

**Evaluation of the perception and theoretical knowledge of physical therapists on the application of the ICU Mobility Scale**

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 2 | Ano 2024

Estefanie Emiliano Santos e Silva¹, Valeria Marques Ferreira Normando², Nayan Leonardo Souza Lopes³, Luiz Euclides Coelho de Souza Filho¹, Apio Ricardo Nazareth Dias²**RESUMO**

Avaliar as percepções e conhecimentos dos fisioterapeutas de um hospital de ensino na aplicação da escala ICU Mobility Scale. A Pesquisa observacional transversal qualitativa, tendo como participantes 12 fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário de Belém-PA. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (Parecer nº 5.600.668) a coleta de dados foi realizada através de um formulário de pesquisa elaborado pelos pesquisadores, baseada pelo método Likert. A análise foi feita a partir do nível de concordância às afirmações contidas no formulário, sendo os resultados expressos em frequências e porcentagens. Observou-se que a maioria dos participantes discorda da afirmação de que a escala é de fácil aplicação: 5 (41%) discordam completamente e 3 (25%) discordam parcialmente. Houve discordância da afirmação de que não há necessidade de treinamento para utilizar 5 (41%) discordam totalmente e 4 (33%) discordam parcialmente. Sugere-se a necessidade de treinamentos específicos para qualificar os profissionais, e aprimorar o seu conhecimento sobre a escala.

Palavras-chave: Funcionalidade, Mobilização Precoce, Unidade de Terapia**ABSTRACT**

To evaluate the perceptions and knowledge of physiotherapists at a teaching hospital in applying the ICU Mobility Scale. Qualitative cross-sectional observational research, with participants being 12 physiotherapists who work in the Intensive Care Unit of a University Hospital in Belém-PA. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital Universitário João de Barros Barreto (Opinion nº 5,600,668) data collection was carried out using a research form prepared by the researchers, based on the Likert method. The analysis was carried out based on the level of agreement with the statements contained in the form, with the results expressed in frequencies and percentages. It was observed that the majority of participants disagree with the statement that the scale is easy to apply: 5 (41%) completely disagree and 3 (25%) partially disagree. There was disagreement with the statement that there is no need for training to use it, 5 (41%) completely disagreed and 4 (33%) partially disagreed. Sugere-se a necessidade de treinamentos específicos para qualificar os profissionais, e aprimorar o seu conhecimento sobre a escala.

Keywords: Functionality, Early Mobilization, Therapy Unit

1 Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB\ EBSERH), Belém-PA.

2 Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém- PA.

3 Mestre em Ensino e Saúde: Educação Médica – CESUPA. Bêlem - PA

Autor de correspondência

Estefanie Emiliano santos e silva

fisioterapia.emiliano2023@gmail.com

INTRODUÇÃO

O perfil de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é bastante variado, entretanto, o processo de reabilitação de maneira geral tem como um de seus principais objetivos a prevenção do imobilismo, devido a suas consequências deletérias aos pacientes internados, dentre as diversas alterações sistêmicas, destaca-se a fraqueza muscular¹. O aparecimento da fraqueza muscular é uma complicação que acomete entre 20% a 50% destes pacientes, tendo um impacto negativo na função física e persistindo entre cinco meses a até anos após a alta hospitalar².

Devido a isso, existem medidas de avaliação da funcionalidade que demonstra se os pacientes conseguem executar determinadas atividades de vida diária e a vantagem de aplicar certas escalas é traçar metas e objetivos na admissão na UTI de acordo com a sua evolução clínica até alta hospitalar. Algumas escalas são descritas na literatura, como MIF (Medida de Independência Funcional) e Medical Research Council (MRC)³.

O planejamento dos protocolos de tratamento passa por uma avaliação funcional do paciente que determine o seu estado funcional e as necessidades de intervenção. Na ficha de avaliação da UTI, além dos dados pessoais, devem ser avaliadas as condições neurológicas, utilizando escalas de nível de consciência, as condições respiratórias como a expansão pulmonar, padrão respiratório, sinais de desconforto respiratório, ausculta pulmonar e a função motora que deve ser avaliada através de escalas funcionais⁴.

As escalas de funcionalidade auxiliam a equipe de fisioterapia na prescrição de protocolos de reabilitação individualizados, o que auxilia na otimização do processo de recuperação funcional dos pacientes, permitindo uma visualização diária de mobilização na UTI⁵.

