


Percepções multiprofissionais e barreiras à mobilização precoce na terapia intensiva: um estudo em um hospital universitário

Multiprofessional perceptions and barriers to early mobilization in intensive care: a study at a university hospital

Fernanda Soares Mendes¹ 
Sara Lúcia Silveira de Menezes² 

Marco Orsini³ 
Fernando Silva Guimarães⁴ 

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil. Universidade Salgado de Oliveira (São Gonçalo). Rio de Janeiro, Brasil.

³Universidade Iguazu (Nova Iguaçu). Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Autor para correspondência. Universidade Federal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil. fguiarães_pg@yahoo.com.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: A hospitalização frequentemente causa dificuldades de mobilidade e compromete as atividades da vida diária. A mobilização progressiva de pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI) é segura e está associada a melhores resultados clínicos e funcionais. **OBJETIVO:** Avaliar a percepção da equipe multiprofissional das UTIs de um hospital universitário quanto à mobilização precoce (MP). **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo prospectivo e observacional com dados coletados de profissionais e estudantes da UTI do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro entre junho e dezembro de 2019. Os dados sobre a percepção da MP foram coletados por meio de questionário. A estatística descritiva e o teste exato de Fisher foram utilizados para analisar as diferenças entre categorias profissionais. **RESULTADOS:** Em comparação aos fisioterapeutas (88%), um percentual menor de médicos (37,5%) e enfermeiros (50%) relataram que os pacientes em ventilação mecânica (VM) são mobilizados em 48 horas ($P < 0,05$). Além disso, um percentual menor de médicos e enfermeiros reportaram que a sua carga de trabalho era suficiente para mobilizar os pacientes pelo menos uma vez por dia (62,5% vs. 62,5% vs. 96%; $P < 0,05$). Os fisioterapeutas relataram, com maior frequência que os médicos, que “pacientes em procedimentos” eram uma barreira (57,7% vs. 18,7%; $P < 0,05$). Já em relação à ventilação mecânica (VM), os médicos identificaram essa barreira com maior frequência (43,7% vs. 7,7%; $P < 0,05$). Houve concordância geral sobre os benefícios da MP (>80%), sendo as principais barreiras percebidas a indisponibilidade de profissionais (58%), a condição clínica (55%) e pacientes submetidos a procedimentos (45%). **CONCLUSÃO:** Em um hospital universitário sem protocolo de MP estabelecido, a equipe multidisciplinar apresenta percepção satisfatória sobre a MP. Contudo, a criação de protocolos e diretrizes institucionais é essencial para engajar a equipe na implementação da MP e na superação de barreiras.

PALAVRAS-CHAVE: Modalidades de Fisioterapia. Terapia por Exercício. Terapia Intensiva. Reabilitação. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Hospitalization often causes mobility difficulties and hinders daily activities. Progressive mobilization of patients in intensive care units (ICUs) is safe and linked to better clinical and functional outcomes. **OBJECTIVE:** To assess the perception of a multidisciplinary team in the ICUs of a university hospital regarding early mobilization (EM). **METHODS:** A prospective observational study was conducted using data collected from professionals and students in the ICU of Clementino Fraga Filho University Hospital at the Federal University of Rio de Janeiro between June and December 2019. Data on EM perception were collected using a questionnaire. Descriptive statistics and Fisher's exact tests were used to analyze the differences between the professional categories. **RESULTS:** In comparison to physiotherapists (88%), a smaller percentage of physicians (37.5%) and nurses (50%) reported that patients on mechanical ventilation (MV) are mobilized within 48 hours ($P < 0.05$). Additionally, a smaller percentage of physicians and nurses reported that their workload was sufficient to mobilize patients at least once a day (62.5% vs. 62.5% vs. 96%; $P < 0.05$). Physiotherapists reported more frequently than physicians that “patients undergoing procedures” were a barrier (57.7% vs. 18.7%; $P < 0.05$). Conversely, regarding mechanical ventilation (MV), physicians identified this barrier more frequently (43.7% vs. 7.7%; $P < 0.05$). There was overall agreement on the benefits of EM (>80%), with the main perceived barriers being the availability of professionals (58%), the clinical condition of patients (55%), and patients undergoing procedures (45%). **CONCLUSION:** In a university hospital without an established EM protocol, the multidisciplinary team showed satisfactory knowledge and perceptions of EM. However, creating institutional protocols and guidelines is essential to engage multidisciplinary teams in implementing EM and overcoming barriers.

KEYWORDS: Physical Therapy Modalities. Exercise Therapy. Intensive Care. Rehabilitation. Patient Care Team.

1. Introdução

A hospitalização frequentemente acarreta dificuldades de mobilidade e desafios na realização das atividades diárias dos indivíduos, mesmo quando o tratamento da doença apresenta resultados promissores.¹ O desenvolvimento de fraqueza generalizada em pacientes críticos é uma complicação comum que afeta significativamente muitos pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI).² Muitos destes pacientes apresentam incapacidades físicas duradouras mesmo após receberem alta hospitalar, sendo que aproximadamente metade deles não consegue regressar às suas rotinas regulares de trabalho devido a fatores como fadiga, fraqueza e comprometimento de suas habilidades funcionais.¹ Além da condição clínica subjacente, vários fatores contribuem para a fraqueza, incluindo inflamação sistêmica, certos medicamentos, ventilação mecânica prolongada e longos períodos de imobilidade.²

