



ISSN: 2595-1661

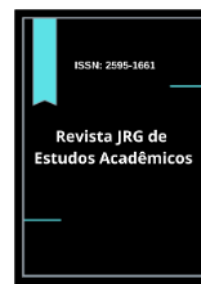
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Barreiras à mobilização precoce em unidades de terapia intensiva adulto: uma análise da percepção multiprofissional

Barriers to early mobilization in adult intensive care units: an analysis of multidisciplinary perceptions

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3010

ARK: 57118/JRG.v9i20.3010

Recebido: 02/03/2026 | Aceito: 05/03/2026 | Publicado on-line: 06/03/2026

Wanderson Êxodo de Oliveira Nascimento¹

<https://orcid.org/0000-0003-0974-8982>

<http://lattes.cnpq.br/4071585587667755>

Universidade Estadual do Piauí, PI, Brasil

E-mail: wandersong5@outlook.com

Mylena Cardoso Sales²

<https://orcid.org/0000-0002-3951-8283>

<http://lattes.cnpq.br/6918624394024798>

Universidade Estadual do Piauí, PI, Brasil

E-mail: mylena.mylenasales@hotmail.com

Rauirys Alencar de Oliveira³

<https://orcid.org/0000-0001-5123-004X>

<http://lattes.cnpq.br/8555161405340663>

Universidade Estadual do Piauí, PI, Brasil

E-mail: rauirysalencar@ccs.uespi.br

Ivonizete Pires Ribeiro⁴

<https://orcid.org/0000-0003-0737-5430>

<http://lattes.cnpq.br/2530522393412876>

Universidade Estadual do Piauí, PI, Brasil

E-mail: ivonizetepires@ccs.uespi.br

Saulo Araújo de Carvalho⁵

<https://orcid.org/0000-0002-6705-1879>

<http://lattes.cnpq.br/6148270567418490>

Universidade Estadual do Piauí, PI, Brasil

E-mail: sauloaraujo@ccs.uespi.br



Resumo

Introdução: Apesar dos avanços tecnológicos na terapia intensiva, o imobilismo ainda é frequente nas unidades de terapia intensiva (UTIs), impactando negativamente a recuperação funcional dos pacientes críticos. A mobilização precoce (MP) é reconhecida como estratégia segura e eficaz; entretanto, sua implementação permanece limitada por

¹ Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí; Pós-graduado em Reabilitação pelo Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – Ponta Grossa, Paraná.

² Graduada em Fisioterapia pela Faculdade UNINASSAU; Pós-graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória com ênfase em reabilitação pelo Cento Universitário Santo Agostinho.

³ Graduado em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza; Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas; Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba.

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí; Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Doutora em Medicina Tropical pela Universidade Federal do Goiás.

⁵ Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí; Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba.



múltiplas barreiras no contexto assistencial. **Objetivo:** Analisar a percepção da equipe multiprofissional sobre as barreiras que dificultam a implementação da mobilização precoce em UTIs adulto. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com profissionais de UTIs adulto de um hospital público em Teresina-PI. Foram incluídos profissionais de nível médio, técnico e superior. Utilizou-se questionário online estruturado em três domínios: dados sociodemográficos, conhecimento sobre a MP e identificação de barreiras. A consistência interna do instrumento foi avaliada pelo Alfa de Cronbach (α). A análise estatística foi realizada no SPSS, utilizando testes não paramétricos, com nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** O instrumento apresentou excelente consistência interna ($\alpha = 0,93$). A amostra foi composta por 125 profissionais, que reconheceram a MP como segura, benéfica e eficaz. Contudo, 85% dos participantes relataram barreiras à sua implementação. Destacaram-se limitações estruturais, como escassez de equipamentos e subdimensionamento da equipe; barreiras processuais, como falhas de comunicação e ausência de triagem diária; barreiras clínicas, especialmente sedação e instabilidade hemodinâmica; e barreiras culturais, incluindo falta de incentivo, apoio institucional e conflitos interprofissionais, com associações significativas entre categorias profissionais. **Conclusão:** Apesar do elevado conhecimento e reconhecimento dos benefícios da MP, sua implementação permanece limitada devido a presença de barreiras multifatoriais de natureza estrutural, processual, clínica e cultural.

Palavras-chave: mobilização precoce, unidade de terapia intensiva, serviço hospitalar de fisioterapia, atenção integral à saúde, equipe de assistência multidisciplinar.

Abstract

Introduction: Despite technological advances in intensive care, patient immobility remains frequent in intensive care units (ICUs), negatively affecting the functional recovery of critically ill patients. Early mobilization (EM) is recognized as a safe and effective strategy; however, its implementation is still limited by multiple barriers within the care context. Objective: To analyze the perceptions of the multidisciplinary team regarding the barriers that hinder the implementation of early mobilization in adult ICUs. Methods: This was a cross-sectional, descriptive, and quantitative study conducted with professionals working in adult ICUs of a public hospital in Teresina, Piauí, Brazil. Professionals at secondary, technical, and higher education levels were included. Data were collected using an online questionnaire structured into three domains: sociodemographic data, knowledge about EM, and identification of barriers. The internal consistency of the instrument was assessed using Cronbach's alpha (α). Statistical analysis was performed using SPSS, applying nonparametric tests, with a significance level set at $p < 0.05$. Results: The instrument demonstrated excellent internal consistency ($\alpha = 0.93$). The sample consisted of 125 professionals who recognized EM as safe, beneficial, and effective. Nevertheless, 85% of participants reported barriers to its implementation. Structural limitations, such as lack of equipment and staff shortages, were prominent, as well as process-related barriers, including communication failures and the absence of daily patient screening; clinical barriers, particularly sedation and hemodynamic instability; and cultural barriers, such as lack of encouragement, institutional support, and interprofessional conflicts, with significant associations among professional categories. Conclusion: Despite the high level of knowledge and recognition of the benefits of early mobilization, its implementation remains limited due to the presence of multifactorial barriers of structural, procedural, clinical, and cultural nature.



Keywords: *early mobilization; intensive care unit; hospital physical therapy service; comprehensive health care; multidisciplinary healthcare team.*

1. Introdução

Nas últimas décadas, a organização sistemática das UTIs teve um papel importante na redução na morbimortalidade de pacientes críticos (Teixeira e Rosa, 2024). Entretanto, apesar dos avanços tecnológicos assistenciais, o contexto do cuidado intensivo ainda se associa ao cenário com baixo nível de mobilização (Oliveira *et al.*, 2023).

O imobilismo tem origem multifatorial (De Lima *et al.*, 2020; Kundsinn *et al.*, 2024), e está associado à pior recuperação funcional, qualidade de vida, maior tempo de internação hospitalar, aumento das taxas de reinternação, elevação dos custos em saúde e maior mortalidade a longo prazo (Toptas *et al.*, 2018; Hernández-Socorro *et al.*, 2018; Aquim *et al.*, 2019; Rui *et al.*, 2020; Teixeira e Rosa, 2024).

