptores: Posicionamiento del Paciente; Hemodinámica; Cuidado Crítico; Unidades de Cuidados Intensivos; Supervisión.

método foi utilizado da rede Equator o *STROBE Statement checklist*. Este estudo foi realizado em uma UTI de dez leitos, de um hospital filantrópico, de médio porte, localizado no município de Macaé, Rio de Janeiro.

A população foi composta por pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, internados nesta UTI, com monitorização hemodinâmica contínua dos parâmetros de FC, PA, FR, SpO₂ e T e que foram submetidos à mudança de decúbito pela equipe de enfermagem. O critério de exclusão utilizado foi: Pacientes cujos equipamentos de monitorização não tinham comprovação da manutenção/calibração com selo do INMETRO e Engenharia Clínica do hospital. Nenhum paciente foi excluído.

O cálculo amostral foi realizado por um profissional de estatística e baseado na média e desvio padrão das diferenças entre as medidas de cada variável de interesse (FC, PAS, PAD, PAM, FR, SpO₂ e T), obtidas antes e após a mudança de decúbito em uma amostra piloto de 25 pacientes desta mesma UTI. Para este cálculo foi adotado um grau de confiança de 95% para estimativas e um poder de teste de 80%, resultando assim em um “n” de 27 pacientes. Este procedimento garantiu o critério de margem de segurança que forneceu a estimativa do tamanho da amostra mais conservadora possível.

O presente estudo foi conduzido de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé, sob o número 1.747.258, além de ter sido formalmente autorizado pela direção geral e coordenação de enfermagem da instituição de realização da pesquisa.

Foi construído um instrumento de coleta de dados que possibilitou coletar informações sobre a caracterização dos pacientes (idade, sexo, diagnóstico médico, medicamentos em uso, suporte tecnológico e *escore* de gravidade pelo *Sequential Organ Failure Assessment - SOFA*) e dos parâmetros de FC, PAS, PAD, PAM, FR, SpO₂ e T imediatamente antes da mudança de decúbito e após a sua realização.

O SOFA é um índice prognóstico que descreve quantitativamente o grau de disfunção orgânica servindo como um indicador de gravidade. É composto de um esquema de pontuação de 1 a 4, onde variáveis como escala de coma de Glasgow (ECG), contagem de plaquetas, índice de oxigenação, bilirrubina e uso de aminas vasoativas relacionadas a PAM são utilizados para classificação, e as pontuações mais altas são indicativas de possível mortalidade⁶. Assim, o SOFA foi utilizado no estudo com o intuito de categorizar os pacientes quanto à gravidade.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre outubro de 2016 a abril de 2017 de acordo com as seguintes etapas:

1. Seleção e inclusão dos pacientes com assinatura do TCLE;
2. Checagem quanto ao funcionamento e calibração dos sensores do monitor multiparamétrico, a adequada aderência dos eletrodos no tórax do paciente, a verificação do tamanho ideal do manguito de pressão não-invasiva para a circunferência do membro superior e sua

Introdução

A mudança de decúbito (MD) na UTI é um cuidado de alta dependência que tem como objetivos o conforto do paciente, a prevenção da síndrome do desuso muscular, o auxílio na drenagem das secreções das vias aéreas inferiores, a otimização da relação ventilação/perfusão pulmonar e a prevenção da formação de lesões por pressão (LPP), sendo este último um indicador de qualidade da assistência de enfermagem¹.

Visando tais benefícios, o método comumente utilizado para realização da técnica de MD acontece conforme o funcionamento de um relógio, o qual a cada duas horas o decúbito é modificado em dorsal, lateral direito e lateral esquerdo para aliviar a pressão dos tecidos¹.

É sabido que para ocorrer a MD deve-se avaliar e levar em consideração o quadro clínico geral do paciente, o suporte ventilatório a ele acoplado e a sua resposta ao tratamento. A monitorização hemodinâmica é ferramenta imprescindível, pois durante a MD podem ocorrer repercussões cardiovasculares e respiratórias geradoras de possíveis quadros de instabilidade hemodinâmica e importante comprometimento do estado de saúde do paciente. Repercussões como hipotensão associada a tonturas, dispneia severa, saturação de oxigênio inferior a 90% mesmo com suplementação de oxigênio (O₂), dor torácica significativa ou desconforto e fadiga são descritas como critérios para interromper a mudança de decúbito^{2,3}.

