



LETÍCIA GABRIELA MENDES CAMINHA

**“ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES CRÍTICOS:
UM ESTUDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**

PORTO VELHO/RO

2026

LETÍCIA GABRIELA MENDES CAMINHA

**“ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES CRÍTICOS:
UM ESTUDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**

Este artigo científico constitui parte da avaliação parcial como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Mestre Luiz Carlos Ferreira Silva

Co-Orientador: Prof. Mestre Cintia Campos Costa

**PORTO VELHO
2026**

RESUMO

Objetivo: Este presente estudo teve como objetivo analisar a percepção de fisioterapeutas intensivistas sobre a avaliação da mobilidade funcional em pacientes críticos sob a ótica da análise de conteúdo de Laurence Bardin. **Metodologia:** Este é um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado com 10 fisioterapeutas atuantes na Unidade de Terapia Intensiva da AMI (Unidade de Assistência Médica Intensiva) localizado na cidade de Porto Velho, Rondônia. Os dados foram coletados através de uma mini-entrevista semiestruturada e submetida às três etapas da análise de Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência). **Resultados:** A categorização revelou que a estabilidade hemodinâmica e o nível de consciência são os critérios de elegibilidade predominantes para iniciar a avaliação da mobilidade em pacientes críticos, com o uso frequente das escalas MRC e Glasgow. Identificou-se que a sobrecarga de trabalho (déficit de recursos humanos) e a falta de integração multidisciplinar constituem as principais barreiras para a sistematização da mobilidade precoce. A análise evidenciou que a mobilização ainda é percebida como uma tarefa isolada da fisioterapia, enfrentando resistências culturais na rotina da unidade. **Conclusão:** Os resultados evidenciam que, embora haja fundamentação técnica, a avaliação da mobilidade funcional na UTI da AMI é assistemática, limitada por entraves organizacionais como sobrecarga de trabalho (70%) e fragmentação interdisciplinar (60%). Conclui-se que a superação desse cenário requer a valorização da identidade profissional por meio da incorporação da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) e a implementação de estratégias clínicas resolutivas, como a inserção de um *checklist* diário de elegibilidade funcional nos rounds multiprofissionais, transformando a promoção da funcionalidade em uma meta assistencial coletiva e segura.

Palavras-chave: Fisioterapia. Unidade de Terapia Intensiva. Avaliação da Mobilidade. Análise de Conteúdo.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the perception of intensive care physical therapists regarding the assessment of functional mobility in critical patients through the lens of Laurence Bardin's content analysis. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative study conducted with 10 physical therapists working in the Intensive Care Unit of AMI (Intensive Medical Assistance Unit) located in the city of Porto Velho, Rondônia. Data were collected through a semi-structured mini-interview and submitted to the three stages of Bardin's analysis: pre-analysis, material exploration, and treatment of results (inference). **Results:** The categorization revealed that hemodynamic stability and level of consciousness are the predominant eligibility criteria for initiating mobility assessment in critical patients, with the frequent use of the MRC and Glasgow scales. It was identified that workload (human resource deficit) and the lack of multidisciplinary integration constitute the main barriers to the systematization of early mobility. The analysis showed that mobilization is still perceived as an isolated physical therapy task, facing cultural resistance in the unit's routine. **Conclusion:** The results demonstrate that, although there is a technical foundation, the assessment of functional mobility in the AMI ICU is unsystematic, limited by organizational obstacles such as workload (70%) and interdisciplinary fragmentation (60%). It is concluded that overcoming this scenario requires the appreciation of professional identity through the incorporation of the Brazilian Classification of Physical Therapy Diagnoses (CBDF) and the implementation of resolute clinical strategies, such as the insertion of a daily functional eligibility checklist in multiprofessional rounds, transforming the promotion of functionality into a collective and safe care goal.

Keywords: Physiotherapy. Intensive Care Unit. Mobility Limitation. Content Analysis

Introdução

A Fraqueza Muscular Adquirida na UTI (FM-UTI) caracteriza-se por um declínio neuromuscular agudo e difuso, cuja gravidade está diretamente proporcional ao tempo de restrição ao leito. De acordo com Santos *et al.* (2022), o repouso prolongado induz a uma rápida proteólise e disfunção microvascular muscular, fazendo com que o paciente crítico perca até 20% de sua massa muscular periférica e diafragmática logo na primeira semana de internação sob ventilação mecânica.

