

BARREIRAS PARA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA

Barriers to early mobilization in the intensive care unit: literature review

Jueline da Silva Santos¹, Camila de Araújo Lima², Tatiana Vieira de Castro e Silva³,
Andréia Rosângela Oliveira de Moraes do Carmo³, Carla Peixoto Vinha de Souza⁴

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 2 | Ano 2024

RESUMO

OBJETIVO: revisar a literatura sobre as principais barreiras para que a MP seja implementada nas UTIs. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão na literatura nas bases de dados Pubmed e Scielo, entre janeiro e março de 2024. Foram incluídos artigos do período de 2014 a 2024, que discorressem sobre as barreiras para a mobilização precoce em UTI. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, teses e dissertações, assim como artigos incompletos ou indisponíveis. **RESULTADOS:** Foram citadas 21 barreiras para realização da MP, sendo elas: falta de conhecimento sobre a MP (2,0%), falhas de comunicação (4,0%), natureza imprevisível da uti (2,0%), pessoal limitado (11%), tempo limitado (9%), ausência de protocolos (7%), treinamento inadequado (9%), sedação excessiva (13%), pacientes instáveis (hemodinâmica, respiratório e neurológico) (7,0%), obesidade (2,0%), agitação (4,0%), dor (2,0%), equipamentos inadequados (4,0%), cultura da uti (2,0%), ausência de recursos (2,0%), ordens médicas (4,0%), delirium (2,0%), estresse excessivo no trabalho (2,0%), alta carga de trabalho (7,0%), acessos femorais (2,0%) e excesso de procedimentos (2,0%). **CONCLUSÃO:** ainda existem muitas barreiras para que a MP seja implementada na UTI. Desta forma, é necessário que sejam criadas estratégias para que essas barreiras sejam superadas.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva, mobilização precoce, barreiras.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to review the literature on the main barriers to EM in ICUs. **MATERIALS AND METHODS:** A literature review was carried out in the Pubmed and Scielo databases, between January and March 2024. Articles from the period 2014 to 2024 were included, which discussed the barriers to early mobilization in the ICU. Literature review articles, theses and dissertations, as well as incomplete or unavailable articles, were excluded. **RESULTS:** 21 barriers to carrying out EM were cited, namely: lack of knowledge about EM (2.0%), communication failures (4.0%), unpredictable nature of ICU (2.0%), limited staff (11 %), limited time (9%), lack of protocols (7%), inadequate training (9%), excessive sedation (13%), unstable patients (hemodynamic, respiratory and neurological) (7.0%), obesity (2.0%), agitation (4.0%), pain (2.0%), inadequate equipment (4.0%), ICU culture (2.0%), lack of resources (2.0%), doctor's orders (4.0%), delirium (2.0%), excessive stress at work (2.0%), high workload (7.0%), femoral access (2.0%) and excess of procedures (2.0%). **CONCLUSION:** there are still many for EM to be a barrier in the ICU. Thus, it is necessary to create strategies to overcome these barriers.

Keywords: intensive care unit, early mobilization, barriers.

1 Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto e Fisioterapia Respiratória pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR/COFFITO

2 Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR/ COFFITO

3 Mestranda em Ciências da Reabilitação pelo Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

4 Mestre em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Autor de correspondência

Jueline da Silva Santos

fisioluelinesantos@gmail.com

INTRODUÇÃO

A internação hospitalar propicia aos doentes longos períodos de imobilismo. Esse período de repouso leva ao aumento das espécies reativas de oxigênio e mediadores inflamatórios, aumentando o catabolismo proteico resultando em atrofia por desuso ⁽¹⁾. Além do repouso prolongado, outros fatores como a sepse, distúrbios eletrolíticos, gravidade da doença, estados de má nutrição, uso de fármacos como corticosteroides, bloqueadores neuromusculares, sedativos podem causar fraqueza muscular ^(2,3). O Delirium, idade mais avançada, hiperglicemia e ventilação mecânica por mais de cinco dias também foram associados ao desenvolvimento de fraqueza muscular ⁽⁴⁾.

A fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva (UTI) tem forte relação com aumento do tempo de internação hospitalar, redução da qualidade de vida e redução ou perda da independência funcional ⁽⁵⁾. A independência funcional pode ser entendida como a capacidade de o indivíduo realizar suas atividades de vida diária (AVD), sendo fator fundamental para a autonomia do sujeito para realização de tarefas que permite viver em um contexto domiciliar de forma independente ⁽⁶⁾. No entanto, a fraqueza muscular adquirida na UTI pode se prolongar por meses ou até anos após a alta, prejudicando a funcionalidade do paciente ⁽⁷⁾.

Desta forma, a mobilização precoce surge como recurso terapêutico essencial dentro

do ambiente da terapia intensiva, impactando positivamente no desfecho clínico destes pacientes. A mobilização precoce minimiza os efeitos da fraqueza muscular adquirida na UTI, reduzindo o tempo de internação, reduzindo o declínio da capacidade funcional e consequentemente reduz gastos com a saúde pública ⁽¹⁾. Uma revisão sistemática mostrou que a mobilização precoce melhora a força muscular e a capacidade funcional ⁽⁸⁾.