Neste cenário, a MP tem sido utilizada como importante estratégia terapêutica em UTI (Daloia; Pinto; Silva, 2021). Sendo entendida como atividades progressivas que incluem exercícios físicos no leito, transferências posturais, ortostatismo e a deambulação; visando a recuperação funcional, a independência da ventilação mecânica e redução do tempo de internação (Mendes *et al.*, 2024).

Apesar da segurança e viabilidade da MP, sua implementação continua sendo um desafio em muitas UTIs, devido vários obstáculos multifacetados, dentre eles: barreiras estruturais, processuais, culturais e clínicos, que dificultam a realização da terapêutica em pacientes criticamente enfermos (Borges *et al.*, 2022). Nesse contexto, compreender as barreiras percebidas pelos profissionais sob uma ótica integrada é essencial para melhorar a qualidade da assistência de saúde (Mendes *et al.*, 2024).

Portanto, a realização deste estudo teve como objetivo analisar, a partir da percepção da equipe multiprofissional, as barreiras à mobilização precoce nas UTIs adulto de um hospital de referência em Teresina, visando estimular o desenvolvimento de estratégias para superar esses desafios e promover a MP como uma prática padrão e segura nos pacientes.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com as equipes multiprofissionais das UTIs adulto de um hospital público, localizado no município de Teresina – Piauí. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Tecnologia de Teresina (CET) e pela instituição coparticipante, com número do parecer de aprovação: 7.518.531 e 7.545.882, respectivamente. Este estudo atendendo às diretrizes da Resolução CNS nº 466/12 e da Lei nº 14.874/24. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A população do estudo foi contabilizada através do quadro de profissionais atuantes em duas UTIs, tanto no serviço diurno (SD) quanto no serviço noturno (SN), totalizando 139 profissionais. Após o cálculo amostral, considerando um erro amostral de 5% e um nível de confiabilidade de 95%, obteve-se um n de 125 profissionais.

Foram incluídos profissionais de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que atuavam nas UTIs adulto incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e maqueiros. Foram excluídos aqueles participantes que não responderam completamente o questionário e aqueles que retiraram seu consentimento da pesquisa.



A coleta de dados aconteceu no mês de agosto de 2025, por meio de um questionário online elaborado pelos pesquisadores e inspirado no estudo de Mendes *et al.* (2024). O questionário foi estruturado em três domínios: (I) dados sociodemográficos e profissionais como sexo, idade, profissão, tempo de formação e de atuação; titulação, setor e turno de assistência, quantidade de locais de trabalho e o caráter dos outros serviços de saúde; (II) conhecimento e percepção dos profissionais quanto à mobilização precoce, utilizando a escala Likert pontuada de um a cinco; e (III) identificação das barreiras à MP, subdividido em quatro seções – estruturais, processuais, clínicas e culturais – com itens de múltipla escolha e sem ordem de importância.

A consistência interna do instrumento pelo coeficiente Alfa de Cronbach, e os dados coletados foram organizados pelo Google Forms e submetidos à análise estatística pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), utilizando testes não paramétricos (Qui-quadrado, Qui-quadrado com correção de Yates e Exato de Fisher) adotando-se nível de significância de $p < 0,05$.

3. Resultados

O questionário apresentou excelente consistência e coerência interna ($\alpha=0,93$), mostrando ser adequado para o estudo em questão. Participaram do estudo 125 profissionais, distribuídos em sete categorias: técnicos de enfermagem ($n=60$), enfermeiros ($n=24$), fisioterapeutas ($n=16$), médicos ($n=10$), maqueiros ($n=8$), psicólogos ($n=4$) e assistentes sociais ($n=3$). Houve predomínio do sexo feminino (70,4%, $n=88$) comparado a 29,6% ($n=37$) ao masculino, a faixa etária predominante foi de 35 a 44 anos (32%, $n=40$); e a maioria dos profissionais eram plantonistas (84,8%, $n=106$).

A maior parte possuía mais de 10 anos tanto de formação (64,8%; $n=81$) quanto de experiência profissional (58,4%; $n=73$). Dentre eles, 36% ($n=45$) haviam concluído especialização e 30,4% ($n=38$) tinham formação em nível técnico. Do total de participantes, 51,2% ($n=64$) atuavam na UTI II e os demais na I. Observou-se que 57,6% ($n=72$) atuava simultaneamente em outros serviços de saúde e 75,2% ($n=94$) relataram vivência prévia em instituições que adotam práticas de MP, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Dados sociodemográficos e profissionais da equipe atuante nas UTIs adulto, Teresina – Piauí, 2025.

Variável	N	Percentual (%)
Sexo	125	100
Masculino	37	29,6
Feminino	88	70,4
Idade		
18-24 anos	5	4,0
25-34 anos	22	17,6
35-44 anos	40	32,0
45-59 anos	39	31,2
60+ anos	19	15,2
Categoria Profissional		
Técnico(a) de Enfermagem	60	48
Enfermeiro(a)	24	19,2
Fisioterapeuta	16	12,8
Maqueiro	8	6,4
Psicólogo(a)	4	2,3



Médico(a)	10	8
Assistente Social	3	2,4
Tipo de Assistência no Setor		
Plantonista	106	84,8
Residente	7	5,6
Voluntário	3	2,4
Diarista ou Responsável Técnico	9	7,2
Tempo de Formação		
>10 anos	81	64,8
6-10 anos	18	14,4
3-5 anos	13	10,4
1-3 anos	10	8,0
<1 ano	3	2,4
Tempo de Experiência Profissional		
>10 anos	73	58,4
6-10 anos	20	16,0
3-5 anos	15	12,0
1-3 anos	10	8,0
<1 ano	7	5,6
Titulação		
Especialização Concluída	45	36,0
Nível Técnico	38	30,4
Graduação	12	9,6
Nível Médio	11	8,8
Especialização em Andamento	10	8,0
Mestrado	8	6,4
Doutorado	1	0,8
Setor de Atuação		
UTI II	64	51,2
UTI I	61	48,8
Turnos de assistência		
SD	74	59,2
SN	51	40,8
Trabalha em Outros Serviços		
Sim	72	57,6
Não	53	42,4
Quantidade de vínculos trabalhista		
1	60	48
2	55	44
3	6	4,8
4	4	3,2

A Figura 1 demonstra que o SD possui maior quantitativo e diversidade de profissionais (59,2%; n=74), incluindo diaristas, residentes e voluntários. Além disso, através do Teste Exato de Fisher, observou-se diferença significativa na composição das equipes entre os turnos ($p = 0,00001897$).

Figura 1: Comparação da composição da equipe assistencial entre os turnos diurno e noturno das UTIs adulto, Teresina – Piauí, 2025.



