

João Vitor Carneiro Lima

BARREIRAS ENCONTRADAS NA PRÁTICA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM
PACIENTES CRÍTICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL
DA REDE PÚBLICA EM PALMAS-TO.

Palmas - TO

2020

João Vitor Carneiro Lima

BARREIRAS ENCONTRADAS NA PRÁTICA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM
PACIENTES CRÍTICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM
HOSPITAL DA REDE PÚBLICA EM PALMAS-TO.

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I do curso de bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa.Me Luciana Fernandes Maia
Marin

Palmas – TO

2020

João Vitor Carneiro Lima

BARREIRAS ENCONTRADAS NA PRÁTICA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM
PACIENTES CRÍTICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM
HOSPITAL DA REDE PÚBLICA EM PALMAS-TO.

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I do curso de bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa.Me Luciana Fernandes Maia
Marin

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me Luciana Fernandes Maia Marin

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Me. Carlos Gustavo Sakuno Rosa

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2020

RESUMO

LIMA, João Vitor Carneiro Lima. **Barreiras encontradas na prática da mobilização precoce em pacientes críticos na unidade de terapia intensiva em um hospital da rede pública em Palmas-TO.** 2020 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - curso de Fisioterapia, Centro Universitário Luterano de Palmas/TO, 2020

A mobilização precoce (MP) é uma terapia realizada na unidade de terapia intensiva (UTI) dos hospitais onde os pacientes críticos geralmente estão em ventilação mecânica (VM), com desconforto físico e fraqueza, necessitando de cuidados especiais, dentre esses cuidados, está a intervenção fisioterapêutica, que atua de diversas formas, dentre elas a técnica de MP, entretanto para realizar existem barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde. As barreiras à MP incluem aquelas relacionadas ao paciente, incluindo sintomas e condições; as estruturais, como recursos humanos e técnicos; as relacionadas à cultura da UTI, incluindo hábitos e atitudes particulares a cada instituição; e, finalmente, as relacionadas ao processo, da falta de coordenação, à ausência de regras que determinem a distribuição de tarefas e responsabilidades. O objetivo é identificar as barreiras encontradas pelo fisioterapeuta à prática da MP nos pacientes críticos internados na UTI de um hospital da rede pública em Palmas-TO. O presente estudo é caracterizado em uma pesquisa analítica, observacional e transversal. Serão entrevistados 29 fisioterapeutas plantonistas do Hospital Geral Público de Palmas (HGPP). Para a coleta de dados será utilizado questionários em formato eletrônico contendo informações pessoais do participante e questões referente a realização da MP. Os questionários serão entregues via e-mail para acesso através de link. Pretende-se ao final desse estudo apresentar as principais barreiras encontradas na prática da MP nos pacientes críticos internados nas duas UTI's da rede privada em Palmas-TO, para assim melhor intervir na resolução dessas barreiras.

Palavras chaves: deambulação precoce, barreiras da deambulação precoce, fisioterapia intensiva.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comite de Ética em Pesquisa
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HGPP	Hospital Geral Público de Palmas
MP	Mobilização Precoce
NAC	Núcleo de Apoio a Comunidade
NEP	Núcleo de Educação Permanente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVP	Trombose Venosa Profunda
ULBRA	Universidade Luterana Do Brasil
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Problema de Pesquisa.....	7
1.2 Hipóteses.....	8
1.3 Objetivos.....	8
<i>1.3.1 Objetivo Geral.....</i>	<i>8</i>
<i>1.3.2 Objetivos Específicos.....</i>	<i>8</i>
1.4 Justificativa	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1 Mobilização precoce	9
2.2 Efeitos adversos da imobilização na UTI	10
2.2 Comprometimento funcional após a alta da UTI.	10
2.3 Mobilização precoce na recuperação da saúde do paciente crítico.....	11
2.4 Barreiras para a prática da mobilização precoce.....	12
<i>2.4.1 Barreiras relacionadas ao paciente</i>	<i>12</i>
<i>2.4.2 Barreiras estruturais</i>	<i>13</i>
<i>2.4.3 Barreiras culturais</i>	<i>14</i>
<i>2.4.4 Barreiras relacionadas ao processo de mobilização</i>	<i>14</i>
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 Tipo de estudo	15

3.2 Objeto de estudo	15
3.3 Local e período da realização da pesquisa	15
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	15
3.4.1 <i>Critérios de Inclusão</i>	15
3.4.2 <i>Critérios de Exclusão</i>	16
3.5 Variáveis	16
3.6 Instrumentos de coletas de dados, estratégias de aplicação, registro, análise e apresentação de dados.....	16
3.6.1 <i>Análise e apresentação dos dados.....</i>	17
3.7 Aspectos éticos	17
3.7.1 <i>Riscos.....</i>	17
3.7.2 <i>Benefícios</i>	17
3.8 Desfechos	18
3.8.1 <i>Primário</i>	18
3.8.2 <i>Secundário.....</i>	18
4 CRONOGRAMA	19
5 ORÇAMENTO.....	20
REFERÊNCIAS	21
APENDICES	24

1 INTRODUÇÃO

A mobilização precoce é uma terapia realizada em todos os pacientes hospitalizados, principalmente nos pacientes críticos, internados nas unidades de terapia intensiva (UTI) os quais geralmente estão em ventilação mecânica (VM), com desconforto físico e fraqueza, necessitando de cuidados especiais. A mobilização precoce junto ao posicionamento adequado no leito pode ser considerada como estimulação sensorio-motora, prevenindo agravamentos secundários e imobilidade (FELICIANO et al., 2012).