Historicamente, pacientes criticamente enfermos não têm sido considerados adequados para mobilização precoce (MP) devido a preocupações com complicações potenciais ou à sua dependência de equipamentos de suporte à vida. Contudo, evidências recentes contradizem essas crenças e mostram que a MP para pacientes de UTI é segura e viável.³ A mobilização precoce abrange uma série de atividades terapêuticas, como exercícios físicos no leito, transferências posturais, sentar à beira do leito, ficar em pé e caminhar.⁴ As evidências sugerem que a mobilização progressiva dos pacientes na UTI, começando dentro de 48 horas após a hospitalização e continuando durante toda a internação, é segura e está associada a uma baixa incidência de eventos adversos. A MP também traz benefícios significativos para a capacidade funcional, reduz a duração da ventilação mecânica e encurta o tempo de internação hospitalar.⁵ Assim, a mobilização dos pacientes é crucial para uma transição bem-sucedida do hospital para casa.⁶

Apesar dos seus potenciais benefícios, os protocolos MP ainda não são amplamente implementados no ambiente da UTI.⁷ A implementação eficaz da MP depende do estado clínico e funcional do paciente e

dos aspectos estruturais e culturais do ambiente de saúde.⁸ Portanto, identificar fatores modificáveis é o primeiro passo para melhorar os cuidados hospitalares.⁹ Nesse contexto, compreender as barreiras percebidas pelos profissionais ao implementar mudanças nas práticas é essencial para melhorar a qualidade da assistência de saúde.¹ De acordo com o modelo conceitual de Cabana et al. (1999), para que os princípios da prática clínica tenham impacto nos desfechos dos pacientes, eles devem primeiro passar pelo conhecimento, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde. As barreiras à mobilização precoce podem estar associadas ao paciente, à estrutura do estabelecimento de saúde ou à cultura da UTI, incluindo questões relacionadas a processos, coordenação e ausência de distribuição de tarefas e responsabilidades.⁸

Embora estudos realizados em outros países tenham visado identificar estas barreiras a nível local e nacional, foi num contexto local que a investigação trouxe estas questões para o primeiro plano.¹⁰ Dados os muitos benefícios associados à mobilização precoce, é essencial compreender por que razão a evidência científica não é integrada de forma consistente na prática clínica e quais as barreiras multidisciplinares existentes. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais da equipe multiprofissional sobre a mobilização precoce e identificar as barreiras percebidas para sua implementação nas unidades de terapia intensiva de um hospital universitário.

2. Métodos

Este estudo observacional prospectivo foi realizado nas unidades de terapia intensiva geral e cardíaca do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE 24406819.0.0000.5257). No momento desta pesquisa, não havia protocolo de mobilização precoce estabelecido nas unidades e os fisioterapeutas estavam disponíveis 24 horas por dia.

Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e profissionais ou estudantes de graduação que atuavam nas unidades de terapia intensiva do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. No momento da coleta de dados, 81 profissionais de diferentes categorias (Medicina, Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, Fisioterapia) e 16 estudantes de graduação em Fisioterapia atuavam em UTIs gerais e cardíacas (total=97). Todos os alunos haviam cursado a disciplina de graduação "Fisioterapia em Terapia Intensiva" e estavam sob supervisão de preceptores qualificados. Foram excluídos os indivíduos que não possuíam no mínimo 2 meses de experiência direta trabalhando com pacientes de UTI nos respectivos setores. Os participantes que aceitaram participar do estudo preencheram um questionário composto por dezesseis (16) questões relacionadas à mobilização precoce (MP). Por meio deste questionário foram coletadas informações pessoais, incluindo formação e tempo de experiência em terapia intensiva, além do conhecimento sobre a mobilização precoce e as barreiras percebidas. A introdução do questionário incluía a seguinte definição de mobilização precoce: "A mobilização precoce inclui atividades terapêuticas progressivas iniciadas dentro de 48 horas da admissão hospitalar do paciente, como exercícios motores no leito, transferências posturais, sentar à beira do leito, ficar em pé e caminhar".⁴

O questionário abordou as percepções e conhecimentos dos profissionais sobre a mobilização precoce e as principais barreiras documentadas na literatura. As respostas foram classificadas por meio de uma escala Likert com cinco níveis: "concordo totalmente, concordo, neutro, discordo e discordo totalmente" ou "extremamente importante, muito importante, algo importante, pouco importante e sem importância". A questão final do questionário estava relacionada às barreiras percebidas pelos profissionais. Esta questão apresentou uma lista não hierárquica de potenciais barreiras que consideraram ter o maior impacto na não implementação da mobilização precoce. Os participantes poderiam selecionar múltiplas alternativas

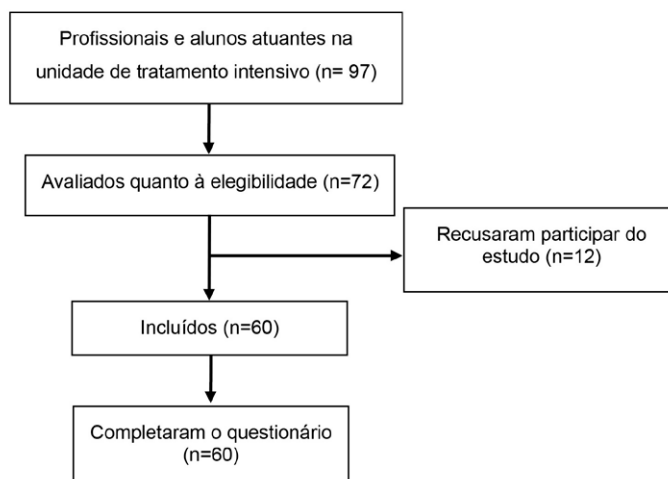
e adicionar barreiras não listadas no questionário na opção "outras". O questionário foi aplicado em setores específicos de atuação dos profissionais (UTI geral e cardíaca) para simplificar o preenchimento e a coleta de dados. Os participantes receberam questionários impressos com instruções sobre como preenchê-los no local. Essa abordagem permitiu ao pesquisador responder a quaisquer dúvidas ou preocupações relacionadas à interpretação e fornecer as orientações necessárias. Também garantiu que os participantes não discutissem o questionário ou as suas respostas com outras pessoas do setor de trabalho.