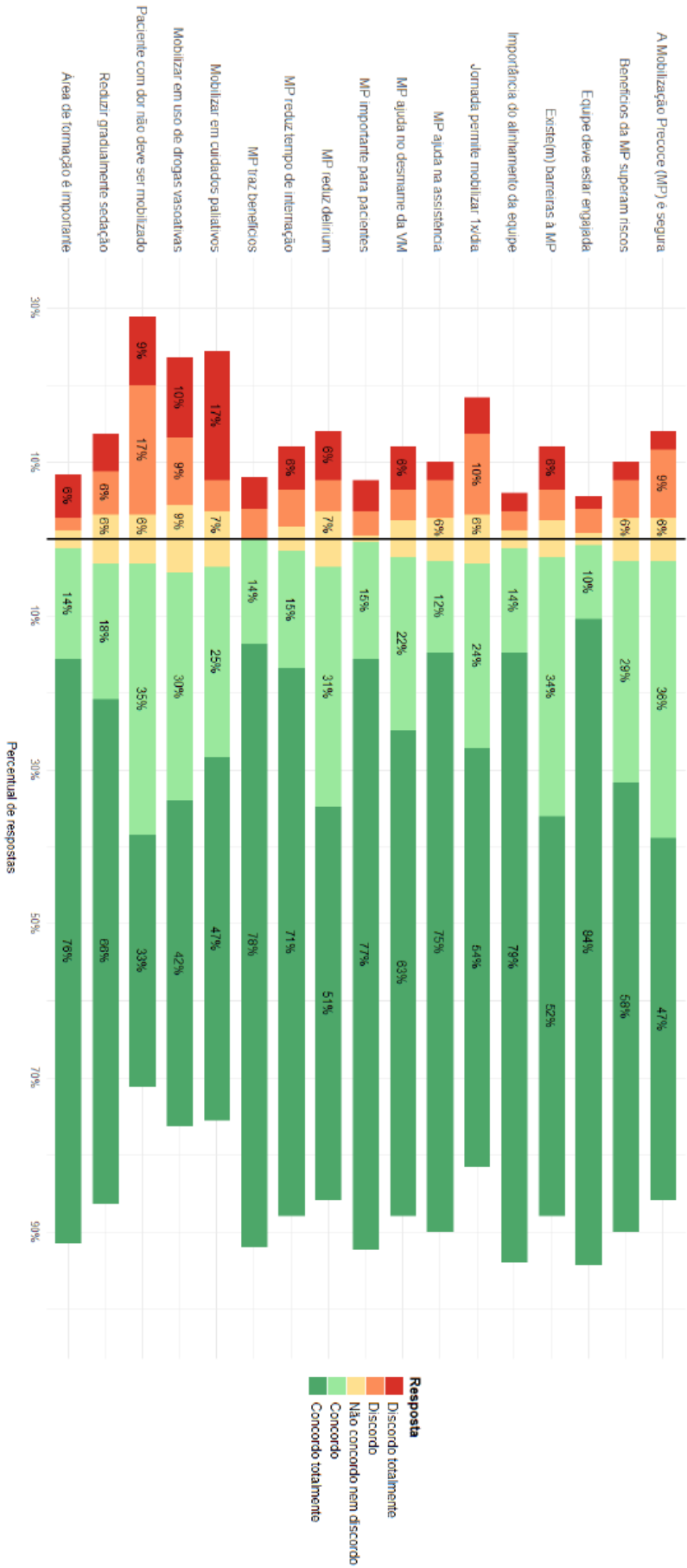
turno <fct>	Plantonista <int>	'Diarista ou Responsável Técnico' <int>	Residente <int>	Voluntário <int>
Serviço diurno	55	9	7	3
Serviço noturno	51	0	0	0

A MP foi amplamente reconhecida como importante (superando 90% de concordância total e parcial), benéfica (92%), efetiva para redução do tempo de internação na UTI (86,4%) e segura (por mais de 80%); ademais cerca de 87% afirmaram que os benefícios superam os riscos.

Foram considerados importantes na MP o engajamento interprofissional (84%) e o alinhamento clínico (79,2%). Além disso 80% concordaram que a MP reduz complicações neuropsiquiátricas, especialmente delirium; 90% reconheceram a relevância da formação profissional para sua implementação.

Apesar de mais da metade considerar a jornada de trabalho adequada para mobilizar pacientes ao menos uma vez ao dia, 86% relataram a presença de barreiras à implementação. Conforme a Figura 2, a MP foi considerada possível mesmo em cenários clínicos complexos, incluindo pacientes com dor, sedação leve, uso estável de drogas vasoativas ou em cuidados paliativos, embora com maior variabilidade nas respostas nesses subgrupos.

Figura 2: Gráfico da distribuição percepção das respostas dos profissionais sobre a MP através da Escala Likert, Teresina – Piauí, 2025.





A análise das percepções profissionais sobre as barreiras à MP, apresentada na Tabela 2, evidenciou desafios estruturais, processuais, clínicos e culturais no ambiente de trabalho.

Entre as barreiras estruturais, 85 profissionais destacaram a escassez de equipamentos, 81 apontaram o subdimensionamento da equipe e 69 citaram a ausência de capacitação, com maior frequência de relatos entre assistentes sociais, maqueiros, psicólogos e técnicos de enfermagem.

No âmbito processual, a falta de clareza de papéis foi reportada por 78 participantes com percentual acima de 50% por todas as profissões; a ausência de comunicação foi mencionada por psicólogos, médicos, fisioterapeutas e enfermeiros; por fim, a ausência de triagem diária de pacientes elegíveis (50,8%), com maior percepção entre médicos (60%; n=6), conforme apresentado na Tabela 2.

As barreiras clínicas foram lideradas pela instabilidade hemodinâmica (84%), citada pela maioria dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas; seguida pela agitação psicomotora (70,4%), elencada por técnicos de enfermagem e médicos; e a recusa do paciente (64%) foi uma barreira percebida principalmente pelos maqueiros e assistente sociais, como mostra a Tabela 2.

Por fim, no domínio cultural prevaleceram a falta de incentivo (54,4%), a falta de apoio da equipe (52,8%), ambos os fatores foram percebidos por todos os psicólogos; seguido da falta de conhecimento sobre a MP (52%), especialmente apontadas por psicólogos, assistentes sociais e maqueiros, conforme Tabela abaixo.

Tabela 2: Análise da percepção dos profissionais das UTIs adulto acerca das barreiras à mobilização precoce, Teresina – Piauí, 2025.

