

A utilização da escala Perme como um instrumento de avaliação na Unidades de Terapia Intensiva

The use of the Perme scale as an assessment tool in the Intensive Care Units

El uso de la escala Perme como herramienta de evaluación en la Unidades de Cuidados Intensivos

Rayana Fialho da Costa¹, Italo Caldas Silva¹, Antonia Vitória Silva Mota¹, Thayse Saraiva de Albuquerque¹, Francisco Vandecir da Silva¹, Larissa Rocha Miranda¹, Jardel Gonçalves de Sousa Almondes¹, Nataly Gurgel Campos^{1*}.

RESUMO

Objetivo: Investigar a utilização da escala Perme como instrumento de avaliação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com busca de artigos nas bases de dados PubMed, PEDro, Medline, EMBASE e SciELO no período de dezembro de 2020 a março de 2021, nos idiomas inglês, português e espanhol. **Resultados:** Quatro artigos foram selecionados e discutidos, datados de 2019 e 2020, sendo três longitudinais prospectivos e um ensaio clínico controlado não randomizado. As amostras contemplaram de 18 a 33 pacientes, com idade entre 58 a 64 anos. **Considerações finais:** Nesse atual estudo, mostra que a escala Perme, embora seja um instrumento capaz de mensurar a melhora da mobilidade em pacientes críticos, possibilitar prognósticos, embasar possíveis estratégias terapêuticas de forma individual com o objetivo de resgatar e manter o máximo nível de mobilidade até o momento da alta da UTI, parece ser pouco empregada para o diagnóstico cinético funcional e prescrição terapêutica.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva, Pacientes internados, Limitação da mobilidade.

ABSTRACT

Objective: Investigate the use of the Perme scale as an assessment tool in the Intensive Care Units (ICU). **Methods:** This is an integrative literature review with search for articles in the PubMed, PEDro, Medline, EMBASE and SciELO databases from December 2020 to March 2021. in English, Portuguese and Spanish. **Results:** Four articles were selected and discussed, all of which were dated 2019 and 2020, being three prospective longitudinals and one non-randomized controlled clinical trial. The samples included 18 to 33 patients, aged between 58 and 64 years. **Final considerations:** In this current study, shows that the Perme scale, although it is an instrument capable of measuring the improvement of mobility in critically ill patients, enabling prognoses, supporting possible therapeutic strategies individually with the objective of recovering and maintaining the maximum level of mobility until the moment of discharge from the hospital ICU seems to be little used for functional kinetic diagnosis and therapeutic prescription.

Keywords: Intensive Care Units, Inpatients, Mobility limitation.

RESUMEN

Objetivo: Investigar el uso de la escala Perme como instrumento de evaluación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). **Métodos:** Se trata de una revisión integradora de la literatura con búsqueda de artículos en las bases de datos Pubmed, PEDro, Medline, EMBASE y SciELO de diciembre de 2020 a marzo de 2021, en inglés, portugués y español. **Resultados:** Se seleccionaron y discutieron cuatro artículos, con fecha 2019 y 2020, tres prospectivos longitudinales y un ensayo clínico controlado no aleatorizado. Las muestras incluyeron de 18 a 33 pacientes, con edades comprendidas entre los 58 y los 64 años. **Consideraciones finales:** En este estudio actual, muestra que la escala de Perme, si bien es un instrumento capaz de medir la mejora de la movilidad en pacientes críticos, posibilitando el pronóstico, basando individualmente posibles estrategias terapéuticas con el objetivo de rescatar y mantener el máximo nivel de movilidad hasta el momento del alta de la UCI, parece ser poco utilizada para el diagnóstico cinético funcional y la prescripción terapéutica.

Palabras clave: Unidades de Cuidados Intensivos, Pacientes internos, Limitación de la movilidad.

¹ Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE. *E-mail: gurgelnataly@gmail.com

INTRODUÇÃO

Com o avanço tecnológico na área da terapia intensiva, as chances de sobrevivência do paciente gravemente enfermo aumentaram, assim, prolongando também sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apesar disso, essa permanência predispõe complicações nocivas devido ao imobilismo, como agravamento da doença de admissão, a rápida diminuição da massa muscular e densidade óssea, diminuição da mobilidade articular, sepse, déficit nutricional e exposição a agentes farmacológicos como bloqueadores neuromusculares e corticosteroides. Tais repercussões podem afetar diretamente a capacidade funcional do paciente, o que resulta na perda da mobilidade devido maior período de internação hospitalar e a dependência de ventilação mecânica (CAMARGO JBG, et al., 2019; BORGES VM, et al., 2010).