É possível encontrar estudos que demonstram repercussões hemodinâmicas significativas após a mudança de decúbito na UTI como alterações de frequência cardíaca (FC), de saturação venosa mista de oxigênio (S_vO₂) e do padrão ventilatório, suscitando aumento de consumo de oxigênio tissular e potencial prejuízo à perfusão orgânica após este importante cuidado^{1,4,5}.

Porém, embora seja perceptível um apontamento para prováveis instabilidades hemodinâmicas durante a mudança de decúbito na UTI, estas evidências são provenientes de estudos com avaliação de parâmetros isolados e/ou indiretos, de forma que, até o presente momento, encontramos uma escassez de evidências que associem dados vitais fundamentais para o reconhecimento e avaliação do estado hemodinâmico do paciente crítico na UTI, como a FC juntamente com a pressão arterial sistólica (PAS), a pressão arterial diastólica (PAD), a pressão arterial média (PAM), a frequência respiratória (FR), a saturação periférica de oxigênio (SpO₂) e a temperatura (T).

Neste contexto, o estudo possui como questão norteadora: É possível identificar repercussões hemodinâmicas associadas a mudança de decúbito em pacientes de UTI? O objetivo deste estudo foi analisar e comparar os parâmetros hemodinâmicos de frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, pressão arterial média, frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio e temperatura antes e após a mudança de decúbito de pacientes acamados na UTI.

Metodologia

Estudo observacional, analítico, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa. Para nortear o



hemodinâmicos, após alternância de posicionamentos do corpo⁷.

É importante ressaltar que caso houvesse alguma alteração nos parâmetros hemodinâmicos do paciente que representasse risco ao mesmo, a equipe de saúde do setor seria prontamente comunicada, e assim, conseqüentemente prestada a devida assistência.

Os dados coletados foram registrados em planilha do *Microsoft Excel 2010* e transportados para o programa estatístico PRISMA (Versão 5.0) onde foram posteriormente analisados. A fim de comparar os grupos pré e pós mudança de decúbito foi aplicado o Teste *T de Student* para amostras pareáveis, considerando significância estatística quando a probabilidade foi menor do que 0,05 ($p < 0.05$). Vale salientar que a normalidade da amostra foi verificada pelo Teste de Shapiro-Wilk.

Resultados

Foram observados e analisados 27 pacientes submetidos às mudanças de decúbito durante a pesquisa. Os pacientes pertenceram predominantemente ao sexo feminino (56%), com idade acima de 65 anos (63%), sob suporte ventilatório invasivo (74%), com infusão de aminas vasoativas (52%), e, com tempo médio de internação de 6 dias (desvio-padrão [DP] = 4,60). O diagnóstico médico de admissão da maioria enquadrou-se em condições de ordem cardiovascular (44%), sob tratamento cirúrgico (58%) e, no que se refere à disfunção orgânica, 74% dos pacientes apresentaram SOFA score igual ou maior que 4 (Tabela 1).

Tabela 1. Referente à caracterização da amostra. Macaé, RJ, Brasil, 2017

Característica da Amostra	(n)%
Sexo	Masculino (12) 44% Feminino (15) 56%
Idade	≥ 65 anos (17) 63% < 65 anos (10) 37%
Tempo de Internação	> 7 dias (8) 30% ≤ 7 dias (19) 70%
Condições de internação	Doenças cardiovasculares (12) 44% - Clínico (7) 42% - Cirúrgico (5) 58% Doenças neurológicas (1) 4% Doenças respiratórias (5) 18% Infecção (1) 4% Neoplasia (4) 15%
Uso de aminas	Noradrenalina (10) 37% Dobutamina (1) 4% Noradrenalina e Dobutamina (3) 11% Sem aminas (13) 48%
Uso de Ventilação Mecânica Invasiva	Sim (20) 74% Não (7) 26%
SOFA Score	Score 0 (7) 26% Score ≥ 4 (20) 74%

posição correta sobre a artéria braquial, o posicionamento do transdutor de pressão invasiva, caso presente, no eixo flebostático e a verificação do manômetro da bolsa pressórica em 300mmHg. O parâmetro de temperatura foi mensurado por meio de termômetro clínico ou digital posicionado em região axilar (Tax);