O objetivo da mobilização precoce é reduzir o tempo de internação hospitalar e promover a funcionalidade dos pacientes. A equipe multidisciplinar é responsável por identificar as indicações e contraindicações para mobilização precoce. Porém, no Brasil, o fisioterapeuta é o responsável por definir o modelo de intervenção, intensidade, periodicidade, continuidade e interrupção ⁽⁹⁾. A mobilização precoce se trata da aplicação precoce e intensificação da reabilitação física em pacientes com doença crítica, iniciada nos primeiros dois a cinco dias de internação em UTI e inclui atividades como rolar na cama, sentar, ficar em pé, transferências, treinamento de marcha, alongamentos e exercícios passivos, ativo-assistidos ou resistidos ⁽¹⁰⁾. Embora já seja conhecido os inúmeros benefícios da mobilização precoce, ainda há algumas barreiras para que esta seja implementada no ambiente de terapia intensiva.

Um estudo mostrou três categorias de barreiras à mobilização precoce, sendo estas: Relacionadas ao paciente, como sintomas e

condições do paciente, sedação excessiva, tubos endotraqueais, monitores e cateteres. Barreiras estruturais, como recursos humanos e técnicos limitados, número de profissionais limitados e treinamento insuficiente da equipe. Barreiras de nível institucional relacionadas à cultura da UTI, como falta de orientações adequadas, falta de coordenação, conflitos de horários de diferentes procedimentos e falta de regras para distribuição de tarefas e responsabilidades ⁽¹¹⁾. Desta forma, estratégias para implementação efetiva da mobilização precoce dentro da UTI devem ser criadas. Algumas dessas estratégias são implementação de diretrizes e protocolos de mobilização precoce, treinamento da equipe, envolvimento da equipe multiprofissional e esforços sistemáticos para mudar a cultura são componentes importantes neste processo ⁽¹²⁾.

Desta forma, barreiras à mobilização precoce podem prejudicar o processo de

reabilitação do doente crítico, gerando atraso na alta da UTI e conseqüentemente mais gastos nas instituições de saúde. Nessa perspectiva, devido a poucas pesquisas sobre esse assunto e visto a importância da temática, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão na literatura sobre as principais barreiras para que a mobilização precoce seja implementada nas unidades de terapia intensiva.

METODOLOGIA

A revisão iniciou-se pela formulação da questão orientadora, segundo a estratégia PICO (População, Intervenção, Comparação e Outcome). A definição de critérios de inclusão/exclusão (Tabela 1) teve como finalidade orientar a pesquisa e selecionar a literatura em função dos resultados pretendidos e da questão formulada.

Tabela 1: Critérios de inclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
Data da publicação	2014 a 2024
Língua	Português e Inglês
Intervenção	Doentes sujeitos à mobilização precoce e internados em UTI
Outros critérios	Artigos completos Estudos realizados em contexto clínico em adultos internados em UTI

Fonte: Autoria própria.

Como critérios de exclusão foram utilizados estudos sem determinação de metodologia clara. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, teses e dissertações, assim como artigos cujo texto completo não fosse

disponível nem mesmo após busca em biblioteca de referência, ou seja, aqueles cuja aquisição, por algum problema técnico, não fosse possível.

A revisão da literatura foi realizada por meio de consultas em bancos de dados acessados

no período de janeiro a março de 2024. As pesquisas foram realizadas nas seguintes bases de dados: PubMed e Scielo. A estratégia de pesquisa procurou uma estrutura lógica que combinasse os termos de busca, os operadores booleanos e os componentes da estratégia PICO. Na busca

foram utilizados os seguintes termos provenientes do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) na língua portuguesa: “mobilização precoce”, “barreiras” e “unidade de terapia intensiva” e seus correspondentes na língua inglesa “early mobilization”, “barriers”, “intensive care unit”.

Tabela 2. Estratégia PICO para formulação da questão de investigação.

1. POPULAÇÃO (PATIENT/PROBLEM)	2. INTERVENÇÃO (INTERVENTION)	3. CONTROLE (COMPARISON)	4. DESFECHO (OUTCOME)
Doentes críticos	Mobilização precoce	Sem comparação	Barreiras encontradas
PERGUNTA: “Quais são as principais barreiras contra a mobilização precoce em doentes críticos?”			

Fonte: Autoria própria.

