

# A IMPORTÂNCIA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE E HUMANIZAÇÃO NA RECUPERAÇÃO FÍSICA E EMOCIONAL DO PACIENTE NA UTI

Margarete Jacob Fernandes Bayão<sup>1</sup>, Rogério Ultra<sup>2</sup>

## RESUMO:

A proposta do estudo é demonstrar o quanto a mobilização precoce e a humanização seriam fundamentais para a recuperação física e emocional do paciente em Unidade Terapia Intensiva (UTI) gerando uma melhor qualidade de vida e uma redução de tempo internação e custos as instituições; já que o valor terapêutico do repouso no leito tem sido bastante questionado. Os benefícios da mobilização precoce de pacientes na UTI melhora o status funcional e acelera o processo de retorno às atividades pré-morbidades. Na prática clínica atual, o fisioterapeuta intensivista tem focado suas abordagens, basicamente na recuperação da capacidade respiratória prévia à internação do paciente, deixando a abordagem motora/funcional para um segundo momento do tratamento. Mas apesar dos profissionais terem conhecimento de toda importância e benefício, a realização da mobilização precoce na UTI foi percebida como desafiadora, principalmente pela indisponibilidade de profissionais intensivista nas equipes dos hospitais, tempo insuficiente para a mobilização precoce, excesso de sedação, delirium, risco de autolesão musculoesquelética e excesso de estresse no trabalho.

Associado a mobilidade precoce no cuidado com o paciente, a humanização é o resgate do respeito à vida humana devendo fazer parte da filosofia da fisioterapia, que hoje já existem estratégias e ações da humanização como a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHA), indicando precauções com os sintomas psicopatológicos que surgem ou se agravam no decorrer da hospitalização. Muitos dos sobreviventes podem ter persistência da morbidade psicológica, particularmente ansiedade e depressão, quando comparados à população em geral. Apesar de todos os estudos afirmarem o resultado positivo do fisioterapeuta no trabalho de humanização, faz-se necessário a cada profissional levar o seu melhor e trazer de mais novo e coerente das publicações científicas ao seu dia a dia em suas práticas e demonstrar as instituições o quanto se beneficiaria em todos os sentidos com um olhar e rotinas mais cuidadosas.

**Palavras chave:** mobilidade precoce, humanização em pacientes hospitalizados, uti

## ABSTRACT:

The purpose of the study is to demonstrate how much early mobilization and humanization would be fundamental for the physical and emotional recovery of the patient in the Intensive Care Unit (ICU), generating a better quality of life and a reduction in hospital stay and costs to institutions; since the therapeutic value of bed rest has been widely questioned. The benefits of early mobilization of patients in the ICU improves functional status and speeds up the process of returning to pre-

-morbidity activities. In current clinical practice, the intensive care physiotherapist has focused his approaches, basically on recovering the respiratory capacity prior to the patient's hospitalization, leaving the motor / functional approach for a second stage of treatment. But despite the professionals' knowledge of all importance and benefit, the performance of early mobilization in the ICU was perceived as challenging, mainly due to the unavailability of intensivists professionals in hospital teams, insufficient time for early mobilization, excessive sedation, delirium, risk of musculoskeletal self-injury and excessive stress at work. Associated with early mobility in patient care, humanization is the rescue of respect for human life and must be part of the philosophy of physiotherapy, which today has humanization strategies and actions such as the creation of the National Program for the Humanization of Hospital Assistance (PNAHA), indicating precautions with psychopathological symptoms that arise or worsen during hospitalization. Many of the survivors may have persistent psychological morbidity, particularly anxiety and depression, when compared to the general population. Despite all the studies affirming the positive result of the physiotherapist in the humanization work, it is necessary for each professional to take their best and bring new and more coherent scientific publications to their daily lives in their practices and demonstrate the insti how much you would benefit in every way with a more careful look and routines.

**Key words:** early mobility, humanization in hospitalized patients, ICU

## INTRODUÇÃO:

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local de atendimento de pacientes graves ou de risco, necessitando de cuidados específicos, equipamentos para manutenção e monitorização dos sinais vitais, além de assistência multidisciplinar. Entretanto o ambiente se torna agressivo, tenso e traumatizante, devido à quantidade de procedimentos a que os pacientes são submetidos. Uma recuperação eficaz aos pacientes críticos é possibilitada com os aparelhos adotados pela UTI, mas são vistos de forma negativa, pois alguns deles são invasivos e podem causar grandes incômodos aos pacientes, como falta de privacidade, incômodo extremo produzido pelos ruídos, luzes e clima frio, além do desconforto ocasionado pelas intervenções. O paciente que já está vulnerável passa a sentir medo, estresse, desconforto, solidão e outros fatores que prejudicam sua recuperação. (1,2)