Estatísticas descritivas foram utilizadas para traçar o perfil dos participantes. As respostas em escala Likert foram apresentadas em termos de frequência absoluta e proporções, visando avaliar o nível de concordância e o grau de importância atribuído pelos indivíduos às diversas questões. Os dados foram registrados e analisados no Microsoft Excel. As respostas com pontuação 4 e 5 na escala Likert foram consideradas indicativas de concordância, exceto a questão 12 sobre o risco percebido de mobilização precoce para os pacientes, onde as pontuações 1 e 2 foram tratadas como positivas. O teste exato de Fisher foi realizado para determinar se havia diferenças significativas nas respostas entre categorias profissionais utilizando o pacote estatístico SPSS (SPSS versão 11.0, para Windows; SPSS; Chicago, IL). As diferenças eram consideradas estatisticamente significativas quando $P < 0,05$.

3. Resultados

Noventa e sete profissionais da UTI, sendo 14 enfermeiros, 20 médicos, 16 fisioterapeutas, 31 técnicos de enfermagem e 16 estudantes de graduação em Fisioterapia, trabalhavam na UTI geral ou cardíaca no momento da coleta de dados. Destes, setenta e duas pessoas foram selecionadas para o estudo. A amostra final foi composta por 60 indivíduos que trabalham ou estudam na área da saúde (Figura 1). Destes, 40 (66,66%) eram vinculados à unidade de terapia intensiva (UTI) geral, enquanto 20 (33,33%) eram vinculados à UTI cardíaca.

Figura 1. Fluxograma dos participantes do estudo



Fonte: os autores (2024).

A distribuição das categorias profissionais foi a seguinte: 10 (16,66%) eram Técnicos de Enfermagem, 8 (13,33%) eram Enfermeiros, 26 (43,3%) eram estudantes de graduação em Fisioterapia ou fisioterapeutas e 16 (26,66%) eram profissionais médicos. As características detalhadas dos participantes de cada categoria profissional são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características da amostra

	Fisioterapeutas (n=26)	Médicos (n=16)	Enfermeiros (n=8)	Técnicos de Enfermagem (n=10)	TOTAL (n=60)
Tempo desde o término da formação, anos, n (%)					
>10	1 (4)	6 (37,5)	7 (87,5)	8 (80)	22 (36,6)
>5	0 (0)	1 (6,2)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)
3-5	2 (8)	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	3 (5)
1-3	5 (19)	7 (43,7)	0 (0)	1 (10)	13 (21,6)
< 1	3 (12)	1 (6,2)	0 (0)	1 (10)	5 (8,3)
Em andamento	15 (58)	1 (6,2)	0 (0)	0 (0)	16 (26,6)
Experiência em terapia intensiva, anos, n (%)					
>15	1 (4)	5 (31,2)	4 (50)	5 (50)	15 (25)
>10	0 (0)	1 (6,2)	1 (12,5)	2 (20)	4 (6,6)
>5	0 (0)	1 (6,2)	2 (25)	1 (10)	4 (6,6)
3-5	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (10)	1 (1,6)
1-3	4 (15)	5 (31,2)	0 (0)	1 (10)	10 (10)
<1	21 (81)	4 (25)	1 (12,5)	0 (0)	26 (43,3)
Titulação, n (%)					
Doutorado	1 (4)	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	2 (3,3)
Mestrado	0 (0)	4 (25)	1 (12,5)	0 (0)	5 (8,3)
Especialização	5 (19)	3 (18,7)	6 (75)	3 (20)	17 (28,3)
Especializando	1 (4)	7 (43,7)	0 (0)	0 (0)	8 (13,3)
Graduado	4 (15)	1 (6,2)	0 (0)	7 (70)	12 (20)
Interno	15 (58)	1 (6,2)	0 (0)	0 (0)	16 (26,6)

Fonte: os autores (2024).

Para avaliar a concordância dos respondentes com as questões relacionadas ao conhecimento do questionário, foram combinadas as respostas “concordo totalmente” ou “concordo”. A Tabela 2 apresenta o número de indivíduos e seus respectivos percentuais de concordância com cada questão, categorizados por categoria profissional. A Tabela 3 apresenta os resultados do questionário referente às barreiras percebidas pelos participantes.