Há mais de 30 anos já se fala sobre a mobilização precoce e estuda-se sobre os benefícios como facilitar a reabilitação funcional destes doentes, promovendo ganhos de força muscular e maior participação nas atividades de vida diária. A precocidade refere-se ao conceito de que as atividades de mobilização devem acontecer após a estabilização das alterações fisiológicas, pois antigamente o repouso no leito era prescrito e acreditava-se que gerava benefícios para recuperação clínica do paciente Mota e Silva (2012).

A imobilidade causada pelo repouso prolongado associado ao doente crítico pode gerar problemas associados à maior incapacidade, como a diminuição da síntese muscular, aumento da urina, excreção de nitrogênio e diminuição de massa muscular, acometendo principalmente os membros inferiores e causando atrofia do músculo por desuso esquelético muscular (PINHEIRO; CHRISTOFOLETTI, 2012).

Essa imobilidade pode comprometer órgãos e sistemas musculoesqueléticos, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário e cutâneo, proporcionando limitações e conseqüente perda de inervação e massa muscular. Junto a isso, o repouso prolongado no leito influencia na recuperação de doenças críticas devido as alterações sistêmicas como atelectasia, úlcera de pressão e alteração das fibras musculares de contração lenta para rápida (MOTA; SILVA 2012).

1.1 Problema de Pesquisa

Quais as barreiras encontradas na prática da mobilização precoce (MP) em pacientes críticos na unidade de terapia intensiva (UTI) em um hospital da rede pública de PALMAS-TO?

1.2 Hipóteses

As barreiras encontradas na utilização da MP serão falta de equipamentos, baixo quantitativo de profissionais e o quadro clínico do paciente.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar as barreiras encontradas pelo fisioterapeuta à prática da MP nos pacientes críticos internados na UTI de um hospital da rede público em Palmas-TO.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer os tipos de barreira encontradas na prática da mobilização precoce.
- Identificar se os fisioterapeutas realizam mobilização precoce nos pacientes críticos.
- Identificar qual a frequência que os fisioterapeutas realizam mobilização precoce nos pacientes críticos.
- Identificar quantos pacientes internados são beneficiados pela mobilização precoce durante um plantão de 12h.
- Elaborar um questionário on-line sobre a percepção dos fisioterapeutas referente as barreiras na prática da mobilização precoce.

1.4 Justificativa

A mobilização precoce é fundamental no processo de reabilitação do paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva, a imobilidade pode causar várias complicações que influenciam na recuperação de doentes críticos, incluindo atrofia e fraqueza muscular esquelética. Esse efeito pode ser amenizado com a realização de mobilização precoce. A incidência de eventos adversos durante a intervenção proposta não apresentou nível de evidência que justificasse sua não realização (AQUIM et al 2019). A mobilização precoce passa a desempenhar um importante papel no processo de recuperação. Processos envolvidos na mobilidade funcional, como rolar, sentar,

permanecer em pé e deambular, devem ser reforçados durante a prática da mobilização na UTI. (MATOS et al., 2016)

Porém, considerando a demanda de pacientes que precisam, ainda é pouca a quantidade de mobilizações realizadas pelos fisioterapeutas nos pacientes críticos internados na UTI, por isso, é necessário este estudo para conhecer quais as barreiras encontradas pelos fisioterapeutas nesse setor durante a para realização da mobilização precoce, pois, com esses estudos há possibilidade de planejamento de estratégias para otimizar a utilização da mobilização precoce nesse setor , beneficiando o paciente com uma recuperação funcional mais rápida e com menos sequelas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Mobilização precoce

O termo “early mobilization”, ou “mobilização precoce”, refere-se à reabilitação do paciente crítico iniciada imediatamente após a estabilização hemodinâmica e respiratória, podendo estar em ventilação mecânica invasiva e/ou em uso de drogas vasopressoras (PIVA; FERRARI; SCHAAN, 2019). Ela foi demonstrada com objetivo de reduzir o tempo de desmame da ventilação mecânica, sendo a base para a recuperação funcional. Recentemente, mais atenção foi dada à MP como uma intervenção segura e viável após a estabilização cardiorrespiratória e neurológica inicial. No cenário da UTI, a prescrição do exercício é baseada principalmente na condição clínica e na resposta ao tratamento (GOSSELINK et al., 2008).

Pacientes com necessidade de repouso prolongado podem evoluir com complicações como fraqueza muscular, atrofia, úlceras, trombose venosa profunda (TVP) e outras. Com o objetivo de reduzir estas complicações se faz necessário a aplicação da MP, pacientes críticos, limitados ao leito e sem a intervenção da MP durante o atendimento fisioterapêutico apresentam um aumento no tempo de internação, no número de infecções e de mortalidades (SANTOS et al., 2015).

2.2 Efeitos adversos da imobilização na UTI

Sabe-se que o imobilismo expõe o indivíduo a diversas disfunções, tendo como exemplo as disfunções respiratórias, musculoesqueléticas, metabólicas, vasculares e, ainda, alterações na modulação autonômica da frequência cardíaca (ROCHA et al., 2019).

Para prevenir e minimizar estas alterações, faz-se necessária a intervenção fisioterapêutica imediata, desde que o paciente tenha estabilidade clínica para suprir as demandas vasculares e oxigenativas que a intervenção exige (SANTOS et al., 2015 e CONCEIÇÃO et al., 2017).