O conhecimento da capacidade física vem sendo desenvolvido a muito tempo devido a sua imensa importância para a comunidade científica e clínica. Além disso, é um aspecto que os profissionais e gestores de saúde consideram relevante no processo de desenvolvimento e implementação de estratégias de ações preventivas, terapêuticas e de reabilitação, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (OLIVEIRA AC, et al., 2010).

Nesse sentido, a Capacidade Funcional (CF) pode ser definida como a habilidade de executar tarefas cotidianas, sendo elas simples ou complexas, que são importantes para uma vida independente e com autônoma na sociedade, estando relacionada com aspectos físicos, cognitivos e emocionais do indivíduo. Ou seja, pode ser entendida como a capacidade do indivíduo de possuir uma vida autônoma e independente dentro de suas habilidades físicas e mentais (LEITE AK, et al., 2020; SOUSA AAD, et al., 2018).

Graças a Resolução nº 402 de 03 de Agosto de 2011 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) houve o reconhecimento e regulação da atividade do Fisioterapeuta no exercício da Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva. Tendo como umas de suas prerrogativas, a capacidade de planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório do paciente crítico ou potencialmente crítico. Além disso a autonomia de prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética do paciente crítico ou potencialmente crítico (COFFITO, 2011).

A atuação fisioterapêutica no ambiente de terapia intensiva busca promover a redução do tempo de internação hospitalar, através de avaliação precisa e intervenção precoce. Essa intervenção tem como objetivo prevenir e tratar as várias disfunções dos sistemas, incluindo principalmente os componentes respiratório e motor (SILVA BR, et al., 2021; JACOB P, et al., 2021). Dentro dessas atribuições, o uso de escalas e questionários específicos se mostram como uma excelente forma de avaliar a evolução e a capacidade funcional desses pacientes. Entretanto, o perfil da população a ser avaliada, assim como a característica e o estágio da sua condição clínica, devem ser observados para a escolha do instrumento adequado (CHRISTAKOU A, et al., 2013).

As escalas funcionais são consideradas importantes ferramentas do fisioterapeuta tanto na avaliação quanto ao decorrer da reabilitação, pois padronizam e organizam os pontos necessários a serem avaliados. O objetivo das escalas funcionais é acompanhar o nível funcional do paciente, observando as perdas durante o período de internação, como também, direcionando condutas adequadas de acordo com o status avaliado. Na literatura, existem várias escalas para avaliação funcional de pacientes críticos, entretanto, nenhuma delas é considerada "padrão-ouro" em relação à quantificação, de forma rápida, fácil e objetiva, do grau de mobilidade e/ou função do paciente. Além disso, não abordam condições externas ao paciente que interferem em sua mobilidade no leito (KAWAGUCHI YMF, et al., 2016; FERREIRA LL, 2018).

Perme e colaboradores desenvolveram a *Perme Intensive Care Unit Mobility Score* (Escala Perme) para a determinação da evolução da mobilidade, de forma que haja uma padronizar na avaliação do paciente na UTI. Um instrumento capaz de mensurar a mobilidade, de forma rápida, objetiva e específica, e que fornece a análise, também, das condições extrínsecas ao paciente, componente essencial relacionado às barreiras na mobilidade (PEREIRA CS, et al., 2019).

O escore da escala possui 32 pontos ao total, onde a mobilidade é avaliada de forma crescente. Ou seja, quanto maior a pontuação for, maior é a mobilidade e menor a necessidade de assistência. Os Escores são

distribuídos em 7 categorias contendo 15 itens no total. As categorias utilizadas são: "estado mental", "potenciais barreiras à mobilidade", "força funcional", "mobilidade no leito", "transferências", "dispositivos de auxílio para deambulação" e "medidas de resistência" (PERME C, et al., 2014; WILCHES LEC, et al., 2021).

