



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**MARINA BEZERRA GAIA NETA
THAYNAN DE ANDRADE VERISSIMO BARBOSA**

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE MOBILIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS
A CIRURGIA ABDOMINAL ALTA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

RECIFE

2023

MARINA BEZERRA GAIA NETA
THAYNAN DE ANDRADE VERISSIMO BARBOSA

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE MOBILIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS
A CIRURGIA ABDOMINAL ALTA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob orientação de Renata Carneiro Firmo e coorientação de Aline Louise do Nascimento Avelino, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em fisioterapia.

RECIFE

2023

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO:

ANÁLISE DOS INDICADORES DE MOBILIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA ABDOMINAL ALTA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ORIENTADORA: RENATA CARNEIRO FIRMO

Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Coordenadora de tutor do 2º e 5º período do Curso de Fisioterapia pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e Coordenadora da Fisioterapia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

Telefone: (81) 99350-7337. E-mail: renatacarneirof@hotmail.com

COORIENTADORA: ALINE LOUISE DO NASCIMENTO AVELINO

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Guarulhos – UNG. Diarista da fisioterapia das UTIs cirúrgica e retaguarda do IMIP.

Telefone: (81) 99141-1054. E-mail: aline.avelino@yahoo.com.br

DISCENTES:

MARINA BEZERRA GAIA NETA

Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Telefone: (87) 99614-8164. E-mail: marina.bezeerra@gmail.com

THAYNAN DE ANDRADE VERISSIMO BARBOSA

Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Telefone: (81) 99522-1688. E-mail: thay_andradel@hotmail.com

Local onde o estudo foi realizado: Unidade de terapia intensiva adulto cirúrgica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

RESUMO

Introdução: A cirurgia abdominal alta é caracterizada por incisões acima da cicatriz umbilical. Por sua localização, trauma cirúrgico e procedimento anestésico, esse tipo de cirurgia ocasiona uma cascata inflamatória. O imobilismo no pós-operatório de cirurgias abdominais favorece o surgimento de complicações, além de contribuir para o aumento no tempo de internamento hospitalar. A mobilização precoce é um recurso que minimiza os efeitos deletérios do imobilismo. **Objetivo:** Avaliar o efeito da mobilização precoce mensurados através do tempo de ortostatismo e deambulação no desfecho dos pacientes submetidos a cirurgia abdominal alta em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo coorte retrospectivo, realizado na UTI Adulto Cirúrgica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Foram avaliados os registros de todos os pacientes admitidos na UTI no período de maio a dezembro de 2021 e que atendiam aos critérios de inclusão. Os dados foram obtidos através de uma consulta na base de dados próprio da fisioterapia. **Resultados:** Foram admitidos 485 pacientes na UTI cirúrgica, dentre esses 107 foram elegíveis para o estudo, sendo 57 pacientes do sexo feminino e 50 do sexo masculino. O tempo de internamento foi de 2,9 dias. A mediana do nível funcional da admissão foi de 3 e o da alta de 7. Dos 37 pacientes que não deambularam, o tempo de internamento foi de 3,11 dias e dos outros pacientes que deambularam foi de 2,68 dias. Todos os pacientes avaliados tiveram alta para a enfermaria. **Conclusão:** Através da análise dos indicadores tempo de deambulação e tempo de ortostatismo, observa-se que a mobilização precoce tem impacto direto no tempo de internamento nos pacientes submetidos a cirurgia abdominal alta.

Palavras-Chave: Posição Ortostática, Período Pós-operatório, Tempo de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Deambulação Precoce.

ABSTRACT

Introduction: Upper abdominal surgery (CAA) is characterized by incisions above the umbilicus. Due to its location, surgical trauma and anesthetic procedure, this type of surgery causes an inflammatory cascade. To avoid deleterious effects for the patient in the postoperative period, the literature shows the importance of early hospitalization, since patients who go through prolonged periods of immobility can contribute to the development of postoperative complications, which contributes to an increase in length of hospital stay. **Objective:** To evaluate the effect of early uptake measured by standing and walking time on the outcome of patients admitted to upper abdominal surgery in an Intensive Care Unit. **Methods:** This is an observational retrospective cohort study, carried out at the Adult Surgical ICU of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. The records of all patients who were admitted to the Surgical ICU from May to December 2021 and who met the inclusion criteria were evaluated. The data were obtained through a query in the physiotherapy database. **Results:** A total of 485 patients were admitted to a physiological ICU, of which 107 were eligible for the study, 57 females and 50 males. The length of stay was 2.9 days. The median functional level at admission was 3 and at discharge 7. Of the 37 patients who did not walk, the length of stay was 3.11 days and for the other patients who walked it was 2.68 days. All patients were discharged to the ward. **Conclusion:** Through the analysis of the walking time and standing time indicators, it is observed that early mobilization has a direct impact on the length of stay in patients undergoing upper abdominal surgery.