O trabalho do fisioterapeuta no cuidado do paciente crítico pode auxiliar na identificação precoce de problemas cinético-funcionais, sendo o programa de reabilitação recomendado como prática crucial e segura para a recuperação desses pacientes. O valor terapêutico do repouso no leito tem sido

bastante questionado. Diversos estudos têm demonstrado os benefícios da mobilização precoce de pacientes na UTI, entre eles, a melhora do status funcional e a aceleração do processo de retorno às atividades pré-morbidades. Os programas de reabilitação incluem mobilizações respeitando as condições e capacidades individuais dos pacientes, incluindo exercícios progressivos de transferências de decúbito no leito, transferências para posturas antigravitacionais no leito, transferências para fora do leito (poltrona ou ortostatismo), exercícios de treino de equilíbrio em ortostatismo e atividades pré-marcha (deslocamento lateral do centro de gravidade, marcha estacionária) até alcançar a deambulação. Na prática clínica atual, o fisioterapeuta intensivista tem focado suas abordagens, basicamente na recuperação da capacidade respiratória prévia à internação do paciente, atuando na remoção de secreções pulmonares, reexpansão de áreas pulmonares colabadas e no manejo da ventilação mecânica, deixando a abordagem motora/funcional para um segundo momento do tratamento. Mas apesar dos profissionais terem conhecimento de toda importância e benefício, a realização da mobilização precoce na unidade de terapia intensiva foi percebida como desafiadora, principalmente pela indisponibilidade de profissionais na equipe, tempo insuficiente para a mobilização precoce, excesso de sedação, delirium, risco de autolesão musculoesquelética e excesso de estresse no trabalho. (3,4,5)

O trabalho da fisioterapia não depende somente da qualidade técnica, mas também da qualidade relacional, pois nas condições que os pacientes se apresentam durante o tratamento intenso, as questões psicológicas estão adjuntas a patologias físicas. O temor, a ansiedade e as angústias do paciente podem agir negativamente no seu processo de adaptação no setor, bem como em relação à equipe de saúde e à sua recuperação. Assim, a humanização, definida como o resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento, deve fazer parte da filosofia da fisioterapia. As estratégias e ações da humanização foram desenvolvidas após a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH), visando profissionais sensíveis e capazes de ver as necessidades de saúde de forma a proporcionar um cuidado integral, que desenvolvam a habilidade de cuidar, conversar e principalmente ouvir, e não somente de realizar ações técnicas, atenuando assim, os sobreviventes de doenças críticas que com frequência apresentam formas incapacitantes de transtornos cognitivos, psicológicos e comprometimento funcional. Evidência atual sugere que os sobreviventes podem ter persistência da morbidade psicológica, particularmente ansiedade e depressão, quando comparados à população em geral. (2,6,7,8)

Diante do contexto, o estudo se propõe a demonstrar o quanto a mobilização precoce e a humanização seriam fundamentais para a recuperação física e emocional do paciente em UTI gerando uma melhor qualidade de vida e uma redução de tempo e custos as instituições.

## REVISÃO LITERÁRIA

### MOBILIZAÇÃO PRECOCE:

Desde década de 40, existem relatos de utilização da mobilização precoce durante a II Guerra Mundial como recurso terapêutico no reestabelecimento funcional de soldados feridos em batalhas, percebidos então os efeitos nocivos do repouso no leito. Com a imobilidade prolongada é um fator causador de complicações muito recorrentes em paciente internados e ventilados mecanicamente, podendo contribuir de modo significativo com o aumento do tempo de hospitalização. Uma redução na ocorrência de óbito tem sido observada a partir do aperfeiçoamento das técnicas nas UTI's.

Aproximadamente 30% a 60% dos pacientes internados nas UTI's são acometidos pelo desenvolvimento de fraqueza muscular generalizada podendo persistir entre seis meses até dois anos após a alta, tais manifestações já se evidenciam na primeira semana de repouso, com rápida redução de massa muscular e da densidade mineral óssea, atingindo também outros sistemas do corpo como locomotor, gastrointestinal, urinário, respiratório e cardiovascular. As complicações cardio-respiratórias são as mais prejudiciais e se apresentam na forma de atelectasia, hipoxemia, embolia pulmonar e pneumonia, causando aumento do tempo de internação e a mortalidade. (1,9,10)

Como estratégia para evitar essas repercussões prejudiciais do repouso prolongado no leito, a fisioterapia vem atuando de maneira satisfatória fazendo uso da mobilização precoce. As atividades de mobilização devem ser iniciadas logo após a estabilização dos parâmetros clínicos e hemodinâmicos, mesmo com o paciente em coma ou sob sedação. Para fornecer um manejo ideal do ventilador, requerendo uma abordagem multidisciplinar, os níveis mais leves de sedação, se houver, devem ser usados para que os pacientes possam se comunicar e se envolver em atividades. Sedação pesada causa imobilidade e debilitação. Além disso, um cérebro fortemente sedado pode sofrer problemas cognitivos ou de saúde mental mais tarde. A analgesia, baseada no conceito de que a dor geralmente causa agitação, pode ser usado para tratar a dor e o desconforto antes de sedativos ou hipnóticos serem administrados, diminuindo a necessidade e benzodiazepínicos. (1,9)

