

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA PRÁTICA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELÉM DO PARÁ

ANALYSIS OF KNOWLEDGE OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT EARLY MOBILIZATION PRACTICE AT A UNIVERSITY HOSPITAL OF BELÉM DO PARÁ

Carlos Diego Lisboa Carneiro (ORCID: 0000-0002-0253-8707)¹
Natália Albim Linhares (ORCID: 0000-0002-9800-782X)¹
Denise da Silva Pinto (ORCID: 0000-0003-4940-81114)²
Edilene do Socorro Nascimento Falcão Sarges (ORCID: 0000-0002-6608-8856)³

RESUMO

Objetivo: analisar o nível de conhecimento dos profissionais da saúde acerca da prática de Mobilização Precoce (MP) em um hospital universitário de referência de Belém do Pará. **Métodos:** estudo analítico, transversal, quantitativo, de centro único, com os profissionais da saúde que fazem parte da assistência do Hospital Universitário João de Barros Barreto. O questionário foi reproduzido por intermédio da ferramenta on-line Google Forms. Os profissionais tiveram acesso por meio de um link. Para a comparação entre os resultados dos questionários, assim como a associação entre a categoria profissional e os itens respondidos, foi utilizado o teste qui-quadrado, adotando-se nível de significância (p valor) $\leq 5\%$. Para o estudo da concordância sobre as indicações e as contraindicações da MP entre os profissionais, foi utilizado o indicador de Kappa. **Resultados:** a amostra consistiu em 78 profissionais, o setor de trabalho em que mais profissionais participaram foi a Unidade de Terapia Intensiva com 37 (37,4%) indivíduos, sendo que os profissionais trabalham, em grande parte, no turno da manhã. Observou-se que cerca de 80% ($p = 0,001$) dos profissionais de saúde do hospital relataram ter conhecimento sobre a MP. **Conclusão:** de modo geral, os profissionais que mais souberam as indicações e as contraindicações/critérios de interrupção para a MP foram os fisioterapeutas. A equipe multiprofissional possui conhecimento sobre a prática de MP.

Palavras-chave: Envelhecimento; Deambulação precoce; Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the level of knowledge of health professionals about the practice of Early Mobilization (EM) in a reference university hospital in Belém do Pará. **Methods:** analytical, cross-sectional, quantitative, single center study with health professionals who are part of the assistance of the João de Barros Barreto University Hospital. The questionnaire was reproduced through the online tool Google Forms. The professionals had access through a link. To compare the results of the questionnaires, as well as the association between the professional category and the items answered, the test Chi Square was used, adopting a significance level (p value) $\leq 5\%$. To study the agreement on the indications and contraindications of EM among professionals, the Kappa indicator was used. **Results:** the sample consisted of 78 professionals, the work sector in which more professionals participated was the Intensive Care Unit with 37 (37.4%) individuals, with the professionals working mostly in the morning shift. About 80% ($p = 0.001$) of hospital health professionals reported having knowledge about EM. **Conclusion:** in general, the professionals who most knew the indications and counterindications/interruption criteria for EM were the physiotherapists. The hospital's multidisciplinary team has knowledge about the practice of EM.

Keywords: Aging; Early walking; Multiprofessional team.

¹ Fisioterapeuta, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia – Universidade Federal do Pará.

² Doutora, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia – Universidade Federal do Pará.

³ Doutora, tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Área de concentração em Saúde do Idoso, Fisioterapia.

Autor correspondente:

Nome: Carlos Diego Lisboa Carneiro
E-mail: diegolisboa@hotmail.com

Fonte de financiamento:

Não houve financiamento ou suporte financeiro.

Critério de Autoria:

Todos os autores participaram da elaboração dos manuscritos, assumindo, publicamente, a responsabilidade pelo seu conteúdo.

Informações sobre o trabalho:

Este manuscrito é oriundo do trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Fisioterapia em Saúde do Idoso da Universidade Federal do Pará aplicado como requisito de nota na disciplina de redação Científica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Amazônia – Universidade Federal do Pará.

INTRODUÇÃO

O imobilismo no leito hospitalar coopera para disfunção de diversos sistemas do corpo humano, facilitando, por exemplo, o surgimento de atelectasias, úlceras de pressão, doença tromboembólica, hipotensão postural, taquicardia, atrofia, fraqueza muscular e esquelética. Esse conjunto de limitações e disfunções pode ser prevenido por meio da Mobilização Precoce (MP), que visa reduzir complicações e promover recuperação funcional mais rápida, além de reduzir o tempo de internação quando iniciada logo após a estabilização de alterações fisiológicas importantes¹⁻³.