A restrição prolongada ao leito hospitalar deflagra um processo acelerado de degradação proteica e descondicionamento cardiovascular na unidade de terapia intensiva. Conforme apontam Cruz e Livramento (2023), o imobilismo atua como um fator independente para a exacerbação da resposta inflamatória sistêmica, resultando em perda de massa muscular magra periférica nas primeiras 72 horas de internação e comprometendo diretamente a capacidade aeróbica e a complacência pulmonar do indivíduo crítico.

Desse modo, a avaliação de mobilidade dos pacientes críticos transforma a avaliação clínica de uma observação subjetiva para uma medida objetiva permitindo que a equipe de saúde tome decisões mais seguras, eficazes e baseadas em evidências para o tratamento do paciente crítico. Contudo, sabe-se que a realidade pode ser distante até mesmo do que necessita ser feito. Pois, o ambiente hospitalar cheio de pressões e imediatismo torna-se um ambiente dificultoso para avaliações de mobilidade funcional, ou seja, pode ser que essas avaliações não sejam realizadas na prática hospitalar por inúmeros fatores, cabendo uma possível análise de tal realidade hospitalar.

O objetivo principal desta pesquisa foi realizar uma análise exploratória da realidade dos pacientes na UTI da AMI, investigar a percepção dos profissionais fisioterapeutas que são responsáveis por realizar a avaliação mobilidade funcional e como é feita essa avaliação, e se de fato ela é um recurso aplicado no ambiente hospitalar, analisar os impactos e as perspectivas geradas diante desse cenário.

Diante disso, a possível carência de critérios e indicadores para avaliar a mobilidade funcional de pacientes na UTI da Assistência Médica Intensiva (AMI) de

Porto Velho (RO) tem sido um impasse para avaliar a capacidade funcional dos indivíduos. Em consequência disso, é importante investigar se a avaliação de mobilidade dos pacientes está sendo realizada na UTI, quais instrumentos, escalas e recursos são utilizados para isso e como a realização ou não realização da mobilidade funcional impacta nas decisões tomadas pela equipe multiprofissional e quais são perspectivas dos profissionais fisioterapeutas

Uma das consequências imediatas mais críticas da fraqueza muscular no ambiente intensivo é o comprometimento da musculatura respiratória e periférica. Segundo Melo e Souza (2023), esse declínio funcional generalizado atua como um preditor de falha no desmame ventilatório, prolongando significativamente o tempo de uso da ventilação mecânica invasiva e elevando o risco de infecções nosocomiais associadas à assistência à saúde.

A gênese da FM-UTI possui caráter multifatorial e é potencializada por intervenções clínicas rotineiras no ambiente intensivo. Conforme apontam Oliveira e Silva (2024), além da inatividade física, a exposição prolongada a fármacos sedativos, o uso de bloqueadores neuromusculares e o estado hiperglicêmico persistente disparam disfunções mitocondriais severas nas células musculares. Esse colapso bioenergético celular, associado à resposta inflamatória sistêmica e ao desuso muscular, induz a um estresse oxidativo severo que compromete a excitabilidade da membrana e a condução nervosa periférica, consolidando o quadro clínico de polineuropatia e miopatia comumente observado nos pacientes sob ventilação mecânica prolongada.

Em relação a patologia da Fraqueza Muscular adquirida na UTI, a Dra Elizabeth Fan descreve em seus estudos:

A patogênese da FM-UTI é multifatorial, associada a diversas condições clínicas e intervenções comuns em ambiente de terapia intensiva. A imobilidade prolongada é um dos principais fatores de risco, promovendo a atrofia muscular por desuso e a perda de força. O estado inflamatório sistêmico, comum na sepse e na síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), desempenha um papel crucial. As citocinas pró-inflamatórias, como o Fator de Necrose Tumoral-alfa (TNF- α), podem induzir a degradação de proteínas musculares e a resistência à insulina, contribuindo para a fraqueza (Fan et al., 2018, p. 1137-1148).