European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine estabeleceu uma hierarquia de atividades de mobilização na UTI, baseada numa sequência de intensidade de exercícios: mudança de decúbito e posicionamento funcional – pode ser utilizado de forma passiva ou ativa para estimulação do sistema neuromusculoesquelético, com benefícios no controle autônomo, melhora do estado de alerta e da estimulação vestibular além de facilitar uma boa resposta a postura antigravitacional, sendo utilizado como uma técnica eficaz para prevenir contraturas musculares, edema linfático e minimizar os efeitos adversos da imobilização. Mobilização passiva - A maior vantagem desta técnica sobre o treinamento muscular convencional é o baixo stress ventilatório durante a atividade muscular passiva podendo ser mais bem tolerada

que os exercícios aeróbicos em pacientes severamente descondicionados, assim como acontece no paciente crítico crônico, apesar deste fator refletir o envolvimento de menor massa muscular. Apesar de existirem relatos que a mobilização passiva isolada pode aumentar o consumo de oxigênio em até 15% em pacientes críticos, com significativo aumento de variáveis metabólicas e hemodinâmicas, e a mesma deve ser instituída precocemente no cuidado do doente crítico, mesmo na sua fase aguda, particularmente naqueles pacientes que não são capazes de se mover espontaneamente. O objetivo nesta fase é manter amplitude de movimento articular e prevenir encurtamento muscular, úlceras de decúbito, tromboembolismo pulmonar e até mesmo a redução de força muscular pela diminuição da proteólise muscular. Protocolo de exercícios cinesioterápicos – Pacientes inconsciente: realizados alongamentos passivos de MMSS nos movimentos de rotação externa, com abdução do ombro, extensão de cotovelos, punho e dedos, assim como a rotação interna, com adução do ombro, flexão de cotovelos, punho e dedos. Exercícios ativo-assistidos e ativos – Paciente consciente: obedecia aos comandos para abrir os olhos, direcionar o olhar, abrir a boca e protrair a língua, que foram classificados como passíveis de interação. Além das mobilizações realizadas anteriormente, foram praticados exercícios ativo-assistidos e ativos livres nas mesmas articulações e movimentos mencionados. Também foi exigida dos pacientes a manutenção na posição sentada por 20 minutos, duas vezes ao dia. O objetivo dos exercícios era o fortalecimento de membros superiores, realizados com o paciente sentado à beira do leito. A utilização de pesos não fez parte do protocolo, sendo acrescidas dificuldades funcionais, de acordo com a evolução. Mobilização precoce foi realizada após os pacientes apresentarem um grau de força muscular para o quadríceps maior ou igual a III (no MRC), ou seja, movimentarem os MMII contra a gravidade. Nesse estágio, foram adicionados exercícios de transferência do leito para a cadeira, descarga de peso com o paciente em posição ortostática. O paciente precisava ficar na postura ortostática que seria realizada, com adição de exercícios de equilíbrio, transferência de peso para os lados, para a frente, para trás e deambulação na UTI, não sendo mensurada a distância percorrida. O cicloergômetro para membros superiores, utilizado para avaliação e tratamento da aptidão cardiorrespiratória, também é usado na mobilização precoce. O teste incremental, que é sintoma limitado, ou seja, de minuto em minuto é acrescida uma carga e o paciente é levado à exaustão, só era interrompido antes que ele alcançasse esse limiar, caso a frequência cardíaca alcançasse a máxima permitida ou ocorressem modificações no eletrocardiograma. Era adicionada a cinesioterapia no grupo de intervenção por 15 dias, durante 20 minutos diários, com acréscimos ou reduções de 2,5 W/dia, conforme a escala de Borg modificada e pausa para repouso. (10,11)

A eletroestimulação melhora a capacidade de exercício via aumento da força muscular periférica. Os nervos motores são estimulados, através do uso de eletricidade de baixa voltagem, para produzirem contração muscular. Em pacientes com DPOC

e insuficiência cardíaca, essa intervenção demonstrou atrasar a perda de massa muscular durante a imobilidade e promover a recuperação da força muscular. A eletroestimulação requer mínima cooperação, produz stress cardiorrespiratório mínimo, além de menos envolvimento pessoal em comparação à fisioterapia convencional de corpo inteiro. 11

Pode-se verificar que, entre os estudos que utilizaram a eletroestimulação, obtiveram resultados satisfatórios aqueles realizados tardiamente, com pacientes mais crônicos e debilitados, visando ao aumento da massa muscular. Um protocolo de exercícios em pacientes com DPOC grave, acamados e sob VM prolongada, constatou que o grupo que recebeu a eletroestimulação conseguiu um aumento significativamente maior da força muscular, quando comparado a participantes do grupo controle. 11

A monitorização durante e após o exercício é mandatória e recomenda-se a avaliação das variáveis cardiovasculares (frequência cardíaca e pressão arterial) e respiratórias (padrão muscular ventilatório do paciente e sincronia do paciente com ventilador quando em ventilação mecânica, saturação periférica de oxigênio e frequência respiratória), além de observar o nível de consciência e verificar as dosagens de sedativos e drogas vasoativas. Pacientes com instabilidade hemodinâmicas, que necessitam de altas frações inspiradas em oxigênio e altos níveis de suporte ventilatório não são recomendados para atividades de mobilização mais agressivas. (10)