A MP é uma abordagem terapêutica que inclui hierarquia de atividades baseadas em intensidades de exercícios, em que estes devem ser iniciados o mais rápido possível, entretanto, nenhum sobressai sobre o outro, todos têm seu nível de significância. Adiar o seu início colabora para intensificar o déficit funcional do paciente. Logo, intervir imediatamente previne problemas físicos e psíquicos, evita a hospitalização prolongada e os riscos associados ao imobilismo⁴⁻⁶.

Para iniciar a MP, deve-se atentar a alguns fatores, como exames laboratoriais, ausência de contraindicações ortopédicas e neurológicas, estabilidade hemodinâmica e ventilatória do paciente. Sendo assim, cabe a uma equipe multiprofissional e interdisciplinar realizar uma excelente avaliação para que, a partir daí, verifique quando iniciar a MP, os tipos, a intensidade e a frequência dos exercícios, bem como a progressão deles².

Muitos profissionais da saúde ainda restringem os pacientes à inatividade, pois possuem uma grande insegurança em mobilizá-los precocemente, bem como desconhecimento sobre protocolos, barreiras e critérios de segurança para iniciar e/ou interromper a mobilização. Portanto, uma visão multidisciplinar sobre a prática de MP pode ser útil para avaliar o tipo de

conduta ideal em cada paciente, atuando seguramente e com melhores resultados; devido a isso, justifica-se o desenvolvimento do estudo⁷. Assim, a presente pesquisa possui como objetivo analisar o nível de conhecimento dos profissionais da saúde acerca da prática de MP em um hospital universitário de referência de Belém do Pará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, transversal, quantitativo, de centro único, realizado nos setores de Clínica Médica, Pneumologia, Doenças Infectoparasitárias (DIP) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), entre janeiro e novembro de 2019, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJBB, com número de parecer 3.441.105, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

O cálculo amostral teve como referência alcançar pelo menos 70% dos profissionais de saúde que trabalham na assistência (UTI e enfermarias) do hospital durante o ano de 2019, sendo esperado um total de 140 indivíduos para o estudo, convidados pelos pesquisadores por conveniência e aleatoriamente em cada setor envolvido.

Foram incluídos no estudo profissionais da saúde fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e nutricionistas que fazem parte da assistência do HUJBB e que aceitaram participar respondendo ao questionário, bem como assinalando a concordância presente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os questionários respondidos mais de uma vez pelo mesmo profissional ou respondidos incompletamente.

O questionário foi reproduzido por meio da ferramenta on-line Google Forms. O seu desenvolvimento teve como base artigos científicos em bancos de dados relacionados com a saúde sobre a prática da MP. Desse modo, o questionário contou com perguntas divididas em: 1) Identificação; 2) Conhecimento sobre a MP; 3) Protocolo de MP do HUIBB; e 4) Resultados da prática de MP. Os profissionais tiveram acesso ao questionário por meio do seguinte link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd_vzleIIOLDnnvm2MZuoE1bdnJt484XUOFNHwOk4t_MZUUg/viewform, juntamente com o TCLE.

