

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**RICHARDSON MORAIS CAMILO**

**O IMPACTO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA E SUAS REPERCUSSÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS:  
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

VITÓRIA-ES

2025

RICHARDSON MORAIS CAMILO

**O IMPACTO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA E SUAS REPERCUSSÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS:  
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Dr. Fernando Rocha Oliveira

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA-ES

2025

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

C183i Camilo, Richardson Morais  
O impacto da mobilização precoce em Unidades de Terapia Intensiva e suas repercussões nas Políticas Públicas : uma revisão de escopo / Richardson Morais Camilo - 2025.  
74 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2025.

1. Mobilização precoce. 2. Imobilidade – complicações. 3. Unidade de Terapia Intensiva. 4. Sistema de Saúde - sustentabilidade. 5. Políticas de Saúde Pública. I. Oliveira, Fernando Rocha. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

---

CDD 616.028

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

RICHARDSON MORAIS CAMILO

**O IMPACTO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA E SUAS REPERCUSSÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS:  
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em: 02 de abril de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**



---

**Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM  
*Orientador*



---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roberta Ribeiro Batista Barbosa**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM  
*1º membro*



---

**Prof. Dr. Laercio da Silva Paiva**

Faculdade de Medicina do ABC – FMABC  
*2º membro*

## AGRADECIMENTOS

Minha profunda gratidão a Deus, cuja presença e orientação foram minha fonte de força, sabedoria e serenidade ao longo da jornada de construção desta dissertação. Em momentos de dificuldade, Ele renovou minha fé e iluminou minhas decisões, fortalecendo minha perseverança e dedicação.

À minha esposa Leticia, por sua presença constante e apoio incondicional e aos meus filhos, Guilherme e Maria Eduarda, cujo carinho e dedicação me deram força para concluir essa dissertação. O amor e o apoio de vocês foram essenciais em cada etapa desse percurso. À memória do meu sogro Haroldo e à minha sogra Alzier, agradeço pelo exemplo de fé inabalável que sempre nos inspirou.

Ao Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira por sua orientação e dedicação essenciais para a construção desta dissertação. Sua expertise, paciência e apoio constante enriqueceram meu conhecimento e me motivaram a aprimorar cada detalhe da pesquisa. Sou grato por sua disponibilidade, por compartilhar seu vasto saber e por acreditar no potencial deste estudo, sendo um pilar fundamental para sua realização.

Aos Professores Dr<sup>a</sup>. Roberta Ribeiro Batista Barbosa e Dr. Laercio da Silva Paiva, que participaram da banca examinadora da qualificação. Minha profunda gratidão pela contribuição essencial ao aprimoramento deste trabalho. Suas observações, sugestões e críticas construtivas foram fundamentais tanto para o desenvolvimento da dissertação quanto para o meu crescimento como pesquisador. A dedicação e o compromisso em compartilhar seu saber foram uma inspiração que levarei adiante em minha trajetória profissional e pessoal.

A todos, minha eterna gratidão e respeito.

Que esta dissertação seja uma forma de honrá-los, refletindo o cuidado, a dedicação, a motivação, a disciplina e o compromisso que me ensinaram ao longo da elaboração deste estudo, valores que certamente levarei comigo em toda a minha trajetória de vida.

Dedico esta conquista aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e investiram na minha educação. O esforço e a dedicação de vocês foram essenciais para que eu pudesse alcançar este mestrado. Sou eternamente grato por todo o apoio e sacrifícios feitos ao longo da minha jornada. Esta vitória é uma homenagem ao legado que me deixaram. Ao meu pai, em memória.