### **HUMANIZAÇÃO:**

A atuação do fisioterapeuta no curso do processo saúde-doença pode assumir um papel decisivo para garantir a qualidade na assistência durante a hospitalização, onde os cuidados devem ser dirigidos não apenas aos problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, que tornam intimamente interligadas a doença física. Não se pode pensar em fisioterapia sem envolvimento, sem diálogos, sem trocas de conhecimento e sem formação de vínculos. No processo de reabilitação, o fisioterapeuta tem como principal instrumento as mãos, onde através do toque, cuidam, reabilitam, confortam e curam, sendo imprescindível que as práticas ou tecnologias empregadas venham acompanhadas do contato com o paciente através da empatia, compreensão e escuta. (6,11)

Podemos citar algumas formas de agir no atendimento humanizado como: chamar o paciente pelo nome, tendo educação, atenção, carinho e paciência; ouvir o paciente e seus familiares; realizar anamnese, manuseio e posicionamento cuidadoso; explicar os procedimentos que serão realizados, tirar dúvidas e respeitar os limites do paciente; ter bom senso no atendimento (horários, indisposição do paciente, etc.); conhecer em detalhes a saúde, os exames e a doença do seu paciente; ter visão global de todas as suas necessidades; procurar compreender as atitudes, escolhas e vontades do paciente; evitar preconceitos e generalizados, respeitando hábitos, religião e costumes; fornecer orientações sobre internação e alta hospitalar. Outra ação de humanização que alguns hospitais já implantaram é a saída do paciente para uma área externa, como banho de

sol, por exemplo, embora não tenha comprovação científica, traz bons resultados tendo envolvimento direto com bem estar, principalmente em pacientes com longa duração. (12)

O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência onde o temor, a ansiedade e as angustias podem agir negativamente no seu processo de adaptação no setor, bem como em relação à equipe de saúde e a sua recuperação. Com a preocupação no cuidado e atenção aos pacientes, a humanização vem ao resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento, levando o Ministério da Saúde (MS) a criar no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que buscava disseminar a ideia de humanização nas práticas de saúde e melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados a população. Em 2003, o MS transformou o programa em Política Nacional de Humanização (PNH) passando a humanização a ser adotada no cotidiano de toda rede pública e não só no âmbito hospitalar como na sua criação, estabelecendo diretrizes fundamentais para efetiva implantação desta política nas instituições de saúde, tais como criação de Grupos de Trabalho em Humanização, criação de mecanismos para ampliar o diálogo entre usuários-profissionais-gestores, garantia da visita aberta, implantação do acolhimento com classificação de risco aos usuários nas áreas de acesso (pronto-socorro e ambulatório) e outras. Mas como visto em estudos, a maioria dos profissionais não conhece ou conhece parcialmente a PNH, ao mesmo tempo, aponta que embora os profissionais reconheçam a importância da presença da família junto ao paciente, na prática, muitas vezes ela é vista como um entrave para manutenção das rotinas na UTI. (6,7)

Os sintomas psicopatológicos que surgem ou se agravam no decorrer da hospitalização, podem ser atenuados se a humani-

zação estiver presente no cuidado ao paciente, podendo assim os sobreviventes de doenças críticas, apresentarem formas menos incapacitantes de transtornos cognitivos, psicológicos (particularmente transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão) e comprometimento funcional em sua alta hospitalar da UTI que podem repercutir de meses a anos. 8

#### METODOLOGIA:

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura acerca do tema mobilização precoce e humanização em pacientes em UTI, a qual foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações na línguas inglesa, portuguesa e hispânica “Portal de Periódicos CAPES/MEC”, “Scientific Electronic Library Online (SciELO)” e “U.S.National Library of Medicine (PubMed)”. Os critérios de inclusão definidos para seleção dos artigos na íntegra foram: período compreendido entre 2010 a 2021, utilizando palavras chave: “mobilização precoce”, “humanização em UTI”, “unidade de terapia intensiva” (UTI), “emocional do paciente em UTI”, “physiotherapy”, “intensive care unit (ICU)”, “early mobilization”, que retratassem a temática, sendo selecionados os artigos que faziam referência em seus dados aspectos fisiológicos, aspectos de humanização ao paciente hospitalizado técnicas relacionados ao uso da mobilização precoce.

#### RESULTADOS:

Foram obtidos 335 artigos somente pela escolha dos temas mobilização precoce e humanização, depois de selecionados ficaram 31 e na sequência com leitura completa estão presentes neste estudo 11 artigos, sendo 7 artigos originais e 5 revisão de literatura.

AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO	QTD. PAC	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
Soares et al, 2010	Estudo longitudinal	91	Sedestação MMII pendentes, sedestação na poltrona, marcha estacionária e deambulação.	Há uma tendência a menor taxa de mortalidade na UTI em pacientes submetidos à mobilização precoce na retirada do leito, sugerindo que essa prática seja estimulada cada vez mais.
Moreira R.C.M.,2012	Ensaio clínico aleatório	134	Protocolo de mobilização proposto que se divide em etapas a partir do nível de consciência e força muscular dos MMII e MMSS, com frequência de uma sessão diária durante sete dias por semana.	Possível afirmar que a mobilização precoce é segura, eficaz e favorece a saída precoce do leito, principalmente quando iniciadas após as 24h de admissão na UTI. Mobilização precoce foi clinicamente relevante em todos os contextos, reduzindo o tempo de internação na UTI, bem como seus custos totais.
Fontela et al, 2018	Estudo transversal	108	Questionário eletrônico enviado aos chefes de serviços que repassaram aos profissionais.	A realização da mobilização precoce na UTI foi percebida como desafiadora, principalmente pela indisponibilidade de profissionais de equipe, tempo insuficiente para mobilização precoce, excesso de sedação, delirium, risco de autolesão musculoesquelética e excesso de estresse no trabalho.
Mondadori et al, 2016	Estudo transversal	60	Questionário com entrevista face a face no quarto dos pacientes.	O atendimento fisioterapêutico disponibilizado na UTI foi caracterizado como humanizado pelos pacientes, demonstrando sua assistência com respeito e ética, possibilitando uma assistência de qualidade.

Lopes et al, 2009	Corte transversal	44	Questionário com entrevista face a face no quarto do paciente, sem a presença de qualquer profissional de saúde do hospital.	A assistência fisioterapêutica prestada na UTI foi marcada pelo bom atendimento, pela atenção dada ao paciente e pelo tratamento de qualidade, caracterizando uma assistência humanizada, sendo fatores determinantes a empatia e garantia (práticas resolutivas e habilidade) para humanização.
Machado et al, 2016	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	23	Questionário aplicado de forma individual.	O profissional saúde deveria ter mais afetividade e saber que o paciente possui todo um contexto social, sendo então considerado de extrema importância que as universidades e instituições de saúde, discutam a Política Nacional de Humanização, trazendo para prática diária tudo aquilo que é preconizado por essa política de saúde.
Pereira et al, 2017	Corte prospectiva	25	Avaliados em ambulatório 6 meses e 5 anos após a alta do hospital por um médico intensivista, um enfermeiro e um psicólogo.	O comprometimento cognitivo é frequente após admissão/alta da UTI, pela amostra a função cognitiva, a ansiedade e a depressão tiveram significativa melhora com o passar do tempo, o que sugere reversibilidade em um longo período de tempo.

## DISCUSSÃO:

Segundo o autor Moreira et al, o realizado um ensaio clínico aleatorizado em pacientes em dois grupos (tratamento – n=67 e controle – n=67). Os grupos foram comparados a partir da idade, gênero, lactato, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, Proteína C Reativa, tempo de ventilação mecânica e diagnóstico. O grupo controle foi acompanhado durante todo o tempo e submetido ao protocolo proposto de mobilização precoce. O protocolo foi iniciado a partir de 24h de admissão e consistiu de quatro etapas de atividades respeitando o nível de consciência e o grau de força nos membros superiores e inferiores que também foi utilizado como parâmetro de progressão.

Todas as variáveis foram submetidas ao teste de normalidade Kolmogorov Smirnov e então submetidos ao teste Mann Whitney U e Qui-quadrado. O resultado foi que as características dos grupos foram similares na avaliação inicial. Do total de 134 pacientes, houve 14 exclusões (7 no grupo tratamento e 7 no controle) devido a intercorrências no período de internação. Houveram dois eventos adversos atribuídos ao protocolo, sendo uma perda de acesso venoso periférico e uma perda de sonda nasointestinal. A proporção de pacientes que saíram do leito foi diferente entre os grupos, sendo 61 pacientes no grupo tratamento e apenas dois no controle (p=0,001). O tempo de permanência na UTI foi de 264,76 horas vs. 379,71 horas (p=0,122) nos grupos tratamento e controle, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no tempo de internação hospitalar, o grupo tratamento obteve média de dias de internação de 28,6 (IC 95% - 21,37 - 35,83) dias, enquanto o controle apresentou média de 36,1 (IC 95% - 28,04 - 44,13) (p=0,159). O grupo tratamento apresentou média de tempo de VM de 5,36 (IC 95% - 3,32 - 7,40) dias ao passo que o grupo controle apresentou média de 7,66 (IC 95% - 5,09-10,22) dias (p=0,094). Nesse estudo, a mortalidade na UTI alcançou 18,7% (25 pacientes) não sendo estatisticamente diferente entre os grupos (p=0,506), mantendo o mesmo padrão, a mortalidade hospitalar que foi de 26,1% (35 pacientes) (p=0,844). O custo médio em cada hora de interna-