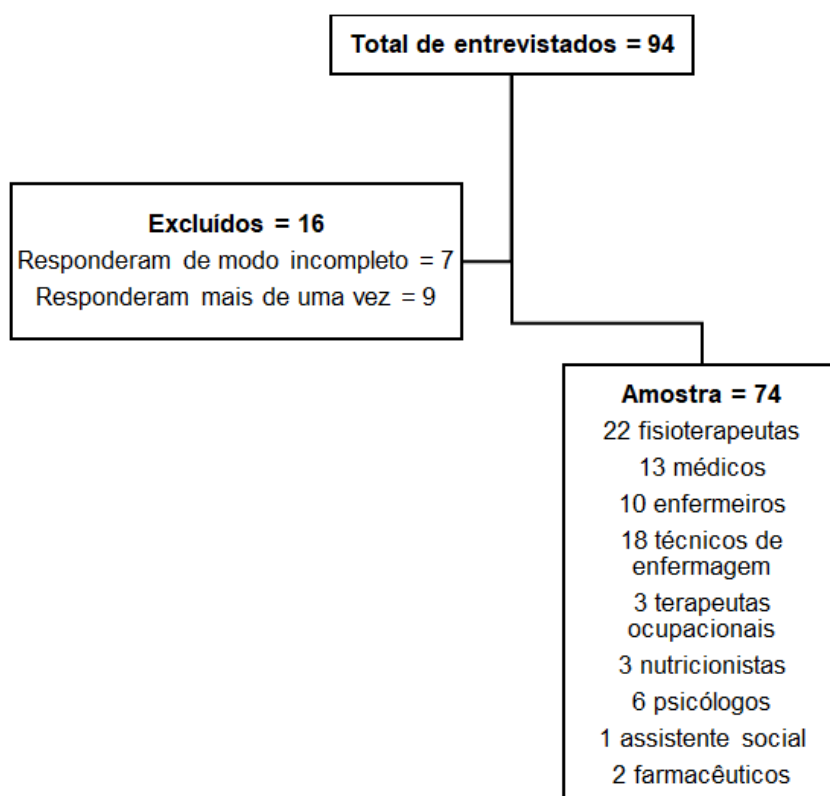
Todos os dados coletados foram tabulados e arquivados no programa *Microsoft Excel*® 2010. Posteriormente, aplicou-se a estatística pelo software SPSS Statistics na versão 22.0, sendo realizada uma análise descritiva dos dados, na qual estes foram apresentados em frequência e porcentagem, e postados em tabelas. Para a comparação entre os resultados dos questionários,

assim como a associação entre a categoria profissional e os itens respondidos, foi utilizado o teste qui-quadrado de associação, adotando-se nível de significância (p valor) $\leq 5\%$. Para o estudo da concordância sobre as indicações e contraindicações/critérios de interrupção da MP entre fisioterapeutas e médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, foi utilizado o indicador de concordância de Kappa, interpretado da seguinte forma: < 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; e 0,80 a 1,00, quase perfeita.

RESULTADOS

O presente estudo contou com a participação de 94 profissionais da assistência do HUIBB, porém, foram excluídos 16 devido a não se enquadrarem nos critérios da pesquisa. Logo, a amostra contou com 78 questionários respondidos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção da amostragem



O setor de trabalho em que mais profissionais participaram foi a UTI com 37 (37,4 %) indivíduos, sendo que os profissionais trabalham, em grande parte, no turno da manhã, totalizando 52 indivíduos (42, manhã e tarde, e 10, manhã) (Tabela 1).

Tabela 1. Características da Amostra

	Participantes (n= 78)		p valor
	n	(%)	
Profissional			
Fisioterapeuta	22	28,20	0,79
Médico	13	16,70	
Enfermeiro	10	12,80	
Técnico em enfermagem	18	23,10	
Terapeuta ocupacional	3	3,80	
Nutricionista	3	3,80	
Psicólogo	6	7,70	
Assistente social	1	1,30	
Farmacêutico	2	2,60	
Setor			
Clínica Médica	17	17,20	0,16
Pneumologia	23	23,20	
DIP	9	9,10	
UTI	37	37,40	
Clínica Cirúrgica	13	13,10	
Tempo de serviço			
< 1 ano	32	41,0	0,046*
1 ano	9	11,50	
1 a 2 anos	19	24,40	
2 a 3 anos	2	2,60	
> 3 anos	16	20,50	
Turno			
Manhã	10	12,80	0,23
Tarde	19	24,40	
Noite	3	3,80	
Manhã/Tarde	42	53,80	
Tarde/Noite	4	5,10	

Legenda: DIP (Doenças Infectoparasitárias; UTI (Unidade de Terapia Intensiva). p-valor = nível de significância; < = menor; > = maior; n=amostra. *= Variáveis significantes

Observou-se que 80% dos profissionais de saúde abordados relataram ter conhecimento sobre a MP e que 51,3% sabem sua função dentro da prática. Em contrapartida, 70,5% não conhecem algum protocolo, 78,2% não sabem as etapas de protocolos, 74,4% afirmam não ter protocolo no HUIBB, 67,6% nunca utilizam protocolos de MP no hospital, 69,2% relataram que os indicadores assistenciais não são quantificados nos seus setores de trabalho, porém

o indicador mais mensurado foi o tempo de internação hospitalar com 65,38% (Tabela 2). Sobre os benefícios proporcionados pela MP, o que mais teve citação foi à redução do tempo de internação, passando dos 70% das respostas, seguido de 64,1% de aumento da força muscular periférica e de 64,1% da melhora da qualidade de vida dos pacientes. Além disso, 64,1% da equipe multiprofissional responderam que a MP não tem malefícios (Tabela 2).