BARREIRAS ESTRUTURAIS								
	Técnicos de Enfermagem	Enfermeiros	Fisioterapeutas	Médicos	Maqueiros	Psicólogos	Assistente Social	TOTAL
N total (%)	60 (48%)	24 (19,2%)	16 (12,8%)	10 (8%)	8 (6,4%)	4 (3,2%)	3 (2,4%)	125 (100%)
Subdimensionamento da equipe	43 (71,7%)	13 (54,2%)	10 (62,5%)	7 (70%)	4 (50%)	3 (75%)	3 (100%)	81 (65,3%)
Escassez de equipamentos	42 (70%)	15 (62,5%)	11 (68,8%)	5 (50%)	6 (75%)	2 (50%)	3 (100%)	85 (68,5%)
Equipamentos deteriorados	28 (46,7%)	8 (33,3%)	3 (18,8%)	2 (20%)	5 (62,5%)	0 (0%)	0 (0%)	38 (30,6%)
Ausência de capacitação	32 (53,3%)	11 (45,8%)	7 (43,8%)	4 (40%)	2 (25%)	3 (75%)	1 (33,3%)	69 (55,6%)
Ausência de protocolos	30 (50%)	12 (50%)	7 (43,8%)	7 (70%)	3 (37,5%)	2 (50%)	0 (0%)	59 (47,6%)
Espaço reduzido	13 (21,7%)	7 (29,2%)	5 (31,3%)	2 (20%)	2 (25%)	0 (0%)	2 (66,7%)	25 (20,2%)
Outros	4 (6,7%)	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (4,8%)
BARREIRAS PROCESSUAIS								
	Técnico de Enfermagem	Enfermeiros	Fisioterapeutas	Médicos	Maqueiros	Psicólogos	Assistente Social	TOTAL
Falta de clareza de papéis	33 (55%)	15 (62,5%)	10 (62,5%)	7 (70%)	5 (62,5%)	4 (100%)	2 (66,7%)	78 (62,9%)
Falta de triagem diária	33 (55%)	15 (62,5%)	5 (31,3%)	5 (50%)	5 (62,5%)	3 (75%)	1 (33,3%)	63 (50,8%)
Risco de lesão corporal	23 (38,3%)	7 (29,2%)	3 (18,8%)	2 (20%)	5 (62,5%)	2 (50%)	1 (33,3%)	46 (37,1%)



Ausência de coordenação multiprofissional	23 (38,3%)	10 (41,7%)	6 (37,5%)	6 (60%)	2 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	59 (47,6%)
Ausência de comunicação da equipe	30 (50%)	14 (58,3%)	10 (62,5%)	7 (70%)	3 (37,5%)	4 (100%)	2 (66,7%)	72 (58,1%)
Outros	2 (3,3%)	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (3,2%)
BARREIRAS CLÍNICAS								
	Técnico de Enfermagem	Enfermeiros	Fisioterapeutas	Médicos	Maqueiros	Psicólogos	Assistente Social	TOTAL
Instabilidade hemodinâmica	48 (80%)	21 (87,5%)	14 (87,5%)	9 (90%)	4 (50%)	3 (75%)	2 (66,7%)	105 (84%)
Uso de tubo orotraqueal	16 (26,7%)	11 (45,8%)	4 (25%)	6 (60%)	2 (25%)	2 (50%)	1 (33,3%)	39 (31,2%)
Nutrição inadequada	16 (26,7%)	5 (20,8%)	6 (37,5%)	2 (20%)	3 (37,5%)	1 (25%)	0 (0%)	33 (26,4%)
Sedação	21 (35%)	12 (50%)	10 (62,5%)	7 (70%)	2 (25%)	4 (100%)	2 (66,7%)	46 (36,8%)
Febre	14 (23,3%)	5 (20,8%)	6 (37,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	2 (66,7%)	27 (21,6%)
Dor	27 (45%)	11 (45,8%)	8 (50%)	4 (40%)	3 (37,5%)	3 (75%)	1 (33,3%)	55 (44%)
Fadiga	17 (28,3%)	5 (20,8%)	5 (31,3%)	3 (30%)	3 (37,5%)	2 (50%)	0 (0%)	35 (28%)
Privação de sono	16 (26,7%)	4 (16,7%)	4 (25%)	1 (10%)	2 (25%)	2 (50%)	1 (33,3%)	30 (24%)
Obesidade	27 (45%)	10 (41,7%)	7 (43,8%)	4 (40%)	4 (50%)	2 (50%)	1 (33,3%)	49 (39,2%)
Agitação psicomotora	43 (71,7%)	16 (66,7%)	10 (62,5%)	7 (70%)	5 (62,5%)	2 (50%)	2 (66,7%)	88 (70,4%)
Delirium	31 (51,7%)	13 (54,2%)	11 (68,8%)	7 (70%)	5 (62,5%)	4 (100%)	2 (66,7%)	67(53,6%)
Recusa do paciente	32 (53,3%)	11 (45,8%)	10 (62,5%)	6 (60%)	6 (75%)	2 (50%)	2 (66,7%)	80 (64%)
Cuidados paliativos	12 (20%)	3 (12,5%)	2 (12,5%)	1 (10%)	4 (50%)	1 (25%)	1 (33,3%)	24 (19,2%)
Uso de contenção mecânica	30 (50%)	10 (41,7%)	6 (37,5%)	2 (20%)	2 (25%)	2 (50%)	1 (33,3%)	50 (40%)
Dispositivos invasivos	11 (18,3%)	4 (16,7%)	1 (6,3%)	1 (10%)	2 (25%)	0 (0%)	1 (33,3%)	20 (16%)
Outros	0 (0%)	1 (4,2%)	1 (6,3%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,4%)
BARREIRAS CULTURAIS								
	Técnico de Enfermagem	Enfermeiros	Fisioterapeutas	Médicos	Maqueiros	Psicólogos	Assistente Social	TOTAL
Falta incentivo pela equipe	30 (50%)	15 (62,5%)	8 (50%)	7 (70%)	3 (37,5%)	4 (100%)	1 (33,3%)	68 (54,4%)
Falta de conhecimento	26 (43,3%)	14 (58,3%)	7 (43,8%)	5 (50%)	5 (62,5%)	3 (75%)	2 (66,7%)	65 (52%)
Mobilização não é prioridade	18 (30%)	11 (45,8%)	4 (25%)	3 (30%)	3 (37,5%)	2 (50%)	0 (0%)	34 (27,2%)
Falta de apoio da equipe	26 (43,3%)	16 (66,7%)	10 (62,5%)	4 (40%)	3 (37,5%)	4 (100%)	2 (66,7%)	66 (52,8%)
Falta de incentivo dos responsáveis técnicos/diaristas	16 (26,7%)	9 (37,5%)	5 (31,3%)	3 (30%)	2 (25%)	3 (75%)	3 (100%)	36 (28,8%)
Conflitos interprofissionais	25 (41,7%)	11 (45,8%)	11 (68,8%)	6 (60%)	4 (50%)	4 (100%)	0 (0%)	55 (44%)
Outros	2 (3,3%)	2 (8,3%)	1 (6,3%)	1 (10%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (5,6%)

Legenda: n: quantidade da amostra, n (%): porcentagem da amostra.