ção registrado pelo HRTN no período de abril-setembro/11 foi de R\$55,70/paciente, levando em consideração o tempo de internação (horas) na UTI o grupo tratamento foi responsável pelo montante de R\$14.746,28 média/paciente ao passo que o grupo controle foi responsável por R\$21.148,62 média/paciente (p=0,122). Os achados dessa pesquisa foram similares a estudos prévios e é possível afirmar que a mobilização precoce é segura, eficaz e favorece a saída precoce do leito, principalmente quando iniciadas após as 24h de admissão na UTI. Mobilização precoce foi clinicamente relevante em todos os contextos, reduzindo o tempo de internação na UTI, bem como seus custos totais. Comentário Devido às intercorrências, o quantitativo da avaliação ficou prejudicado com uma amostra pequena na visão estatística sem muita mudança, acreditamos que se houvesse uma amostra maior talvez chamasse mais atenção aos profissionais da importância à aplicação da mobilização precoce, apesar do resultado financeiro ter tido uma representação mais significativa com redução de um terço do valor do grupo de controle.

O autor Fontela et al, realizou um estudo transversal com médicos, profissionais de enfermagem e fisioterapeutas de seis unidades de terapia intensiva de dois hospitais. Os questionários consistiram em itens que avaliaram o conhecimento dos potenciais benefícios da MP na UTI, atitudes em relação ao fornecimento de terapia na UTI e as barreiras percebidas para a realização da MP (mobilização Precoce). As respostas foram indicadas utilizando uma escala Likert de 5 pontos: concordo totalmente, concordo, neutro, discordo e discordo totalmente. Responderam o questionário 98 de 514 profissionais (taxa de resposta de 19%). Os benefícios da mobilização precoce reconhecidos foram manutenção da força muscular (53%) e redução no tempo de ventilação mecânica (83%).

Atitudes favoráveis à mobilização precoce foram consentir que seus benefícios em pacientes sob ventilação mecânica superassem os riscos relacionados aos pacientes e à equipe; que a mobilização precoce deveria ocorrer rotineiramente por meio de protocolos de enfermagem e fisioterapia; e em alterar os parâmetros da ventilação mecânica e reduzir a sedação dos

pacientes, para facilitar a mobilização precoce. Sua conclusão foi que os profissionais conhecem os benefícios da mobilização precoce e reconhecem atitudes que tornam favorável sua realização. Entretanto, aplicar a mobilização precoce foi percebido como desafiador, principalmente pela indisponibilidade de profissionais e tempo para a mobilização precoce, sedação, delirium, risco de autolesão musculoesquelética e excesso de estresse no trabalho. Podemos notar que mobilização precoce é uma técnica de grande benefício ao paciente e a instituição, corroborando com o artigo de Moreira, mas ainda se tem implicações a sua aplicação. Comentário: Acreditamos que havendo mais estudos como estes e aplicar uma divulgação com estas amostras científicas às instituições de saúde e seus profissionais, poderemos beneficiar principalmente ao paciente e desafogar os hospitais os seus leitos e diminuindo seus gastos financeiros.

O estudo de corte transversal do autor Mandadori et al, foi realizado com entrevistas e questionário avaliativo no quarto dos pacientes, incluindo 60 indivíduos maiores de 18 anos que receberam alta da UTI adulta, receber atendimento fisioterapêutico, ser lúcido e orientado, com capacidade de verbalização oral e/ou escritas preservadas, estar internado em outras unidades do próprio hospital no momento da coleta de dados, concordar em fazer parte do estudo. A pesquisa foi realizada em forma de entrevista face a face, no quarto dos pacientes. O questionário utilizado foi padronizado, estruturado e desenvolvido por Lopes e Brito, composto por questões fechadas incluindo dados sociodemográficos, análise da relação fisioterapeuta-paciente e dos procedimentos adotados pelos fisioterapeutas, considerados de forma humanizada (positiva) ou desumanizada (negativa). Foi categorizada como "humanizada" quando representada por cinco ou mais respostas positivas na avaliação da relação fisioterapeuta-paciente, e "desumanizada", por cinco ou mais respostas negativas na avaliação dessa relação. Eles apresentaram satisfação nas dimensões de atendimento, sendo que dignidade, comunicação, confiabilidade, aspectos interpessoais e receptividade alcançaram 100% de respostas positivas, garantia 98,3%, empatia 96,7%, os aspectos autonomia e eficácia emplacaram 95% das respostas favoráveis à humanização. Os pacientes demonstraram alto grau de aprazimento nos vários aspectos analisados quanto à assistência oferecida pelos fisioterapeutas, que devem prezar pela humanização em sua conduta profissional, demonstraram sua assistência com respeito e ética, possibilitando uma assistência de qualidade. Comentário: Concordo com o estudo que com gestos muitos simples, estar atento aos sinais não verbais emitidos torna o atendimento humanizado e com esta abordagem de agir com carinho, respeito e ética, que este estudo obteve um resultado positivo tão expressivo.