Keywords: Standing Position, Postoperative Period, Length of Stay, Intensive Care Units, Early Ambulation.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	4
II.	MÉTODOS	6
III.	RESULTADOS	7
IV.	DISCUSSÃO	8
V.	CONCLUSÃO	10
VI.	REFERÊNCIAS	11
VII.	TABELAS	13

I. INTRODUÇÃO

A cirurgia abdominal alta (CAA) é toda aquela com incisura acima da cicatriz umbilical¹. Essa incisão gera rompimento das fibras dos músculos respiratórios e abdominais, levando a diminuição da atividade respiratória². As CAAs mais comuns são as gastroplastias, gastrectomias, laparotomias, colecistectomias, coledocolitotomias, e esofagectomias³. Por sua localização, trauma cirúrgico e anestesia, pacientes submetidos a essas cirurgias passam por mecanismos de alterações fisiopatológicas⁴.

A ocorrência das alterações e complicações pós-operatórias está intimamente ligada à existência de fatores de risco pré-operatórios. Entre eles, destacam-se: idade avançada, presença de doença pulmonar prévia ou outras doenças clínicas, tabagismo, obesidade, desnutrição, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Além disso, o tipo de anestesia, tipo de incisão, técnica cirúrgica empregada e tempo de cirurgia acima de 210 minutos são considerados fatores intraoperatórios que também podem trazer complicações para o paciente¹.

Os fatores de risco pré e intraoperatórios quando associados a dor, tempo prolongado de restrição ao leito e uso de drenos após a cirurgia ocasionam redução dos volumes e capacidades pulmonares^{4,5}, elevado risco para o desenvolvimento de trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), constipação intestinal e redução do condicionamento físico⁶, pois apenas 7 dias de restrição ao leito reduz a força muscular em 30% e a cada semana que se passa perde-se 20% da força restante⁷. Para evitar tais complicações, a literatura traz a mobilização precoce como uma forma de reabilitação física, que tem como objetivo a redução dos níveis basais de marcadores inflamatórios⁸, diminuição do catabolismo muscular, melhora do retorno venoso. A mobilização contribui na prevenção de eventos tromboembólicos, na alta precoce da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e hospitalar e diminuindo o risco de readmissão^{9,10,11}.

A mobilização precoce deve ser o foco de toda a equipe multidisciplinar, mas é o fisioterapeuta o profissional responsável pela implantação e gerenciamento do plano de mobilização do paciente na UTI. Diante disso, a fisioterapia pós intervenção cirúrgica tem papel fundamental na prevenção das complicações pós-operatórias e na reabilitação do paciente, tendo como principal objetivo preservar a função pulmonar e reverter as alterações fisiológicas e funcionais advindas do procedimento cirúrgico^{4,12}.

Apesar da carência de estudos sobre o impacto da mobilização precoce com relação ao tempo para a realização do primeiro ortostatismo e deambulação na UTI nessa população, esses dados são considerados indicadores de assistência da fisioterapia, demonstrando a qualidade do

serviço^{4,13-18}. Diante disso, esse estudo tem como objetivo avaliar o efeito da mobilização precoce mensurados por meio do tempo de ortostatismo e deambulação no desfecho dos indivíduos submetidos a cirurgia abdominal alta em uma Unidade de Terapia Intensiva.

II. MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional do tipo coorte retrospectivo, realizado na UTI Adulto Cirúrgica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) situado no bairro dos Coelhos em Recife, Pernambuco. O setor recebe pacientes no pós-operatório de cirurgias gerais, torácicas, vasculares, ortopédicas, urológicas e de cabeça e pescoço. O estudo foi realizado a partir das cirurgias gerais, especificamente as cirurgias abdominais altas, devido à grande quantidade de cirurgias realizadas nesse âmbito. Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em seres humanos do IMIP sob o CAAE 59017022.1.00005201, seguindo as normas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram avaliados os registros de todos os pacientes que foram admitidos na UTI Adulto Cirúrgica no período de maio a dezembro de 2021 e que atendiam aos critérios de inclusão, sendo estes, pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e admitidos na UTI no pós-operatório imediato de cirurgia abdominal alta. Foram excluídos do estudo, pacientes internados na UTI por motivo de complicação de uma cirurgia abdominal prévia, pacientes reabordados durante o internamento na UTI, pacientes com distúrbio neuromuscular e osteomioarticular que impossibilitem a evolução do nível funcional e que foram a óbito durante internamento na UTI.

Os dados foram obtidos do banco de dados da fisioterapia. Foram analisadas variáveis como idade, sexo, diagnóstico, comorbidades, descrição cirúrgica, tempo de internamento, desfecho, tempo para primeiro ortostatismo, tempo para primeira deambulação e nível funcional de admissão e da alta através da escala IMS¹⁹, que foi desenvolvida através de um escore específico para mensurar a melhora da condição de mobilidade, de forma a se padronizar a avaliação do paciente na UTI, mensura de 0 a 10 o nível funcional do paciente. A pontuação vai aumentando de acordo com a mobilidade, sendo 0 mínima mobilidade onde o paciente é restrito ao leito e 10 máxima mobilidade, o qual o paciente deambula independente.

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico Jamovi (versão 2.3) e R Core Team (versão 4.1). Foram utilizado o teste “t” de Student para as variáveis numéricas, nas variáveis quantitativas foram calculadas média, mediana, desvio-padrão e para variáveis qualitativas foram construídas tabelas de frequências. Para determinação da força de associação foi calculada a razão de prevalência (RP) como medida do risco relativo bem como seu intervalo de confiança a 95%. Em todas as etapas da análise foi considerado um nível de significância de 5%. Utilizou-se as bases de dados SciELO e PubMed como fontes para embasamentos teóricos.

III. RESULTADOS

Entre os meses de maio a dezembro de 2021, foram admitidos 485 pacientes na UTI Adulto Cirúrgica, dentre esses 107 foram elegíveis para o estudo, com idade média de $56,4 \pm 13,56$ anos. Sendo 57 do sexo feminino (53,27%) e 50 do sexo masculino (46,72%). As cirurgias abdominais altas mais realizadas no setor foram gastrectomia, a qual teve a maior prevalência resultando em 45 pacientes (42,05%), seguido por apendicectomia com 16 pacientes (14,95%), gastroplastia com 8 pacientes (7,47%), entre outras. (Tabela 1)

As comorbidades mais relevantes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 43 pacientes (40,18%), tabagismo 23 pacientes (21,49%), diabetes mellitus 21 pacientes (19,62%), etilismo 9 pacientes (8,41%), obesidade 8 pacientes (7,47%), doença pulmonar prévia 7 pacientes (6,54%) e doença renal crônica 3 pacientes (2,80%).

O tempo médio de internamento foi de $2,9 \pm 2,96$ dias. A mediana do nível funcional da admissão foi de 3 e o da alta de 7 (Tabela 2). O tempo médio para o primeiro dia de ortostatismo foi de 1,71 dias (72 pacientes realizaram ortostatismo durante o internamento na UTI), e o tempo médio para a primeira deambulação foi de 1,89 dias (51 pacientes deambularam durante o internamento na UTI). (Tabela 3)

Dos 56 pacientes (52,33%) que não deambularam, o tempo de internamento foi de 3,2 dias e dos outros 51 pacientes (47,60%) que deambularam foi de 2,6 dias. Para os 72 pacientes (67,28%) que realizaram ortostatismo, o tempo de internamento foi de 2,81 dias e para os 35 pacientes (32,71%) que não realizaram, o tempo de internamento foi 3,11 dias. Todos os pacientes avaliados tiveram alta para a enfermaria (Tabela 4). Quando comparado o tempo de internamento entre os pacientes que não deambularam e os pacientes que deambularam, observa-se uma relação significativa com o P-valor = 0.0236. E quando comparado o tempo de internamento entre os pacientes que realizaram ortostatismo e não realizaram, não se observa uma relação significativa com P-valor = 0.1869.