Tabela 2. Conhecimento, aplicação e indicadores sobre a prática da MP na ótica multiprofissional

	Voluntários (n= 78)		p valor
	n	%	
Conhece a prática de MP?			
Sim	63	80,80	0,001*
Não	15	19,20	
Benefícios			
Reduz tempo em VM	49	62,82	-
Aumenta FMP	50	64,10	
Reduz TIH	55	70,51	
Mantém funcionalidade	52	66,66	
Diminui nº de infecções	37	47,43	
Reduz mortalidade	41	52,56	
Melhora QV	50	64,10	
Há malefícios?			
Sim	28	35,90	0,032*
Não	50	64,10	
Conhece as barreiras para realizar a MP?			
Sim	34	43,60	0,36
Não	44	56,40	
Conhece algum protocolo?			
Sim	23	29,50	0,029*
Não	55	70,50	
Há protocolo no HUIBB?			
Sim	20	25,60	0,046*
Não	58	74,40	
Frequência que utiliza protocolos de MP			
Nunca	6	7,70	0,031*
Sempre	20	25,60	
As vezes			
Conhece as etapas de protocolos			
Sim	17	21,80	0,043*
Não	61	78,20	
Sabe sua função na MP?			
Sim	40	51,30	0,52
Não	38	48,70	
Indicadores assistenciais são quantificados no seu setor?			
Sim	24	30,80	0,035*
Não	54	69,20	
Principais indicadores do setor			
Mortalidade	44	56,41	-
Complicações Cardiorrespiratórias	17	21,79	
Tempo de internação	51	65,38	
Tempo de deambulação	11	14,10	
Custo hospitalar	13	16,66	
Complicações musculoesqueléticas	11	14,10	
Tempo de VM	25	32,05	
Capacidade Funcional	13	16,66	
Profissionais capacitados	15	19,23	
Recursos terapêuticos disponíveis	11	14,10	
Nenhum	12	15,38	

Legenda: VM (Ventilação mecânica); FMP (Força muscular periférica); TIH (Tempo de internação hospitalar); QV (Qualidade de vida); MP (Mobilização precoce); HUIBB (Hospital Universitário João de Barros Barreto); p-valor = nível de significância. * = Variáveis significantes; n = amostra; % = porcentagem.

Em relação às barreiras associadas à prática da MP, 56,4% dos profissionais afirmaram não as conhecer, o que não tem uma boa correlação com as respostas obtidas na tabela 3, pois a maioria dos

itens respondidos teve o consentimento da equipe multiprofissional (mais de 50% por item), ou seja, afirmaram que esses tópicos são, sim, considerados como barreiras.

Tabela 3. Conhecimento dos profissionais sobre as barreiras à prática da mobilização precoce

Barreiras	Voluntários (n= 78)	
	n	(%)
Relacionadas com o paciente		
Gravidade da doença	45	57,69
Instabilidade hemodinâmica	60	76,92
Obesidade (IMC >30)	12	15,38
Agitação	42	53,84
Delírio	32	41,02
Ansiedade	19	24,35
Recusa do paciente	46	58,97
Cuidados Paliativos	11	14,10
Insuficiência Respiratória	42	53,84
Sedação excessiva	24	30,76
Dor	38	48,71
Fadiga	31	39,74
Privação de sono	15	19,23
Estado nutricional precário	35	44,87
Estruturais		
Nº limitado de profissionais	56	71,79
Treinamento inadequado/inexistente	66	84,61
Tempo limitado para a realização	27	34,61
Falta de protocolo	57	73,07
Existência de vários protocolos	17	21,79
Nº limitado de equipamentos	28	35,89
Culturais		
Ausência de "cultura de mobilização"	55	70,51
Falta de conhecimento dos profissionais sobre os benefícios, efeitos adversos e riscos	64	82,05
Falta de conhecimento por parte dos familiares de pacientes	49	62,82
Falta de apoio por parte dos profissionais envolvidos	54	69,23
Relacionadas com o processo da MP		
Falta de coordenação	33	42,30
Ausência de planejamento	63	80,76
Dubiedade sobre o papel e responsabilidade dos profissionais	46	58,97
Ausência de expectativas de cada profissional	37	47,43
Falta de triagem diária para identificar os pacientes elegíveis	59	75,64