3. Preenchimento do instrumento de coleta de dados com as informações coletadas antes da mudança de decúbito;

4. Observação da mudança de decúbito pela equipe de enfermagem. As mudanças de decúbito observadas no estudo eram realizadas com no mínimo 02 (dois) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, sendo respeitados seus respectivos horários, indicações e rotinas. Os pacientes eram posicionados em decúbito lateral direito, decúbito lateral esquerdo e decúbito dorsal, de acordo com a sequência do protocolo de mobilização do hospital. Sendo assim, a cabeceira era abaixada e o paciente conduzido através da mobilização com o traçado para o decúbito escolhido, sendo que, quando se tratava de decúbito lateral, era posicionado no dorso do paciente um apoio para melhor permanência na posição requerida, além dos coxins para reduzir a pressão em proeminências ósseas, conforme rotina da instituição;

5. Preenchimento do instrumento de coleta de dados com as informações coletadas imediatamente após 5 (cinco) minutos da realização da mudança de decúbito. A definição do tempo de cinco minutos após a mudança de decúbito foi baseada em um estudo que o defendeu como tempo necessário para estabilização dos valores

Ao analisar a variação das médias relacionadas aos parâmetros hemodinâmicos (FC, PA, FR, SpO₂ e T) mensurados antes e após a mudança de decúbito dos pacientes, obtivemos as seguintes diferenças: PAS: 1 mmHg,

PAD: 0,85 mmHg, PAM: 0,26 mmHg, FC: 2 bpm, FR: 0,07 irpm, SpO₂: 0,03 % e em relação a T não houve diferença (Tabela 2), ou seja, diferenças com variações pequenas em todos os parâmetros analisados.



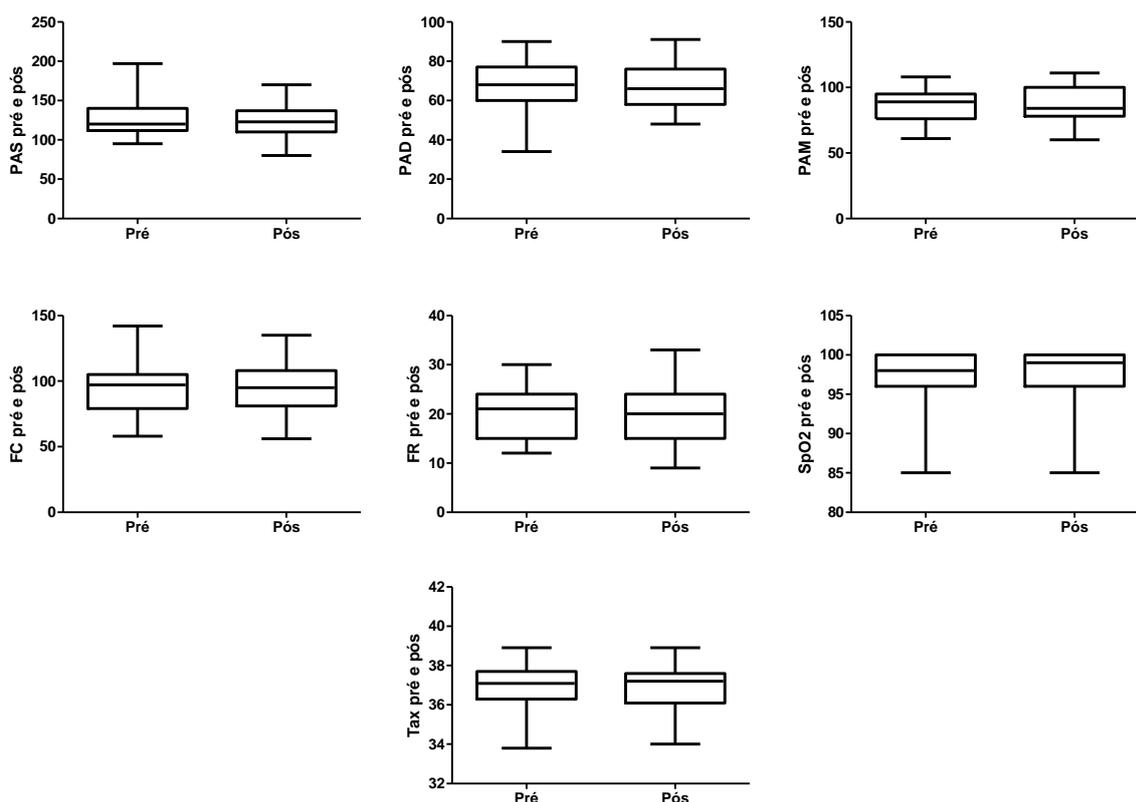
Tabela 2. Referente as médias e desvio padrão das variáveis mensuradas antes e após a mudança de decúbito. Macaé, RJ, Brasil, 2017