Contudo, apesar de haver artigos que demonstram a fácil aplicabilidade da escala, existem barreiras dentro do complexo hospitalar que inviabilizam o profissional a realizar a avaliação da funcionalidade no paciente⁶. O estado hemodinâmico dos pacientes, a ausência de protocolos de avaliação, o treinamento inadequado da equipe, a limitação de equipamentos, a falta de conhecimento dos profissionais, a falta de integração da equipe multidisciplinar são algumas destas barreiras⁷.

A IMS é um instrumento para medir a mobilidade dos pacientes internados na UTI, foi validada e traduzida para o português, possui boa confiabilidade, sua pontuação varia de 0 a 11 de acordo com o nível de mobilidade, partindo (score 0) rolando passivamente ou exercício passivos pela equipe, mas não se movendo ativamente até afastar-se da cama / cadeira por pelo menos 5 m sem auxílio de marcha ou auxílio de outra pessoa (score 10)^{8,9}. Nesse estudo, buscou-se avaliar o nível de conhecimento teórico sobre a escala ICU Mobility Scale a respeito dos fisioterapeutas intensivistas atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

MÉTODOS

Consistiu em um estudo observacional transversal de caráter qualitativo, desenvolvido junto aos fisioterapeutas que atuam na Unidade de Terapia Intensiva da Unidade Hospitalar João de Barros Barreto (HUJBB), entre março de 2022 a fevereiro de 2023. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (parecer número: 5.600.668). Todos os participantes indicaram sua concordância em participar da pesquisa através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A população do estudo foi composta por 15 fisioterapeutas que exercem suas funções no Complexo Hospitalar da UFPA – HUJBB/EBSERH. Foram incluídos 12 fisioterapeutas que possuíam inscrição no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) a mais de um ano, e cuja atuação atual é em ambiente de UTI. Foram excluídos aqueles que atuavam apenas em outros níveis de atenção ou que não estejam atuando na assistência à saúde no momento.

O projeto foi desenvolvido na Unidade Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Este setor conta atualmente com 10 leitos, atendidos por 7 fisioterapeutas da escala diária e 6 plantonistas. Existe uma chefia de Fisioterapia no setor, que é responsável por organizar as escalas de plantão, institucionaliza o modelo das evoluções fisioterapêuticas e demais protocolos assistenciais a serem desenvolvidas pelos fisioterapeutas do setor.

A coleta de dados foi realizada através de formulário elaborado pelos pesquisadores

na plataforma Google Forms (Google™, MountainView, Califórnia, EUA). A relação de profissionais que atuam em UTI foi fornecida pelo chefe do departamento de fisioterapia do hospital, sendo estes então convidados a participar da pesquisa. O questionário consistiu em uma avaliação das percepções e do conhecimento teórico dos profissionais fisioterapeutas sobre a aplicação da escala ICU Mobility Scale, inicialmente foram coletados dados de identificação e de escolaridade dos fisioterapeutas, sendo: idade, gênero, maior nível de formação, tempo de formação, tempo de experiência na área de terapia intensiva.

O questionário possuía suas alternativas de resposta organizadas em uma escala de atitude Likert de 5 pontos, desenvolvida para obter o nível de percepção e conhecimento dos participantes, a partir da concordância ou discordância em relação às afirmações contidas no formulário de pesquisa. A escala Likert é de tipo somativa, sendo o modelo mais utilizado para mensurar atitudes, preferências e perspectivas. O motivo desse modelo ser um dos mais aplicados em estudos se deve a sua facilidade de entendimento e aplicação, bem como à sua capacidade de adaptação a diferentes necessidades nos mais diversos projetos de pesquisa¹⁰.

O questionário foi composto por 15 afirmações a respeito da escala IMS, estas organizadas em 5 tipos de resposta (1-Discordo totalmente, 2-Discordo, 3- Nem concordo e nem discordo, 4- Concordo e 5- Concordo plenamente). Foi estipulada uma nota a partir da escala, especificando o quanto o respondente concorda ou discorda de cada afirmação, e 5 casos clínicos na qual os profissionais tinham que determinar a classificação do indivíduo, baseando-se na escala ICU Mobility Scale.