A UTI é sinônimo de gravidade e apresenta taxa de mortalidade entre 5,4% e 33%. Com o aperfeiçoamento de novas tecnologias, o paciente pode ser mantido por longo período nessa unidade, ocasionando altos custos financeiros, morais e psicológicos para todos os envolvidos. Neste contexto, a imobilização associada à internação de pacientes críticos em UTI afeta negativamente a saúde, comprometendo seu tempo de internação e também sua reabilitação no pós-alta (OLIVEIRA et al., 2010 e SANTOS et al., 2015).

O estudo de Soares et al. (2010) relata que a força muscular e a perda de resistência são os efeitos mais importantes de mobilização a longo prazo, os músculos em repouso total perdem semanalmente 10 a 15% de força. Carvalho et al. (2019) afirma que disfunção muscular precoce ocorre em um período de horas a dias, especificamente nos primeiros 7 a 10 dias de internação do doente crítico na UTI.

2.2 Comprometimento funcional após a alta da UTI.

As consequências do imobilismo, decorrente da internação prolongada e associado à idade extrema, à gravidade da doença e ao tipo de admissão (aguda/eletiva), podem se estender até 5 anos após a alta hospitalar. Caracteriza-se, assim, um problema de saúde pública, à medida que impacta no aumento das comorbidades e na taxa de mortalidade, influencia na frequência da necessidade de utilização da alta complexidade, e sobrecarrega as famílias e o sistema de saúde (AQUIM et al., 2019).

A reabilitação do paciente em UTI depende de fatores como força física e funcionalidades prévias, nível de cooperação, dispositivos anexados ao paciente e a cultura de mobilização existente na unidade. A MP pode desempenhar um papel ativo na redução dos comprometimentos físicos e neuropsicológicos contínuos, tanto a curto

quanto em longo prazo e da possibilidade desta na melhora da modulação autonômica da frequência cardíaca, como resultado ajuda na redução do tempo de VM, permanência na UTI, internação hospitalar, sedação e duração do delirium, custos hospitalares, além da melhora dos desfechos clínicos e funcionais na alta hospitalar (CONCEIÇÃO et al., 2017 e ROCHA et al., 2019).

O atraso no início da atividade motora em pacientes com suporte ventilatório mecânico invasivo (VMI) está associado ao aumento da fraqueza muscular e menor desempenho funcional após a alta da UTI. O acompanhamento e avaliação fisioterapêutico aos pacientes críticos na UTI pode ajudar na identificação precoce de problemas cinético-funcionais, e o programa de reabilitação é recomendado como prática crucial e segura para a recuperação desses pacientes (SOARES et al., 2010). Pacientes submetidos a MP por fisioterapeutas, apresentam melhor taxa de funcionalidade após a alta da UTI, menor tempo de internação (CARVALHO et al., 2014).

2.3 Mobilização precoce na recuperação da saúde do paciente crítico

O objetivo inicial no manejo do paciente crítico na UTI é manter a máxima estabilidade hemodinâmica e ventilatória (PIVA; FERRARI; SCHAAN, 2019). Rocha et al (2019) relata que o exercício físico é um aliado importante no aumento da força muscular e redução de quadro algico. A melhora do condicionamento físico causada pelo exercício possibilita a redução da duração do uso de ventilação mecânica, assim como, do tempo de internação hospitalar. Estes dados exaltam a importância da MP dentro das UTIs, para minimizar os efeitos deletérios do imobilismo. A MP acarreta muitos benefícios no processo de recuperação dentro de uma UTI, mas para sua perfeita realização é necessário que as atividades sejam organizadas. Logo, o desenvolvimento de protocolos de MP é uma forma segura encontrada para melhorar o desempenho da prática profissional e, portanto, da capacidade funcional dos pacientes.

A equipe multidisciplinar deve ser responsável em identificar as indicações e as contraindicações para realização da MP, mas cabe ao fisioterapeuta definir o melhor modelo de intervenção, sua intensidade, periodicidade, continuidade ou interrupção. Diminuir o tempo de internação desses pacientes e devolvê-los à funcionalidade são os maiores objetivos da equipe multidisciplinar (AQUIM et al., 2019).

Nos últimos anos, houve aumento das taxas de sobrevida de pacientes com doença crítica e, conseqüentemente, do número de morbidades deles em decorrência da permanência prolongada em UTI. Neste sentido, a MP pode diminuir estes efeitos deletérios, principalmente se for feita após a descontinuação da ventilação mecânica. Sugere-se que a mobilização precoce na UTI e a retirada do paciente do leito sejam estimuladas através de profissionais como os fisioterapeutas, pois atuam de forma complementar a abordagem paliativa, com caráter preventivo, além de aliviar sintomas e dar oportunidade, sempre que possível, à construção e à manutenção da independência funcional. (CONCEIÇÃO et al., 2017).

Considerando que a mobilização precoce e a retirada do leito fazem parte do processo de reabilitação e que esse processo é capaz de restaurar as limitações funcionais e atenuar disfunções e morbidades, é necessário que esse procedimento seja altamente estimulado na UTI (SOARES et al., 2010). De acordo com o estudo de Aquim et al. (2019) houve um aumento do número de evidências acerca do benefício funcional da utilização de mobilização precoce em pacientes críticos, a partir das primeiras 48 horas da instituição da VM, mas a prática habitual da mobilização de pacientes ainda é infrequente.