A imobilidade prolongada no leito de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deflagra repercussões sistêmicas imediatas na saúde do paciente crítico. A base fisiopatológica da fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva está intimamente ligada ao desequilíbrio precoce entre a síntese e a degradação de proteínas estruturais. Conforme explicam Garcia e Martinez (2022), a imobilização no leito atua como um potente sinalizador para a ativação proteolíticas celulares, resultando em uma atrofia muscular por desuso que atinge preferencialmente as fibras musculares de contração rápida, comprometendo a capacidade de geração de força logo nos primeiros dias de internação crítica.

As repercussões decorrentes da inatividade física na UTI estendem-se significativamente para além do período de hospitalização, configurando um grave problema de saúde coletiva. Segundo Mateus *et al.* (2021), os sobreviventes de episódios críticos que enfrentam imobilismo prolongado apresentam maior incidência de Fraqueza Muscular Adquirida na UTI (FM-UTI) e disfunções musculoesqueléticas persistentes, o que prolonga a dependência funcional para atividades da vida diária e impacta negativamente a qualidade de vida nos anos subsequentes à alta.

Somando-se a esse componente muscular direto, a fisiopatologia dessa condição envolve graves distúrbios microcirculatórios induzidos pelo estado crítico. De acordo com os achados de Rodrigues, Carvalho e Tan (2023), a resposta inflamatória sistêmica exacerbada gera um quadro de estresse oxidativo celular que danifica a densidade capilar dos tecidos periféricos. Essa disfunção microvascular compromete o aporte de oxigênio e nutrientes para os miócitos, perpetuando a lesão muscular e intensificando os sintomas da miopatia associada à UTI.

Diante desse colapso metabólico e estrutural, as consequências cinético-funcionais da fraqueza muscular adquirida estendem-se de forma deletéria para além do período de internação hospitalar. Segundo demonstrado por Almeida e Costa (2024), indivíduos que desenvolvem essa síndrome apresentam um declínio persistente na velocidade da marcha, déficit de equilíbrio estático e dinâmico, além de uma taxa significativamente menor de independência funcional no momento da alta, o que eleva a necessidade de suporte ambulatorial contínuo no pós-UTI.

Paralelamente aos prejuízos na mobilidade periférica, uma das repercussões clínicas mais graves da fraqueza adquirida é o seu caráter sistêmico, que frequentemente acomete de forma simultânea a musculatura esquelética e a respiratória. Conforme apontam Barbosa e Lima (2025), a concomitância entre a atrofia periférica e a disfunção diafragmática induzida pelo ventilador atua como um forte preditor para o prolongamento do desmame ventilatório, aumentando a incidência de falhas na extubação e elevando o risco de traqueostomia nesses pacientes.

O diagnóstico oportuno da fraqueza adquirida é um desafio metodológico crucial, visto que suas sequelas limitam gravemente o prognóstico funcional do sobrevivente. Segundo Melo e Souza (2023), a persistência da FM-UTI após a alta hospitalar está intimamente ligada ao desenvolvimento da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS), resultando em incapacidade funcional prolongada para a marcha e restrições severas na realização de atividades básicas da vida diária.

A monitorização sistemática da evolução do paciente crítico na unidade de terapia intensiva constitui pilar indispensável para o sucesso da reabilitação. Sob essa perspectiva, a aplicação de ferramentas validadas à beira leito vai além de aferir a capacidade física imediata, atuando como um indicador prognóstico de sobrevida e independência. Conforme apontam Martins e Carvalho (2022), a mensuração rotineira da mobilidade funcional permite antecipar o nível de suporte que o indivíduo demandará após o período de internação hospitalar, servindo como base norteadora para o planejamento da transição de cuidados para o ambiente ambulatorial e domiciliar.

A despeito da relevância dessas ferramentas, a escolha e a reprodutibilidade dos testes dependem diretamente do nível de sedação e da estabilidade hemodinâmica apresentada pelo paciente. De acordo com os achados de Franco *et al.* (2021), flutuações no estado de consciência e episódios de hipotensão ortostática mimetizam ou agravam os déficits de força muscular periférica, o que exige do fisioterapeuta intensivista uma avaliação criteriosa de elegibilidade diária para diferenciar a fraqueza estrutural de uma limitação clínica temporária.