Quadro 1 – perguntas de acordo com a escala Likert

| PERGUNTAS BASEADAS NA ESCALA LIKERT |
|---|
| 1º- A escala ICU Mobility Scale (IMS) é de fácil aplicação, mas não possui uma boa clareza para ser utilizada na assistência fisioterapêutica. |
| 2º- A Escala de Mobilidade (IMS), relata o nível mais alto de mobilidade do paciente na UTI |
| 3º- A escala foi criada para ser utilizada por fisioterapeutas à beira-leito |
| 4º- A escala IMS é a primeira escala que relatou viabilidade e confiabilidade para medir o nível mais alto de mobilidade diária em pacientes de UTI |
| 5º- A escala IMS foi desenvolvida para ser usada tanto na UTI quanto na enfermaria |
| 6º- A escala não foi desenvolvida para ser aplicada de forma diária, mas na admissão e na alta do paciente |
| 7º- A equipe não precisa de treinamento para saber como aplicar escala no ambiente da UTI, pois ela já possui uma boa compreensão |
| 8º- A escala serve para planejar o tratamento do paciente internado UTI |
| 9º- A escala IMS não pode ser aplicada em pacientes em Ventilação Mecânica, pois pode provocar alterações hemodinâmica |
| 10º- A escala IMS é contraindicada em pacientes com instabilidade hemodinâmica, porque pode agravar o quadro do paciente |
| 11º- A escala IMS contém um escore medindo 11 níveis de mobilidade do paciente |
| 12º- A escala IMS avalia apenas pacientes sem alteração do nível de consciência" |
| 13º- A escala possui 11 níveis de mobilidade, sendo que o escore 10 significa (nada - consegui rolar passivamente, sem ter movimentos ativos |
| 14º- O propósito da escala IMS é avaliar a mobilidade tanto em crianças quanto em adultos internados gravemente na UTI |
| 15º- Hodgson e colaboradores buscaram desenvolver uma escala que pudesse descrever de forma rápida, fácil e confiável os marcos da mobilidade, pois as escalas de mobilidade existentes não possuem marcos de mobilidade para serem usados de maneira padronizada nas UTI's |

Quadro 2 – Casos clínicos

| CASOS CLÍNICOS |
|--|
| 1º) Mobilidade de membros superiores e inferiores preservada, MRC 45. Realiza sedestação a beira-leito. Diante do quadro da paciente, qual escore da ICU Mobility Scale (IMS) você determinaria? |
| 2º) Após admissão na UTI, o paciente foi sedado e intubado. Sinais vitais: FR 25 irpm; FC 95; PAS 130 mmHg; PAD 80 mmHg. Nível de Consciência: RASS -5. Qual escore da escala IMS você determinaria ao paciente? |
| 3º) Apresenta perda de sensibilidade e de movimento voluntário em hemi-corpo direito e instabilidade de tronco. Qual escore da escala IMS você determinaria a paciente? |
| 4º) A avaliação motora demonstra movimentos ativos com mobilidade articular preservada em hemicorpo direito, com abolição de movimentos ativos a esquerda (hemiplegia a esquerda). Tolerar ortostatismo em Prancha ortostática. Qual escore da escala IMS você determinaria ao paciente? |
| 5º) Após 48 horas do procedimento, em UTI, o paciente já realiza sedestação à beira leito, Ortostatismo e treino de marcha com andador. Qual escore da escala IMS você determinaria ao paciente? |

As informações coletadas foram armazenadas no software Excel 365™ (Microsoft Corporation, Redmond, USA), sendo expressas em tabelas e gráficos para melhor compreensão dos resultados. A análise dos dados foi feita de acordo com o nível de concordância às afirmativas contidas no formulário e pela quantidade de acertos de cada participante aos casos-clínicos apresentados, sendo expressos em frequências e porcentagens.

RESULTADOS

Observou-se que dos 12 participantes, n= 6 (50%) eram mulheres e n= 6 (50%) homens, a maioria tem idade igual ou superior a 35 anos n=7(58%) e tempo de experiência hospitalar de mais de 10 anos n= 9 (75%), a maioria possui mestrado n= 7 (58%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes n=12

| Variável | N | % |
|--|-----------|----|
| Sexo | | |
| Masculino | 6 | 50 |
| Feminino | 6 | 50 |
| Idade | | |
| Até 34 anos | 5 | 41 |
| Mais de 35 anos | 7 | 58 |
| Tempo de graduação | | |
| 01 - 10 anos | 2 | 16 |
| Mais de 10 anos | 10 | 83 |
| Tempo de experiência hospitalar | | |
| Entre 1 – 10 anos | 3 | 25 |
| Mais de 10 anos | 9 | 75 |
| Grau de instrução | | |
| Especialista | 5 | 41 |
| Mestre | 7 | 58 |
| Total | 12 | |