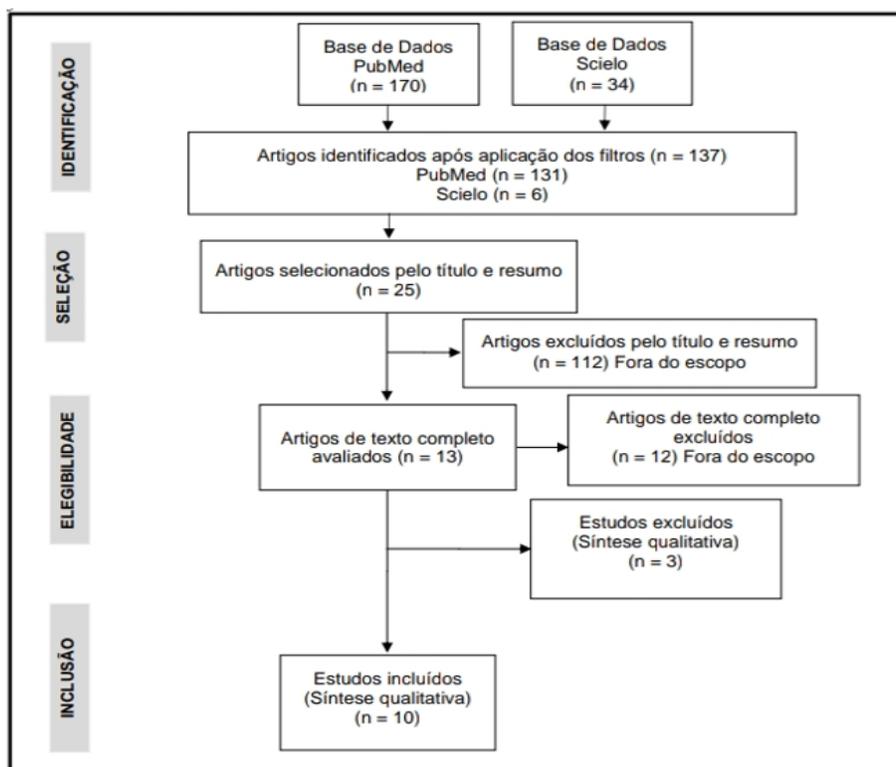
Os estudos foram primariamente cruzados entre base de dados para retirada de duplicatas, em seguida foi visto os artigos por títulos e após o resumo. Posteriormente os artigos remanescentes foram analisados por texto completo, para então ser realizado a síntese qualitativa (com verificação da população, método utilizadas e coleta de dados. Procedeu-se então a descrição geral dos artigos, considerando o ano, o objetivo, a metodologia e os resultados encontrados, sendo essas informações descritas em uma tabela. Após a descrição dos artigos em tabela, foi produzido um gráfico com a frequência de vezes que as barreiras para mobilização precoce apareceram.

RESULTADOS

Foram encontrados ao todo 204 artigos nas bases de dados, sendo 170 na base de dados Pubmed e 34 na base de dados Scielo. Após a

aplicação dos filtros da pesquisa e exclusão de artigos duplicados restaram 137 artigos. Destes artigos, 112 foram excluídos após leitura do título e resumo por não possuírem menções dos termos utilizados na busca, sendo selecionados apenas 25 artigos para leitura do texto completo. Após a leitura do texto completo foram excluídos 12 artigos por estarem fora do escopo desta pesquisa, não respondendo à questão de investigação ou por não atenderem a todos os critérios de inclusão, restando apenas 13 artigos para síntese qualitativa que consistiu na leitura da metodologia e verificação da população estudada, sendo excluídos 3 artigos. Com isso, apenas os trabalhos que tinham relação com os termos utilizados na busca e com o objetivo do presente estudo foram utilizados, totalizando 10 artigos incluídos nesta pesquisa (Figura 1).

Figura 1. Método de busca utilizado.



Fonte: Autoria própria baseado no modelo prisma de revisão sistemática ⁽¹³⁾.

Os 10 artigos incluídos através da estratégia de busca foram descritos inicialmente na Tabela 3 quanto a fonte, data, objetivo, método, resultados.