## RESUMO

**Introdução:** O ambiente hospitalar pode contribuir para o desenvolvimento de incapacidades severas e extensas em pacientes frágeis devido à combinação de doenças, inatividade e imobilidade. A imobilidade pode resultar em diversas complicações que impactam a recuperação de pacientes, incluindo atrofia e fraqueza muscular esquelética, estando associada a um maior risco de mortalidade, tempo de hospitalização e declínio funcional. A mobilização precoce (MP) é uma prática que tem demonstrado benefícios significativos na recuperação física, respiratória e psicológica desses pacientes. No Brasil, diversas políticas relacionadas à MP na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) buscam melhorar a qualidade do cuidado, no entanto, há várias barreiras que dificultam a implementação dessa prática, onde menos de 10% dos pacientes críticos são mobilizados fora do leito. A MP tem influência também na sustentabilidade do sistema de saúde, particularmente o Sistema Único de Saúde (SUS), dado o impacto financeiro das complicações causadas pela imobilidade prolongada. A fiscalização da implantação das políticas públicas de MP nas UTIs enfrenta desafios significativos devido à falta de indicadores específicos e protocolos unificados para monitorar o cumprimento dessa prática. **Objetivo:** Analisar o impacto da MP na recuperação dos pacientes críticos internados na UTI e como essa prática se relaciona com as políticas públicas de saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, conduzida de acordo com os critérios *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* extension for scoping reviews, Seguindo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute (JBI)* e registrada na Open Science Framework (OSF). Foi utilizado descritores do DeCS e MeSH para realizar a busca nas bases de dados da Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed; Scopus (Elsevier) e Web of Science (Clarivate e scielo) por meio da combinação ("Critical Care Outcomes"OR"Critical Care") AND ("Mobilization"OR"Rehabilitation") AND ("Health Policy"OR"Health Policies"OR"eHealth Policy"OR"eHealth Policies") AND ("Intensive Care Units"). Foram elegíveis os estudos que abordam a MP na UTI, que tratam de políticas públicas relacionadas ao paciente crítico, sem limite temporal e as seguintes informações foram extraídas: base de dados, autor(es), ano de publicação, local de realização do estudo, tipo de estudo, amostra, objetivo do estudo e conclusão. Estes dados foram analisados de forma descritiva. **Resultados:** Inicialmente, foram identificados 111 artigos nas bases de dados Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed; Scopus (Elsevier) e Web of Science (Clarivate e scielo) dos quais 15 artigos foram removidos pois estavam duplicados 59 artigos foram excluídos pelo título, 23 pelo resumo e 4 após a leitura do texto completo. A temática dos artigos excluídos não aborda objeto de estudo. Foram selecionados 10 artigos, sendo todos incluídos na revisão final. **Conclusão:** A MP está associada a melhores desfechos funcionais e deve ser implementada nas UTIs. Infelizmente a prática de mobilização fora da cama é limitada em muitas instituições, poucos pacientes são mobilizados para fora da cama durante a admissão e permanência nas UTIs e isso se dá devido a barreiras estruturais, culturais ou mesmo relacionadas às condições clínicas dos pacientes. No Brasil, há várias políticas relacionadas à MP em UTIs, no entanto, há diversos entraves para a implementação eficaz, incluindo falhas na fiscalização e desafios operacionais.

**Palavras-Chave:** Mobilização precoce. Complicações da imobilidade. Unidade de terapia intensiva. Políticas de saúde pública. Impacto na saúde. Sustentabilidade do sistema de saúde. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** The hospital environment can contribute to the development of severe and extensive disabilities in frail patients due to the combination of diseases, inactivity, and immobility. Immobility can result in several complications that impact patient recovery, including atrophy and skeletal muscle weakness, and is associated with a higher risk of mortality, hospitalization time, and functional decline. Early mobilization (EM) is a practice that has shown significant benefits in the physical, respiratory, and psychological recovery of these patients. In Brazil, various policies related to EM in Intensive Care Units (ICU) aim to improve the quality of care; however, there are several barriers that hinder the implementation of this practice, with less than 10% of critically ill patients being mobilized out of bed. EM also influences the sustainability of the healthcare system, particularly the Unified Health System (SUS), due to the financial impact of complications caused by prolonged immobility. The oversight of the implementation of public EM policies in ICUs faces significant challenges due to the lack of specific indicators and unified protocols to monitor compliance with this practice.