A variação da mobilidade, essa mensurada ocorre ao longo da internação na UTI até a alta da unidade, faz parte do estudo do movimento humano pelo fisioterapeuta, a qual deve ser positiva para reduzir os impactos associados ao declínio funcional e de mobilidade em subdomínios tais como as transferências e locomoção dos pacientes críticos (JESUS FS, et al., 2016). A versão em português da escala Perme já foi validada, traduzida e adaptada transculturalmente para o Brasil e vem sendo utilizada na avaliação da mobilidade na UTI (KAWAGUCHI YMF, et al., 2016).

Tendo em vista a crescente quantidade de estudos e alta complexidade nos assuntos da área da saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de métodos capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de oferecer aos profissionais uma melhor utilização das evidências que estão à disposição nos bancos de dados. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi investigar a utilização da escala Perme como instrumento de avaliação em UTI.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com busca de artigos no período de dezembro de 2020 a março de 2021. As bases de dados pesquisadas foram Publicações Médicas (PUBMED), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (Medline) e Excerpta Medica dataBASE (EMBASE) com o cruzamento dos seguintes Descritores da Área da Saúde (DeCS) nos idiomas português, inglês e espanhol: Unidade de Terapia Intensiva, Fisioterapia, Avaliação, Funcionalidade e Escala PERME / Intensive Care Unit, Physiotherapy, Evaluation, Functioning PERME Scale / Unidad de terapia intensiva, Fisioterapia, Evaluación, Funcionalidad e Escala PERME.

Observou-se que os artigos já publicados acerca do tema estavam indexados em várias bases de dados. Por isso, optou-se por não colocar mais bases de dados com o intuito de evitar repetições de informações ou duplicatas. A pesquisa dos artigos foi realizada por 5 pesquisadores de forma individual e, posteriormente, aglutinados os achados e excluídos os artigos duplicados ou os que não contemplavam os critérios de inclusão do estudo.

Para a efetivação da busca foram usados fluxos de descritores, segundo a base de dados, de forma isolada e combinada. No primeiro fluxo, foram utilizados dois ou três descritores: "Unidade de Terapia Intensiva", "Fisioterapia", "Avaliação", "Funcionalidade" e "Escala PERME" associados. No segundo fluxo de descritores, foram utilizados "Unidade de Terapia Intensiva", "Fisioterapia", "Avaliação" e "Funcionalidade" foram usados isoladamente, porém em associação com "Escala PERME". Por fim, usou-se no fluxo 3 os descritores "critically" associado com "Escala PERME".

Para extrair os dados dos artigos selecionados, foi utilizado um instrumento sistematizador, capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes fosse absorvida, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro das mesmas.

Como critério de inclusão, foram selecionados apenas os estudos publicados no período de 2014 a 2020, nos idiomas inglês, português e espanhol sendo estes manuscritos originais completos que contemplavam a utilização da Escala Perme na UTI como foco central de sua abordagem.

Foi utilizado esse recorte temporal que de certa forma foi longo, devido à grande utilidade para a comunidade científica desse atual estudo, pois aborda um tema bem relevante que é a utilização da escala Perme. Tendo isso em vista, foi abordado os estudos sobre esse tema desde a criação da Escala Perme, que foi justamente em 2014.