A Tabela 3 sumariza as associações estatisticamente significativas entre as barreiras à MP e categorias profissionais em UTIs adulto. Entre as barreiras estruturais, observaram-se associações significativas com $OR > 1$ para equipamentos deteriorados, mais frequentemente relatados por técnicos de enfermagem e maqueiros, e para espaço físico reduzido, identificado pelos assistentes sociais. No âmbito processual, três barreiras apresentaram associações significativas, dentre elas: ausência de triagem diária, risco de lesão corporal e falhas de coordenação multiprofissional, com maior prevalência entre fisioterapeutas, maqueiros e psicólogos, de acordo com a Tabela 3.

A análise das barreiras clínicas evidenciou sete associações significativas, na qual a sedação foi o fator mais expressivo, apresentando associações significativas entre todos os psicólogos, 70% dos médicos e 62,5% dos fisioterapeutas. Observou-se ainda, entre os maqueiros, a menor percepção de instabilidade hemodinâmica ($OR=0,189$) e maior percepção de cuidados paliativos como barreira ($OR=4,286$). Ressalta-se, contudo, que o reduzido número de psicólogos ($n=4$) e assistentes sociais ($n=3$) limita a generalização desses achados, consonante a Tabela 3.

Por fim, nas barreiras culturais os enfermeiros demonstraram maior percepção de múltiplas barreiras, destacando-se ausência de incentivo ($OR=1,625$), mobilização não prioritária ($OR=2,143$) e falta de apoio ($OR=2,286$). Entre os psicólogos, houve concordância unânime quanto à falta de incentivo e apoio pela equipe ($OR = \infty$), resultado similar ao observado nos assistentes sociais em relação à falta de incentivo dos responsáveis técnicos/diaristas ($OR = \infty$; $p = 0,0123$). Os fisioterapeutas, por sua vez, relataram maior percepção de conflitos interprofissionais ($OR=3,214$), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Associações estatisticamente significativas entre barreiras à mobilização precoce e categorias profissionais em UTIs adulto, Teresina – Piauí, 2025.

BARREIRAS ESTRUTURAIS					
Barreiras	Categoria profissional	Prevalência (%)	Odds Ratio	Valor de p	Teste Aplicado
Equipamentos deteriorados	Técnico de Enfermagem	28/60 (46,7%)	2,520	0,0012*	Qui-quadrado
Equipamentos deteriorados	Maqueiro	5/8 (62,5%)	3,788	0,0387*	Fisher Exato
Espaço reduzido	Assistente Social	2/3 (66,7%)	8,000	0,0456*	Fisher Exato
BARREIRAS PROCESSUAIS					
Barreiras	Categoria	Prevalência	Odds Ratio	Valor de p	Teste Aplicado
Falta de triagem diária	Fisioterapeuta	5/16 (31,3%)	0,445	0,0456*	Fisher Exato
Risco de lesão corporal	Fisioterapeuta	3/16 (18,8%)	0,387	0,0389*	Fisher Exato
Risco de lesão corporal	Maqueiro	5/8 (62,5%)	2,845	0,0423*	Fisher Exato
Ausência de coordenação multiprofissional	Maqueiro	2/8 (25%)	0,368	0,0478*	Fisher Exato
Ausência de coordenação multiprofissional	Psicólogo	4/4 (100%)	$\infty^\dagger$	0,0234*‡	Fisher Exato
BARREIRAS CLÍNICAS					
Barreiras	Categoria	Prevalência	Odds Ratio	Valor de p	Teste Aplicado
Instabilidade hemodinâmica	Maqueiro	4/8 (50%)	0,189	0,0234*	Fisher Exato



Uso de tubo orotraqueal	Médico	6/10 (60%)	3,273	0,0478*	Fisher Exato
Sedação	Fisioterapeuta	10/16 (62,5%)	2,857	0,0389*	Fisher Exato
Sedação	Médico	7/10 (70%)	3,909	0,0267*	Fisher Exato
Sedação	Psicólogo	4/4 (100%)	$\infty^\dagger$	0,0089*‡	Fisher Exato
Febre	Assistente Social	2/3 (66,7%)	7,333	0,0456*§	Fisher Exato
Delirium	Psicólogo	4/4 (100%)	$\infty^\dagger$	0,0456*§	Fisher Exato
Recusa do paciente	Enfermeiro	11/24 (45,8%)	0,477	0,0478*	Qui-quadrado (Yates)
Cuidados paliativos	Maqueiro	4/8 (50%)	4,286	0,0389*	Fisher Exato

BARREIRAS CULTURAIS

Barreira Cultural	Categoria	Prevalência (%)	Odds Ratio	Valor de p	Teste Aplicado
Falta de incentivo pela equipe	Enfermeiro	15/24 (62%)	1,625	0,0456*	Qui-quadrado (Yates)
Falta de incentivo pela equipe	Psicólogo	4/4 (100%)	$\infty^\dagger$	0,0234*§	Fisher Exato
Mobilização não é prioridade	Enfermeiro	11/24 (45,8%)	2,143	0,0389*	Qui-quadrado (Yates)
Falta de apoio da equipe	Enfermeiro	16/24 (66,7%)	2,286	0,0267*	Qui-quadrado (Yates)
Falta de apoio da equipe	Psicólogo	4/4 (100%)	$\infty^\dagger$	0,0456*§	Fisher Exato
Falta de incentivo dos responsáveis técnicos/diaristas	Assistente Social	3/3 (100%)	$\infty^\dagger$	0,0123*§	Fisher Exato
Conflitos entre profissionais	Fisioterapeuta	11/16 (68,8%)	3,214	0,0178*	Fisher Exato

Legenda: * Associação estatisticamente significativa com $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$). $\dagger$ OR = ∞ (infinito) indica que todos os profissionais da categoria reportaram a barreira (prevalência de 100%). $\ddagger$ Única associação que permaneceu significativa após correção de Bonferroni nas barreiras processuais (α ajustado = 0,01) e nas barreiras clínicas (α ajustado = $0,05/15 = 0,0033$). § Amostra extremamente pequena ($n \leq 4$) - resultados devem ser interpretados com extrema cautela devido ao poder estatístico muito limitado ($< 20\%$).

4. Discussão

Os achados deste estudo evidenciam um cenário característico e emblemático da prática intensivista: apesar da ampla concordância sobre a relevância e os benefícios da MP, persistem inúmeros obstáculos à sua implementação, indicando que as dificuldades não decorrem de desconhecimento científico, mas possivelmente, da falta de suporte organizacional e operacional em múltiplas dimensões.

O perfil da amostra (125 profissionais experientes, com mais de dez anos de formação e atuação, em sua maioria com vínculo único e vivência prévia em MP, majoritariamente na fase de meia-idade, com predominância do sexo feminino e maior representatividade de técnicos de enfermagem) reflete o dimensionamento típico das equipes de UTI. Esse perfil assemelha-se em alguns pontos com o estudo multicêntrico de Zambonato *et al.* (2024) que também identificou predominância feminina (76,6%) e alta participação de técnicos de enfermagem (73%), entretanto, descreveram uma equipe mais jovem (18 e 30 anos) e com menor tempo de formação (1 a 5 anos) e entre um a doze meses de prática.