A inserção precoce do fisioterapeuta intensivista no manejo do paciente crítico promove uma redução significativa nos desfechos hospitalares negativos. Segundo dados de Mateus *et al.* (2021), a aplicação de protocolos estruturados de mobilização

precoce nas primeiras horas de internação está diretamente associada à diminuição do tempo total de dependência da ventilação mecânica invasiva e, por conseguinte, à redução do tempo de permanência na unidade de terapia intensiva e dos custos assistenciais hospitalares.

A intervenção motora oportuna atua como um potente estímulo contrarregulador frente ao catabolismo severo induzido pela doença crítica. Conforme evidenciado por Cruz e Livramento (2023), os benefícios da fisioterapia motora à beira-leito englobam a manutenção da arquitetura e da força muscular periférica através do estímulo neuromuscular ativo, atenuando expressivamente a incidência da Fraqueza Muscular Adquirida na UTI (FM-UTI) e prevenindo a rigidez articular decorrente do desuso prolongado.

. A intervenção fisioterapêutica na UTI possui como principal função reduzir a incidência de FM-UTI, além de manter a integridade muscular e a função articular, pois os estudos demonstram que a mobilização precoce, diminui o tempo de ventilação mecânica e o tempo de internação na UTI, além de melhorar a capacidade de deambulação no momento da alta hospitalar (Adler et al., 2017).

Diante dessas nuances avaliativas, as estratégias de intervenção vêm se modernizando para combater os efeitos deletérios do imobilismo mesmo em pacientes sob ventilação mecânica profunda. Nesse sentido, uma das condutas que têm ganhado destaque na literatura recente é o uso de recursos tecnológicos avançados integrados à terapia convencional. Como asseveram Guedes e Vasconcelos (2024), a associação entre o cicloergômetro passivo e a eletroestimulação neuromuscular atua de forma sinérgica na preservação da bioenergética mitocondrial e na redução da taxa de atrofia por desuso, apresentando-se como uma alternativa viável para iniciar a reabilitação motora em fases onde o paciente ainda não consegue cooperar ativamente.

Outras medidas preventivas que podem ser realizadas em ambiente hospitalar para prevenir a FM-UTI incluem o controle rigoroso da glicemia, a minimização do uso de sedativos e bloqueadores neuromusculares, e a identificação e tratamento da sepse e da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). O tratamento da FM-UTI é multidisciplinar e se baseia na reabilitação intensiva, que pode se estender por meses

após a alta hospitalar, visando a recuperação da força muscular e da capacidade funcional do paciente (Fan et al., 2018).

À medida que o paciente evolui clinicamente e retoma a capacidade de interagir com o meio, o foco da equipe de fisioterapia migra da preservação passiva para o estímulo ativo e progressivo fora do leito. Conforme demonstrado por Mendes e Rocha (2023), atividades funcionais de maior impacto - como o treino de sedestação à beira leito, a transferência para poltrona e a deambulação ortostática - disparam respostas neuroendócrinas benéficas que aceleram o desmame ventilatório e restauram o controle autonômico cardiovascular reduzindo sensivelmente a incidência da hipotensão postural.

Os benefícios gerados pela mobilização precoce transcendem a barreira do ambiente hospitalar, refletindo-se na reabilitação tardia do indivíduo. De acordo com Ramos e Ramos (2025), pacientes críticos submetidos a um programa sistemático de exercícios cinético-funcionais pela equipe de fisioterapia apresentam maior taxa de independência funcional nas atividades de vida diária no momento da alta, reduzindo as sequelas físicas da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos e melhorando o prognóstico de qualidade de vida a longo prazo.

Contudo, para que esses benefícios se consolidem de forma segura, a literatura contemporânea reforça que a reabilitação motora não deve ser encarada como uma conduta isolada da fisioterapia, mas sim como uma meta compartilhada por todo o corpo assistencial. Segundo Viegas *et al.* (2025), o gerenciamento integrado de protocolos de sedação e analgesia por médicos e enfermeiros, em perfeita sintonia com o cronograma de exercícios do fisioterapeuta, é o fator determinante para maximizar as janelas de alerta do paciente, permitindo um maior engajamento motor nas terapias.