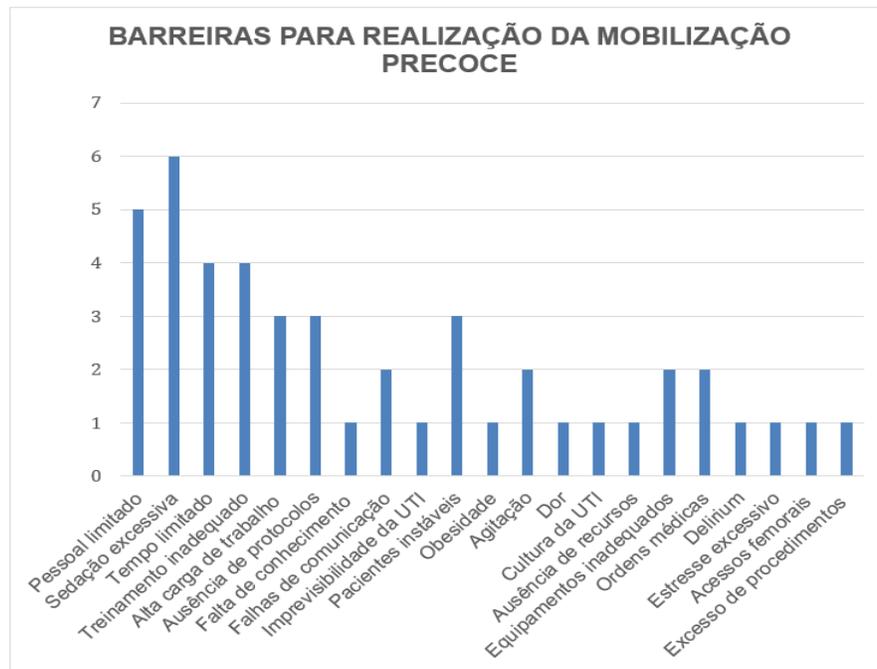
EM ANEXO

Os 10 artigos incluídos através da estratégia de busca foram descritos inicialmente na Tabela 3 quanto a fonte, data, objetivo, método, resultados.

De acordo com os estudos encontrados, foram citadas 21 barreiras para realização da MP, sendo elas: falta de conhecimento sobre

a MP (2,0%), falhas de comunicação (4,0%), natureza imprevisível da UTI (2,0%), pessoal limitado (11%), tempo limitado (9%), ausência de protocolos (7%), treinamento inadequado (9%), sedação excessiva (13%), pacientes instáveis (hemodinâmica, respiratório e neurológico) (7,0%), obesidade (2,0%), agitação (4,0%), dor (2,0%), equipamentos inadequados (4,0%), cultura da UTI (2,0%), ausência de recursos (2,0%), ordens médicas (4,0%), delirium (2,0%), estresse excessivo no trabalho (2,0%), alta carga de trabalho (7,0%), acessos femorais (2,0%) e excesso de procedimentos (2,0%) (Figura 2).

Figura 2. Barreiras para realização da mobilização precoce em UTI



DISCUSSÃO

Nossos resultados identificaram 21 diferentes barreiras para que a mobilização precoce seja implementada em UTIs. As barreiras mais citadas foram pessoal limitado e sedação excessiva, em seguida vieram o tempo limitado e o treinamento inadequado da equipe. A alta carga de trabalho e a ausência de protocolos de mobilização precoce também apareceram como barreiras frequentes no ambiente de UTI. Outras barreiras como falta de conhecimento sobre a MP, falhas de comunicação, natureza imprevisível da UTI, pacientes instáveis (hemodinâmica, respiratório e neurológico), obesidade, agitação, dor, cultura da UTI, ausência de recursos, equipamentos inadequados, ordens médicas, delirium, estresse excessivo no trabalho, acessos femorais e excesso de procedimentos médicos

também surgiram como barreiras, embora que de forma menos frequente, mas ainda assim impactando negativamente na implementação da mobilização.

Alguns estudos buscaram classificar as barreiras para mobilização precoce, surgindo de modo geral a definição de pelo menos três classes de barreiras: barreiras relacionadas ao paciente, institucionais e estruturais ⁽¹¹⁾. Essa última categoria, no presente estudo, mostrou-se um dos fatores mais limitantes para MP, sendo a quantidade limitada de pessoal e tempo limitado algumas das barreiras mais encontradas na UTI ⁽¹⁶⁾. Essas duas barreiras estão diretamente relacionadas e podem resultar na alta carga de trabalho para os profissionais, sendo em alguns ambientes de terapia intensiva a principal barreira para mobilização ⁽²³⁾. A alta carga de trabalho, níveis elevados de estresse, ambiente de trabalho

inadequado e insatisfação profissional, são fatores que podem ser observados entre os profissionais de saúde, podendo esses fatores comprometer a assistência prestada ao doente e até mesmo a segurança dos pacientes ⁽²⁴⁾.

A ausência de protocolos e treinamento inadequado também podem ser observados como barreiras frequentemente citadas para a implementação da MP ^(15,16,23). É necessário que haja a preocupação dos gestores em promover treinamento para a equipe além da criação e atualização de protocolos para a mobilização segura, como uma forma de promover conhecimento para a equipe, empoderar os profissionais em realizar a mobilização e assim aumentar a taxa de mobilidade dos paciente^s ⁽²⁵⁾.

A sedação excessiva também é percebida como uma barreira muito frequente no contexto de terapia intensiva, sendo fator negativo na implementação de protocolos de mobilização precoce. A interrupção diária da sedação favorece o tratamento e a recuperação do paciente ⁽²⁶⁾. Além disso, o uso da sedação leve é segura na maioria dos pacientes em VM na UTI, sendo priorizado que o paciente esteja calmo, confortável e colaborativo. Alguns dos benefícios da sedação leve é a possibilidade de estimulação ativa cognitiva ou motora, incluindo as intervenções de mobilização precoce, assim como a maior interação da equipe multiprofissional e familiares ⁽²⁷⁾.