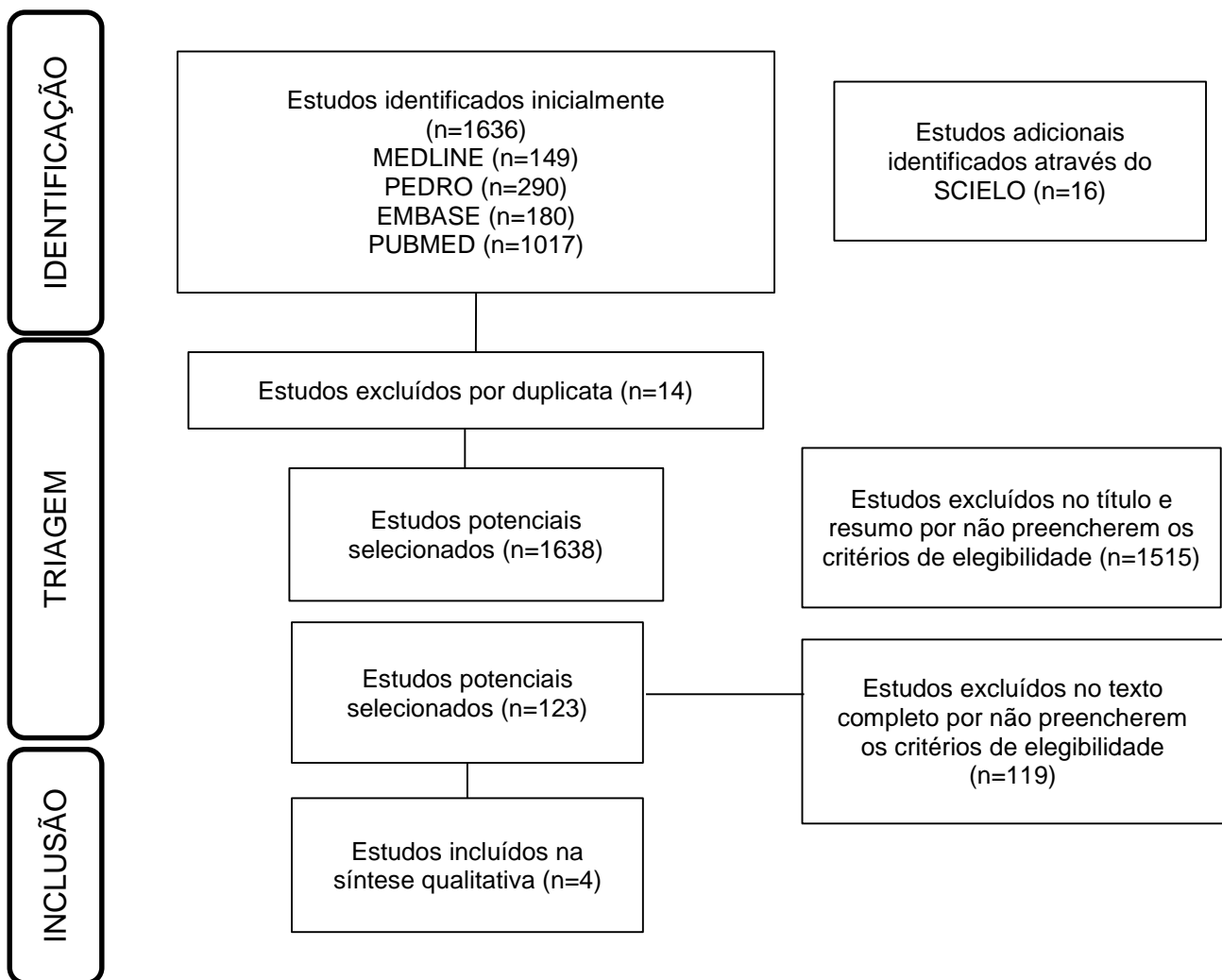
Nos casos em que a leitura do resumo não foi suficiente para estabelecer se o artigo seria incluído, o mesmo foi lido na íntegra para determinar sua elegibilidade e inclusão no estudo. A coleta dos dados foi realizada por examinadores independentes. Concomitantemente, em todos os artigos selecionados inicialmente foi realizada uma busca de forma manual em sua lista de referências, também de forma independente, por dois pesquisadores, considerando os mesmos critérios de inclusão.

Para extração dos dados dos artigos, foi utilizado um instrumento contendo as seguintes informações: autores, ano de publicação, local de publicação, métodos, e o uso da Escala Perme na UTI. Para melhorar a análise dos estudos encontrados e facilitar a leitura do atual artigo por parte dos leitores, foi utilizada a forma descritiva, com seus resultados expostos em quadros, apresentados em duas etapas: o primeiro inclui informações sobre autor, local e ano da publicação, o tipo de estudo e os sujeitos da pesquisa. O segundo quadro contempla objetivo, método e conclusão de cada estudo selecionado.

RESULTADOS

Após a pesquisa nas bases de dados eletrônicas foram encontrados 1636 estudos. Com a análise de duplicatas e critérios de elegibilidade por título, resumo e texto completo, foram incluídos quatro estudos elegíveis para a síntese qualitativa (**Figura 1**).

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).



Fonte: Costa RF, et al., 2022.