Parâmetro hemodinâmico	Média (DP) (pré mudança)	Média (DP) (pós mudança)
PAS	126,4 (22,45)	125,4 (21,94)
PAD	66,00 (13,43)	66,85 (12,22)
PAM	86,41 (13,68)	86,67 (13,53)
FC	92,74 (18,96)	94,74 (18,52)
FR	20,00 (4,76)	20,07 (5,78)
SpO ₂	97,44 (3,92)	97,74 (3,32)
TAX	36,80 (1,35)	36,80 (1,25)

É possível observar nos gráficos em Boxplot abaixo a distribuição das medianas de cada variável de interesse mensuradas antes e após a mudança de decúbito,

demonstrando não haver diferenças gráficas relevantes (Figura 1).

Figura 1. Boxplot comparando as variáveis estudadas pré e pós a mudança de decúbito. Macaé, RJ, Brasil, 2017



Em atendimento à dúvida apontada ao iniciar o presente estudo sobre a mudança de decúbito poder ocasionar repercussões hemodinâmicas em pacientes críticos, os parâmetros mensurados pré e pós-mudança de decúbito foram analisados e comparados entre si por meio do Teste *t* de *Student* no intuito de identificar diferenças estatisticamente significativas. De acordo com a Tabela 3 é

possível observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos pré e pós mudança de decúbito ($p > 0,05$), não havendo, portanto, subsídios para afirmar, na amostra estudada, a presença de associação entre mudanças de decúbito e potenciais repercussões hemodinâmicas em pacientes de UTI.

Tabela 3. Referente aos valores do Teste *t* de Student para cada variável mensurada. Macaé, RJ, Brasil, 2017

Variável	Test t	p-valor
PAS	0.3376	0,7384
PAD	0.5554	0,5834
PAM	0.1394	0,8902
FC	0.7835	0,4404
FR	0.06974	0,9449
SpO2	0.7638	0,4518
TAX	0.1182	0,9068

Além do mais, entendendo a complexidade e as especificidades do paciente acoplado a VM⁴, e a fim de comparar tais resultados, da amostra estudada, posteriormente foram separados dois grupos distintos, pacientes acoplados a VM (74%) e pacientes que não necessitavam de prótese ventilatória (26%), sendo analisados os mesmos parâmetros descritos acima, e obteve-se como resultado a não apresentação de variação clínica e estatística significativa nos momentos pré e pós mudança de decúbito ($p > 0,05$), corroborando com o resultado exposto na Tabela 3.

Discussão

Ao realizar a caracterização dos pacientes e compará-la com a literatura é possível observar semelhança quanto a caracterização da amostra da presente pesquisa em estudos similares^{8,9}, situações em que a maioria dos pacientes também apresentaram diagnósticos de ordem cardiovascular na admissão, sendo este cirúrgico ou clínico.

Notou-se que de acordo com a aplicação do SOFA score, índice utilizado para identificar o grau de disfunção orgânica, a maioria dos pacientes (74%), apresentaram pontuação igual ou maior que 4, indicando assim que os participantes eram pacientes com grau elevado de disfunção orgânica. Analisando a literatura podemos verificar que pesquisadores afirmam que médias e pontuações mais altas do SOFA score são preditivos de mortalidade^{6,10}, ressaltando dessa maneira, a gravidade dos pacientes analisados.

É importante esclarecer que para fins de cálculo de disfunção orgânica pelo SOFA score, foi considerado valor normal de bilirrubina nos pacientes, visto que houve ausência de tal parâmetro nos exames laboratoriais disponíveis, contudo, ressalta-se que o acréscimo de tal parâmetro não alteraria a caracterização quanto à gravidade dos pacientes, considerando seu histórico fisiopatológico.

Cada parâmetro mensurado (PAS, PAD, PAM, FC, FR, SPO2 e TAX) foi analisado separadamente, sendo comparados os valores obtidos nos dois momentos de coleta: pré e pós mudança de decúbito.