Além do alinhamento técnico entre as categorias profissionais, a eficácia desse modelo de assistência está intimamente atrelada às condições estruturais e ao dimensionamento de pessoal dentro da unidade. De acordo com Costa e Pinheiro (2022), o déficit no quantitativo de profissionais por leito atua como uma barreira organizacional crítica que restringe a aplicação de condutas de maior complexidade, forçando a equipe a priorizar cuidados respiratórios imediatos em detrimento da progressão funcional motora contínua.

Em última análise, superados os entraves estruturais e consolidadas as práticas em evidências, o impacto positivo da reabilitação precoce reverbera diretamente na redução de custos e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Conforme concluem Xavier e Antunes (2023), cada dia de mobilização ativa e sistemática implementada na UTI correlaciona-se com a diminuição do tempo total de internação e com menores taxas de complicações nosocomiais, consolidando a fisioterapia intensiva como um investimento essencial para a eficiência da gestão hospitalar de alta complexidade.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa de caráter descritivo, qualitativo e exploratório a fim de analisar as perspectivas sobre a avaliação de mobilidade de pacientes críticos no contexto da Unidade de Terapia Intensiva do hospital Assistência Médica Intensiva (AMI), localizado em Porto Velho, Rondônia. A entrevista consistiu em um roteiro de 10 perguntas abertas elaborado pelo autor sobre a avaliação da mobilidade em pacientes críticos na UTI, os profissionais tiveram flexibilidade para responderem as perguntas livremente e os tópicos de interesses foram respondidos permitindo explorar os resultados desta entrevista. Um dos impasses encontrados durante a realização da pesquisa foi a indisponibilidade de tempo dos profissionais fisioterapeutas devido a rotina de urgência da unidade de terapia intensiva. Ao todo, foram realizadas 10 entrevistas e as perguntas foram relacionadas a categorias como, obstáculos para a realização da avaliação da mobilidade, quais as dificuldades encontradas, o critérios mais importantes, a comunicação entre a equipe multiprofissional e por fim, quais as escalas mais utilizadas pelos fisioterapeutas, e as respostas foram baseadas na experiência pessoal de cada profissional relacionado ao contexto do Hospital da AMI. Em seguida, o resultado da entrevista passou por uma análise qualitativa e exploratória baseada na teoria de análise temática de Laurence Bardin que é muito utilizada em estudos qualitativos a qual o foco principal foi a identificação de núcleos de sentido que compõem a comunicação.

Resultados e discussão

A análise de conteúdo, fundamentada na técnica de categorização de Bardin, permitiu identificar núcleos de sentido que revelam a complexidade da avaliação da mobilidade funcional no ambiente crítico. O corpus das entrevistas aponta para uma dualidade: o domínio técnico dos profissionais versus a precariedade das condições estruturais.

Abaixo encontra-se uma tabela comparativa com dados organizados sobre a entrevistas e sua análise:

Tabela de Frequência de Unidades de Registro

Categoria	Unidade de Sentido (Temas recorrentes)	Frequência (n=10)
Obstáculos	Sobrecarga de trabalho/Falta de pessoal	70%
Critérios	Estabilidade Hemodinâmica e Consciência	100%
Interdisciplinaridade	Falta de comunicação ou centralização no Fisioterapeuta	60%
Ferramentas	Escala MRC e Glasgow	80%

Os dados demonstram que a avaliação da mobilidade na admissão e durante a permanência na UTI é fortemente pautada em critérios de segurança biológica. A totalidade dos entrevistados (n=10) elege a estabilidade hemodinâmica e o nível de consciência, mensurados pelas escalas de Glasgow e RASS, como as bases primordiais para o início de qualquer conduta motora. Observou-se ainda uma