Tabela 2. Conhecimento e percepção da mobilização precoce

	FT vs MD	FT vs E	FT vs TE	MD vs E	MD vs TE	E vs TE	TOTAL (n=60)
A mobilização precoce em pacientes críticos é muito importante	100% vs 100% (P=1)	100% vs 100% (P=1)	100% vs 100% (P=1)	100% vs 100% (P=1)	100% vs 100% (P=1)	100% vs 100% (P=1)	60 (100)
Sobre a mobilização precoce em pacientes ventilados mecanicamente.	100% vs 93,7% (P=0,381)	100% vs 100% (P=1)	100% vs 100% (P=1)	93,7% vs 100% (P=1)	93,7% vs 100% (P=1)	100% vs 100% (P=1)	59 (98)
Você é treinado, trabalhou ou trabalha em uma instituição em que os pacientes são mobilizados precocemente na UTI	77% vs 68,7% (P=0,72)	77% vs 75% (P=1)	77% vs 90% (P=0,645)	68,7% vs 75% (P=1)	68,7% vs 90% (P=0,352)	75% vs 90% (P=0,559)	46 (77)
Na UTI em que você trabalha os pacientes em ventilação mecânica são mobilizados dentro de 48 a partir da admissão.	88% vs 37,5% (P=0,001)	88% vs 50% (P=0,037)	88% vs 60% (P=0,076)	37,5% vs 50% (P=0,673)	37,5% vs 60% (P=0,422)	50% vs 60% (P=1)	39 (65)
A respeito da redução da sedação de pacientes em ventilação mecânica para que a mobilização precoce possa ser realizada.	73% vs 93,7% (P=0,127)	73% vs 100% (P=0,16)	73% vs 80% (P=1)	93,7% vs 100% (P=1)	93,7% vs 80% (P=0,538)	100% vs 80% (P=0,477)	50 (83,3)
Na UTI onde você trabalha, o número de vezes que os pacientes em ventilação mecânica são mobilizados é suficiente	46% vs 18,7% (P=0,102)	46% vs 25% (P=0,422)	46% vs 60% (P=0,711)	18,7% vs 25% (P=1)	18,7% vs 60% (P=0,046)	25% vs 60% (P=0,188)	23 (38,3)
Sua área de especialização é importante para mobilização precoce	100% vs 87,5% (P=0,139)	100% vs 100% (P=1)	100% vs 90% (P=0,278)	87,5% vs 100% (P=0,536)	87,5% vs 100% (P=1)	100% vs 90% (P=1)	57 (95)
Sua carga de trabalho é suficiente para mobilizar os pacientes precocemente pelo menos uma vez ao dia	96% vs 62,5% (P=0,008)	96% vs 62,5% (P=0,033)	96% vs 90% (P=0,484)	62,5% vs 62,5% (P=1)	62,5% vs 90% (P=0,19)	62,5% vs 90% (P=0,275)	49 (81,6)
A mobilização precoce traz benefícios aos pacientes	100% vs 100% (P=1)	100% vs 100% (P=1)	100% vs 90% (P=0,278)	100% vs 100% (P=1)	100% vs 90% (P=0,385)	100% vs 90% (P=1)	60 (100)
A mobilização precoce influencia o sucesso/fracasso do desmame da ventilação mecânica	100% vs 100% (P=1)	100% vs 87,5% (P=0,235)	100% vs 80% (P=0,071)	100% vs 87,5% (P=0,333)	100% vs 80% (P=0,138)	87,5% vs 80% (P=1)	57 (95)
A mobilização precoce influencia a incidência de transtornos psiquiátricos, como o delirium	69% vs 87,5% (P=0,27)	69% vs 50% (P=0,41)	69% vs 50% (P=0,44)	87,5% vs 50% (P=0,129)	87,5% vs 50% (P=0,069)	50% vs 50% (P=1)	41 (68,3)
A mobilização precoce é muito arriscada para os pacientes*	84,6% vs 87,5% (P=1)	84,6% vs 75% (P=0,609)	84,6% vs 70% (P=0,37)	87,5% vs 75% (P=0,578)	87,5% vs 70% (P=0,34)	75% vs 70% (P=1)	49 (81,6)
Os benefícios da mobilização precoce superam os riscos para os pacientes em Terapia Intensiva	73% vs 93,7% (P=0,127)	73% vs 75% (P=1)	73% vs 90% (P=0,397)	93,7% vs 75% (P=0,249)	93,7% vs 90% (P=1)	75% vs 90% (P=0,559)	49 (81,6)
Os benefícios da mobilização precoce superam os riscos em pacientes de terapia intensiva que estão sendo ventilados mecanicamente	80% vs 87,5% (P=0,69)	80% vs 75% (P=1)	80% vs 80% (P=1)	87,5% vs 75% (P=0,578)	87,5% vs 80% (P=0,625)	75% vs 80% (P=1)	49 (81,6)
A mobilização precoce reduz o tempo em ventilação mecânica dos pacientes	92% vs 87,5% (P=0,628)	92% vs 87,5% (P=1)	92% vs 90% (P=1)	87,5% vs 87,5% (P=1)	87,5% vs 90% (P=1)	87,5% vs 90% (P=1)	54 (90)
Indicaria a mobilização precoce em pacientes usando vasopressores	58% vs 31,2% (P=0,121)	58% vs 25% (P=0,225)	58% vs 40% (P=0,463)	31,2% vs 25% (P=1)	31,2% vs 40% (P=0,692)	25% vs 40% (P=0,638)	26 (43,3)

Foi considerada concordância quando os indivíduos marcaram 4 (concordo) ou 5 (concordo totalmente) na escala Likert. FT=fisioterapeutas, MD=médicos, E=enfermeiros, TE=técnicos de enfermagem. Os valores são representados como a porcentagem de profissionais em cada categoria. * número e a porcentagem de profissionais que discordaram da afirmação.

Fonte: os autores (2024).