O nível de expertise e tempo de atuação dos participantes sugerem uma maturidade profissional da equipe no reconhecimento da MP como uma prática relevante, benéfica, segura e eficaz para reduzir o tempo de internação na UTI e favorecer o



desmame da ventilação mecânica invasiva, além de oferecer mais benefícios do que riscos aos pacientes. Estes achados se alinham à revisão sistemática de Singam (2024) que confirma a viabilidade, segurança e efetividade da MP na redução da permanência na UTI e na melhora dos desfechos funcionais.

Estudos prévios corroboram essa percepção, Mendes *et al.* (2024) identificaram que mais de 80% dos profissionais consideram a MP necessária e benéfica, enquanto Akhtar e Deshmukh (2021) observaram que todos os 100 profissionais entrevistados em sua pesquisa, a classificaram como importante e defendem sua adoção imediata diante da estabilidade clínica do paciente.

No presente estudo, 90,4% dos profissionais reconhecem que sua atuação contribui diretamente para a mobilização, reforçando a necessidade de horizontalização do cuidado e participação ativa de todas as categorias com disparadores da MP. Esse cenário diverge do estudo multicêntrico conduzido na Malásia, onde a decisão e prescrição da mobilização permanece centralizada no médico, limitando o protagonismo multiprofissional (Tahirah Mirza; Saaudi; Noor, 2023).

Apesar desse elevado reconhecimento, 85% dos participantes relataram barreiras à implementação da MP, revelando uma lacuna persistente entre conhecimento e prática — fenômeno recorrente em UTIs com a organização assistencial e sistematização de processos fragilizados. Do ponto de vista estrutural e instrumental, destacaram-se como barreiras principais, a escassez de equipamentos (68,5%), o subdimensionamento de equipe (65,3%), a ausência de capacitação (55,6%) e a ausência de protocolos (47,6%). Esses achados evidenciam limitações persistentes na infraestrutura hospitalar, alinhadas às análises de Rache *et al.* (2020), que apontam o subfinanciamento público, a insuficiente regionalização da assistência, a baixa capacidade de alocação de recursos estratégicos e a frágil coordenação setorial como fatores que perpetuam desigualdades estruturais e comprometem a oferta de práticas reabilitadoras essenciais, como a MP.

Embora 74,4% dos profissionais tenham considerado sua jornada adequada para mobilizar ao menos um paciente por dia, sabe-se que, a MP depende de cooperação interprofissional. Assim, em contextos de equipe reduzida ou demanda assistencial elevada, a mobilização tende a ser adiada ou não realizada. Esse padrão também é observado internacionalmente, um estudo multicêntrico conduzido em hospitais sul-africanos por Tadyanemhandu; Van Aswegen e Ntsiea (2021), identificaram que a falta de pessoal qualificado, a insuficiência de profissionais com habilidades clínicas adequadas e a escassez de equipamentos são determinantes que perpetuam a imobilização prolongada.

Ademais, a ausência de capacitação institucional foi igualmente relevante, sendo citada por mais da metade dos participantes, especialmente psicólogos, que enfatizaram a necessidade de processos educacionais contínuos e alinhados à qualidade da assistência. Alguns profissionais também relataram ausência de treinamentos no período noturno, reforçando a fragilidade das estratégias educativas e a percepção de que a limitação não reside na falta de evidências, mas na falta de condições adequadas para implementar a MP.

A análise estatística evidenciou a significância estatística entre técnicos de enfermagem e maqueiros associados a equipamentos deteriorados, com OR=2,52 e 3,788, respectivamente. Sugerindo que essas categorias vivenciam mais diretamente os impactos da precariedade dos recursos materiais utilizados na mobilização. Já o “espaço reduzido”, apontado pelos assistentes sociais (OR=8,0), reforça que o ambiente físico também compromete a dinâmica assistencial, repercutindo na atuação de toda a equipe.



A análise do processo de MP evidenciou barreiras vinculadas ao fluxo assistencial e à coordenação das atividades, destacando-se a falta de clareza dos papéis profissionais (62,9%), a falta de comunicação (58,1%) e na triagem diária dos pacientes elegíveis (50,8%). Diferentemente das barreiras estruturais, esses elementos refletem desafios organizacionais que comprometem a tomada de decisão interprofissional e dificultam a operacionalização da mobilização.

As percepções sobre as barreiras processuais variaram entre as categorias profissionais. O risco de lesão corporal apresentou associação significativa entre fisioterapeutas e maqueiros ($p=0,0389$ e $p=0,0423$), embora os fisioterapeutas, devido à expertise técnica, estejam menos expostos, ao contrário dos maqueiros, que lidam diariamente com demandas de esforço físico intenso.

A indefinição dos papéis na MP, relatada por todos os psicólogos, favorece a transferência ou centralização de responsabilidade, atrasando ou impedindo a execução da intervenção. Akhtar e Deshmukh, (2021) descrevem limitações na autonomia e na comunicação de enfermagem e fisioterapia, mantidas pela centralização decisória na equipe médica. Já no estudo de Mendes *et al.* (2024), a equipe atribui a responsabilidade pela MP ao fisioterapeuta, devido à presença contínua deste profissional na UTI e seu papel central na recuperação funcional dos pacientes. Apesar disso, a realização da MP ainda está centralizada em único profissional, seja na tomada de decisão como também na realização da conduta.

Esta centralização contrapõe-se ao fortalecimento da multidisciplinaridade, por exemplo na implementação da triagem diária ou *rounds* – elemento fundamental na efetivação sistemática da MP, que foi especialmente reconhecida pelos fisioterapeutas (31,3%; $p=0,0456$), dado seu envolvimento direto na execução das intervenções.

O estudo realizado por Barbosa *et al.* (2020) destacam a importância da presença de todos os profissionais nos *rounds* interdisciplinares, pois contribuem com informações valiosas na assistência ao paciente, incentivam na participação com alto nível clínico, refinando as ferramentas de discussão com o grupo e favorecendo o amadurecimento desses profissionais. Segundo Alves *et al.* (2024), os *rounds* promovem pactuações mais homogêneas, reduzindo eventos adversos.

Sabe-se que nos ambientes de alta complexidade a comunicação colaborativa é indispensável para assegurar cuidado seguro e eficiente (Araújo *et al.*, 2024), sendo um fator importante para a coordenação do cuidado. Entretanto, neste estudo, a ausência de coordenação multiprofissional, relatada por 100% dos psicólogos ($p=0,0234$; $OR=\infty$), evidenciando fragilidades relevantes na articulação entre as equipes, alinhando-se às evidências de que as falhas comunicacionais são um dos principais fatores associados a eventos adversos, superando 60% das notificações (Alves *et al.*, 2024).