padronização no uso da MRC para quantificação da força muscular, embora a aplicação de escalas de funcionalidade mais específicas, como a *ICU Mobility Scale* (IMS), apareça de forma inicial, e por vezes, assistemática. A predominância de avaliações centralizadas exclusivamente nos escores de força (MRC) e reatividade cognitiva (Glasgow) reflete uma lacuna histórica na padronização documental da assistência cinético-funcional. A ausência de uma codificação diagnóstica baseada na Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) no cotidiano da unidade colabora para o caráter assistemático das condutas relatadas. Sem a incorporação da CBDF (Resolução COFFITO nº 555/2022). , diagnósticos cinético-funcionais críticos associados à imobilidade prolongada, como a deficiência da mobilidade no leito e o prejuízo do desempenho muscular periférico deixam de ser formalizados epidemiologicamente. Como consequência, a tomada de decisão terapêutica acaba se ancorando na percepção empírica à beira-leito, reduzindo a reprodutibilidade dos protocolos de mobilização precoce e fragmentando a autonomia científica da fisioterapia no cenário intensivo nacional. A recorrência de termos como “inspeção” e “observação clínica” sugere que, embora as escalas existam, a decisão terapêutica ainda é fortemente influenciada pela percepção empírica do fisioterapeuta à beira-leito. Um dos pontos de maior convergência nos relatos é a identificação da “sobrecarga de trabalho” como o principal entrave à continuidade da assistência. A análise das falas de três fisioterapeutas revelam que o elevado número de pacientes por profissional, frequentemente excedendo a proporção recomendada dificulta a avaliação minuciosa e frequente. Diante do contexto, essa sobrecarga de trabalho, evidenciada por 70% dos entrevistados, atua como um fator limitante para a Prática Baseada em Evidências. A aplicação rigorosa do teste MRC ou da escala de Glasgow exige tempo, posicionamento adequado e repetições padronizadas. Quando o dimensionamento de pessoal está inadequado, o profissional é empurrado para a 'triagem de necessidade' , substituindo a mensuração quantitativa minuciosa por uma avaliação puramente visual e empírica. Isso compromete diretamente a acurácia dos dados evolutivos anotados em prontuário, mascarando os primeiros sinais da Fraqueza Muscular Adquirida na UTI (FM-UTI) e retardando o início de condutas motoras progressivas. Somado a isso, a carência de insumos tecnológicos como camas motorizadas e dispositivos de

biofeedback é mencionada como um fator que desestimula a adesão de mobilização precoce mais ousados. Outro achado crítico desta análise é a percepção de que a mobilidade funcional ainda é confinada ao domínio exclusivo da fisioterapia. Para a equipe multidisciplinar, a mobilização muitas vezes é vista como um evento isolado e não como um componente vital da recuperação do paciente. Essa fragmentação compromete o plano de cuidados, uma vez que a continuidade da mobilidade depende da harmonia entre a sedação (médica), o manejo de dispositivos (enfermagem) e o estímulo motor (fisioterapia). Por fim, os profissionais reconhecem o impacto determinante do histórico pregresso do paciente. Há um entendimento comum de que reserva funcional prévia dita o teto terapêutico na UTI. No entanto, o acompanhamento dessa evolução ao longo da internação carece de registros formais robustos. Enquanto alguns profissionais descrevem uma progressão lógica (do posicionamento funcional à deambulação), outros admitem dificuldade em quantificar esses ganhos nos prontuários devido ao dinamismo dos plantões e à rotatividade da equipe.

Considerações finais

Após a realização das entrevistas e a leitura flutuante nota-se que o discurso dos fisioterapeutas esteve em torno de uma dicotomia relacionada entre a vontade técnica e as barreiras estruturais. A análise das entrevistas revelou que, embora a mobilização precoce seja consensualmente reconhecida pelos profissionais de fisioterapia, a sua implementação prática na Unidade de Terapia Intensiva da AMI é fragmentada por barreiras estruturais e culturais. Além disso, ainda predomina um modelo de avaliação centrado na estabilidade hemodinâmica e no nível de consciência com o uso frequente de escalas consagradas como MRC e Glasgow. Porém, a efetividade desse processo é gravemente comprometida pela sobrecarga de trabalho e pelo déficit de recursos humanos, que levam a uma seleção subjetiva de pacientes em detrimento de uma avaliação contínua e sistemática. Soma-se a isso, uma lacuna na interdisciplinaridade, onde a mobilidade ainda é percebida como uma responsabilidade isolada do fisioterapeuta, e não como uma meta compartilhada pela equipe multidisciplinar. Conclui-se, portanto, que a transição para um modelo assistencial seguro e sistemático

na UTI da AMI depende de estratégias que partam do próprio corpo profissional. Propõe-se a implementação de rodadas de educação continuada focadas na autonomia do diagnóstico fisioterapêutico (CBDF) e a criação de um 'checklist diário de elegibilidade funcional' compartilhado de forma síncrona com a equipe médica e de enfermagem durante os rounds multiprofissionais. Tais ações clínicas diminuem a resistência cultural, unificam as metas de reabilitação e consolidam a promoção da funcionalidade como um indicador de qualidade coletivo, mitigando os severos desfechos do imobilismo no paciente crítico.