**Objective:** To analyze the impact of EM on the recovery of critically ill patients admitted to the ICU and how this practice relates to public health policies. **Method:** This is a scope review, conducted according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) extension for scoping reviews, following the guidelines of the Joanna Briggs Institute (JBI) and registered in the Open Science Framework (OSF). Descriptors from DeCS and MeSH were used to conduct searches in the databases of the Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed; Scopus (Elsevier) and Web of Science (Clarivate and SciELO) through the combination ("Critical Care Outcomes" OR "Critical Care") AND ("Mobilization" OR "Rehabilitation") AND ("Health Policy" OR "Health Policies" OR "eHealth Policy" OR "eHealth Policies") AND ("Intensive Care Units"). Eligible studies were those addressing EM in ICUs, related to public policies for critically ill patients, with no time limit, and the following information was extracted: database, author(s), year of publication, study location, study type, sample, study objective, and conclusion. These data were analyzed descriptively. **Results:** Initially, 111 articles were identified in the databases Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed; Scopus (Elsevier) and Web of Science (Clarivate and SciELO), of which 15 articles were removed due to duplication, 59 articles were excluded by title, 23 by abstract, and 4 after reading the full text. The themes of the excluded articles did not address the study topic. Ten articles were selected, all of which were included in the final review. **Conclusion:** The EM is associated with better functional outcomes and should be implemented in ICUs. Unfortunately, the practice of mobilization outside of the bed is limited in many institutions, and few patients are mobilized out of bed during admission and while staying in the ICU. This is due to structural, cultural, or even clinical barriers related to the patients' conditions. In Brazil, there are several policies related to MP in ICUs; however, there are many obstacles to effective implementation, including failures in monitoring and operational challenges.

**Keywords:** Early mobilization. Immobility complications. Intensive care unit. Public health policies. Health impact. Healthcare system sustainability. Quality of life.

## LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Estratégia mnemônica PCC (população, conceito e contexto).....	35
Quadro 2 - Cruzamento dos dados.....	35
Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos.....	37
Quadro 3 - Caracterização dos estudos incluídos quanto à base de dados, autoria, local da pesquisa, tipo de estudo, amostra, objetivo e conclusão.....	38
Quadro 4 - Barreiras para a MP. Barreiras modificáveis e não modificáveis.....	44
Quadro 5 - Barreiras para a MP. Barreiras estruturais e relacionadas ao processo de mobilização.....	45
Quadro 6 - Barreiras para a MP. Barreiras relacionadas ao paciente.....	46
Quadro 7 - Barreiras para a MP. Barreiras culturais.....	47
Quadro 8 - Política pública, descrição e relação com a MP em pacientes críticos.....	55

## LISTA DE SIGLAS

ACCP	American College of Chest Physicians
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APACHE	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
ATS	American Thoracic Society
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CHEST	Revista científica oficial da American College of Chest Physicians
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DECS	<i>Descritores em Ciências da Saúde</i>
EENM	Estimulação elétrica neuromuscular
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ERS	European Respiratory Society
ESICM	European Society of Intensive Care Medicine
EUA	Estados Unidos da América
HIC	Hipertensão Intracraniana
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
JSICM	Japanese Society of Intensive Care Medicine
LPA	Lesão Pulmonar Aguda
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MP	Mobilização Precoce
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OSF	Open Science Framework
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PCC	População, conceito e contexto
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Síndrome de Cuidados Pós-Intensivos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISA	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adulto
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
PubMed	Public Medline
QCRI	<i>Qatar Computing Research Institute</i>
QualiSUS	Programa de Qualificação da Assistência Hospitalar
RDC nº 7/2010	Resolução da Diretoria Colegiada do Ministério da Saúde de número 7, de 24 de Fevereiro de 2010
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SCCM	Society of Critical Care Medicine
SUS	Sistema Único de Saúde
USD	Dólar dos Estados Unidos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1	JUSTIFICATIVA.....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
2.1	MOBILIZAÇÃO PRECOCE: CONCEITO E O IMPACTO NA VIDA DOS SOBREVIVENTES DE UMA INTERNAÇÃO TRAUMÁTICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	17
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A QUALIFICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES INTERNADOS NA UTI.....	22
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	34
4.2.1	<b>Critérios de inclusão</b> .....	34
4.2.2	<b>Critérios de exclusão</b> .....	34
4.3	COLETA DE DADOS.....	34
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	37
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	49
6.1	O CONTEXTO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	49
6.2	CONSEQUÊNCIAS DE UMA INTERNAÇÃO TRAUMÁTICA NAS UTIs.....	50
6.3	O IMPACTO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NAS UTIs.....	51
6.4	BARREIRAS PARA A REALIZAÇÃO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NAS UTIs... ..	52
6.5	A NECESSIDADE DE CAPACITAR A EQUIPE DE REABILITAÇÃO DAS UTIs.....	54
6.6	A REPERCUSSÃO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	54
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	60
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	62