2.4 Barreiras para a prática da mobilização precoce

No Brasil, observou-se que não mais de 10% dos pacientes críticos são mobilizados além do leito devido essas barreiras estão relacionadas ao paciente, incluindo sintomas e condições do quadro clínico do paciente; Aos aspectos estruturais, como recursos humanos e técnicos; Relacionadas à cultura da UTI, incluindo hábitos e atitudes particulares a cada instituição; e relacionadas ao processo de organização da UTI tem a barreira da falta de coordenação e à ausência de regras que determinem a distribuição de tarefas e responsabilidades (DUBB et al., 2016; AQUIM et al., 2019).

2.4.1 Barreiras relacionadas ao paciente

As barreiras relacionadas ao paciente são alusivas a instabilidade hemodinâmica, dispositivos de acesso vascular, tubos e drenos, sedação ou diminuição do nível de consciência e fatores referentes à doença e ao tratamento do paciente. essas barreiras

proporcionam conseqüentemente imobilização por um período prolongado, que podem se somar a outros fatores de risco, como sepse, hiperglicemia, uso de corticosteroides, benzodiazepínicos e de bloqueadores neuromusculares, e apresentando efeitos deletérios da imobilização e aumento no tempo de uso de assistência ventilatória mecânica e internação (DUBB et al., 2016; PIVA; FERRARI; SCHAAN, 2019).

Um estudo multicêntrico de prevalência feita por Fontela, Júnior e Friedman (2018) detectou que a MP em pacientes sob VM é incomum, principalmente naqueles ventilados com cânula traqueal, sendo a fraqueza muscular, a instabilidade cardiovascular e a sedação as barreiras mais comumente percebidas para mobilizá-lo em um nível mais elevado. Estas dificuldades podem ser modificáveis, e isto é importante para aumentar a mobilização nas UTI brasileiras.

2.4.2 Barreiras estruturais

As barreiras estruturais estão relacionadas ao reduzido número de profissionais, a falta de um programa organizado de mobilidade precoce, estudos e treinamento inadequado de equipe, equipamentos insuficientes ou inadequados, indisponibilidade de profissionais na equipe e tempo insuficiente para a realização da MP, em doentes graves. o tempo e a equipe necessária para mobilizar um paciente grave podem ser impedimentos importante para a realização de MP dentro da uti, além de constituírem uma preocupação frequentemente reportada quando se considera a melhoria da qualidade para uma maior aceitação da mobilidade (dubb et al., 2016 e fontela; jðnior; friedman, 2018).

Por parte dos profissionais existem preocupações com autolesão musculoesquelética, estresse e necessidade de permanecer além de sua carga horária de trabalho. Embora tenha sido demonstrado que a MP é segura e viável para os pacientes, não há registros da segurança da equipe, e isto pode representar uma barreira importante para a realização de MP na UTI. Entre as principais barreiras interdisciplinares para a realização de MP, estão a necessidade de mais profissionais, uma carga horária de trabalho insuficiente e a cultura da equipe para a mobilização, disponibilidade de equipamentos, priorização e liderança (FLANDERS et al., 2009 e JOLLEY et al., 2014)

2.4.3 Barreiras culturais

As barreiras relacionadas ao aspecto cultural da UTI são referentes aos profissionais que não veem a mobilidade precoce como uma prioridade; ou com conhecimento inadequado da equipe sobre os benefícios, segurança e técnicas de mobilidade. Há um aumento crescente de evidências de apoio à segurança, à viabilidade e ao benefício funcional ao longo prazo com a realização de fisioterapia precoce, iniciada nas primeiras 48 horas de VM e mantida durante toda a internação na UTI (DUBB et al., 2016).

Fontela et al. (2018) relata que existe baixa prevalência de mobilização fora do leito por causa de fraqueza muscular, instabilidade cardiovascular e sedação, principalmente nos pacientes sob VM. Recentemente, a mesma realidade foi observada nas UTI brasileiras, nas quais somente 10% dos pacientes em VM foram mobilizados fora do leito. A segurança pessoal e do paciente, e a falta de entendimento clínico como barreiras potencialmente importantes para a não realização de MP.

2.4.4 Barreiras relacionadas ao processo de mobilização

As barreiras relacionadas ao processo de mobilização identificadas como as mais comuns estão incluídas a falta de coordenação (por exemplo, falta reuniões interprofissionais consistentes ou coordenação de procedimentos de pacientes com mobilização), estudos e triagem ausentes ou tardia para identificar pacientes apropriados para mobilidade. expectativas de trabalho, papéis e responsabilidades pouco claros. as diferenças entre fisioterapeutas e enfermeiros nas avaliações da adequação do paciente à mobilização e falta de comunicação entre esses profissionais levaram a diferentes níveis de mobilização do paciente (DUBB et al., 2016).

Piva, Ferrari e Schaan (2019) reforçam que a discussão diária e individualizada dos objetivos da intervenção com demais membros da equipe multidisciplinar é essencial para a promoção da mobilização. A otimização da sedação também deve ser discutida com a equipe, considerando a segurança e o conforto do paciente. Visto que as principais barreiras observadas nos estudos foram sedação excessiva, número de profissionais, carga de trabalho associada (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) e disponibilidade de

materiais adequados, rounds e checklists podem facilitar a comunicação interprofissional e auxiliar na promoção da mobilização precoce.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo caracterizado em uma pesquisa analítica, observacional e transversal. Segundo Marques e Peccin (2015), os estudos analíticos são divididos em experimentais e observacionais. Os estudos de prevalência são úteis na investigação do grau de exposição a determinadas condições por características individuais fixas, tais como etnia, nível socioeconômico e grupo sanguíneo.