Dessa forma, ao se analisar os dados referentes à pressão arterial (PA) observou-se não haver alteração quando comparados os momentos pré e pós mudança de decúbito entre os pacientes da amostra. Em concordância com este achado podemos citar o estudo realizado com 21 pacientes com infarto agudo do miocárdio, em que foi mensurada a PA em diferentes posições no leito, assim como outros parâmetros hemodinâmicos como o débito cardíaco (DC)⁸ e os pesquisadores encontraram que a alteração dos valores de PA observados nas diversas posições em que os

pacientes foram colocados foi insignificante. Em outro estudo, realizado com um grupo de 12 pacientes também com infarto agudo do miocárdio, foi comparado e analisado o parâmetro de PAS após o sequenciamento das mudanças de posição realizadas nos pacientes, o qual não apresentou alterações estatisticamente significativas⁹, corroborando com o presente estudo, em que o parâmetro estudado apresentou *p*-valor de 0,7384, ou seja, superior a 0,05.

Analisando o parâmetro de FC, verificamos que a variação entre os grupos pré e pós mudança foi mínima, não sendo estatisticamente e nem clinicamente significativa aos pacientes. Corroborando com a presente pesquisa, um estudo com 12 pacientes críticos, submetidos a mudança de decúbito, sendo essas: Decúbito Dorsal (DD), Decúbito Lateral Direito (DLD) e Decúbito Lateral Esquerdo (DLE) mostrou não haver diferença significativa em relação a FC¹¹. Além deste, outros estudos que analisaram alterações em parâmetros hemodinâmicos como PA, FC e medidas de pressão em vasos e câmaras cardíacas em pacientes com infarto agudo do miocárdio, em amostra de pacientes similares ao do presente estudo, também mostraram alterações insignificantes da FC após realizada as mudanças de posicionamento^{8,9}.

Contudo, um estudo com 31 pacientes em uma unidade de terapia intensiva, que teve como objetivo a análise das respostas hemodinâmicas e respiratórias, assim como possíveis eventos adversos durante mobilização, a FC foi aumentada em 10% em relação a seus valores basais¹². A diferença entre os dados da literatura e o resultado apontado nesse estudo, pode ser em decorrência de que a mobilização desses pacientes no outro estudo foi realizada de forma diferente, com uma maior mudança do alinhamento corporal do paciente, pois estes passavam da posição dorsal ou supina para a posição sentada no leito, ativamente, o que requer um esforço maior do indivíduo.

A FC é controlada primariamente pela atividade direta do sistema nervoso autônomo, através dos ramos simpático e parassimpático sobre a auto-ritmicidade do nó sinusal, com isso, quando em repouso, há predominância da atividade parassimpática e de maneira oposta, quando o indivíduo é submetido a algum tipo de esforço, há predominância da atividade simpática, que pode levar a um aumento do cronotropismo¹³, informação que pode justificar que em mudanças de decúbito que não exijam grande esforço por parte do paciente, a FC pode não sofrer alteração ou ter alterações mínimas.

Ao analisar a FR, notou-se que este parâmetro não apresentou diferença significativa ao ser comparado antes e após a mudança de decúbito, o que também foi visto em

estudo, em que a maioria dos pacientes analisados não apresentaram alteração na FR ao serem mobilizados¹. Este dado também foi constatado em outro estudo que teve como objetivo analisar as respostas hemodinâmicas após as mudanças de decúbito e demonstrou, que a FR não teve alteração¹¹.

Analisando a SaO₂, o estudo anteriormente citado apontou também não haver diferenças entre os grupos analisados¹¹. Este, de forma similar, avaliou a medida de saturação de O₂ através do oxímetro de pulso, a SpO₂, e com tal aferição e posterior análise dos valores mensurados, constatou não haver alteração quando comparados nos dois momentos anteriormente citados.

Entretanto, um estudo com o objetivo de verificar o comportamento dos parâmetros relacionados a mecânica pulmonar do paciente sob ventilação mecânica após a mudança de decúbito, constatou alteração na SpO₂ em pacientes submetidos a tal procedimento¹. Porém, em tal pesquisa, os pacientes foram observados por até 120 minutos após a o procedimento, diferentemente do desenho metodológico empregado no presente estudo¹.