Conforme destacado por Singam (2024), a superação dessas limitações requer estratégias operacionais robustas, incluindo otimização de fluxos de trabalho, fortalecimento do treinamento interprofissional, formalização de equipes multiprofissionais e implantação de processos de comunicação simplificados, capazes de favorecer a organização e a distribuição equitativa das intervenções de mobilização.

No âmbito das barreiras clínicas, a instabilidade hemodinâmica foi elencada como a principal barreira, corroborando com o estudo de Mendes *et al.* (2024). Embora representem preocupações legítimas, muitos desses elementos não configuram contraindicações absolutas, devendo ser avaliados individualmente antes da intervenção.

A literatura afirma a MP não pode ser inviabilizada mesmo em casos de estabilidade hemodinâmica obtidas pelo uso de drogas vasoativas. Neste estudo, os participantes reconhecem a clínica instável como fator crucial e limitante, contudo, caso



haja estabilidade mesmo com uso de vasopressores, 70% dos participantes concordam em realizar a MP. Tal conhecimento é ratificado por Borges *et al.* (2022) que evidenciaram, em uma pesquisa de coorte, que alterações hemodinâmicas observadas durante a MP em pacientes em uso de drogas vasoativas são esperadas, autolimitadas e prontamente reversíveis, reforçando que tais fármacos não constituem impedimento clínico.

Outro fator elencado foi a recusa do paciente, que emergiu como barreira relevante, não por razões clínicas, mas por se tratar de um fator intrínseco que exige manejo ético e respeito à autonomia, conforme princípios bioéticos contemporâneos, tornando-se imprescindível que a equipe respeite e conduza essas situações de forma responsável, garantindo que a decisão do paciente seja considerada no processo assistencial (Gómez-Vírseda; De Maeseneer; Gastmans, 2019).

Da mesma forma, o delirium — percebido como barreira por mais da metade dos profissionais — não deve impedir a mobilização. Protocolos atuais apontam a MP como intervenção não farmacológica eficaz na prevenção e no manejo do delirium, reduzindo sua incidência e duração, além de favorecer maior nível de consciência (Raurell-Torredà *et al.*, 2022). Estudos anteriores corroboram que a MP reduz o risco de delirium em 47% e a duração em até 1,8 dias (Nydahl *et al.*, 2023; Zhou *et al.*, 2025), além disso aumentou o nível de consciência dos pacientes (Albarrati *et al.*, 2024) facilitando o processo de desmame ventilatório e recuperação cinético-funcional.

Entre as nove associações estatisticamente significativas, a sedação destacou-se como a barreira mais crítica, relatada por psicólogos (100%; $p=0,0089$), médicos (70%; $p=0,0267$) e fisioterapeutas (62,5%; $p=0,0389$). Resultado semelhante foi observado por Tahirah Mirza; Saauidi e Noor (2023), que apontam a sedação excessiva e a instabilidade clínica como fatores limitantes à participação ativa, à avaliação cognitiva e à adequada prescrição de exercícios. Contudo, essa barreira pode ser mitigada por meio da adoção de protocolos de desmame diário da sedação como no estudo de Tadyanemhandu; Van Aswegen e Ntsiea, (2021), os quais reduzem o tempo de internação, diminuem a mortalidade e minimizam sintomas de abstinência, favorecendo a participação ativa do paciente no processo de mobilização (Daloia; Pinto; Silva, 2021).

Por fim, a implementação da mobilização precoce (MP) em ambientes de terapia intensiva permanece fortemente condicionada a barreiras culturais e organizacionais, que comprometem a efetividade do cuidado interdisciplinar (Fontela; Forgiarini; Friedman, 2018; Oliveira *et al.*, 2023). Neste estudo, destacaram-se como fatores mais críticos a falta de incentivo por parte da equipe (54,4%), a ausência de apoio institucional (52,8%), o déficit de conhecimento (52%) e os conflitos interprofissionais (44%), configurando um cenário que fragiliza a cultura de reabilitação na UTI.

A percepção dessas barreiras variou substancialmente entre as categorias profissionais, corroborando evidências de que a distância entre diretrizes clínicas e prática cotidiana exige a adoção de protocolos estruturados e o fortalecimento da atuação multiprofissional (Mendes *et al.*, 2024); evidenciando a necessidade de instituir um protocolo estruturado de mobilização, além do fortalecimento da cultura de reabilitação multiprofissional no ambiente de terapia intensiva.

O atual estudo mostrou que enfermeiros demonstraram uma percepção elevada de múltiplas barreiras culturais – ausência de incentivo (OR = 1,625), mobilização não prioritária (OR = 2,143) e falta de apoio da equipe (OR = 2,286); sugerindo um cenário de desgaste institucional, comum em ambientes de terapia intensiva.

Ao relacionar os achados quantitativos com as respostas abertas, evidenciou-se a recorrência de temas como “desrespeito profissional” e “insuficiência de recursos



humanos". Esse ambiente desfavorável intensifica o estresse ocupacional e reduz a qualidade assistencial, conforme aponta Abreu; Gonçalves e Simões (2014), limitando a atuação dos profissionais no processo de MP.

Os psicólogos, por sua vez, foram unânimes ao relatar a falta de apoio e incentivo da equipe ($OR = \infty$). A escassez de estudos que explorem diretamente o papel desse profissional na mobilização precoce restringe comparações mais robustas, embora a literatura reconheça sua relevância no manejo do sofrimento psíquico e no suporte emocional ao paciente crítico (Araújo; Souza; Bezerra, 2025), o que pode contribuir indiretamente para a maior adesão às intervenções mobilizadoras.

Entre os assistentes sociais, a percepção de falta de incentivo por parte de responsáveis técnicos e médicos diaristas evidencia que as barreiras culturais transcendem o domínio assistencial, revelando fragilidades na governança clínica – componente estruturante da gestão em saúde, pois promove o alinhamento das práticas assistenciais, a garantia da segurança do paciente e o aprimoramento contínuo dos processos e das competências profissionais. Além disso, o apoio integral da alta administração constitui um facilitador essencial na superação desta barreira (Lycarião; Araújo; Vieira, 2025).

Por fim, os fisioterapeutas identificaram ocorrência significativamente elevada de conflitos interprofissionais ($OR = 3,214$), sugerindo tensões que dificultam a cooperação entre as categorias e reduzem a receptividade organizacional à MP. Achados semelhantes foram descritos por Noce *et al.* (2020), na qual os 38 profissionais entrevistados perceberam a fragmentação do trabalho devido à sobrecarga e falta de tempo, mas também destacaram movimentos colaborativos baseados em comunicação clara, cooperação e apoio mútuo como elementos essenciais para o fortalecimento da prática integrada na UTI Adulto.

5. Conclusão

Diante do exposto, tem-se uma amostra majoritariamente composta por plantonistas, do sexo feminino, com idade entre 35 e 44 anos, com elevado tempo de formação, experiência profissional e nível de conhecimento acerca da MP. Adicionalmente, há diferenças significativas na composição das equipes por turno, o que pode influenciar na frequência e qualidade da MP.