3.2 Objeto de estudo

Para o desenvolvimento deste estudo serão entrevistados 29 fisioterapeutas plantonistas, sendo 10 profissionais na UTI pediátrica e 19 na UTI Adulto do Hospital Geral Público de Palmas (HGPP). A amostra será de 100% dos fisioterapeutas que fizerem parte da escala de plantão dos Hospitais acima citado, podendo ser de ambos os sexos, possuir especialização ou não na área de atuação, contratados ou concursados e serão selecionados por conveniência segundo os critérios de inclusão e exclusão.

3.3 Local e período da realização da pesquisa

Essa pesquisa será realizada no HGPP, na cidade de Palmas-TO, nos setores: UTI pediátrica, UTI geral, no período de fevereiro a dezembro de 2020, estando contido nesse intervalo desde a escolha do tema e elaboração do projeto até a finalização do artigo e apresentação do trabalho para a Banca Examinadora.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

3.4.1 Critérios de Inclusão

Quanto aos critérios de inclusão, o presente estudo deverá conter participantes com formação em Fisioterapia, participarem da escala do setor e em qualquer turno de plantão, trabalharem no mínimo há 6 meses nos setores indicados no estudo.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Estar afastado do trabalho por qualquer motivo de saúde ou férias no período da coleta de dados e aqueles que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.5 Variáveis

As variáveis estudadas serão sexo, idade, especialização e tempo de serviço prestado no setor.

3.6 Instrumentos de coletas de dados, estratégias de aplicação, registro, análise e apresentação de dados

Para a coleta de dados será utilizado questionários em formato eletrônico contendo informações pessoais do participante, como idade, sexo, especialização, tempo de atuação no setor e questões referente a realização da MP, quais as dificuldades encontradas, a inclusão de todos os pacientes críticos, a participação da equipe multiprofissional (Apêndice B). Os questionários serão entregues via e-mail para acesso através de link, gerado por meio de uma ferramenta gratuita oferecida pelo google: o google forms.

A estratégia utilizada para a coleta destas informações ocorrerá nas seguintes etapas:

1ª – será realizado um contato presencial e prévio com a coordenação do serviço de fisioterapia do hospital e com os fisioterapeutas plantonistas, o contato será através de e-mail, com a apresentação da pesquisa e explicação do objetivo da pesquisa e do TCLE e da importância de seu preenchimento e assinatura.

2ª – O TCLE (Apêndice A) serão colocados em um envelope, individual, entregue ao coordenador e distribuídos aos fisioterapeutas em seus respectivos plantões para leitura e assinatura do TCLE e preenchimento do questionário, com identificação nominal que será mantido o sigilo, fechamento do envelope e devolvido ao respectivo coordenador.

3ª- Após 10 dias a entrega dos envelopes ao coordenador, eles serão recolhidos para a realização da análise dos TCLE assinados.

4ª- Em seguida, serão encaminhados, via e-mail, aos fisioterapeutas plantonistas, os questionários eletrônicos para que possam ser analisados e respondidos pelos fisioterapeutas plantonistas.

3.6.1 Análise e apresentação dos dados

Os dados serão analisados e tabulados utilizando o software Microsoft Office Excel, versão 2005 e a análise dos dados será feita de forma descritiva através da média, desvio padrão e porcentagem. Os resultados serão apresentados por meio de tabelas e gráficos.

3.7 Aspectos éticos

O presente estudo será submetido à apreciação e aprovação pelo Núcleo de Pesquisa da SES/ETSUS e Coordenação de Fisioterapia do HGPP. Posteriormente o projeto será submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP), via Plataforma Brasil, obedecendo às exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS n° 196/96 e suas complementares.

O presente estudo não apresenta conflito de interesses. Após a conclusão da pesquisa, os resultados serão divulgados junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) e à Coordenação de Fisioterapia do HGPP. O pesquisador responsável assinará o TCLE, conforme exigências do CEP, estando ciente da obrigatoriedade de cumprir as determinações da Resolução 196/96 no desenvolvimento da pesquisa.

3.7.1 Riscos

Essa pesquisa pode apresentar risco durante a coleta de dados, caso haja algum erro na transcrição das informações, acarretará em uma conclusão errônea, então é necessário analisar e calcular todos os dados com muita atenção para evitar que haja erros nos resultados finais da pesquisa.

Há o risco, também, desses participantes se sentirem cansados ou se aborrecerem no momento em que forem responder o questionário. Para que isso seja evitado será orientado aos participantes escolherem a melhor hora do seu dia para responder ao questionário.

3.7.2 Benefícios

A pesquisa poderá proporcionar benefícios como maior conhecimento sobre as barreiras enfrentadas pelos fisioterapeutas no ambiente hospitalar na realização da mobilização precoce dos pacientes críticos e enfatizar a importância do seu uso, favorecendo a recuperação funcional deste paciente.

3.8 Desfechos

3.8.1 Primário

Pretende-se ao final desse estudo apresentar as principais barreiras encontradas na prática da MP nos pacientes críticos internados em UTI's da rede pública em Palmas-TO, para assim melhor intervir na resolução dessas barreiras.