Legenda: IMC (Índice de Massa Corporal); MP (Mobilização precoce); n = amostra; P-valor = nível de significância

Quando comparadas as respostas entre fisioterapeutas e médicos em relação às seguintes indicações para MP: pacientes em VM, rigidez articular; pós-operatório de cirurgia cardíaca, úlcera de decúbito, verificou-se uma concordância pobre ($k1 = 0,01$); e fraqueza muscular e alteração de tônus concordância leve ($k1 = 0,21$). Entretanto, quando comparadas as respostas de fisioterapeutas e enfermeiros e de fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, todas as concordâncias foram ausentes ($k2$

< 0 respectivamente). Observou-se que não houve concordância entre fisioterapeutas e médicos ($k1 < 0$); fisioterapeutas e enfermeiros ($k2 < 0$) e fisioterapeutas e técnicos de enfermagem ($k3 < 0$) em relação a todas as contra-indicações. De modo geral, os profissionais que mais souberam as indicações e as contra-indicações/critérios de interrupção para a MP foram os fisioterapeutas, seguidos dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (Tabela 4).

Tabela 4. Respostas e análise de concordância dos profissionais em relação às indicações e contra-indicações/critérios de interrupção para mobilização precoce

Indicações	A	B	C	D	k1	k2	k3
	22	13	10	18			
Respostas obtidas							
Pacientes em VM	22	9	7	10	0,01	< 0	< 0
Acamados	22	8	9	8	< 0	< 0	< 0
Fraqueza muscular	22	10	7	4	0,21	< 0	< 0
Síndrome do imobilismo	22	8	6	5	< 0	< 0	< 0
Alteração de tônus muscular	21	10	7	7	0,21	< 0	< 0
Rigidez articular	21	9	6	5	0,01	< 0	< 0
Pós-operatório de cirurgia cardíaca	20	9	3	2	0,01	< 0	< 0
Úlcera de decúbito	16	9	6	3	0,01	< 0	< 0
Contra-indicações/Critérios de interrupção							
PAM<35 ou > 120 mmHg	12	9	7	6	<0	<0	<0
FC<50 ou > 140 bpm	14	11	7	8	<0	<0	<0
Febre (T>38°C)	21	8	7	5	<0	<0	<0
Hemorragia ativa	22	9	8	9	<0	<0	<0
Posição prona	2	6	-	4	<0	<0	<0
Hipoglicemia	18	9	8	6	<0	<0	<0
Necessidade de DVA (> 5µg/min)	9	9	4	-	<0	<0	<0
Dor torácica	7	9	3	5	<0	<0	<0
Anemia	13	4	2	-	<0	<0	<0
Plaquetopenia	21	5	2	7	<0	<0	<0
SpO2<85% ou queda de 10% do VBR	18	9	6	7	<0	<0	<0
Hemodiálise contínua	5	3	3	6	<0	<0	<0
FiO2>60% com PaO2<70	6	7	3	1	<0	<0	<0
Palidez e sudorese	12	8	5	5	<0	<0	<0
Convulsão descontrolada	22	9	8	7	<0	<0	<0
PEEP> 8-10 mmHg	3	3	2	4	<0	<0	<0
FR>35 irpm	13	7	5	2	<0	<0	<0
Sepse	5	2	2	1	<0	<0	<0
Piora clínica aguda	16	5	6	2	<0	<0	<0
Reintubação	2	-	1	-	<0	<0	<0
Queda	4	2	2	2	<0	<0	<0
Desconforto do paciente	15	6	6	4	<0	<0	<0
TVP	17	2	5	-	<0	<0	<0
CP	1	2	2	2	<0	<0	<0
Fraturas Instáveis	19	9	6	4	<0	<0	<0
Instabilidade Óssea	15	9	5	3	<0	<0	<0
BNC	8	4	3	3	<0	<0	<0
PIC elevada	18	8	5	3	<0	<0	<0
Peritonostomia	2	3	2	1	<0	<0	<0
Coma	1	5	2	-	<0	<0	<0
Agitação	12	3	5	1	<0	<0	<0