Podemos inferir que o fato da maioria dos pacientes da amostra estarem acoplados a ventilação mecânica invasiva (72%), pode ter influenciado na informação sobre a não alteração dos parâmetros de FR e SpO₂, visto que esses estavam em modo assistido-controlado com valores fixos de FR, e os valores de FiO₂ estavam sempre maiores que 35%, o que pode ter contribuído para melhor oxigenação dos pacientes estudados, mesmo considerando que por algumas vezes esses pacientes conseguiam fazer ciclos assistidos.

Corroborando com essa análise, um estudo com 49 pacientes críticos, em que 100% desses estavam acoplados à ventilação mecânica invasiva, afirmou que a mudança de decúbito nesses pacientes foi uma prática segura e viável mesmo com desafios fisiológicos e estruturais¹⁴.

Entende-se que o paciente em ventilação mecânica invasiva apresenta maior complexidade, tornando o cuidado do profissional enfermeiro desafiador para que a qualidade da assistência seja mantida e eventos adversos relacionados a esse cuidado sejam evitados¹.

Analisando o parâmetro temperatura, foi demonstrado não haver alterações neste que pudessem ser relacionadas a mudança de decúbito. Destaca-se uma escassez de evidências que correlacionem tal variável com a mudança de decúbito no paciente restrito ao leito. Porém, entende-se que o calor é tido como um subproduto da transformação de energia durante a síntese e utilização de ATP, e que a atividade muscular é um dos fatores mais importantes relacionados a instabilidade térmica do indivíduo¹⁵, sendo assim, considerando a mudança de decúbito nesse estudo uma prática passiva, onde não exigiu esforço do indivíduo, pode-se justificar tal estabilidade durante a realização de tal prática.

Diante disso pôde-se observar que os parâmetros mensurados não apresentaram variação clinicamente e estatisticamente significativa quando comparados nos momentos pré e pós mudança de decúbito em pacientes críticos, dessa forma corroborando com afirmação de outros

O comprometimento clínico do paciente assistido em unidade de terapia intensiva, causa em alguns profissionais receio quanto a possível instabilidade no quadro clínico do paciente relacionado à realização da mudança de decúbito, e, por este motivo, muitas vezes deixa de ser realizada. Este estudo demonstrou segurança satisfatória para sua realização, podendo os pacientes serem favorecidos dos benefícios de tal prática.

A mudança de decúbito é uma técnica muito utilizada em pacientes acamados, pois suas finalidades têm se mostrado de grande valia para a manutenção, tratamento e recuperação da saúde. Seus benefícios abrangem a prevenção de LPP, pois aliviam e redistribuem da pressão sobre a pele além de evitar a diminuição do fluxo sanguíneo para o local¹⁶. Ainda, evitam a estase de secreções pulmonares, auxiliam na prevenção do desuso muscular e suas repercussões sistêmicas, como constipação, trombose, força ou resistência diminuída e hipotensão ortostática, por exemplo¹.

No que tange especificamente a LPP, a mudança de decúbito é conhecida como um dos métodos mais eficazes para sua prevenção, já que é um evento de grande contribuição para o agravamento de saúde dos pacientes acamados, gerador de elevados custos não somente hospitalares como também familiares, considerando que por diversas vezes o paciente tem alta hospitalar com a presença de tais lesões, acarretando retardo na sua recuperação¹⁷.

No entanto, compreende-se que o conhecimento do enfermeiro acerca do paciente, seu histórico, patologia, fatores de riscos e responsividade ao tratamento, além do raciocínio crítico que permeiam a realização dos seus cuidados são indispensáveis para indicação de tal prática. Além disso, é preconizado a utilização de monitorização contínua do paciente antes, durante e após as técnicas de mudança de decúbito no leito, pois tal vigilância garante a correta indicação do enfermeiro a tal prática, além do acompanhamento de suas respostas clínicas, ressaltando que estas são absolutas para nortear a tomada de decisão¹⁻⁴.

Mesmo considerando a contribuição do presente estudo em trazer subsídios para a tomada de decisão do enfermeiro sobre o melhor cuidado a ser desempenhado ao paciente crítico, em especial no que se refere à segurança hemodinâmica da realização do procedimento de mudança de decúbito, estimulamos a realização de novos estudos em outros contextos hospitalares relacionando as respostas fisiológicas do paciente crítico a este tipo de intervenção para se garantir a excelência da assistência prestada.