Tabela 3. Barreiras percebidas para a mobilização precoce

	FT vs MD	FT vs E	FT vs TE	MD vs E	MD vs TE	E vs TE	TOTAL (n=60)
Risco de autolesão do profissional	0% vs 12,5% (P=0,139)	0% vs 0% (P=1)	0% vs 10% (P=0,278)	12,5% vs 0% (P=0,536)	12,5% vs 10% (P=1)	0% vs 10% (P=1)	3 (5)
Fadiga do profissional	34,6% vs 56,2% (P=0,210)	34,6% vs 12,5% (P=0,385)	34,6% vs 30% (P=1)	56,5% vs 12,5% (P=0,079)	56,5% vs 30% (P=0,248)	12,5% vs 30% (P=0,588)	22 (37)
Estresse excessivo no trabalho	38,4% vs 37,5% (P=1)	38,4% vs 12,5% (P=0,227)	38,4% vs 10% (P=0,127)	37,5% vs 12,5% (P=0,352)	37,5% vs 10% (P=0,190)	12,5% vs 10% (P=1)	18 (30)
Necessidade de exceder sua carga de trabalho	7,7% vs 6,2% (P=1)	7,7% vs 0% (P=1)	7,7% vs 0% (P=1)	6,2% vs 0% (P=1)	6,2% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	3 (5)
Disponibilidade de profissionais	46,1% vs 81,2% (P=0,050)	46,1% vs 75% (P=0,233)	46,1% vs 40% (P=1)	81,2% vs 75% (P=1)	81,2% vs 40% (P=0,046)	75% vs 40% (P=0,188)	35 (58)
Pacientes submetidos a procedimentos	57,7% vs 18,7% (P=0,024)	57,7% vs 50% (P=1)	57,7% vs 50% (P=0,722)	18,7% vs 50% (P=0,167)	18,7% vs 50% (P=0,189)	50% vs 50% (P=1)	27 (45)
Pacientes em ventilação mecânica	7,7% vs 43,7% (P=0,016)	7,7% vs 0% (P=1)	7,7% vs 10% (P=1)	43,7% vs 0% (P=0,054)	43,7% vs 10% (P=0,099)	0% vs 10% (P=1)	10 (17)
Delirium	11,5% vs 37,5% (P=0,063)	11,5% vs 25% (P=0,570)	11,5% vs 30% (P=0,317)	37,5% vs 25% (P=0,667)	37,5% vs 30% (P=1)	25% vs 30% (P=1)	14 (23)
Sedação excessiva	38,5% vs 50% (P=0,531)	38,5% vs 37,5% (P=1)	38,5% vs 50% (P=0,709)	50% vs 37,5% (P=0,679)	50% vs 50% (P=0,1)	37,5% vs 50% (P=0,664)	26 (43)
Os profissionais não consideram a mobilização importante	46,1% vs 43,7% (P=1)	46,1% vs 37,5% (P=1)	46,1% vs 0% (P=0,015)	43,7% vs 37,5% (P=1)	43,7% vs 0% (P=0,023)	37,5% vs 0% (P=0,069)	22 (37)
Falta de equipamento para a mobilização	11,5% vs 31,2% (P=0,223)	11,5% vs 50% (P=0,037)	11,5% vs 30% (P=0,317)	31,2% vs 50% (P=0,412)	31,2% vs 30% (P=1)	50% vs 30% (P=0,630)	15 (25)
Estado clínico dos pacientes	61,5% vs 43,7% (P=0,344)	61,5% vs 37,5% (P=0,417)	61,5% vs 70% (P=0,716)	43,7% vs 37,5% (P=1)	43,7% vs 70% (P=0,248)	37,5% vs 70% (P=0,342)	33 (55)
Falta de cooperação entre os membros da equipe multidisciplinar	46,1% vs 50% (P=1)	46,1% vs 50% (P=1)	46,1% vs 20% (P=0,255)	50% vs 50% (P=1)	50% vs 20% (P=0,218)	50% vs 20% (P=0,321)	26 (43)
Outros:	11,5% vs 0% (P=0,275)	11,5% vs 0% (P=0,566)	11,5% vs 0% (P=0,545)	0% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	3 (5)
- Inexistência de um protocolo	7,7% vs 0% (P=0,517)	7,7% vs 0% (P=1)	7,7% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	2 (3,3)
- Presença de dispositivos	3,8% vs 0% (P=1)	3,8% vs 0% (P=1)	3,8% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	0% vs 0% (P=1)	1 (1,6)

Foi considerada concordância quando os indivíduos marcaram 4 (concordo) ou 5 (concordo totalmente) na escala Likert. FT=fisioterapeutas, MD=médicos, E=enfermeiros, TE=técnicos de enfermagem. Os valores são representados como a porcentagem de profissionais em cada categoria.

Fonte: os autores (2024).

4. Discussão

Numa visão geral, os nossos resultados estão de acordo com estudos anteriores onde a análise foi categorizada por grupos profissionais e a avaliação coletiva das respostas produziu resultados favoráveis relativamente ao conhecimento e percepção da mobilização precoce (MP).⁵⁻¹⁰ Este resultado positivo é provavelmente atribuído ao ambiente de pesquisa dentro de um hospital universitário, onde a disseminação do conhecimento e as oportunidades de especialização estão prontamente disponíveis. Diferentemente dos estudos em que o nível de experiência influenciou negativamente as respostas^{5,7}, encontramos resultados positivos quanto às percepções dos participantes menos experientes, especificamente 46,3% dos estudantes de graduação. Esse resultado favorável pode ser devido ao fato de todos os alunos terem concluído a disciplina “Fisioterapia em Terapia Intensiva” e terem realizado pelo menos dois meses de estágio em UTI sob supervisão de preceptores qualificados.