Dentre os estudos elegidos obtivemos duas publicações nacionais e duas internacionais. Quanto às características gerais dos artigos, três artigos foram publicados em 2020, e um em 2019. Em relação aos delineamentos dos estudos, dois são observacionais prospectivos, sendo um deles do tipo longitudinal e quantitativo; um coorte e um ensaio clínico controlado não randomizado. Nos estudos, as amostras contemplaram de 18 a 33 pacientes, e os participantes tinham idade entre 58 a 64 anos (**Quadro 1**).

Quadro 1 - Características dos estudos após aplicação do fluxograma da pesquisa.

Código	Autor e Ano de Publicação	Local	Tipo de Estudo	Sujeitos
1	PEREIRA CS, et al., 2019	Res. Bras. Ter. Intensiva	Observacional prospectivo	30 pacientes – 26 (86,7%) do gênero masculino com média de idade de 58,4 ± 9,9 anos.
2	CERON C, et al., 2020	Respiratory Care	Estudo de coorte	18 participantes, com idade média de 64,6 ± 14,2 anos (55,5% eram do sexo masculino).
3	GATTY A, et al., 2020	Physiotherapy Theory and Practice	Ensaio clínico controlado não randomizado	32 pacientes no grupo intervenção e 31 no controle. Grupo intervenção (média de idade: 59.84; 19 homens e 13 mulheres) e controle (média de idade: 63.64; 17 homens e 14 mulheres).
4	LIMA EA, et al., 2020	Fisioterapia em Movimento	Longitudinal prospectivo e quantitativo	33 participantes, 63.6% do sexo feminino, com média de idade de 56,9 ± 18,0 anos.

Fonte: Costa RF, et al., 2022.

Os estudos selecionados mostraram barreiras frente à mobilidade, como, ventilação, dispositivos de auxílios e necessidade de infusão endovenosa, que foram os principais achados em um dos estudos (LIMA EA, et al., 2020). Em relação aos ganhos, a mobilidade foi o que mais esteve evidente nos achados, como por exemplo, após protocolo de teste conduzido no estudo de Ceron C, et al. (2020) e Gatty A, et al. (2020), somando-se também à melhora da força muscular (PEREIRA CS, et al., 2019).

Os artigos trouxeram como objetivos a avaliação do emprego da escala Perme como instrumento capaz de quantificar a melhora da mobilidade e seu uso como desfecho para avaliar resultados de protocolos em testes em UTI.

Através do **Quadro 2** foi possível constatar que em todas as pesquisas a escala Perme foi capaz de mensurar a melhora significativa da mobilidade dos indivíduos examinados.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos quanto ao objetivo, método e conclusão relacionados ao uso da Perme intensive care mobility score (escala Perme).

Código	Objetivo	Método	Conclusão
1	Avaliar a escala Perme como preditor de funcionalidade e das complicações após a alta da UTI	<i>Perme Intensive Care Mobility Score (Escala Perme)</i> . Escala Visual Analógica (EVA), escala de Borg modificada, Medical Research Council (MRC); Avaliação aplicada no primeiro e no último dia na unidade de internação (UI).	A escala Perme foi capaz de mensurar a melhora significativa da mobilidade funcional e sua associação com a melhora da força muscular periférica, e diminuição da percepção de esforço e dor na alta hospitalar.
2	Avaliar as mudanças no desempenho da mobilidade com o uso de válvulas de fala em sujeitos traqueostomizados	<i>Perme Intensive Care Mobility Score (Escala Perme)</i>	Foi observado através da Escala Perme que a válvula de fala iniciada logo após a cessação da ventilação mecânica em indivíduos traqueostomizados, melhora a capacidade de mobilidade destes.
3	Estudar a eficácia de um protocolo de mobilização precoce no estado de mobilidade de pacientes em UTI	<i>Perme Intensive Care Mobility Score (Escala Perme)</i> ; Avaliação aplicada no primeiro e último dia de reabilitação.	A escala Perme foi capaz de mensurar a melhora do estado de mobilidade de pacientes em UTI clínica após aplicação do protocolo de mobilização precoce.
4	Verificar se existe correlação entre a mobilidade funcional e a evolução clínica de pacientes internados em uma UTI	<i>Perme Intensive Care Mobility Score (Escala Perme)</i> ; Score The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II); Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).	Através do uso da Escala Perme foi possível relacionar a evolução clínica dos pacientes e os escores de mobilidade, onde baixos escores de Perme e alto APACHE II foram associados com desfechos de óbito.

Fonte: Costa RF, et al., 2022.