Legenda: VM = Ventilação mecânica; PAM = Pressão arterial média; mmHg = milímetros de Mercúrio; FC = Frequência cardíaca; bpm = Batimentos por minuto; DVA = Drogas Vasoativas; SpO2 = Saturação Periférica de Oxigênio; VBR = Valor basal real; µg/min = micrograma por segundo; FiO2 = Fração inspirada de Oxigênio; PaO2 = Pressão arterial de Oxigênio; PEEP = pressão positiva expiratória final; FR = Frequência respiratória; irpm = incursões respiratórias por minuto; TVP = Trombose venosa profunda; CP = Cuidados paliativos; BNC = Baixo nível de consciência; PIC = Pressão Intracraniana; A = Fisioterapeutas; B = Médicos; C = Enfermeiros; D = Técnicos de Enfermagem; k1 = índice de concordância entre fisioterapeutas e médicos; k2 = índice de concordância entre fisioterapeutas e enfermeiros; k3 = índice de concordância entre fisioterapeutas e técnicos de enfermagem.

DISCUSSÃO

A MP é um tema relativamente novo e que necessita de mais evidências que possam subsidiar estudos acerca da sua aplicabilidade. Entretanto, já é claro que, a partir da descoberta dos inúmeros efeitos deletérios do imobilismo no leito, a MP ganhou espaço no contexto hospitalar, sendo capaz de prevenir ou amenizar essas disfunções, respeitando a individualidade e as condições clínicas apresentadas por cada paciente⁶. Nesse sentido, o presente estudo é o primeiro realizado em um hospital universitário de referência em Belém do Pará a respeito do conhecimento de seus profissionais de saúde em relação à prática da MP.

As instituições hospitalares concentram grande parte de suas atividades no turno da manhã, tais como internações, coleta de exames laboratoriais e diagnósticos, visita multiprofissional e previsões de alta hospitalar⁸. Então, esse período comumente ocupa um número maior de profissionais, como observado no presente estudo, no qual 52 indivíduos afirmaram trabalhar nesse turno (10 somente de manhã), e apenas 23 no turno da tarde (19 somente nesse período). Este dado corrobora o estudo de Cardoso⁹, em que 41 profissionais da saúde atuavam de manhã. O turno da tarde geralmente fica reservado para as intercorrências, pendências e prosseguimento das terapêuticas, necessitando de menos profissionais.

Ressalta-se que a presença de um quantitativo profissional treinado no turno da manhã e de um contingente escalado para a tarde permite uma melhor atuação para com a prática de MP, favorecendo a aplicação continuada dos protocolos e obtendo resultados satisfatórios^{10,11}.

Segundo um estudo transversal realizado na UTI de um grande centro médico em Seattle – WA, entrevistando médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, constatou-se que a grande maioria deles tinha conhecimento sobre a MP, suas funções e os potenciais benefícios da prática, incluindo reduções no tempo de Ventilação Mecânica

(VM) e manutenção da força muscular¹⁰. Tais informações concordam com a presente pesquisa, na qual 80% dos entrevistados, a grande maioria, conhece a MP e suas funções nesse método enquanto profissionais; 62,82% afirmaram redução no tempo de ventilação mecânica; e 64,10%, aumento da força muscular periférica. A interação multiprofissional é essencial na abordagem da MP, de forma a potencializar a eficácia e o benefício do tratamento, minimizando o surgimento de complicações, diminuindo o tempo de internação, custos hospitalares e acelerando o retorno do paciente ao convívio familiar e social¹¹. Em adultos, a MP está associada com desfechos positivos em curto e longo prazo, como melhora da força muscular periférica^{12,13}.

O perfil do doente crítico requer a aplicação de protocolos de MP. Para isso, é fundamental uma equipe detentora de conhecimento, bem treinada e motivada, a fim de realizar essas atividades com segurança e eficiência¹³⁻¹⁵. Infelizmente, por meio deste estudo, não se puderam constatar resultados tão significativos quanto à ciência de quaisquer protocolos, afinal, 70,5% dos profissionais não conhecem algum, 78,2% não sabem as suas etapas, 74,4% afirmaram não ter protocolo no HUIBB e 67,6% nunca utilizaram protocolos no hospital.