Além disso, 56% dos profissionais pesquisados buscaram ativamente a especialização na área, contribuindo ainda mais para o seu aprofundamento. Com isso, ao agregar as respostas pela escala Likert, especificamente as notas 4 e 5, ou, no caso da questão 20, as notas 1 e 2 (consideradas afirmações a favor da MP), o nível de concordância geral ultrapassou 80%. As categorias profissionais do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho demonstraram sólido domínio do tema, evidenciando seu conhecimento científico. Muitos entrevistados (>80%) concordaram com os princípios da mobilização precoce, reconhecendo que os pacientes devem ser submetidos à mobilização precoce e que os benefícios superam os riscos potenciais, mesmo para pacientes em ventilação mecânica (VM). Em contraste, Aktar et al. (2021) constataram que apenas 65,5% dos médicos e 52,38% dos fisioterapeutas e pessoal de enfermagem consideraram a relação risco-benefício favorável.¹¹ O maior percentual observado em nosso estudo pode ser atribuído à nossa amostra proveniente de um hospital universitário, onde os profissionais podem ter tido treinamento mais abrangente ou exposição aos benefícios da intervenção.

Embora a mobilização precoce não seja tarefa exclusiva do fisioterapeuta, mas sim um esforço coordenado que conta com a comunicação e colaboração entre todos os membros da equipe, a presença do fisioterapeuta 24 horas por dia pode ter influenciado

positivamente a percepção da equipe da UTI sobre a mobilização precoce, visto que a fisioterapia desempenha um papel crucial na recuperação funcional de pacientes de UTI. Nas UTIs onde este estudo foi realizado, além da mobilização, os fisioterapeutas participaram das decisões clínicas relativas aos cuidados respiratórios avançados e interagiram estreitamente com os demais profissionais de saúde durante seus plantões de 12 horas.

Os entrevistados também afirmaram que sua carga de trabalho era suficiente para proporcionar mobilização diária aos pacientes. Porém, quando questionados sobre a adequação da frequência atual de mobilização de pacientes em VM, a maioria dos profissionais manifestou discordância, com apenas 38,3% de concordância. Esta dissonância entre o conhecimento científico e a sua implementação prática, que tende a operar em ritmos variados, é comum e também tem sido observada em outros estudos.^{12,13} Além disso, o estudo de Ashkenazy et al. (2024) sugere que a associação entre o nível de mobilidade e as terapias rotineiramente aplicadas aponta para normas subjetivas ou práticas comuns como barreiras potenciais à implementação de diretrizes de prática clínica.¹⁴ Esse achado ajuda a explicar a discrepância entre as diretrizes e o comportamento real da prática clínica, destacando a necessidade de um protocolo de mobilização e estabelecendo uma cultura de reabilitação multiprofissional na UTI.

Assim como no estudo de Brown et al. (2007), no contexto da MP para pacientes em uso de vasopressores, menos de 50% da nossa amostra (43,3%) concordou.⁹ Como a pergunta não continha detalhes específicos sobre as condições clínicas e a dosagem dos vasopressores, isso pode ter introduzido um elemento de incerteza nas posições dos entrevistados. Embora a formulação da questão possa ter carecido de especificidade, ela estava alinhada com as evidências científicas. A instabilidade cardiocirculatória é uma das principais barreiras à mobilização¹⁵ e há diferenças na perda de mobilidade e na evolução postural entre pacientes em uso de vasopressores e aqueles que provavelmente não experimentam as restrições clínicas impostas após a ocorrência de choque.¹⁶

Apesar do alto nível de consenso em relação à MP, questões específicas revelaram discrepâncias significativas ($p < 0,05$) ao comparar as respostas entre diversas categorias profissionais. É fundamental ressaltar que, no momento da pesquisa, não havia protocolo de

mobilização estabelecido envolvendo a equipe multidisciplinar nas UTIs onde os dados foram coletados. Infelizmente, a maioria dos estudos sobre conhecimento e barreiras percebidas à mobilização carece de informações sobre se havia protocolo de mobilização em suas unidades no momento da coleta de dados.⁵⁻¹⁰ Dessa forma, estas distinções podem ser parcialmente atribuídas ao papel mais direto da Fisioterapia na MP, independentemente da presença ou ausência de um protocolo formal dentro da unidade.¹⁷

Quando questionados aos profissionais se os pacientes em VM são mobilizados antes de 48 horas na UTI onde trabalham, as categorias “Medicina” e “Enfermagem” apresentaram níveis de concordância notavelmente inferiores ao grupo “Fisioterapia”. A maioria dos fisioterapeutas concordou que a mobilização precoce ocorre antes das 48 horas, ao contrário da “Medicina” e da “Enfermagem”, que apresentaram níveis de concordância significativamente mais baixos. Uma explicação plausível é que os enfermeiros não são somente responsáveis pelos cuidados aos pacientes, muitas vezes lidando com tarefas administrativas em vários domínios, o que pode limitar o seu envolvimento direto na MP. Os profissionais de Enfermagem frequentemente enfrentam materiais e tecnologias específicas necessárias para diagnóstico, monitoramento e terapia, exigindo atenção contínua. A “Medicina”, assim como a “Enfermagem”, enfrenta altas demandas nos aspectos clínicos e laboratoriais, potencialmente contribuindo para diferentes percepções sobre o papel da fisioterapia.¹⁸

Diferentemente de outras categorias profissionais, os Técnicos de Enfermagem (60%) concordaram que a frequência de mobilização para pacientes em VM era suficiente.⁵ Dado que a definição de MP do questionário engloba mudanças posturais, os técnicos de enfermagem podem ter registrado altos níveis de concordância devido ao caráter rotineiro desses procedimentos no seu âmbito de atuação. Isto sugere que esta categoria profissional pode ter interpretado a MP num contexto mais restrito, principalmente ligado a deveres e responsabilidades específicas. Enquanto isso, outras categorias profissionais podem ter tido uma visão mais abrangente da MP, englobando exercícios motores e atividades funcionais.