3.8.2 Secundário

Espera-se com essa pesquisa auxiliar aos fisioterapeutas sobre os tipos de barreiras encontradas na realização da MP nos pacientes críticos e estimulá-los na busca de vencê-las. E ainda estimular o interesse de acadêmicos e profissionais sobre a temática, com novas pesquisas, em prol dos benefícios aplicados ao paciente, como a diminuição dos efeitos deletérios do imobilismo, redução do tempo de VM e no tempo de internação hospitalar.

5 ORÇAMENTO

Tabela 2 – previsão orçamentária

IDENTIFICAÇÃO DO ORÇAMENTO	TIPO (custeio)	Quantidade	VALOR UNITÁRIO	VALOR EM REAIS
Folhas de papel	custeio próprio	01 resma	18,00	18,00
Impressão de cópias e material de pesquisa	custeio próprio	25 un	2,00	50,00
Encadernação	custeio próprio	2 un	2,00	4,00
Cópias	custeio próprio	240 un	0,25	60,00
Total das Despesas	132,00			

OBS: Todas as despesas serão de responsabilidade do pesquisador acadêmico

REFERÊNCIAS

- AQUIM, Esperidião Elias et al. Brazilian Guidelines for Early Mobilization in Intensive Care Unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 31, n. 4, p. 1-10, 2019. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190084>.
- CARVALHO, Maurício Tatsch Ximenes *et al.* Efeitos do exercício passivo precoce em cicloergômetro na espessura muscular do quadríceps femoral de pacientes críticos: estudo-piloto randomizado controlado. **Fisioterapia e Pesquisa**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 227-234, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17025126032019>.
- CARVALHO, Taciana Guterres de, et al. Relação entre saída precoce do leito na unidade de terapia intensiva e funcionalidade pós-alta: um estudo piloto. *Rev Epidemiol Control Infect*, Rio Grande do Sul, 3(3):82-86, Jul/Set, 2013.
- CARVALHO, Taciana Guterres de et al. RELAÇÃO ENTRE SAÍDA PRECOCE DO LEITO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 82, 4 fev. 2014. APESC - Associação Pro-Ensino em Santa Cruz do Sul. <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v3i3.3327>.
- 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.
- FELICIANO, Valéria de Araújo *et al.* The influence of early mobilization in length of stay in the Intensive Care Unit. **Assobrafir Ciência.**, Pernambuco, v. 3, n. 2, p. 31-42, maio 2012.
- FLANDERS, Sonya A. *et al.* Falls and Patient Mobility in Critical Care. **Aacn Advanced Critical Care**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 267-276, jul. 2009. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.1097/nci.0b013e3181ac2628>.

FONTELA, Pc *et al.* Early mobilization practices of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in southern brazil. **Clinics**, [s.l.], v. 73, n. 1, p. 1-6, 1 nov. 2018. Fundacao Faculdade de Medicina. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2018/e241>.

JOLLEY, Sarah e *et al.* Medical intensive care unit clinician attitudes and perceived barriers towards early mobilization of critically ill patients: a cross-sectional survey study. **Bmc Anesthesiology**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 1-9, 1 out. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2253-14-84>.

MARQUES, Amélia Pasqual; PECCIN, Maria Stella. Research in physical therapy: the evidence grounded practice and study models. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 43-48, fev. 2015.

MATOS, Carla Alessandra de et al. Existe diferença na mobilização precoce entre os pacientes clínicos e cirúrgicos ventilados mecanicamente em UTI? **Fisioterapia e Pesquisa**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 124-128, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/13965623022016>.

MOTA, Caroline Mascarenhas; SILVA, Vanessa Gonçalves da. A segurança da mobilização precoce em pacientes críticos: uma revisão de literatura. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 83-91, 29 set. 2012. Universidade Tiradentes. <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3798.2012v1n1p83-91>.

OLIVEIRA, Ana Beatriz Francioso de et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Rev Bras Ter Intensiva**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 250-256, ago. 2010.

PINHEIRO, Alessandra Rigo; CHRISTOFOLETTI, Gustavo. Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 188-196, jun. 2012. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507x2012000200016>.

PIVA, Taila Cristina; FERRARI, Renata Salatti; SCHAAN, Camila Wohlgemuth. Early mobilization protocols for critically ill pediatric patients: systematic review. **Revista**

Brasileira de Terapia Intensiva, [s.l.], v. 31, n. 2, p. 248-257, nov. 2019. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190038>.

ROVHA, Gabriela Q. da et al. Efeitos da mobilização precoce em crianças com pneumonia associada à ventilação mecânica: efeitos sobre variáveis não lineares da variabilidade da frequência cardíaca. *R. bras. Ci. e Mov* 2019;27(3):93-98.

SANTOS, Fernanda dos et al. The relation between early mobilization and hospitalization time within an intensive therapy unit. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Santa Catarina, v. 8, n. 2, p. 1394-1407, maio 2015.

SOARES, Thiago Rios et al. Retirada do leito após a descontinuação da ventilação mecânica: há repercussão na mortalidade e no tempo de permanência na unidade de terapia intensiva?. : há repercussão na mortalidade e no tempo de permanência na unidade de terapia intensiva?. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 27-32, mar. 2010. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507x2010000100006>.