Na presente pesquisa, em relação aos benefícios da MP, 64,10% dos profissionais afirmaram que ela reduz o tempo de internação hospitalar; 47,43%, que mantém funcionalidade; 66,66%, que diminui infecções; e 70,51%, que melhora a qualidade de vida dos pacientes. Esses achados estão de acordo com Oliveira¹⁶, que recentemente observou que protocolos com exercícios em níveis de intensidades progressivas puderam, de modo geral, oferecer benefícios, diminuindo tempo de internação, menores infecções, melhor capacidade funcional e qualidade de vida aos pacientes.

As barreiras à MP compreendem aquelas relacionadas com o paciente, incluindo sintomas e condições; as estruturais, como

recursos humanos e técnicos; as culturais, como hábitos e atitudes de cada instituição; e as relacionadas com o processo em si, como falta de coordenação e ausência de regras que distribuem tarefas e responsabilidades¹⁷. Na presente pesquisa, constatou-se que mais da metade (56,4%) dos profissionais não detinham conhecimento sobre essas barreiras. Tal informação pode servir de suporte para melhores capacitações dos profissionais e implementação de protocolos institucionais.

Segundo o estudo de Fontela, Forgiarini e Friedman¹⁸ com 98 profissionais que prestavam cuidados em 6 UTI de 2 hospitais de ensino no Brasil, observou-se que a maioria possuía conhecimento dos benefícios da MP, concordando que esses superavam os riscos em pacientes em VM. Todavia, inúmeras barreiras foram citadas, como excesso de sedação, fadiga, delirium, segurança do paciente, indisponibilidade de profissionais, acesso a equipamento especializado, tempo insuficiente e excesso de estresse no trabalho. Esses achados assemelham-se aos da presente pesquisa, nos quais diversas barreiras também foram referidas, sendo as mais respondidas: instabilidade hemodinâmica (76,92%); número limitado de profissionais (71,79%); treinamento inadequado/inexistente (84,61%); falta de protocolo (73,07%) e dúvida sobre o papel e a responsabilidade dos profissionais (80,76%).

As indicações e as contraindicações para a MP devem existir de forma coerente, sem que o paciente corra nenhum risco. É necessário ter em mente os fatores limitantes e as barreiras impostas para que a mobilização seja aplicada com segurança, logo, a equipe multidisciplinar deve ser responsável e apta a identificá-las¹⁹. Embora não tenha havido concordância da equipe de profissionais em relação a nenhuma contraindicação/critérios de interrupção e pouca concordância tratando-se de indicações, é possível constatar que cada categoria, isoladamente, possui algum conhecimento sobre as variáveis questionadas, principalmente os fisioterapeutas.

Verifica-se que houve uma tendência de concordância entre médicos e

fisioterapeutas sobre as indicações de MP, o que talvez possa ser explicado pelo fato de esses profissionais estarem mais envolvidos na tomada de decisão da retirada do paciente do leito. De modo semelhante, foi verificado no estudo de Dos Santos e Rocha¹⁸, sobre a visão interdisciplinar da MP na UTI, que médicos e fisioterapeutas concordaram de maneira moderada na retirada do paciente do leito (índice Kappa de 0,40 a 0,59).

Este estudo possui algumas limitações importantes: a amostra questionada representa uma parcela dos funcionários da assistência do hospital; os resultados estão sujeitos a viés de seleção, pois os profissionais foram selecionados de acordo com sua disponibilidade; os resultados representam uma linha de base apenas ao hospital realizado, sendo necessário estudos multicêntricos.

Finalmente, a pesquisa não pesquisou líderes administrativos, sendo necessário entender as atitudes dos administradores em relação à MP dentro do hospital, incluindo recursos e pessoal qualificado. Todavia, este estudo é o primeiro no Pará sobre avaliação do nível de conhecimento da equipe multiprofissional em relação à prática de MP no ambiente hospitalar, deixando portas abertas para futuras pesquisas.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a equipe multiprofissional do hospital possui conhecimento sobre a prática de MP, seus benefícios, indicações e contraindicações, principalmente os fisioterapeutas. Porém, a cultura de restrição no leito, de modo geral, ainda é frequente, haja vista que não há protocolos instituídos e aplicados, bem como a ciência por parte dos profissionais. Ainda assim, há uma tendência de concordância entre médicos e fisioterapeutas sobre as indicações de MP.