DISCUSSÃO

A melhora da mobilidade e da força muscular apontada nos estudos que utilizaram a escala Perme como instrumento de mensuração foram perceptíveis e condizentes com os altos escores da escala, e os óbitos foram relacionados a baixos escores em associação com outros fatores (PERME C, et al., 2014; PEREIRA CS, et al., 2019).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade Humana e Saúde, a escala Perme avalia os domínios de funções musculares (b730-b749), funções de movimento (b750-b789), tolerância ao exercício (b455), funções respiratórias (b440), e outras funções corporais: funções mentais (b1), sensoriais e dor (b2), mobilidade (d4), e produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (e115) (GONZÁLEZ-SEGUEL F, et al., 2019).

A escala possui ainda excelente concordância e confiabilidade interexaminadores ($\kappa > 0,9$ e $\alpha > 0,9$ para a maioria dos domínios) e avalia ainda subdomínios de mobilidade incluindo: posição deitada (d4100), sentada (d4103), em pé (d4104), manter a posição sentada (d4153), manter uma posição em pé (d4154), transferir-se enquanto está sentado (d4200) e caminhar distâncias curtas (d4500), sendo, portanto, um instrumento amplo e valioso capaz de mensurar a evolução da mobilidade na UTI dos pacientes críticos (KAWAGUCHI YMF, et al., 2016; GONZÁLEZ-SEGUEL F, et al., 2019).

Nesta revisão dois estudos avaliaram o uso da escala Perme relacionados aos prognósticos funcionais em pacientes críticos em UTI (LIMA EA, et al., 2020; PEREIRA CS, et al., 2019). Um dos estudos verificou que a pontuação da escala Perme foi associada com o tempo de ventilação mecânica (VM) em pacientes pós-transplante hepático, ou seja, quanto maior o tempo de VM, menor o valor do escore Perme na alta da UTI (PEREIRA CS, et al., 2019). Entretanto, nesse mesmo estudo, na análise dos principais desfechos os autores utilizaram a pontuação da escala Perme dos pacientes na unidade de internação, após a saída da UTI (CAMILIS MF, et al., 2020). No entanto, é importante destacar que a escala Perme foi criada para uso exclusivo durante a internação na UTI (PERME C, et al., 2014).

O outro estudo de avaliação prognóstica da escala Perme dessa revisão apresentou desfechos semelhantes, onde verificou que a mobilidade foi associada à evolução clínica dos pacientes de forma significativa nos subdomínios e escore geral. O uso de VM esteve associado a baixos escores da escala Perme, além de que houve também uma correlação positiva moderada entre o escore total e o nível de sedação de pacientes na UTI, indicando que quanto mais acordado o paciente, maior foi a mobilidade dos pacientes no estudo. Outro ponto importante, foi uma correlação inversamente moderada entre o APACHE II e o escore Perme, indicando que baixos escores de mobilidade foram associados a maior gravidade clínica do doente crítico com desfecho de óbito (LIMA EA, et al., 2020).

O uso da escala Perme pode fornecer informações sobre o estado de mobilidade prévio dos pacientes admitidos, embasar o diagnóstico cinético-funcional e possibilitar estratégias terapêuticas individualizadas com objetivo de resgatar e manter o máximo do nível de mobilidade até o momento da alta da UTI, de acordo como quadro clínico, condição clínica de base e presença ou não de comorbidades (FRANÇA EET, et al., 2012; MELO CS, et al., 2020).

Dois estudos avaliaram o uso da escala Perme como instrumento de mensuração de eficácia de intervenções direcionadas para a mobilidade (CERON C, et al., 2020; GATTY A, et al., 2020). Ceron e colaboradores utilizaram a escala Perme como instrumento de avaliação de mobilidade em pacientes traqueostomizados e desmamados da VM, capazes de tolerar o uso de uma válvula de fala. O nível de mobilidade melhorou imediatamente após a introdução da válvula mensurada através da escala Perme (CERON C, et al., 2020).

De forma similar Gatty A, et al. (2020) avaliaram a eficácia de um protocolo sistematizado de mobilização precoce (MP) em UTI por meio da escala Perme verificou que ambos os grupos apresentaram melhora na mobilidade no primeiro e último dia de reabilitação, entretanto o grupo de intervenção exibiu melhorias estatisticamente significativas em comparação ao grupo controle (GATTY A, et al., 2020).