APENDICES

Apêndice A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Neste termo apresentam-se os objetivos da pesquisa intitulado: **“BARREIRAS ENCONTRADAS NA PRÁTICA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES CRÍTICOS EM DUAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DA REDE PÚBLICA EM PALMAS-TO.”** Este projeto foi analisado pelo comitê de ética análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), em conformidade aos princípios éticos da resolução do CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A mesma será desenvolvida pelo pesquisador (a) responsável Profa. Msc. Luciana Fernandes Maia Marin e o pesquisador assistente João Vitor Carneiro Lima, que assim apresentam este termo e o(a) convida consentir a sua participação nesta pesquisa de cunho acadêmico/científico.

- Objetivo Geral: Identificar as barreiras encontradas na prática da MP nos pacientes críticos internados em duas UTI da rede privada em Palmas-TO.

- Justificativa: A mobilização precoce pretende manter ou aumentar a força muscular e a função física do paciente, incluindo atividades terapêuticas progressivas, tais como exercícios de mobilidade no leito, sentado na beira do leito, em ortostase, transferência para uma poltrona e deambulação (MENDEZ-TELLEZ et al., 2012).

A mobilização precoce, no ambiente de UTI, é um grande desafio a ser enfrentado pelos fisioterapeutas, pois podem surgir inúmeras barreiras para a sua não realização. Há necessidade de mais estudos que expliquem o real motivo pelo qual a MP não é realizada nas UTI, visto que apenas 10% dos pacientes realizam essa prática (FONTELLA et al, 2017). Identificar e compreender essas barreiras é necessário para que os fisioterapeutas possam incluir a sua rotina de atendimento a mobilidade precoce, elaborando estratégias para superá-las. E este é o objetivo dessa pesquisa, identificar as barreiras encontradas na

prática da MP, visando uma otimização na reabilitação e diminuição dos efeitos dos imobilismos nos pacientes críticos.

Rubrica do(a) Participante**Rubrica do(a) Pesquisador(a) Responsável**

- Aspectos éticos: O presente estudo será submetido à apreciação e aprovação pela Coordenação das UTI 's do HGP. Posteriormente o projeto será submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP), via Plataforma Brasil, obedecendo às exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS n° 196/96 e suas complementares.

O presente estudo não apresenta conflito de interesses. Após a conclusão da pesquisa, os resultados serão divulgados aos coordenadores dos hospitais participantes da pesquisa. O pesquisador responsável assinará o TCLE, conforme exigências do CEP, estando ciente da obrigatoriedade de cumprir as determinações da Resolução 196/96 no desenvolvimento da pesquisa.

- Risco e benefícios: Essa pesquisa pode apresentar risco durante a coleta de dados, caso haja algum erro na transcrição das informações, acarretará em uma conclusão errônea, então é necessário analisar e calcular todos os dados com muita atenção para evitar que haja erros nos resultados finais da pesquisa.

Há o risco, também, dos participantes se sentirem cansados ou se aborrecerem no momento em que forem responder o questionário. Para que isso seja evitado será orientado aos participantes escolherem a melhor hora do seu dia para responder ao questionário.

A pesquisa poderá proporcionar mais conhecimento sobre o tema, além de expor quais são as barreiras que levam ao fisioterapeuta a não realizar com tanta frequência a MP no paciente crítico e incentivar à importância do seu uso, favorecendo a recuperação funcional do paciente crítico internado na UTI.

Rubrica do(a) Participante

Rubrica do(a) Pesquisador(a) Responsável

Para a coleta de dados será utilizado questionários em formato eletrônico contendo informações pessoais do participante, como idade, sexo, especialização, tempo de atuação no setor e questões referente a realização da MP, quais as dificuldades encontradas, a inclusão de todos os pacientes críticos e a participação da equipe multiprofissional. O questionário será entregue via e-mail para acesso através de link, gerado por meio de uma ferramenta gratuita oferecida pelo Google: o Google Forms.

- A responsável pela pesquisa será a Profa. Msc. Luciana Fernandes Maia Marin, RG.: M-9.335.477, residente à Quadra 1407 Sul, NS 15, alameda Cerejeira, lote 36, Condomínio Mirante do Lago. Telefone: 63-992829480, que poderá ser contata quando necessário.

- Todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa serão dados a qualquer tempo aos participantes.

- O participante terá liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízos.

- Está garantido o sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando ao participante absoluta privacidade.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Data de nascimento: _____/_____/_____ Sexo: M () F () Cel: _____

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Cep: _____

E- mail: _____

Rubrica do(a) Participante

Rubrica do(a) Pesquisador(a) Responsável

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR ASSISTENTE

DECLARO ter elaborado este Termo para obter de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa e COMPROMETO-ME a presar pela ética tal qual exposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/12.

Palmas, _____ de _____ de 2020.

Nome completo

Assinatura do Acadêmico(a) - Assistente

Rubrica do(a) Participante

Rubrica do(a) Pesquisador(a) Responsável

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DECLARO estar ciente de todos os detalhes inerentes a pesquisa e COMPROMETO-ME a acompanhar todo o processo, presando pela ética tal qual exposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/12 e, especialmente, pela integridade do sujeito da pesquisa.

Palmas, _____ de _____ de 2020.