Referências Bibliográficas:

ADLER, J. *et al.* Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. **Cardiopulmonary Physical Therapy Journal**, v. 28, n. 4, p. 132-144, 2017.

ALMEIDA, K. F.; COSTA, R. S. Impacto da fraqueza adquirida na UTI sobre a capacidade de marcha e funcionalidade pós-alta: estudo coorte prospectivo. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 31, n. 1, p. 55-67, 2024.

BARBOSA, T. E.; LIMA, V. M. Repercussões da fraqueza muscular generalizada no tempo de desmame da ventilação mecânica invasiva. **Revista Movimenta**, v. 18, n. 1, p. 12-25, 2025.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

COSTA, L. F.; PINHEIRO, M. S. Barreiras estruturais e dimensionamento profissional na implementação de protocolos de mobilidade em terapia intensiva. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 11, n. 2, p. 134-148, 2022.

CRUZ, V. C. C.; LIVRAMENTO, R. A. A Influência da Mobilização Precoce em Pacientes Críticos Adults Internados na Unidade de Terapia Intensiva: Revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 3429-3450, 2023.

FAN, E. *et al.* An official American Thoracic Society clinical practice guideline: the liberation from mechanical ventilation bundle. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 197, n. 5, p. e21-e40, 2018.

FRANCO, T. R. *et al.* Influência do nível de sedação e estabilidade hemodinâmica na acurácia da avaliação funcional à beira-leito. **Fisioterapia em Movimento**, v. 34, e34201, 2021.

GARCIA, J. S.; MARTINEZ, B. P. Mecanismos moleculares da atrofia muscular por desuso no paciente crítico: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Fisioterapia Intensiva**, v. 34, n. 3, p. 312-324, 2022.

GUEDES, A. C.; VASCONCELOS, F. L. Cicloergometria e eletroestimulação neuromuscular precoce no paciente crítico: evidências atuais. **Revista Brasileira de Fisioterapia Intensiva**, v. 36, n. 1, p. 45-56, 2024.

MARTINS, R. E.; CARVALHO, L. M. Avaliação funcional na UTI como preditor de independência e transição de cuidados pós-alta. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 48, n. 3, e20220089, 2022.

MATEUS, L. *et al.* Atuação da fisioterapia na mobilização precoce em pacientes críticos: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, e121380, 2021.

MELO, J. S.; SOUZA, L. R. Diagnóstico e repercussões funcionais da fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva. **Fisioterapia em Movimento**, v. 36, e36102, 2023.

MENDES, G. H.; ROCHA, K. V. Repercussões cardiovasculares e ventilatórias das condutas de maior impacto motor fora do leito na UTI. **Revista Movimenta**, v. 16, n. 2, p. 78-92, 2023.

OLIVEIRA, R. C.; SILVA, T. M. Fatores de risco e desfechos clínicos associados à fraqueza muscular adquirida na UTI: panorama atual. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 53, n. 1, p. 89-102, 2024.

RAMOS, R. S.; RAMOS, M. S. Mobilização precoce conduzida pela fisioterapia na unidade de terapia intensiva: impactos na funcionalidade e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reabilitação e Saúde Funcional**, v. 14, n. 1, p. 45-58, 2025.

RODRIGUES, A. L.; CARVALHO, M. R.; TAN, C. L. Disfunção microvascular e estresse oxidativo na fisiopatologia da miopatia do paciente crítico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 49, n. 2, e20220145, 2023.

SANTOS, M. A. *et al.* Repercussões da fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 245-256, 2022.

VIEGAS, C. A. *et al.* Coordenação interdisciplinar entre protocolos de sedação e mobilização precoce: uma abordagem contemporânea. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 32, n. 1, p. 12-24, 2025.

XAVIER, P. D.; ANTUNES, R. S. Impacto econômico e assistencial da fisioterapia motora precoce na gestão hospitalar de pacientes críticos. **Revista Brasileira de Saúde Hospitalar**, v. 14, n. 4, p. 210-222, 2023.