A dor também foi incluída como um fator limitante para realização de protocolos de mobilização precoce. A dor pode ser definida

como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou apenas semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial ⁽²⁸⁾. Desta forma, não é prudente negligenciar a dor em pacientes criticamente enfermos, visto que esses estão submetidos a procedimentos e dispositivos que causam desconforto e conseqüentemente dor. Neste sentido, o uso de escalas para a avaliação da dor deve ser feito para identificar e tratar a causa e assim o doente possa ser mobilizado com segurança ⁽²⁹⁾.

O delirium e a agitação que algumas vezes vem acompanhada, também são consideradas barreiras para mobilização. Um estudo mostrou que o delirium na UTI pode estar associado a fatores como ventilação mecânica, uso de medicamentos psicotrópicos e privação do sono. O delirium pode predispor o paciente a eventos adversos, sendo necessário maior cuidado com esse paciente visando a sua segurança ⁽³⁰⁾.

O perfil de pacientes internados nas Unidades de Terapia intensiva inclui indivíduos com algumas comorbidades como hipertensão, diabetes, DPOC, tabagismo e obesidade ⁽³¹⁾. Esta última, apresenta alta prevalência no Brasil. Em um estudo realizado com 59.402 indivíduos mostrou que mais da metade dos participantes possuíam excesso de peso ⁽³²⁾. Por ser uma condição prevalente e conseqüentemente também visualizada dentro das UTI, essa condição foi apontada como barreira para implementação da MP.

Neste estudo, a falta de conhecimento sobre a MP foi identificada como barreira para mobilização. Um estudo realizado em uma UTI neonatal cirúrgica na cidade de Salvador – BA, indicou que os profissionais de saúde apresentam algum conhecimento sobre a mobilização precoce. No entanto, os autores concluíram que, embora haja conhecimento sobre a temática entre a equipe, essa ainda carece de esclarecimento e treinamento sobre o assunto⁽³³⁾.

As falhas de comunicação entre a equipe também surgem como um problema sendo fator limitante no estabelecimento de condutas. A comunicação entre os profissionais dos ambientes de saúde, incluindo nesse contexto as unidades de terapia intensiva, faz-se necessária e indispensável para promover uma assistência de qualidade e reduzir o tempo de internação. No entanto, a sobrecarga de trabalho, rotina agitada e até mesmo a imprevisibilidade do setor pode levar a déficits de comunicação⁽³⁴⁾. Desta forma, é necessário que sejam criadas estratégias para desenvolver a comunicação e o respeito mútuo entre a equipe, desta forma gerando impacto positivo na segurança do paciente⁽³⁵⁾.

Outro fator identificado neste estudo foi a cultura de mobilização dentro da UTI, sendo esta apontada como deficiente. Esta é uma questão desafiadora, pois para que seja criada tal cultura é necessário que sejam elaborados e implementados protocolos de mobilização precoce baseados no conjunto de procedimentos relacionados ao cuidado do paciente da instituição, o que implica em mudanças organizacionais⁽³⁶⁾.

A ausência de recursos e equipamentos inadequados foram vistos como outro fator limitante. Algumas Unidades de Terapia Intensiva não dispõem de recursos complementares e auxiliares para a fisioterapia como cicloergômetros, pranchas ortostáticas e eletroestimulação. Desta forma, muitos serviços disponibilizam apenas os procedimentos tradicionais como mobilização passiva manual, transferências de decúbito, treino de marcha e caminhada, visando a mobilidade fora do leito⁽³⁷⁾.

O número excessivo de procedimentos, sendo incluídos nesses a realização de exames laboratoriais e de imagem se mostrou como outro fator associado a não realização da fisioterapia pois são vistos como prioridade em relação a mobilização⁽³⁸⁾. Embora seja importante a realização de exames para o diagnóstico e tratamento, não há correlação entre a quantidade de exames solicitados ao desfecho e gravidade do paciente. Além disso, a solicitação excessiva pode levar a custos desnecessários⁽³⁹⁾.

Assim, é necessário que estratégias sejam criadas para superar essas barreiras. O melhor redimensionamento da equipe, presença de um líder, criação de protocolos interprofissionais baseados em evidências científicas, treinamento, capacitações e reuniões interprofissionais, criação e revisão de critérios de segurança para mobilização, estabelecimento de metas, análise de custos e modelagem financeira, compartilhamento de responsabilidades entre a equipe multiprofissional, comunicação e cooperação

multiprofissional são algumas metodologias que podem facilitar a implementação da mobilização precoce na UTI ⁽²⁵⁾.

Um estudo analisou 8.942 sessões de mobilização em pacientes mecanicamente ventilados, sendo que nesse estudo houve poucos eventos adversos. Dessa forma, é possível perceber que a mobilização é segura e viável (1). No entanto, é necessário que a equipe multiprofissional seja treinada, motivada, detentora de conhecimentos atualizados sobre riscos e benefícios das condutas motoras, e que tenha uma coordenação que faça o estabelecimento de metas com prazos definidos e verifique resultados para melhor condução dos pacientes ⁽²⁵⁾.