Em ambos os estudos foram implementados protocolos de mobilização precoce para a melhora da mobilidade. A escala Perme, portanto, foi capaz de mensurar os ganhos de mobilidade por meio de altos escores na escala após as intervenções realizadas sendo mudanças clinicamente importantes. A mobilização precoce é uma intervenção física interprofissional segura, viável e que promove melhoras clínicas significativas na prevenção da ocorrência de fraqueza adquirida na UTI, redução no tempo de internação na UTI e hospitalar, força muscular e melhora da mobilidade dos pacientes críticos (TIPPING CJ, et al., 2017; ZHANG K, et al., 2020).

Entretanto, observou-se, após a leitura do estudo, que a responsividade da escala para ganhos clinicamente importantes e mudanças reais no conceito da mobilidade decorrentes de programas de mobilização precoce progressivos deve ser testada em populações maiores com rigor metodológico adequado (PERME C, et al., 2014; TIPPING CJ, et al., 2017; ZHANG K, et al., 2020).

O ambiente das unidades de terapia intensiva, além de requerer bastante atenção por parte dos profissionais que ali trabalham, possuem certas barreiras aos profissionais quando necessitam implementar tanto ações de avaliação quanto de conduta. Dentre essas barreiras na UTI que podem dificultar a atuação na avaliação da mobilidade, podemos citar o risco de ocorrer algum deslocamento de um dispositivo de acesso vascular ou de um tubo endotraqueal; A questão da cinesiofobia por parte do paciente, que é o medo de que o movimento possa causar dor, e o receio do profissional em movimentar o paciente e provocar uma diminuição ainda maior na oxigenação ou nos parâmetros hemodinâmicos. Além da precaução durante a participação ativa do paciente no movimento, onde pode haver um aumento do risco de causar hipoxemia irreversível ou uma disritmia levando a uma fatalidade que poderia ser evitada (MORRIS PE, 2007; SILVA BR, 2021).

Por outro lado, a literatura mostra que os estudos que levam em consideração os aspectos de segurança do paciente em relação a sua mobilização dentro e fora do leito já foram realizados e foi observado que há poucas contraindicações absolutas à execução da movimentação ativa dos pacientes críticos. Portanto, sendo um método eficaz, complexo e seguro para esses pacientes quando o fisioterapeuta da unidade julgar necessário (HODGSON CL, et al., 2014).

Este estudo reforça que a escala Perme, apesar de ser recente, é uma ferramenta bastante útil para avaliação e intervenção da mobilidade na UTI. Além de ser uma ferramenta para melhorar a avaliação do paciente crítico, a escala Perme possibilita a elaboração de um diagnóstico cinético funcional mais preciso e com possibilidades de uma prescrição fisioterapêutica mais individualizada e precisa quanto os principais pontos a serem trabalhados. Porém, é perceptível sua pouca adesão nas UTI's pela escassez de literatura científica que contemplem esse instrumento, proporcionando poucas discussões, o que se configura como uma limitação do estudo (PERME C, et al., 2014; PEREIRA CS, et al., 2019).