Lopes et al, estudo de corte transversal, sendo elaborado um questionário para avaliação da humanização da assistência de fisioterapia e incluídos pacientes maiores de 18 anos, lúcidos e que estiveram internados em unidade de terapia intensiva por período igual ou superior a 24 horas. A amostra foi definida por conveniência e composta por 44 pacientes realizada por entre-

vista face-a-face sem nenhum profissional de saúde presente a fim de oferecer conforto e segurança, preservando o sigilo. Questionário foi desenvolvido para pesquisa e constituído por questões fechadas pertinentes à parte específica do estudo (avaliação da relação fisioterapeuta-paciente) e procedimentos. As dimensões do atendimento foram: dignidade, comunicação, autonomia, confiabilidade, garantia, aspectos interpessoais, empatia, receptividade e eficácia. Os pacientes do presente estudo apresentaram alto grau de satisfação com relação às dimensões do atendimento de acordo com a relação fisioterapeuta-paciente que a maioria dos pacientes fez uma avaliação positiva. As avaliações negativas foram mais frequentes para os itens autonomia e empatia. Observou-se que durante a realização de procedimentos de fisioterapia a falta de humanização foi baixa (5%), sendo apenas a terapia de higiene brônquica com estímulo a tosse foi pontuada. Comentário: Poderia aumentar a amostra estendendo aos familiares cujos pacientes não lúcidos teriam uma representação, afinal esta também é uma abordagem de humanização.

No estudo de Machado et al, tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em uma UTI geral adulta tipo II. A coleta de dados foi realizada por um questionário composto de três perguntas abertas e aplicado de forma individual. As perguntas foram as seguintes: 1.

Você teve contato com a Política Nacional de Humanização (PNH), seus princípios, diretrizes e eixos norteadores? 2. O que você entende por humanização? 3. Você utiliza alguma estratégia em sua prática diária para humanizar o cuidado prestado aos pacientes e familiares? No processo de análise, realizou-se a leitura na íntegra dos questionários, na fase da pré análise, foram feitas a organização e a leitura repetida do corpus de pesquisa. Posteriormente, procedeu-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos, que permitiram o agrupamento das ideias relevantes em categorias, representadas por três categorias temáticas. Os sujeitos participantes da pesquisa foram sete Técnicos de Enfermagem, seis Enfermeiros, quatro Fisioterapeutas e seis Médicos, totalizando 23 profissionais, sendo que a escolha dos participantes se deu de forma voluntária, por meio de convite verbal a todos os profissionais que atuavam na UTI e de acordo com a disponibilidade em participar do estudo. Vale ressaltar que os profissionais trabalhadores desta UTI são vinte e dois técnicos de enfermagem, sete enfermeiros, quatro fisioterapeutas e oito médicos, sendo que um enfermeiro não participou do estudo porque estava em férias e os demais profissionais não se dispuseram a participar do estudo. Para a manutenção do sigilo de suas identidades foram numerados de T1 a T7 para os técnicos de enfermagem, E1 a E6 para os enfermeiros, F1 a F4 para os fisioterapeutas e M1 a M6 para os médicos.

Constatou-se que os profissionais, apesar da maioria deles não terem conhecimento do conteúdo da PNH, trazem para sua prática diária valores como respeito, dignidade e amor ao próximo, tentando assim tornar mais humanas as suas atividades diárias. Contudo, a implantação de programas de humanização do cuidado em ambiente hospitalar parece ainda não

ser uma realidade em todas as instituições de saúde. O desenvolvimento de atividades de educação permanente dirigida aos profissionais que atuam nas UTIs também se constitui em uma importante estratégia para difundir a ideia de humanização, fazendo com que os trabalhadores conheçam a política e sua finalidade e, acima de tudo, fazendo com que eles se tornem participantes/coautores na construção de um ambiente mais humanizado e não sejam meros expectadores nesse processo. Comentário: A qualidade no atendimento, no trabalho, no cuidar e no ambiente é um dever de todos, que possamos começar com os novos profissionais em suas instituições de formação é um real começo, mais não podemos deixar de fazer a nossa parte com a implantação ou não de programas, a humanização vem com o profissional de saúde que esquece em algum ponto de sua vida no que se trata de compaixão e o real propósito de cuidar.

Autora Pereira et al, os avaliados foram avaliados no ambulatório 6 meses e 5 anos após a alta do hospital por um médico intensivista, um enfermeiro e um psicólogo. Avaliou-se a psicopatologia por meio do relato do paciente, com uso dos seguintes questionários de triagem: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Post-Traumatic Stress Scale-14 (PTSS-14). (11,12) O ponto de corte para ansiedade e depressão foi HADS  $\geq 11$  para cada uma das subescalas, e o ponto de corte para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi PTSS-14  $\geq 45$ . Dentre os 267 pacientes admitidos à UTI durante o período do estudo, 150 sobreviveram (56%) e 25 (17% dos sobreviventes) cumpriram os critérios para inclusão, tendo sido avaliados no ambulatório após 6 meses da alta hospitalar. Os sobreviventes não apresentaram declínio progressivo da função cognitiva ou da qualidade de vida dentro de 5 anos após a alta da unidade de terapia intensiva. Os sintomas psicopatológicos tenderam a diminuir com o tempo. Comentário: Concordo onde deveríamos ter uma avaliação pré-UTI das condições físicas, cognitivas e psicológicas, assim como da qualidade de vida, para estabelecer uma linha de base e, então, determinar o verdadeiro impacto da doença e/ou da admissão à UTI. Este tipo de dados é de muito difícil obtenção, já que, na maioria dos casos, a admissão à UTI não é programada. Com relação às atividades físicas, há alguns instrumentos que podem ser administrados aos parentes, como o teste de Lawton e Brody de Avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária; propomos, assim, sua aplicação aos parentes de pacientes quando da admissão à UTI. Uma avaliação antes da alta hospitalar poderia também ser de grande valia para avaliar fatores adicionais que possam ter surgido durante a permanência no hospital e contribuir para o comprometimento físico, psicológico e cognitivo, que se identifica no acompanhamento médico.