Conclusão

Esta pesquisa buscou analisar a associação entre mudança de decúbito e repercussões hemodinâmicas em pacientes adultos de UTI. Os resultados apontaram que os parâmetros hemodinâmicos analisados não demonstraram variação estatisticamente significativa quando comparados nos momentos pré e pós mudança de decúbito.



apresentaram repercussões hemodinâmicas após a realização de tal prática, enaltecendo assim, os benefícios da execução da mudança de decúbito como uma técnica segura, que traz benefícios ao tratamento clínico e auxilia na prevenção de agravamentos do estado de saúde do paciente crítico.

Cabe considerar como limitação do estudo o fato de ter sido realizado em centro único. Observar as variáveis analisadas em diferentes equipes, grupos de pacientes e realidades institucionais pode gerar desfechos diferentes, já que não se sabe até que ponto estes fatores influenciariam no resultado observado.

Referências

1. Ministério Silva RFA, Nascimento MAL. Therapeutic mobilization as nursing care: evidence from practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):413-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a20v46n2.pdf>
2. Carvalho NPNM, Barrozo AF. Precocious mobilization on critical patients at an intensive care unit. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 2014;8(3):66-71. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_2003162.pdf
3. Santos AR, Oliveira IS, Silveira T. Mobilização precoce em UCI. *Rev. Salutis scientia* 2010;2:19-24.
4. Stiller K. Safety issues that should be considered when mobilizing critically ill patients. *Critical Care Clinics*. 2007;23(1):35-53. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6498683_Safety_Issues_That_Should_Be_Considered_When_Mobilizing_Critically_Ill_Patients
5. Lima DVM, Lacerda RA. Hemodynamic oxygenation effects during the bathing of hospitalized adult patients critically ill: systematic review. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):278-85. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000200020&script=sci_abstract
6. Hissa PNG, Hissa MRN, Araújo PSR. Comparative analysis between two scores in predicting mortality in intensive care unit. *Rev Bras Clin Med*. 2013 jan-mar;11(1):21-6. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3383.pdf>
7. Banasik JL, Emerson RJ. Effect of Lateral Positions on Tissue Oxygenation in the /Critical Ill. *Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care*. 2001 Jul-Aug;30(4):269-276. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322056152_Effects_of_Different_Position_Changes_on_Hemodynamic_Parameters_and_Dyspnea_Severity_in_Patients_with_Dyspnea
8. Prakash R, Parmley WW, Dikshit K, Forrester J, Swan HJ. Hemodynamic effects of postural changes in patients with acute myocardial infarction. *Chest*. 1973;64(1):7-9.
9. Quaglietti SE, Stotts NA, Lovejoy NC. The effect of selected positions on rate pressure product of the postmyocardial infarction patient. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1988;2(4):77-85.
10. Sampaio FBA, Alves WA, Magalhães CK, Oliveira VNO, Santos LP. Use of the Sofa Score to Assess the Incidence of Organ Dysfunction in Patients with Cardiovascular Pathology. *Revista da SOCERJ*. 2005;18:113-116. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc3564>
11. Banasik JL, Emerson RJ. Effect of lateral positions on tissue oxygenation in the critical ill. *Heart Lung*. 2001;30(4):269-76. Disponível em: [https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(01\)36349-5/abstract](https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(01)36349-5/abstract)
12. Stiller K, Phillips AC, Lambert P. The safety of mobilisation and its effect on haemodynamic and respiratory status of intensive care patients. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2004;20:175-185. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F09593980490487474>
13. Almeida MB, Araújo CGS. Efeitos do treinamento aeróbico sobre a frequência cardíaca. *Rev Bras Med Esporte*. 2003;9(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbme/v9n2/v9n2a06.pdf>
14. Pohlman MC, Schweickert WD, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister K, Hall JB, Kress JP. Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2010;38(11):2089-2094.
15. Camargo MG, Furlan MMDP. The body's physiological response to high temperatures: exercise, temperature extremes and thermal diseases. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2011;4(2):278-288.
16. Souza AC, Pereira KC, Gama FN. The process of taking care: nursing professionals in the pressure ulcer prevention and treatment. *Revista Enfermagem Integrada* 2010;70(2). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200294
17. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(6). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000600022&script=sci_arttext&tlng=pt