MSC Luciana Fernandes Maia Marin

Assinatura Orientador(a) e pesquisador(a) Responsável

CONTATOS:

<p>João Vitor Carneiro Lima</p> <p>Pesquisador Assistente</p> <p>Endereço: Quadra 1101sul condomínio miragem bloco 3 AP 303</p> <p>Telefone: 63981130527</p> <p>E-mail: linavitor705@gmail.com</p>	<p>Luciana Fernandes Maia Marin</p> <p>Pesquisador(a) Responsável</p> <p>Endereço: Quadra 1407 Sul, NS 15, al Cerejeira, lote 36, Condomínio Mirante do Lago</p> <p>Telefone: 63-992829480</p> <p>E-mail: maia@ceulp.edu.br</p>
--	---

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEPCEULP

Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas - TO CEP 77.019-900 Telefone: (63) 3219-8052

E-mail:etica@ceulp.edu.br

Assim, DECLARO que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, ter lido este Termo e ter entendido o que me foi explicado oralmente e devidamente apresentado neste documento, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa rubricando todas as folhas deste Termo e assinando a última.

Palmas, _____ de _____ de 2020.

**Assinatura do sujeito de pesquisa
legal (carimbo ou nome legível)**

Assinatura do pesquisador ou responsável

Apêndice B – QUESTIONÁRIO ON-LINE DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do participante:	
Data de hoje: ___/___/___	Sexo: () Feminino () Masculino
Data de nascimento: ___/___/___ idade:	Telefone:
Onde trabalha? () UNIMED () Hospital Palmas Medical	
Quanto tempo trabalha como fisioterapeuta na UTI? () < 1 ano; () 1 a 5 anos; () 6 a 10 anos; () 11 a 15 anos; () > 15anos	
Já realizou alguma especialização na área da fisioterapia hospitalar? () Não () Sim: Qual? _____	
Atua em qual UTI? () UTI adulto () UTI neonatal e pediátrica () Nas duas UTI's	
Trabalha quantas horas por mês na UTI? ___ horas	
Sua escala de plantão é de: () 06 horas () 12 horas () 18 horas () 24 horas	
Você realiza mobilização precoce como conduta na UTI? () Sim () Não	
O serviço de Fisioterapia desta unidade possui protocolo de mobilização precoce? () Não () Sim	
Se a resposta for sim responda: Você segue esse protocolo? () Não () Sim	
Você sente dificuldade em realizar mobilização precoce nos pacientes da UTI? () Sim () Não	
Quanto tempo em média leva um atendimento? () menos de 30 minutos () até 1 hora () mais de 1 hora	
Em quantos pacientes internados na UTI você consegue realizar mobilização precoce durante um plantão de 12 horas ? _____	
Em uma escala de plantão que apresenta o quantitativo de fisioterapeutas completa, quantos pacientes estão sob seus cuidados? _____.	
Desse total de pacientes sob seus cuidados durante um plantão, vc realiza mobilização precoce em todos? () Sim () Não:	
Se vc respondeu Não, em média, quantos pacientes ficam sem o procedimento de mobilização precoce? _____	
Principal motivo: _____.	
Na sua opinião, a utilização da mobilização precoce é importante na recuperação funcional do paciente, otimizando o desmame da VM, a sua alta, diminuindo as sequelas geradas ao paciente devido a gravidade com que foi internado e o tempo prolongado de hospitalização? () Sim () Não	
Questionário sobre mobilização precoce em pacientes críticos da UTI	

Baseado na sua experiência no atendimento com pacientes graves na UTI, selecione as opções na qual percebe como uma dificuldade para você realizar MP no seu ambiente de trabalho:

- () Tempo limitado do fisioterapeuta, devido ao quantitativo reduzido no quadro de profissionais.
- () Indisposição do fisioterapeuta.
- () Números limitados e/ou escassez de equipamentos adequados.
- () Desmotivação do fisioterapeuta.
- () Ausência de treinamento e/ou capacitação da equipe de profissionais.
- () Ausência de planejamento.
- () Inexistência de protocolos específicos de mobilização.
- () Excesso de protocolos instituídos.
- () Falta de uma equipe multidisciplinar para auxiliar.
- () Ausência de clareza em relação aos papéis e às responsabilidades.
- () Ineficácia na triagem diária de pacientes elegíveis devido a falta ou atraso na realização da avaliação.
- () Risco de lesões para a equipe responsável pela mobilização, como lesões musculares e aumento a carga de estresse no trabalho.
- () Falta de coordenação pela ausência de reuniões interprofissionais.
- () Falta de coordenação dos procedimentos realizados nos pacientes.
- () Gravidade da doença.
- () Instabilidade hemodinâmica.
- () Instabilidade neurológica, como Hipertensão intracraniana.
- () Instabilidade respiratória.
- () Paciente com dor.
- () Paciente com fadiga.
- () Paciente com privação do sono.
- () Paciente com obesidade.

- () Paciente desnutrido.
- () Paciente em sedação profunda.
- () Paciente com agitação e delirio.
- () Recusa do paciente.
- () Pacientes em cuidados paliativos.
- () Uso de dispositivos conectivos (sondas, tubos, drenos cefálicos, derivação ventricular externa, monitorização da PIC e acessos vasculares).
- () Pacientes com disfunções cognitivas.
- () Plegias ou paresias.
- () Alterações na perfusão cerebral.
- () Alta antecipada (antes da mobilização).
- () Mobilização precoce não é uma prioridade.
- () Falta de conhecimento do fisioterapeuta sobre riscos e benefícios da mobilização precoce.
- () Falta de conhecimento do paciente e das família sobre a mobilização precoce.
- () Falta de apoio ou de adesão da equipe multidisciplinar.
- () Ausência de cultura de mobilização precoce.
- () Indicação de repouso do paciente no leito.
- () Falta de planejamento e coordenação da administração do hospital.