As consequências pós internação em UTI hoje são encaradas como motivo de preocupação quando são avaliados os resultados em saúde. O imobilismo prolongado tem impacto importante na saúde do doente, podendo levar a redução da funcionalidade. Nesse contexto, a mobilização do doente crítico, tem a capacidade de reduzir os efeitos deletérios a nível funcional da internação na UTI ⁽⁴⁰⁾.

As limitações deste estudo incluem a ampla variedade de diagnósticos de saúde que surgiram ao longo do levantamento dos artigos além da variedade de profissionais que realizam a mobilização precoce, sendo em alguns países realizada por fisioterapeutas e em outros por enfermeiros. No entanto, a heterogeneidade desses dados é pertinente ao objetivo deste estudo, sendo fundamental para o conhecimento das principais barreiras para mobilização em diferentes contextos de saúde.

CONCLUSÃO

É possível perceber que ainda existem muitas barreiras para que a mobilização precoce seja implementada na unidade de terapia intensiva, dentre elas as mais frequentes são o pessoal limitado, excesso de sedação, tempo limitado, treinamento inadequado, alta carga de trabalho e ausência de protocolos. Desta forma, buscar estratégias que facilitem o desenvolvimento da mobilização é necessário. Sabe-se a mobilização precoce tem papel fundamental na funcionalidade de pacientes que passam pela unidade de terapia intensiva, podendo tornar os desfechos desses doentes mais favorável. Novos estudos são necessários, principalmente para instituição de diretrizes e protocolos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt UH, Knecht L, Macintyre NR. Should early mobilization be routine in mechanically ventilated patients? Vol. 61, Respiratory Care. American Association for Respiratory Care; 2016. p. 867–75.
2. Borges VM, Oliveira LRC de, Peixoto E, Carvalho NAA de. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. Rev bras ter intensiva. 2009;21:446–52.
3. Chlan LL, Tracy MF, Guttormson J, Savik K. Peripheral muscle strength and correlates of muscle weakness in patients receiving mechanical ventilation. American Journal of Critical Care. 2015;24(6):91–8.
4. Ballve LPD, Dargains N, Inchaustegui JGU, Bratos A, Milagros Percaz M de los, Ardariz CB, et al. Weakness acquired in the intensive care unit. Incidence, risk factors and their association with inspiratory weakness. Observational cohort study. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(4):466–75.
5. Kurogi EM, Butcher R de CGES, Salvetti M de G. Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure. Rev Bras Enferm. 2020;73(4).
6. Curzel J, Junior LAF, De Mello Rieder M. Evaluation of functional independence after discharge from the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2013 Apr;25(2):93–8.
7. Gonçalves F S, Luinê FDO, Nágila Silva A, Mazullo Filho JBR. Análise da qualidade de vida e capacidade funcional dos pacientes que sobreviveram a unidade de terapia intensiva. Revista da FAESF. 2018;2(4):15–24.
8. Wang J, Ren D, Liu Y, Wang Y, Zhang B, Xiao Q. Effects of early mobilization on the prognosis of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. Vol. 110, International Journal of Nursing Studies. Elsevier Ltd; 2020.
9. Aquim EE, Bernardo WM, Buzzini RF, de Azeredo