Para os participantes, a MP é uma prática segura, benéfica e essencial para a recuperação funcional de pacientes críticos, principalmente na redução do tempo de internação, do uso de ventilação mecânica e de complicações associadas ao imobilismo. Entretanto, persiste uma lacuna entre o conhecimento e a execução da MP, explicada pela presença de barreiras multifatoriais de natureza estrutural, processual, clínica e cultural. Destacaram-se a deterioração de equipamentos, o subdimensionamento das equipes e a ausência de capacitação e protocolos, além de falhas organizacionais como indefinição de papéis, comunicação interprofissional insuficiente e inexistência de triagem diária de pacientes elegíveis, comprometendo a coordenação do cuidado.

Diante desses achados, conclui-se que a implementação efetiva da MP nas UTIs estudadas não depende apenas do conhecimento técnico dos profissionais, mas, sobretudo, do fortalecimento das condições estruturais, da organização dos processos de trabalho, da qualificação contínua das equipes e do incentivo institucional à prática multiprofissional colaborativa.



Referências

- ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Reasons attributed by professionals of an Intensive Care Unit for the absence at work. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-393, maio/jun. 2014.
- AKHTAR, P. M.; DESHMUKH, P. K. Knowledge, attitudes, and perceived barriers of healthcare providers toward early mobilization of adult critically ill patients in intensive care unit. **Indian Journal of Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 512-518, 2021.
- ALBARRATI, A. et al. A Culture of Early Mobilization in Adult Intensive Care Units: Perspective and Competency of Physicians. **Healthcare**, Basel, v. 12, n. 13, p. 1723, jul. 2024.
- ALVES, V. A. et al. Comunicação interprofissional na unidade de terapia intensiva neonatal e a segurança do paciente. **Enfermería Actual en Costa Rica**, San José, n. 47, p. 1-15, set. 2024.
- AQUIM, E. E. et al. Brazilian guidelines for early mobilization in intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 434-443, out./dez. 2019.
- ARAÚJO, D. A. S. et al. Comunicação interprofissional colaborativa para segurança do paciente em terapia intensiva: revisão integrativa. **REVISA**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 712-723, jul./set. 2024.
- ARAUJO, E. A.; SOUZA, S. C.; BEZERRA, V. M. S. Apoio emocional em ambientes de alta complexidade: A atuação do Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. e6714148048, jan. 2025.
- BARBOSA, R. V. et al. Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 17989-18001, nov./dez. 2020.
- BORGES, L. F. et al. Hemodynamic impact of early mobilization in critical patients receiving vasoactive drugs: A prospective cohort study. **PLoS ONE**, [s.l.], v. 17, n. 12, p. e0278267, dez. 2022.
- CALLOU FILHO, C. R. et al. Efeito da mobilização precoce na alta hospitalar de pacientes sob ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 6, n. 3, p. 94-109, 2020.
- DALOIA, L. M. T.; PINTO, A. C. P. N.; SILVA, É. P. Barreiras e facilitadores da mobilização precoce na unidade de terapia intensiva pediátrica: revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 299-307, jul./set. 2021.
- DE LIMA, R. V. S. A. et al. Análise ultrassonográfica do quadríceps femoral de pacientes críticos sob ventilação mecânica. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. e17090, jan./dez. 2020.



FONTELA, P. C.; FORGIARINI, L. A.; FRIEDMAN, G. Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 187-194, abr./jun. 2018.

GÓMEZ-VÍRSEDA, C.; DE MAESENEER, Y.; GASTMANS, C. Relational autonomy: What does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. **BMC Medical Ethics**, [s.l.], v. 20, n. 76, p. 1-15, out. 2019.

HERNÁNDEZ-SOCORRO, C. R. et al. Assessment of muscle wasting in long-stay ICU patients using a new ultrasound protocol. **Nutrients**, Basel, v. 10, n. 12, p. 1849, dez. 2018.

KUNDSIN, A. et al. Impacto da mobilização precoce na redução do tempo de internação em UTI. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 1624-1635, fev. 2024.

LYCARIÃO, G. N.; ARAÚJO, M. T.; VIEIRA, A. Efetivação dos pilares da governança clínica no cotidiano assistencial: descrição de uma metodologia. **Pretexto**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 1-15, jan./mar. 2024.

MENDES, F. S. et al. Percepções multiprofissionais e barreiras à mobilização precoce na terapia intensiva: um estudo em um hospital universitário. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 14, p. e5841, ago. 2024.

NOCE, L. G. A. et al. Interprofessional relationships of a patient assistance team in critical care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 4, p. e20180924, 2020.

NYDAHL, P. et al. Early mobilisation for prevention and treatment of delirium in critically ill patients: Systematic review and meta-analysis. **Intensive and Critical Care Nursing**, [s.l.], v. 74, p. 103334, fev. 2023.

OLIVEIRA, G. R. et al. Barreiras enfrentadas por fisioterapeutas para realizar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. **ASSOBRAFIR Ciência**, [s.l.], v. 14, p. e46327, 2023.

RACHE, B. et al. Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da COVID-19. **Nota Técnica n. 10**, São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2020.

RAURELL-TORREDÀ, M. et al. Variables associated with mobility levels in critically ill patients: A cohort study. **Nursing in Critical Care**, [s.l.], v. 27, n. 4, p. 546-557, jul. 2022.

SINGAM, A. Mobilizing Progress: A Comprehensive Review of the Efficacy of Early Mobilization Therapy in the Intensive Care Unit. **Cureus**, Índia, v. 16, n. 4, p. e57593, abr. 2024.



TADYANEMHANDU, C.; VAN ASWEGEN, H.; NTSIEA, V. Organizational structures and early mobilization practices in South African public sector intensive care units—A cross-sectional study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 42-52, fev. 2021.

TAHIRAH MIRZA, F.; SAAUDI, N.; NOOR, N. Early mobilization of critically ill ICU patients: A survey of knowledge, perceptions, and practices of Malaysian physiotherapists. **Malaysian Journal of Movement, Health & Exercise**, Malasia, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2023.

TEIXEIRA, C.; ROSA, R. G. Desmascarando as consequências ocultas: sequelas pós-unidade de terapia intensiva, planejamento da alta e acompanhamento a longo prazo. **Critical Care Science**, [s.l.], v. 36, p. e20240268, jan. 2024.

TOPTAS, M. et al. The relation between sarcopenia and mortality in patients at intensive care unit. **BioMed Research International**, [s.l.], v. 2018, p. 5263208, fev. 2018.

ZAMBONATO, D. et al. Caracterização dos profissionais de saúde que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) COVID: crenças, medos e percepções. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio Grande do Sul, v. 98, n. 3, p. e024383, set. 2024.

ZHOU, L. et al. Preventive effects of early mobilisation on delirium incidence in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. **Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin**, [s.l.], v. 120, p. 1-10, 2025.