Para avaliar a relação entre o tempo de internamento com os tempos entre 1º ortostatismo e 1ª deambulação foram calculados o coeficiente e o teste para correlação. No estudo, o valor de R de Pearson para 1º ortostatismo foi de 0.722 e a 1ª deambulação foi de 0.746. O P-valor dos dois tempos foi < 0.001 . (Tabela 5)

IV. DISCUSSÃO

A mobilização precoce tem se mostrado uma prática segura e eficaz em pacientes internados em uma UTI. O perfil dos pacientes internados na UTI cirúrgica do IMIP é em sua maioria oncológicos. Nessa população os indivíduos apresentam em decorrência da doença de base e tratamento características intrínsecas²⁰ como: desnutrição, sarcopenia, caquexia, fadiga muscular e anemia da doença crônica, o que corrobora com a diminuição na condição funcional e na performance ²¹ dos pacientes durante seu internamento hospitalar, impactando no tempo de internamento e nos custos hospitalares.

No presente estudo, a maior prevalência foi de pacientes do sexo feminino, que difere do que é encontrado na literatura, onde a maior prevalência é no sexo masculino, visto que o câncer de origem gástrico é 4º tipo de câncer mais incidente em homens ²². A média de idade dos pacientes foi de $56,4 \pm 13,56$ anos, estando de acordo com o estudo de Mello et al, 2010 onde foi realizado uma revisão integrativa de artigos científicos sobre pacientes com câncer gástrico submetidos à cirurgia de gastrectomia, a qual a média de idade foi superior a 50 anos ²³.

Dentre os achados no presente estudo, observou-se que as principais comorbidades atribuídas aos pacientes foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tabagismo, diabetes mellitus, etilismo, obesidade, doença pulmonar prévia e doença renal crônica. Corroborando com o estudo retrospectivo de Zambiasi²⁴, 2018 onde o objetivo foi identificar fatores de risco para a presença de complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias abdominais, demonstra que os pacientes tiveram como principais comorbidades Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Feliciano et al ²⁵, 2012 em um ensaio clínico, dividiram pacientes que estavam em assistência ventilatória mecânica e estáveis hemodinamicamente em grupo controle (n=14) e o grupo mobilização (n=14). Observa-se que os pacientes que participaram do protocolo de mobilização ficaram um tempo menor na UTI do que aqueles que não entraram no protocolo ($19,86 \pm 11,67$ e $21,43 \pm 17,14$, respectivamente) porém sem diferença significativa ($p = 0,77$). No presente estudo, observa-se que o tempo de internação é menor nos pacientes que deambularam e que realizam ortostatismo precocemente, havendo uma diferença significativa ($p = <0,001$), isso sugere que a mobilização precoce tem um impacto positivo no tempo de internamento.

No estudo de Engel et al ²⁶, 2013 que teve como objetivo descrever um projeto de melhoria da qualidade estabelecido por um fisioterapeuta do Centro Médico San Francisco, observaram que pacientes internados na UTI cirúrgica que se submeteram a um protocolo de mobilização precoce com a realização de treino de ortostatismo, deambulação e exercícios, apresentaram um menor tempo de internação na UTI, e o tempo de permanência no hospital diminuiu em 2 dias. De acordo com o presente estudo, os pacientes que não deambularam tiveram o tempo de internamento de 3,2 dias e os que deambularam de 2,6 dias, com o P-valor = 0.0236, demonstrando relação significativa quando comparada ao tempo de internamento.

Burtin et al ²⁷, 2009 realizaram um estudo onde 90 pacientes críticos com uma permanência prolongada na UTI fizeram fisioterapia respiratória, mobilizações passivas ou ativas de MMSS e MMII e cicloergômetro de MMII, em que foi observado uma melhora na capacidade funcional associada a um aumento de força no quadríceps na população estudada. De acordo com o presente estudo os pacientes apresentaram melhora na funcionalidade, com mediana do nível funcional na admissão de 3 e na alta de 7. Sendo assim, os achados encontrados demonstram que os pacientes no momento da alta hospitalar já deambulavam, fator esse, importante na condução das atividades de vida diária e redução da morbimortalidade hospitalar.