- NSG, da Cunha LS, Damasceno MCP, et al. Brazilian guidelines for early mobilization in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(4):434–43.
10. Alaparthi GK, Gatty A, Samuel SR, Amaravadi SK. Effectiveness, safety, and barriers to early mobilization in the intensive care unit. Vol. 2020, *Critical Care Research and Practice*. Hindawi Limited; 2020.
 11. Daptardar AA. Quest of knowledge and perceived barriers toward early mobilization of critically ill patients in intensive care unit: a continuing journey! *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 2021;25(5):489–90.
 12. 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 ATS*, 2016;13(5):724–30.
 13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the prisma statement. *PLoS Med*, 2009;6(7).
 14. Anekwe DE, Milner SC, Bussi eres A, de Marchie M, Spahija J. Intensive care unit clinicians identify many barriers to, and facilitators of, early mobilisation: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *Journal of Physiotherapy*. 2020;66(2):120–7.
 15. 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 J Crit Care Med*. 2021;25(5):512–8.
 16. Babazadeh M, Jahani S, Poursangbor T, Cheraghian B. Perceived barriers to early mobilization of intensive care unit patients by nurses in hospitals affiliated to Jundishapur University of Medical Sciences of Ahvaz in 2019. *J Med Life*. 2021;14(1):100–4.
 17. Barber EA, Everard T, Holland AE, Tipping C, Bradley SJ, Hodgson CL. Barriers and facilitators to early mobilisation in Intensive Care: a qualitative study. *Aust Crit Care*. 2015;28(4):177–82.
 18. Brock C, Marzano V, Green M, Wang J, Neeman T, Mitchell I, et al. Defining new barriers to mobilisation in a highly active intensive care unit - have we found the ceiling? An observational study. *Heart Lung*. 2018;47(4):380–5.
 19. Fontela PC, Forgiarini Jr. LA, Friedman G. Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. *Rev bras ter intensiva*. 2018;30:187–94.
 20. Jiang J, Zhao S, Han P, Wu Q, Shi Y, Duan X, et al. Knowledge, attitude, and perceived barriers of newly graduated registered nurses undergoing standardized training in intensive care unit toward early mobilization of mechanically ventilated patients: a qualitative study in shanghai. *Frontiers in Public Health*. 2022;9.
 21. Kim C, Kim S, Yang J, Choi M. Nurses' perceived barriers and educational needs for early mobilisation of critical ill patients. *Aust Crit Care*. 2019;32(6):451–7.
 22. Leditschke IA, Green M, Irvine J, Bissett B, Mitchell IA. What are the barriers to mobilizing intensive care patients? *Cardiopulm Phys Ther J*. 2012;23(1):26–9.
 23. Wang J, Xiao Q, Zhang C, Jia Y, Shi C. Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding early mobilization of patients. *Nurs Crit Care*. 2020;25(6):339–45.
 24. Padilha KG, Barbosa RI, Andolhe R, Oliveira EM de, Ducci AJ, Bregalda RS, et al. Carga de trabalho de enfermagem, estresse/ burnout, satisfa o e incidentes em unidade de terapia intensiva de trauma. *Texto contexto – Enferm*. 2017; 26(3).
 25. Mesquita FO de S, Bezerra NKM da S, Barros PT de B, Maia TFLDM. Barreiras da mobiliza o precoce em pacientes críticos. PROFISIO Programa de Atualiza o em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 61–98.
 26. Barbosa TP, Beccaria LM, Bastos AS, Silva DC da. Associa o entre nível de seda o e mortalidade de pacientes em ventila o mecânica em terapia intensiva. *Rev esc enferm USP*. 2020;54.
 27. Tanaka LMS, Serafim RB, Salluh JIF. O que todo intensivista deveria saber sobre seda o leve em pacientes em ventila o mecânica. *Rev bras ter intensiva*. 202;33:480–2.
 28. DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO de, Correia LMF, Oliveira CM de, Fonseca PRB da. Defini o de dor revisada após quatro décadas. *BrJP*. 2020;3:197–8.
 29. Hora TCNS da, Alves IGN. Escalas para a avalia o da dor na unidade de terapia intensiva. *Revisão sistemática*. *BrJP*. 2020;3:263–74.
 30. Silva MHO da, Camerini FG, Henrique DDM, Almeida LF de, Franco AS, Pereira SRM. Delirium na terapia intensiva: fatores predisponentes e preven o de eventos adversos. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2018;32.
 31. Ferreira APDS, Szwarcwald CL, Damacena GN. Prevalência e fatores associados da obesidade na popula o brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22.
 32. Pauletti M, Otaviano MLP de O, Moraes A dos ST de, Schneider D da S. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. *Aletheia*. 2017;50(1–2):38–46.
 33. Deitos MV, Andrade ALD, Andrade A do N. Multidisciplinary team perceptions about the implementation and safety of early mobilization for newborns in post-operative care. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 202;11(4):691–701.
 34. Silva FEA da, Almeida P da S, Freitas AMO de, Lima ABL, Luz AKP de S. A importância da comunica o entre a equipe multiprofissional para o paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2022;1240–3.
 35. Moreira FTL dos S, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunica o efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promo o da segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40.
 36. Sarti TC, Vecina MVA, Ferreira PSN. Mobiliza o precoce em pacientes críticos. *J Health Sci Inst*. 2016 [citado 18 de junho de 2023];177–81.
 37. Silveira ACCN, Mota VMT, Sousa FKV de, Gurgel DC, Nogueira IC. Análise dos recursos terapêuticos utilizados na mobiliza o precoce em pacientes críticos. *Motricidade*. 2019;15(4):71–80.
 38. Machado FO, Silva FSP da, Argente JS, Moritz RD. Avalia o da necessidade da solicita o de exames complementares para pacientes internados em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18:385–9.
 39. Rocha ECB, Lima LL de, Almeida MVG, Lopes MR. Necessidade de Gerenciamento dos Gastos com Exames Laboratoriais no Brasil. *Revista de Educa o da Universidade do Vale do São Francisco*. 2018;8(15):112–28.
 40. Azevedo PMD da S, Gomes BP. Efeitos da mobiliza o precoce na reabilita o funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(5):129–38.

Observa o: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.

Tabela 3. Categorização dos artigos quanto à fonte, objetivos, método (amostra, caracterização da amostra e dados mensurados) e resultados.