Em relação à carga de trabalho, tanto a categoria de “Fisioterapia” quanto a de “Técnico de Enfermagem” indicaram ter capacidade suficiente para mobilizar os pacientes pelo menos uma vez ao dia. Em contrapartida, semelhante aos resultados do estudo de Fontanela et al. (2018), os profissionais de Medicina e Enfermagem apresentaram níveis significativos de discordância nas suas respostas a esta questão.⁷ É presumível que os fisioterapeutas e técnicos de enfermagem se sentissem confiantes na sua capacidade para a MP diária devido ao seu envolvimento direto nessas atividades. Por outro lado, os profissionais de Medicina e Enfermagem provavelmente são sobrecarregados por diversas demandas clínicas, potencialmente explicando as suas diferentes perspectivas sobre a adequação da carga de trabalho.⁷ Além disso, estes profissionais tradicionalmente não se percebem como responsáveis diretos pela MP e, ao examinar todas as categorias profissionais em conjunto, a barreira mais frequentemente mencionada foi a disponibilidade de profissionais (58%). Notavelmente, a “Enfermagem” e a “Medicina” demonstraram uma elevada concordância com esta questão (75% e 81%, respectivamente). Esta tendência destaca a necessidade de uma abordagem mais abrangente e coordenada da MP nestes ambientes de saúde e é provavelmente impulsionada pelos mesmos fatores explicados anteriormente relativamente à disponibilidade de carga horária.

Do ponto de vista estatístico, existe uma divergência acentuada entre as perspectivas da “Medicina” e da “Fisioterapia” sobre se os pacientes submetidos a procedimentos constituem uma barreira à MP. Na categoria “Fisioterapia”, 57,7% dos entrevistados concordaram, considerando os procedimentos como um impedimento à mobilização, enquanto na “Medicina”, apenas 18,7% concordaram. Essa discrepância pode surgir dos papéis distintos de cada categoria na rotina da terapia intensiva. As equipes médicas frequentemente realizam muitos procedimentos, enquanto a equipe de Fisioterapia está ativamente envolvida na mobilização dos pacientes. Consequentemente, conforme afirmado no estudo de Jolley et al. (2014), cada categoria provavelmente interpretou a questão no contexto das suas responsabilidades específicas.¹⁹

A “Medicina” apresentou um notável consenso de que a VM dificulta a mobilização precoce, revelando novamente uma discrepância significativa em relação à “Fisioterapia”. Apesar do aumento das evidências que apoiam a segurança, a viabilidade e os benefícios da mobilização precoce para pacientes em VM, a sua adoção generalizada permanece limitada na prática clínica.¹⁹⁻²¹ Os achados deste estudo indicam que os médicos estão cientes das vantagens da mobilização precoce em pacientes sob ventilação mecânica, porém, diferentemente de seus pares da “Fisioterapia”, eles percebem a VM como um obstáculo à implementação.

Entre as barreiras identificadas para a implementação da mobilização precoce (MP), a mais citada quando se consideram todas as categorias profissionais coletivamente foi a disponibilidade de profissionais (58%). Esta barreira é comumente reconhecida como uma restrição estrutural em alinhamento com estudos anteriores.^{8,19} Contudo, vale ressaltar que alguns estudos não encontraram uma correlação clara entre o nível de mobilização e a disponibilidade de profissionais.^{20,21} Segundo Dubb et al. (2016), os níveis ideais de pessoal em proporção à população de pacientes para um programa de MP eficaz permanecem incertos.⁸ Além disso, uma abordagem alternativa proposta em pesquisas anteriores envolve a revisão da priorização das rotinas diárias de cuidados para incorporar a mobilidade neste modelo.^{22,23} Portanto, para enfrentar os desafios colocados por estas barreiras, restrições de recursos e sistemas existentes, o envolvimento ativo de todas as partes interessadas é essencial para estabelecer uma base lastreada em evidências e melhorar a capacidade de realizar estas tarefas.²⁴

Este estudo tem certas limitações, sendo a principal o tamanho relativamente pequeno da amostra, o que pode levantar preocupações sobre a confiabilidade dos resultados. Contudo, é importante notar que o foco principal do estudo foi a avaliação local dentro de um contexto específico – um hospital universitário. Portanto, essa limitação decorre principalmente do tamanho das UTIs envolvidas. A segunda limitação diz respeito às variações na proporção de sujeitos no estudo. O número de indivíduos da categoria “Fisioterapia” foi significativamente maior, atribuído principalmente à presença de fisioterapeutas disponíveis 24 horas por dia e ao

envolvimento obrigatório de estudantes de graduação em Fisioterapia na área de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Assim, os estudantes constituíram 58% da amostra na categoria “Fisioterapia”, o que pode ter influenciado os resultados do estudo devido à sua experiência limitada no cuidado de pacientes críticos. Finalmente, os resultados deste estudo não podem ser extrapolados diretamente para outras populações porque foram obtidos em um único centro.

5. Conclusão

Os achados deste estudo demonstram que em um hospital universitário sem protocolo de mobilização precoce estabelecido, os profissionais das categorias envolvidas possuem conhecimentos e percepções satisfatórias sobre a mobilização precoce. As principais barreiras para a realização da mobilização precoce, percebidas pelas categorias profissionais, abrangeram a disponibilidade dos profissionais, o estado clínico do paciente e os pacientes submetidos a procedimentos. O estabelecimento de protocolos e diretrizes institucionais é essencial para facilitar o envolvimento da equipe multidisciplinar na implementação da mobilização precoce e para superar barreiras à execução.

Contribuições dos autores

Os autores declaram ter feito contribuições suficientes ao trabalho em termos de concepção ou desenho da pesquisa; a aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e a redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do trabalho.