Diante disso, constatamos por meio dos resultados desse estudo a importância da mobilização precoce na UTI por apresentar impacto no tempo de alta, porém foram encontradas algumas limitações como registros incompletos na base de dados, ausência da equipe de fisioterapia no período noturno e a alta rotatividade da UTI, o que dificulta uma análise mais fidedigna.

V. CONCLUSÃO

Através da análise dos indicadores tempo de deambulação e tempo de ortostatismo, observa-se que a mobilização precoce tem impacto direto no tempo de internamento nos pacientes submetidos a cirurgia abdominal alta. Sendo assim, é importante ressaltar a importância da utilização da mobilização precoce em UTI visto seus vários benefícios, além de contribuir, como demonstrado no presente estudo, na alta do paciente e consequentemente na diminuição de custos hospitalares.

Diante disso, se faz necessário um maior número de estudos que comprovem a influência da deambulação e do ortostatismo em pacientes submetidos a cirurgia abdominal alta em razão da alta quantidade de pacientes que realizam esse tipo de cirurgia, para que seja implementado um protocolo eficaz, seguro e individualizado para essa população. É válido também ressaltar a importância dessa temática para desenvolvimento de novos estudos que envolva outras abordagens cirúrgicas.

REFERÊNCIAS

1. Filardo FDA, Faresin SM, Fernandes ALG. Validade de um índice prognóstico para ocorrência de complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia abdominal alta. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2002 Sep 1;48:209–16.
2. Trevisan ME, Soares JC, Rondinel TZ. Efeitos de duas técnicas de incentivo respiratório na mobilidade toracoabdominal após cirurgia abdominal alta. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2010;17:322–6.
3. Caobianco JDR, Souza Filho CM, Bittencourt WS, Salicio MA, Salício VAMM. Estudo de revisão sobre o tempo de recuperação da função respiratória em pacientes submetidos à cirurgia abdominal alta. *Rev UNICIências*. 2010;14:287-301.
4. Mascarenhas JQP, Guedes AB. Fisioterapia em pacientes submetidos à cirurgia abdominal alta. revisão de literatura. 2014;1-11.
5. Santos CC, Gonçalves MT, Piccolo MM, Lima S, da Rosa GJ, Paulin E, Schivinski CS. Actuação fisioterapêutica nos acometimentos respiratórios e motores no pós operatório de crianças submetidas a cirurgias abdominais. *Acta Med Port* 2011;24: 1013-1018.
6. Sibinelli M, Maioral DC, Falcão ALE, Kosour C, Dragosavac D, Lima NMFV. Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev. bras. ter. intensiva*, Mar 2012; 24(1):64-70.
7. Calles ACDN, Almeida CDM, Camilo LDS, Júnior ATO, Oliveira EAB. O impacto da hospitalização na funcionalidade e na força muscular após internamento em unidade de terapia intensiva. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, Jun 2017 5(3):67 - 76.
8. Winkelman C. Inactivity and Inflammation in the Critically Ill Patient. *Crit Care Clin*. 2007 Jan.; 23(1): 21-34.
9. Sanders C, Oliveira F, Souza G, Medrado M. Mobilização precoce na uti: Uma atualização. *FisioScience*. 2012;55-68.
10. Santos DR, Ivo RR, Rocha RC, Martinez BP. Eficácia de um protocolo de assistência fisioterapêutica no pós-operatório de cirurgia abdominal eletiva. *Fisioterapia Brasil*. 2018 Jul 13;19(3):300.
11. Cunha SNBS, Vieira PA, Almeida GL de, Novaes CB. Seminário de mobilização precoce: um olhar multidisciplinar. cadernos de educação, saúde e fisioterapia. Supl - Anais do XXVII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e IV Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia 2017;4(8).
12. Silva FA, Lopes TM, Duarte J, Medeiros RF. Tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de laparotomia. *J Health Sci Inst*. 2010;28(4):341–4.
13. Cameron S, Ball I, Cepinskas G, Choong K, Doherty TJ, Ellis CG, et al. Early mobilization in the critical care unit: a review of adult and pediatric literature. *J Crit Care*. 2015;30(4):664-72.
14. Thomas DC, Kreizman IJ, Melchiorre P, Ragnarsson KT. Rehabilitation of the patient with chronic critical illness. *Crit Care Clin*. 2002; 18(3): 695-715.
15. Dooley CP, Schlossmacher B, Valenzuela JE. Modulation of esophageal peristalsis by alterations of body position: effect of bolus viscosity. *Digestive Diseases and Sciences*. 1989; 34(11):1662-7.
16. Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med* 2008;34(7): 1188-99.
17. Griffiths RD, Jones C. ABC of intensive care: Recovery from intensive care. *BMJ* 1999;319(7207):427-9.