REFERÊNCIAS

1. Needham DM, Truong AD, Fan E. Technology to enhance physical rehabilitation of critically ill patients. *Crit Care Med*. 2009; 37(10): 436-441.
2. Mota CM, Silva VG. A segurança da mobilização precoce em pacientes críticos. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*. 2012; 1(1): 83-91.
3. Wang, Jiani, et al. "Effects of early mobilization on the prognosis of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis." *International journal of nursing studies* 110 (2020): 103708.
4. Silva JN, Dos Santos RS, Silva KMR et al. Proposta De Um Protocolo De Mobilização Precoce Em Uma Unidade De Terapia Intensiva Adulto. *Revista UNILUS*. 2017; 14(35): 122-130.
5. Feliciano VA, Albuquerque CG, Andrade FMD, et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. *ASSO-BRAFIR Ciência*. 2012; 3(2): 31-42.
6. Wijk, Lena. "Early mobilization and impact on recovery." *The ERAS® Society Handbook for Obstetrics & Gynecology*. Academic Press, 2022. 177-192.
7. Ferreira MD, Gardenghi G. Os Benefícios Da Mobilização Precoce Em Pacientes Críticos Na Unidade De Terapia Intensiva (UTI). [Trabalho de pós-graduação]. Goiânia: Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI). 2015.
8. Silva IT, Oliveira AA. Efeitos da mobilização precoce em pacientes críticos internado sem UTI. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2015; 8(2): 41-50.
7. Da Rocha MCP, De Martino MMF. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 280-6
9. Cardoso CG. Trabalho em equipe multiprofissional: Relações interprofissionais e humanização da assistência hospitalar em doenças infecciosas. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). 2010.
10. Benefícios e barreiras da mobilização precoce em doentes críticos com fraqueza muscular adquirida em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *InterFISIO* [Internet]. 2017 [acesso em 31 de dezembro de 2019]. Disponível em: <https://interfisio.com.br/beneficios-e-barreiras-da-mobilizacao-precoce-em-doentes-criticos-com-fraqueza-muscular-adquirida-em-unidades-de-terapia-intensiva-uma-revisao-de-literatura/>
11. Sasano, Nobuko, et al. "Out-of-the-ICU mobilization in critically ill patients: the safety of a new model of rehabilitation." *Critical Care Explorations* 4.1 (2022): e0604.
12. Jolley SE, Regan-Baggs J, Dickson RP, Hough CL. Medical intensive care unit clinician attitudes and perceived barriers towards early mobilization of critically ill patients: a cross-sectional survey study. *BMC Anesthesiol*. 2014; 14: 84.
13. Menges, Dominik, et al. "Systematic early versus late mobilization or standard early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis." *Critical Care* 25 (2021): 1-24.
14. Latrilha CM, Santos DL. Principais evidências científicas da mobilização precoce na polineuropatia do paciente crítico: revisão da literatura. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde*. 2015; 2 (2): 86-95.
15. Piva TC, Ferrari RS, Schaan CW. Protocolos de mobilização precoce no paciente crítico pediátrico: revisão sistemática. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019; 31(2): 248-257.
16. França EET, Ferrari F, Fernandes P, Cavalcante R, Duarte A. Fisioterapia em paciente crítico adulto: recomendações da medicina intensiva brasileira. *Revista brasileira de terapia intensiva*. 2012, 24(1): 6-22.

17. Vanhorebeek, Ilse, Nicola Latronico, and Greet Van den Berghe. "ICU-acquired weakness." *Intensive care medicine* 46.4 (2020): 637-653.

18. Dos Santos AVR, Rocha M. Visão interdisciplinar da mobilização precoce na unidade de terapia intensiva clínica [Artigo]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina; 2010.

19. Oliveira JS. Mobilização precoce em pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Uma revisão de literatura [Artigo]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2014.

20. Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, et al. Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Ann Am Thorac Soc.* 2016; 13(5): 724-30.

21. Fontela PC, Forgiarini Jr LA, Friedman G. Atitudes clínicas e barreiras percebidas para a mobilização precoce de pacientes graves em unidades de terapia intensiva adulto. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2018; 30(2):187-194.

22. Sarti TC, Vecina MVA, Ferreira PSN. Mobilização precoce em pacientes críticos. *J Health Sci Inst.* 2016; 34(3):177-82.