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os cuidados intensivos têm recebido uma atenção mediática sem precedentes, especialmente devido à pandemia de COVID-19 (Hermann *et al.*, 2023). Embora as taxas de sobrevivência de pacientes em unidades de terapia intensiva (UTIs) apresentem um aumento (Zimmerman; Kramer; Knaus, 2013), a qualidade dessa sobrevivência muitas vezes permanece aquém do ideal (Hashem *et al.*, 2016; Myers *et al.*, 2016). Fatores como o ruído excessivo, a iluminação inadequada, o isolamento social, a falta de personalização do ambiente, a escassez de vistas para áreas externas e o limitado acesso à natureza, além da falta de estímulos cognitivos e de distração, podem resultar em sérias consequências para os pacientes, como privação de sono, delírio, imobilidade e distúrbios de saúde mental. Esses fatores estão associados ao aumento da mortalidade e ao desenvolvimento de deficiências físicas, cognitivas e psicológicas persistentes após a alta (Simons *et al.*, 2018; Wenham; Pittard, 2009).

O Ministério da Saúde (2010) define a UTI como uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Define paciente grave como aquele paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autoregulação, necessitando de assistência contínua.

Diversos estudos apontam que os familiares percebem o ambiente da unidade de terapia intensiva (UTI) como ameaçador e estressante, o que contribui significativamente para o sofrimento psíquico durante e após a internação de um ente querido (Abdul *et al.*, 2022; Scott; Thomson; Shepherd, 2019). Os profissionais de saúde também são impactados negativamente por fatores como o ruído excessivo e a limitação de luz natural e vistas externas, o que pode afetar sua saúde física e mental, a concentração, a tomada de decisões e contribuir para problemas como dores de cabeça tensionais e fadiga provocada pelos alarmes. Adicionalmente, um ambiente desfavorável pode agravar o delírio e a confusão dos pacientes, aumentando o risco de agressões verbais e físicas, o que representa uma ameaça à segurança de todos no setor (Alameddine *et al.*, 2009; Kebapci; Guner, 2021).

A imobilidade é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças neuromusculares e declínio funcional, ganhando destaque como uma causa significativa de morbidade física em pacientes que sobreviveram a doenças críticas. As pesquisas estão sendo conduzidas para aprofundar a compreensão dos fatores de risco e dos mecanismos subjacentes à disfunção neuromuscular após estados críticos de saúde. Estudos sinalizam a importância de compreender as estratégias de prevenção e tratamento para essas complicações, tendo como fator de risco

relevante e passível de intervenção o repouso prolongado no leito (Hashem; Parker; Needham, 2016; Jones *et al.*, 2004; Suetta, *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a Mobilização Precoce (MP) de pacientes críticos internados na UTI surge como uma estratégia segura e eficaz para prevenir as consequências adversas dessa proteção prolongada. Esta prática contribui para a melhoria dos estudos clínicos, incluindo aprimoramento da capacidade física, redução do tempo de ventilação mecânica (VM), diminuição do tempo de permanência na UTI e no hospital, resultando na redução de custos hospitalares. Além disso, a MP promove independência funcional, melhora a função respiratória, reduz os efeitos da imobilidade e proporciona benefícios psicológicos, refletindo em uma melhor qualidade de vida após a internação na UTI (Hashem; Parker; Needham, 2016; Lord *et al.*, 2013).