18. Maramattom BV, Wijdicks EFM. Acute neuromuscular weakness in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2006;34(11):2835–41.
19. Kawaguchi YMF, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC. Perme Intensive Care Unit Mobility Score and ICU Mobility Scale: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2016;42(6):429–34.
20. Almeida EPM. Efeito de Um Protocolo Pós-Operatório de Mobilização Precoce Na Recuperação Funcional E Nas Complicações Clínicas Pós-Operatórias de Pacientes Submetidos à Cirurgia Oncológica Abdominal de Grande Porte. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2016.
21. Rodrigues HHNP, Palauro MF, Behne TEG, Sierra JC, Andreo FO, Thé MBS et al. Risco Nutricional versus Risco de Sarcopenia Associado a Complicações Pós-Operatórias E Mortalidade Em Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias de Grande Porte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2021 Jan; 67(1): e-151201.
22. Morais BCFD, Resende BT, Lopes CEZ, Diniz MFL, Hollunder RG, Pujatti PB et al. Perfil sócio demográfico e clínico de pacientes com Câncer Gástrico atendidos em um hospital de referência no interior de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais* 2020;30 (Supl 4): S11-S16.
23. Mello BS, Lucena AF, Echer IC, Luiza MF. Pacientes Com Câncer Gástrico Submetidos à Gastrectomia: Uma Revisão Integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2010 Dec;31(1): 803–811.
24. Zambiasi RW. Complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia abdominal: fatores de risco e implicações. Programa de Pós-graduação em Ciências Pneumológicas, 2018.
25. Feliciano VA, Albuquerque CG, Andrade FMD, Dantas CM, Lopez A, Ramos FF et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. *ASSOBRAFIR Ciência* 2012 Ago;3(2):31-42.
26. Engel HJ, Tatebe S, Alonzo PB, Mustille RL, Rivera MJ, Physical Therapist–Established Intensive Care Unit Early Mobilization Program: Quality Improvement Project for Critical Care at the University of California San Francisco Medical Center. *Physical Therapy* 2013 July;93(7): 975-985.
27. Burtin C, Clerckx B, Robbeets C, Ferdinande P, Langer D, Troosters T et al. Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Crit Care Med* 2009; 37(9): 1-7.

TABELAS

Tabela 1: Principais Abordagens cirúrgicas

TIPOS DE CIRURGIA	NÚMERO DE PACIENTES	%
GASTRECTOMIA	45	42,05%
APENDICECTOMIA	16	14,95%
GASTROPLASTIA	8	7,47%
OUTRAS	38	35,51%

Tabela 2: Funcionalidade da admissão e alta

	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO
IMS ADMISSÃO	3	0	10
IMS ALTA	7	1	10

IMS: Intensive Care Unit Mobility Scale¹⁸

Tabela 3: Caracterização da amostra

	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO-PADRÃO
IDADE	56.40	57.00	13.56
TEMPO DE INTERNAMENTO	2.90	2.00	2.96
TEMPO PARA O 1º ORTOSTATISMO	1.71	1	1.50
TEMPO PARA A 1ª DEAMBULAÇÃO	1.89	1	1.50

Tabela 4: Tempo de internamento em pacientes que realizaram a mobilização precoce e os que não realizaram

	%	TEMPO DE INTERNAMENTO
51 Pacientes que deambularam	47,60%	2,6 dias
56 Pacientes que não deambularam	52,33%	3,2 dias
72 Pacientes que realizaram ortostatismo	67,28%	2,81 dias
35 Pacientes que não realizaram ortostatismo	32,71%	3,11 dias

Tabela 5: Correlação do tempo de internamento com o tempo para o 1º ortostatismo e para a 1ª deambulação

	TEMPO DE INTERNAMENTO	
	R de Pearson	p-valor
TEMPO PARA O 1º ORTOSTATISMO	0.722	< 0.001
TEMPO PARA A 1ª DEAMBULAÇÃO	0.746	< 0.001