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados
Anekwe <i>et al</i> , 2020 ⁽¹⁴⁾	Aprofundar a compreensão das barreiras à prática da mobilização precoce na UTI na perspectiva dos profissionais da UTI.	Quatro reuniões de grupos focais foram realizadas com 33 profissionais da UTI. Foi realizada a análise de conteúdo nas transcrições literais das gravações de áudio.	As principais barreiras à mobilização precoce foram: falta de convicção e conhecimento sobre as evidências disponíveis sobre a mobilização precoce; falta de atenção à prestação de cuidados ideais; comunicação ineficiente; a natureza imprevisível da UTI; e pessoal, equipamento, tempo e conhecimento clínico limitados.
Akhtar; Deshmukh, 2021 ⁽¹⁵⁾	Estudar o conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em UTI sobre a mobilização precoce de pacientes adultos graves e identificar barreiras percebidas para a aplicação da mobilização precoce.	Pesquisa transversal realizada com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) (n=100) que atuam em UTI através de um questionário autoestruturado.	As principais barreiras para mobilização precoce foram a ausência de diretrizes ou protocolos escritos, equipe limitada, treinamento inadequado de profissionais da saúde, sedação excessiva e instabilidade hemodinâmica.
Babazadeh <i>et al</i> , 2021 ⁽¹⁶⁾	Identificar as potenciais barreiras para mobilização precoce de pacientes na UTI.	Estudo realizado com 107 enfermeiros intensivistas em hospitais do Irã, através de um questionário elaborado pelos autores.	As principais barreiras identificadas foram a falta de pessoal treinado, tempo insuficiente, sedação profunda, obesidade, agitação, dor, falta de registros e protocolos e equipamentos inadequados para a mobilização de pacientes em ventilação mecânica.

Barber <i>et al</i> , 2015 ⁽¹⁷⁾	Determinar as barreiras e facilitadores da mobilização precoce na Unidade de Terapia Intensiva	Estudo descritivo qualitativo envolvendo grupos focais com médicos, enfermeiros e fisioterapeutas (n=25) de uma UTI de um hospital quaternário na Austrália.	Os principais temas relacionados às barreiras incluíram a cultura da Unidade de Terapia Intensiva, comunicação inefetiva e falta de recursos.
Brock <i>et al</i> , 2018 ⁽¹⁸⁾	Identificar barreiras à mobilização e fatores associados à mobilização bem-sucedida em uma UTI onde a mobilização está bem estabelecida.	Estudo prospectivo realizado com 202 pacientes em 4 semanas de mobilização.	As barreiras mais frequentes foram sonolência, contraindicações hemodinâmicas/respiratórias e ordens médicas.
Fontela; Forgiarini Jr; Friedman, 2017 ⁽¹⁹⁾	Investigar o conhecimento de membros da equipe multiprofissional sobre a mobilização precoce de pacientes adultos graves e identificar atitudes e barreiras percebidas para sua aplicação.	Estudo transversal realizado com médicos, profissionais de enfermagem e fisioterapeutas (n=98) de seis UTIs de dois hospitais de ensino.	As principais barreiras citadas foram a indisponibilidade de profissionais e tempo para mobilizar os pacientes, sedação excessiva, delírium e estresse excessivo no trabalho.
Jiang <i>et al</i> , 2021 ⁽²⁰⁾	Explorar o conhecimento de enfermeiros sobre a mobilização precoce de pacientes em ventilação mecânica e identificar as barreiras para a aplicação da mobilização precoce.	Estudo qualitativo, utilizou o método fenomenológico para explorar as experiências de 15 enfermeiros em um hospital em Xangai, China.	As principais barreiras identificadas foram a carga pesada de tarefas para enfermagem, recursos humanos insuficientes e riscos que limitam a implementação da mobilização precoce.

Kim <i>et al</i> , 2019 ⁽²¹⁾	identificar as barreiras percebidas pelos enfermeiros de cuidados intensivos, as necessidades educacionais correspondentes e fornecer informações úteis para a implementação do programa na Coreia.	Estudo transversal usando um questionário estruturado e autoadministrado que foi preenchido por 151 enfermeiros intensivistas em Seul.	Os cinco principais itens de barreira foram alta carga de trabalho, incapacidade dos pacientes de se exercitar, falta de tempo e ausência de capacitação.
Leditschke <i>et al</i> , 2012 ⁽²²⁾	Identificar barreiras à mobilização precoce.	Foi realizada uma auditoria prospectiva de 4 semanas de 106 pacientes admitidos em uma UTI terciária mista médico-cirúrgica.	As principais barreiras identificadas foram acessos femorais, agitação, instabilidade neurológica, hemodinâmica ou respiratória, ordens médicas, procedimentos médicos e Escala de Coma de Glasgow baixa.
Wang <i>et al</i> , 2020 ⁽²³⁾	Investigar o conhecimento, atitudes e barreiras percebidas por enfermeiros em relação à mobilização precoce em pacientes na UTI.	Estudo transversal, sendo aplicado um questionário eletrônico com enfermeiros (n = 227).	As principais barreiras percebidas foram carga de trabalho muito pesada, equipamentos e dispositivos insuficientes, falta de protocolos escritos, treinamento inadequado, riscos potenciais do trabalho e pessoal limitado.