### CONCLUSÃO:

Pelos estudos que foram selecionados podemos concluir que a mobilização precoce é segura e eficaz, reduzindo a debilidade física, tempo de internação na UTI e taxa de mortalidade, aumentando o desempenho funcional após alta do paciente; mas infelizmente ainda se faz necessário lembrar que este proces-

so é parte da reabilitação a ser aplicada, onde nem sempre é possível atender a demanda devido ao número excessivo de pacientes para um quadro reduzido de fisioterapeutas ou por falta de conhecimento da real importância dessa prática. Associado a mobilização precoce, a humanização também faz parte desse processo, somente com uma consciência de tudo que pode ser proposto em benefício ao paciente para sua recuperação mais precoce possível, e entendendo que ali se encontra um ser humano, um indivíduo que confia e se coloca entregue aos cuidados dos profissionais envolvidos.

Estendendo a humanização aos seus familiares, trabalhando a compaixão, assim é que conseguiremos atender com excelência ao paciente, dando a ele uma qualidade de vida. Gerando também uma redução de gastos financeiros e uma maior disponibilidade nos leitos das instituições.

Todos os profissionais que saem de uma instituição de ensino sabem o quanto é importante à reabilitação de um paciente e o quanto ele se beneficia com todos os recursos e técnicas aplicadas para sua recuperação. A humanização faz parte da essência de cada indivíduo. Observamos que a degradação do sistema e a falta de identidade de cada um, nos mostra a erraticidade ou a falta no processo de cuidar do paciente internado em UTI. Faz-se necessário a cada profissional dar o seu melhor se atualizando com publicações científicas para melhorar do seu desempenho no dia a dia em suas práticas e demonstrar as instituições o quanto elas iriam se beneficiar em todos os sentidos com um olhar e práticas mais cuidadosas.

### REFERÊNCIAS:

- 1 – Gomes ES, Gardengui G. Mobilização precoce no paciente em unidade de terapia intensiva. Rev.Saúde.UNG.SER. 2017;11(2):64-79
- 2 - Mondadori AG,Zeni EM, Oliveira A, Silca CC, Wolf VLW, Taglietti M. Humanização da fisioterapia em unidade de terapia intensiva adulto: estudo transversal. Fisioter.Pesqui. 2016;23(3):294-300
- 3 – Soares TR, Avena KM, Olivieri FM, Feijó LF, Mendes KMB, Filho SAS, Gomes AMC. Retirada de leito após a descontinuação da ventilação mecânica: há repercussão na mortalidade e no tempo de permanência na unidade de terapia intensiva? Ver.Bras.Ter.Intensiva. 2010;22(1):27-32
- 4 – Moreira RC. Mobilização precoce de pacientes criticamente doentes – ensaio clínico aleatorizado [dissertation]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 85p.
- 5 – Fontela PC, Junior LAF, Friedman. 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
- 6 – Lopes FM, Brito ES. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação

em unidade de terapia intensiva. Ver.Bras.Ter.Intensiva. 2009; 21(3):283-291

7 – Machado ER, Soares NV. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. R.Enfer.Cent.O. Min. 2016;(3):2342-234817

8 – Pereira S, Cavaco S, Fernandes J, Moreira I, Almeida E, et al. Desfechos psicológicos em longo prazo após alta da terapia intensiva. Ver.Bras.Ter.Intensiva. 2018;30(1):28-34

9 – Silveira ACCN, Mota VMT, Sousa FKV, Marçal E, Gurgel DC, Nogueira IC. Análise dos recursos terapêuticos utilizados na mobilização precoce em pacientes críticos. Motricidade. 2019;15(4):71-80

10 – França EET, Ferrari F, Fernandes P, Cavalcanti R, Duarte A, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do departamento de fisioterapia da associação de medicina intensiva brasileira. Ver.Bras.Ter.Intensiva. 2012;24(1):6-22

11 – Brito MCS, Silva LW, Ribeiro E. Mobilização precoce em pacientes adultos submetidos à ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva. Ver.Eletrôn.Atualiza Saúde. 2015;2(2):112-124

12 – Oliveira TCP, Souza SB. As atribuições e benefícios da fisioterapia no contexto hospitalar e sua contribuição para humanização da assistência. Webartigos. 2014