Após o estudo sobre a Escala Perme, ficam alguns questionamentos sobre o assunto. Apesar de mostrar-se como um recurso viável para análise da mobilidade, será que realmente esse instrumento está sendo utilizado nas UTI's? O relato dos resultados de escalas funcionais, incluindo a escala Perme, na UTI é uma realidade entre os fisioterapeutas? A mobilidade e a funcionalidade do paciente crítico está sendo avaliada na UTI?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Escala Perme, embora seja um instrumento capaz de mensurar a melhora da mobilidade em pacientes críticos, possibilitar prognósticos, embasar possíveis estratégias terapêuticas de forma individual com o objetivo de resgatar e manter o máximo nível de mobilidade até o momento da alta da UTI, parece ser pouco empregada para o diagnóstico cinético funcional e prescrição terapêutica. Contudo, é importante salientar que, devido à baixa quantidade de estudos sobre a sua utilização encontrados na literatura, compreendemos que há bastante espaço para novas discussões. Sugestiona-se que novas pesquisas envolvendo o desfecho de mobilidade avaliada através da escala Perme sejam encorajadas, com o intuito de salutar a necessidade da avaliação funcional na unidade de terapia intensiva, para o fisioterapeuta, para o serviço e para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. BORGES VM, et al. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2010; 21(4): 446-452.
2. CAMARGO JBG, et al. Mobilidade funcional de pacientes críticos em terapia intensiva: um estudo piloto. *Rev. Aten. Saúde*, 2020; 18(63): 14-20.
3. CAMILLIS MF, et al. To: The Perme scale score as a predictor of functional status and complications after discharge from the intensive care unit in patients undergoing liver transplantation. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2019;31(4):598-599.
4. CERON C, et al. The Effect of Speaking Valves on ICU Mobility of Individuals With Tracheostomy. *Respir Care*, 2020; 65(2): 144-149.
5. CHRISTAKOU A, et al. Assessment Scales in a General Intensive Care Unit: A Review. *Hospital Chronicles*, 2013; 8(4): 164-170.
6. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução N°402/2011 – Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3165>. Acessado em 06 de março de 2022.
7. SILVA BR, et al. O uso de escalas de funcionalidade em terapia intensiva e barreiras para sua utilização. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(1): 2101-2113.
8. FRANÇA EET, et al. 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.
9. FERREIRA LL. Escalas de avaliação funcional em terapia intensiva: revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde*. 2018; 16(56): 108-114.
10. FONTELA PC, et al. Atitudes clínicas e barreiras percebidas para a mobilização precoce de pacientes graves em unidades de terapia intensiva adulto. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2018, 30(2).
11. GATTY A, et al. Effectiveness of structured early mobilization protocol on mobility status of patients in medical intensive care unit. *Physiotherapy Theory and Practice*. No prelo 2020.
12. GONZÁLEZ-SEGUEL F, et al. International Classification of Functioning, Disability, and Health Domains of 60 Physical Functioning Measurement Instruments Used During the Adult Intensive Care Unit Stay: A Scoping Review. *Physical Therapy*, 2019; 99(5): 627–640.
13. HODGSON CL et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical care*, 2014; 18(6): 1-9.
14. JACOB P, et al. Multidisciplinary, early mobility approach to enhance functional independence in patients admitted to a cardiothoracic intensive care unit: a quality improvement programme. *BMJ open quality*, 2020; 10(3): e001256.
15. JESUS FS, et al. Declínio da mobilidade dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2016; 28(1): 114-119.
16. KAWAGUCHI YMF, et al. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *J Bras Pneumol*, 2016; 42(6): 429-434.
17. LEITE AK, et al. Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ. *Revista enfermagem atual in derme*, 2020; 91(29).
18. LIMA EA, et al. Mobility and clinical outcome of patients admitted to an intensive care unit. *Fisioter Mov*, 2020; 33: 1-9.
19. MELO CS, et al. Atuação fisioterapêutica na mobilização precoce de pacientes internados na uti - revisão da literatura. *Perspectiva: Ciência e Saúde*, 2020; 5(2003): 42-50.
20. MORRIS PE. Moving our critically ill patients: mobility barriers and benefits. *Critical care clinics*, 2007; 23(1): 1-20.
21. OLIVEIRA AC, et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]*. 2010, 13(2): 301-312.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2003. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111 . Acessado em: 11 de fevereiro de 2021.
23. PEREIRA CS, et al. The Perme scale score as a predictor of functional status and complications after discharge from the intensive care unit in patients undergoing liver transplantation. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2019; 31(1): 57-62.
24. PERME C, et al. A tool to assess mobility status in critically ill patients: the Perme Intensive Care Unit Mobility Score. *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, 2014; 10(1): 41-49.
25. SILVA BR, et al. O uso de escalas de funcionalidade em terapia intensiva e barreiras para sua utilização. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(1): 2101-2113.
26. SOUSA AAD, et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sciences*. 2018; 43(1): 14-24.
27. TIPPING CJ, et al. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive care medicine*, 2017; 43(2): 171-183.
28. WILCHES LEC, et al. Spanish version of the Perme Intensive Care Unit Mobility Score: Minimal detectable change and responsiveness. *Physiother Res Int*, 2021; 26(1): e1875.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health – ICF. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>. Acessado em: 10 de março de 2021.
30. ZANG K, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: a meta-analysis. *Nursing in critical care*, 2020; 25(6): 360-367.