Tabela 2: Nível de concordância dos participantes em relação a cada afirmação (n=12).

| QUESTÕES | DT | DP | N/A | C | CT |
|------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Q1 | 5 (41%) | 3 (25%) | 2 (16%) | 2 (16%) | 0 (0%) |
| Q2 | 0 (0%) | 1 (8%) | 1 (8%) | 6 (50%) | 4 (33%) |
| Q3 | 0 (0%) | 4 (33%) | 0 (0%) | 5 (41%) | 3 (25%) |
| Q4 | 2 (16%) | 3 (33%) | 7 (58%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Q5 | 1 (8%) | 6 (50%) | 0 (0%) | 4 (33%) | 1 (8%) |
| Q6 | 6 (50%) | 3 (25%) | 1 (8%) | 2 (16%) | 0 (0%) |
| Q7 | 5 (41%) | 4 (33%) | 0 (0%) | 3 (25%) | 0 (0%) |
| Q8 | 1 (8%) | 1 (8%) | 2 (16%) | 4 (33%) | 4 (33%) |
| Q9 | 9 (75%) | 2 (16%) | 1 (8%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Q10 | 7 (58%) | 0 (0%) | 2 (16%) | 1 (8%) | 2 (16%) |
| Q11 | 3 (33%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (8%) | 8 (66%) |
| Q12 | 6 (50%) | 1 (8%) | 1 (8%) | 3 (25%) | 1 (8%) |
| Q13 | 11 (91%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (8%) | 0 (0%) |
| Q14 | 6 (50%) | 2 (16%) | 0 (0%) | 4 (33%) | 0 (0%) |
| Q15 | 2 (16%) | 4 (33%) | 3 (25%) | 2 (16%) | 5 (41%) |

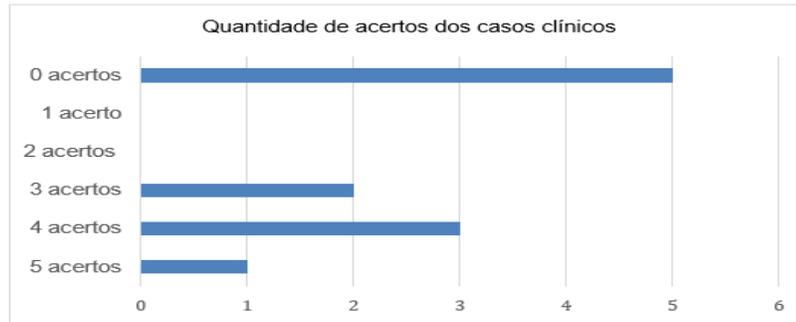
Legenda: (DT) Discordo totalmente, (DP)Discordo Parcialmente, (N/A) Nem discordo,

nem concordo, (C) Concordo, (CT) Concordo Totalmente. Fonte: Silva EES, et al.,2024.

Em relação aos dados apresentados na tabela 2, observa-se 15 perguntas baseadas na escala Likert, destacando em negrito a maiores

pontuações das respostas e foram adotados para a interpretação as porcentagens.

Figura 1: Frequência de participantes em cada nível de acertos aos casos-clínicos (n=12).



Legenda: podemos ver a frequência das respostas, indicando a quantidade de acertos aos casos-clínicos, o detalhe a ser exposto é que um participante não respondeu a nenhum caso-clínico, sendo incluído na categoria “0 acertos”.

DISCUSSÃO

Os principais resultados do estudo foram, a maioria dos participantes não acertaram nenhum dos casos clínicos apresentados. Com relação a percepção acerca da escala IMS, a maioria discorda de que a escala não possui uma boa clareza para ser utilizada na assistência fisioterapêutica n= 3 (25%) discordam parcialmente, n = 5 (41%) discorda plenamente e de que a equipe não precisa de treinamento para saber como aplicar escala no ambiente da UTI n=4 (33%) discordam parcialmente, n= 5 (41%) discordam plenamente.

Os fisioterapeutas que atuam em ambientes de serviços de saúde de rede pública conveniadas com Universidades federais, na sua rotina de trabalho, além de atuar na assistência, orientam as atividades práticas de alunos de graduação e residentes¹¹. Sua atuação deve estar

de acordo com a evolução dos procedimentos e métodos de ensino-aprendizagem e aos avanços clínico-científicos da assistência à saúde¹².