Conflitos de interesse

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas privadas e fundações, etc.) foi declarado para qualquer aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamento, participação em conselhos consultivos, desenho de estudo, manuscrito preparação, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Pesquisa em Fisioterapia é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#), [LILACS](#) e [Scopus](#).



Referências

- Hoyer EH, Brotman DJ, Chan KS, Needham DM. Barriers to early mobility of hospitalized general medicine patients: Survey development and results. *Am J Phys Med Rehabil*. 2015;94(4):304-12. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000185>
- Silva APP, Maynard K, Cruz MR. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(1):85-91. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000100014>
- Engel HJ, Needham DM, Morris PE, Gropper MA. ICU early mobilization: From recommendation to implementation at three medical centers. *Crit Care Med*. 2013;41(9): S69-80. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a240d5>
- Borges VM, Oliveira LRC, Peixoto E, Carvalho NAA. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(4):446-52. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000400016>
- Dafoe S, Chapman MJ, Edwards S, Stiller K. Overcoming barriers to the mobilization of patients in an intensive care unit. *Anaesth Intensive Care*. 2015;43(6):719-27. <https://doi.org/10.1177/0310057X1504300609>
- Dirkes SM, Kozlowski C. Early mobility in the intensive care unit: Evidence, barriers, and future directions. *Crit Care Nurse*. 2019;39(3):33-42. <https://doi.org/10.4037/ccn2019654>
- Fontela PC, Forgiarini LA, Friedman G. Atitudes clínicas e barreiras percebidas para a mobilização precoce de pacientes graves em unidades de terapia intensiva adulto. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(2):187-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/TwYQgV8fv9NQcV3zr5Qcgpq/?lang=en>
- Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, et al. Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Annals of the American Thoracic Society*. American Thoracic Society. 2016;13:724-30. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201509-586CME>
- Brown CJ, Williams BR, Woodby LL, Davis LL, Allman RM. Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. *J Hosp Med*. 2007;2(5):305-13. <https://doi.org/10.1002/jhm.209>
- Anekwe DE, Koo KKY, de Marchie M, Goldberg P, Jayaraman D, Spahija J. Interprofessional Survey of Perceived Barriers and Facilitators to Early Mobilization of Critically Ill Patients in Montreal, Canada. *J Intensive Care Med*. 2019;34(3):218-26. <https://doi.org/10.1177/0885066617696846>
- Akhtar PM, Deshmukh PK. 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*. 2021;25(5):512-18. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23835>
- Bates DW, Kuperman GJ, Wang S, Gandhi T, Kittler A, Volk L, et al. Ten Commandments for Effective Clinical Decision Support: Making the Practice of Evidence-based Medicine a Reality. *J Am Med Informatics Assoc*. 2003;10(6):523-30. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1370>
- Lomas J, Sisk JE, Stocking B. From Evidence to Practice in the United States, the United Kingdom, and Canada. *Milbank Q*. 1993;71(3):405-10. Disponível em: <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-71/issue-03/71-3-From-Evidence-to-Practice-in-the-United-States-the-United-Kingdom-and-Canada.pdf>
- Ashkenazy S, Ganz FD, Kuniavsky M, Jakobson L, Levy H, Avital IL, et al. (2024). Patient mobilization in the intensive care unit: Assessing practice behavior - A multi-center point prevalence study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;80:103510. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103510>
- Sakuramoto H, Nakamura K, Ouchi A, Okamoto S, Watanabe S, Liu K, et al. Current Practice and Barriers to the Implementation of Mobilization in ICUs in Japan: A Multicenter Prospective Cohort Study. *J. Clin. Med*. 2023;12(12):3955. <https://doi.org/10.3390/jcm12123955>
- Jesus FS, Paim DM, Brito JO, Barros IA, Nogueira TB, Martinez BP, et al. Declínio da mobilidade dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(2):114-9. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160025>
- Pereira Júnior GA, Coletto FA, Martins MA, Marson F, Pagnano RCL, Dalri MCB, et al. Papel Da Unidade De Terapia Intensiva No Manejo Do Trauma. *Medicina (Ribeirao Preto)*. Online. 1999;32:419-37. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v32i4p419-437>
- Pereira MCC, Castro SFF, Brito ES, Carvalho NV, Lopes DV, Pinheiro JDS, et al. Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. *J Nurs UFPE online*. 2019;13(1):70-8. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a234842p70-78-2019>

19. Jolley SE, Regan-Baggs J, Dickson RP, Hough CL. Medical intensive care unit clinician attitudes and perceived barriers towards early mobilization of critically ill patients: A cross-sectional survey study. *BMC Anesthesiol.* 2014;14(84):1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2253-14-84>
20. Nydahl P, Ruhl AP, Bartoszek G, Dubb R, Filipovic S, Flohr HJ, et al. Early mobilization of mechanically ventilated patients: A 1-day point-prevalence study in Germany. *Crit Care Med.* 2014;42(5):1178–86. <https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000149>
21. Winkelman C, Higgins PA, Chen YJK. Activity in the chronically critically ill. *Dimens Crit Care Nurs.* 2005;24(6):281–90. <https://doi.org/10.1097/00003465-200511000-00011>
22. Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med.* 2007;35(1):139–45. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000251130.69568.87>
23. Morris PE, Herridge MS. Early intensive care unit mobility: future directions. *Crit Care Clin.* 2007;23(1):97–110. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2006.11.010>
24. Bassett RD, Vollman KM, Brandwene L, Murray T. Integrating a multidisciplinary mobility programme into intensive care practice (IMMPTP): A multicentre collaborative. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012;28(2):88–97. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.12.001>