Para um manejo eficiente da escala IMS, os profissionais de saúde precisam compreender seus objetivos e a forma correta de aplicação. A partir dos dados mensurados, determinam-se as necessidades funcionais, e o direcionamento adequado dos protocolos de mobilização precoce¹³. O profissional precisa ainda, permanentemente aprimorar seus conhecimentos técnicos a fim de melhor contribuir com a aprendizagem de discentes e residentes que atuam no ambiente hospitalar.

O ambiente de UTI é composto por uma rede multidisciplinar, e devido a isso a formação profissional deve ser um processo contínuo, para melhorar as práticas no setor de saúde pública. E devido a isso, a qualificação dos processos de

trabalho neste ambiente ocorre a partir da análise do cotidiano do trabalhador, integrando serviço, ensino, docência e saúde¹⁴

Uma certa porcentagem fisioterapeutas discordam da afirmação de que a escala é de fácil aplicação, mas que não possui clareza para ser utilizada na assistência fisioterapêutica, 5 (41%) discorda completamente e 3 (25%) discorda parcialmente. Estudo recente que buscou avaliar o conhecimento de docentes sobre a ferramenta, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), constatou-se que todos os docentes conheciam a CIF, porém 81% deles tinha dificuldade para entendê-la e 72% para aplicá-la, foi concluído que, faz necessária a implantação de treinamentos específicos para qualificar os profissionais¹⁵. O fisioterapeuta pode classificar os domínios da escala IMS e, acima de tudo, ter uma visão psicossocial e avaliar o indivíduo de acordo com a sua capacidade funcional, com destaque no seu desenvolvimento.

A maioria dos participantes concorda com a afirmação de que a escala foi criada para utilização por profissionais de fisioterapia, 5 (41%) concordam plenamente e 3 (25%) concordam parcialmente com a afirmação, entretanto, a escala pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde¹⁶. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que o foco da escala é a mobilização, sendo o fisioterapeuta, o profissional mais associado à sua aplicação.

Além disso, a maioria dos participantes n = 7 (58%) nem concordam e nem discordaram

com a afirmação de que a escala IMS é a primeira escala que relatou viabilidade e confiabilidade para medir o nível mais alto de mobilidade diária em pacientes de UTI. Entretanto, antes de sua criação, não existia uma escala que pudesse ser utilizada como checklist diário de mobilidade para pacientes na UTI¹⁷.

A maioria dos participantes discorda, ainda, com a afirmação de que não há necessidade de treinamento para aplicação da escala, 5 (41%) discordam totalmente e 4 (33%) discorda parcialmente. Observa-se, portanto, a necessidade de treinamentos e capacitações aos trabalhadores da assistência da rede de saúde pública, devendo ser parte do plano de formação destes profissionais, para atuação em programas de residência e como preceptores nos cursos de graduação¹².

Outro estudo que investigou as possíveis barreiras que os fisioterapeutas brasileiros tinham para manusear escalas e testes funcionais na área ortopédica, traumatológica e/ou esportiva, dos 5 participantes, 3 (60%) tinham pouco conhecimento dos instrumentos¹⁸. O constante aperfeiçoamento e treinamento, através de programas de educação continuada são essenciais ao atendimento qualificado¹⁹.

A escala IMS foi desenvolvida para o ambiente da UTI, mas houve discordância por parte dos participantes, 4 (33%) concordam e 4 (33%) concordam totalmente a esta afirmação, isso implica no conhecimento teórico dos profissionais a respeito da escala, indicando haver dúvidas a respeito do ambiente de assistência para o qual a escala foi desenvolvida.

Na resposta aos casos clínicos, observou-se que n=6 (50%) não obtiveram acertos, sendo que destes, houve um participante que não os respondeu. Por outro lado, apenas um participante acertou a resposta de todos os casos clínicos. Isto reafirma a necessidade já informada pelos próprios participantes, de realização de capacitações.

Para melhoria do quadro atual, torna-se necessário o gerenciamento da produtividade, eficiência e qualidade dos serviços prestados através do acompanhamento dos indicadores de saúde no âmbito da UTI, como forma de nortear e avaliar o planejamento das ações de saúde, levando a mudanças nos processos¹⁹. A partir da adoção de boas práticas através do gestor da fisioterapia, pode-se melhorar os resultados a partir de um programa de capacitação dos profissionais e da adoção de procedimentos padronizados.

CONCLUSÃO

A percepção dos participantes em relação a aplicação da escala IMS é de que há necessidade de aperfeiçoamento e capacitação, a fim de contribuir com sua prática clínica, que além da assistência à saúde, inclui a preceptoria com graduandos e residentes no ambiente hospitalar. Além disso, pelo fato de a escala não ser de aplicação exclusiva dos fisioterapeutas, considera-se necessário que esta capacitação se estenda aos demais membros da equipe de saúde da UTI.

REFERÊNCIAS

- Alaparthi GK, Gatty A, Samuel SR, Amaravadi SK. Effectiveness, Safety, and Barriers to Early Mobilization in the Intensive Care Unit. *Critical Care Research and Practice*, 2020, 1:1-14.
- Camargo JBG, Cavenaghi OM, Mello JRC, Brito MVC, Ferreira LL. Mobilidade Funcional de Pacientes Críticos em Terapia Intensiva: Um Estudo Piloto. *Revista Atenção Saúde*, 2020, 18(63):14-20.
- Aquim EE, Bernardo WM, Buzzini RF, Azeredo NSG, Cunha LS, Damasceno MCP, et al. Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2019, 31(4):434-443. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/5HVNpmmYx8Z5mcgrclV7Gj/?format=pdf&lang=pt>.
- Peres NT, Faria ID, Teixeira APA, Coelho RR. Avaliação da independência funcional em pacientes críticos até 90 dias após alta da UTI. *Fisioterapia Brasil*, 2018, 19(2):162-705. <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1830/pdf>.
- Costa RF, Silva IC, Mota AVS, Albuquerque TS, Silva FV, Miranda LR, et al. A utilização da escala Perme como um instrumento de avaliação na Unidades de Terapia Intensiva. Available from: *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022, 15(4): e10045. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10045>.
- Tipping CJ, Holland AE, Harrold M, Crawford T, Halliburton N, Hodgson CL. The minimal important difference of the ICU mobility scale. *Heart & lung: the journal of critical care*, 2018, 47 (5): 497-501. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.07.009>.
- 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*. 2016, 13(5). <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201509-586CME>.
- Kawaguchi YM, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *Jornal brasileiro de pneumologia*, 2016, 42: 429-434. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000301>.
- Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 2014, 43(1):1924. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.003>.
- Feijó AM, Vicente EFR, Petri SM. O uso das escalas Likert nas pesquisas de contabilidade. *Revista Gestão Organizacional*, 2020, 13(1):27-41. <https://doi.org/10.22277/rgo.v13i1.5112>.
- Dias ARN, Paranhos ACM, Teixeira RC, Domingues RJS, Kietzer KS, Freitas JJ. Preceptoria em saúde: percepções e conhecimentos dos preceptores de uma unidade de ensino e assistência. *Educação Online*, (19), 84-99. <https://doi.org/10.36556/eol.v0i19.176>.
- Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2019, 23(1): e122019. <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>.
- Silva BR, Souza, ITC, Figueiredo Fernandes, ATNS. O Uso De Escalas De Funcionalidade Em Terapia Intensiva E Barreiras Para Sua Utilização. *Brazilian Journal of Development*, 2021, 7(1):2101-2113. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-143>.

14. França T, Rabello ET, Magnago C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. *Saúde em Debate*, 2019, 43:106-115. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S109>.
15. Perfeito SR, Silva SA. A avaliação do conhecimento dos docentes em fisioterapia sobre a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba. 2021,15(21): 6-18.
16. Lima T, Monteiro CR, Moreira Domingues TA, Dias de Oliveira AP, Dezoti da Fonseca C. Exame físico na enfermagem: avaliação do conhecimento teórico-prático. *Revista Nursing*, 2020, 264(23): 3906-391. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i264p3906-3921>
17. Hodgson C, Bellomo R, Berney S, Bailey M, Buhr H, Denehy L, et al. Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: A bi-national, multi-centre, prospective cohort study. *Critical Care*, 2015,19(1): 1–10. doi: 10.1186/s13054-015-0765-4.
18. Machado ML, Sanada LS, Mesquita RS de, Okubo R. Utilização clínica de testes e escalas funcionais: uma entrevista com Fisioterapeutas. *Acta Fisiatr*. 2022;29(3):197-203. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v29i3a198994>
18. MIRANDA VS, AMARAL TM, SILVA ACGC, AMARAL FM. Evaluation of hospital indicators using multicriteria decision analysis. *Research, Society and Development*, 2022, 11(16):e97111637550. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0512>.

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