Apesar dos benefícios comprovados, a prática de MP ainda é limitada, especialmente em pacientes intubados. Um estudo multicêntrico realizado em UTIs brasileiras por Fontela *et al.* (2018) revelou que cerca de 60% dos pacientes foram mobilizados apenas no leito, enquanto apenas 10% saíram da cama. As principais barreiras à mobilização incluem fraqueza muscular, instabilidade cardiovascular e sedação. Embora nenhum incidente grave tenha sido registrado durante a mobilização, o que sugere que a prática é segura, os resultados também apontam para a necessidade de maior adesão. A evidência crescente demonstra os benefícios funcionais da MP realizada por fisioterapeutas em pacientes críticos, mas essa prática ainda é pouco frequente (Li *et al.*, 2013; Adler; Malone, 2012; Needham *et al.*, 2010; Morris *et al.*, 2011).

Dados epidemiológicos reforçam a importância da MP, destacando que ela melhora a função respiratória e muscular, diminui a duração da ventilação mecânica invasiva (VMI), aumenta as taxas de alta para casa e reduz a mortalidade em UTIs, com impactos positivos em indicadores de gravidade como APACHE e SAPS (Singam, 2024). Em um estudo nacional de prevalência realizado em 26 UTIs brasileiras, observou-se uma baixa taxa de MP, especialmente entre os pacientes em ventilação mecânica. No entanto, a presença de um protocolo institucional de MP aumentou significativamente as chances de mobilização, indicando que a implementação de protocolos estruturados pode melhorar a frequência de mobilização e reduzir as complicações associadas à imobilidade prolongada (Timenetsky *et al.*, 2020).

No campo da fisioterapia, destaca-se a importância de abordar não apenas as técnicas direcionadas aos pacientes enfermos, mas também compreender as complexidades biopsicossociais, espirituais e religiosas do indivíduo, indo além das intervenções reabilitadoras (Rebelatto; Botomé, 1999). Para isso, é fundamental adotar medidas que melhorem a qualidade

dos serviços de saúde sem aumentar os custos, buscando aprimorar a eficácia sem comprometer a efetividade (Martinez, 2013). No contexto brasileiro, uma pesquisa evidenciou uma relação positiva entre o MP e menores taxas de complicações associadas à imobilidade prolongada, o que não apenas favorece a saúde dos pacientes, mas também contribui para a redução de custos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Judas *et al.*, 2023).

Estudos meta-analíticos mostram que a MP nos cuidados intensivos reduz o risco de eventos adversos e contribui para a melhora da capacidade funcional dos pacientes, como a distância percorrida ao caminhar sem ajuda e o tempo necessário para caminhar após a internação. Essas melhorias indicam benefícios diretos e indiretos tanto para os pacientes quanto para a sustentabilidade dos sistemas de saúde pública, como o SUS no Brasil, onde a MP ainda não é amplamente adotada (Zhang *et al.*, 2019). As complicações decorrentes da imobilidade prolongada acarretam ônus significativos tanto para os pacientes, que sofrem redução na qualidade de vida e enfrentam desafios para reintegração social e profissional, quanto para o SUS, gerando custos financeiros expressivos e de longo prazo (Fan *et al.*, 2014; Garland *et al.*, 2004).

No entanto, a implementação da MP nas UTIs brasileiras ainda enfrenta diversas barreiras, como apontado por Fontela *et al.* (2018). A sedação excessiva dos pacientes, muitas vezes necessária para o conforto e controle dos sintomas críticos, muitas vezes impede a mobilização, ao comprometer o nível de alerta necessário para a realização segura das atividades físicas. Além disso, o uso de drogas vasoativas, essenciais para estabilizar a pressão arterial em pacientes críticos, pode aumentar o risco de instabilidade cardiovascular durante a mobilização.

A falta de pessoal treinado, especialmente fisioterapeutas, com experiência em MP, reduz a frequência e a segurança com que essa prática é aplicada. Muitas UTIs carecem de equipes capacitadas ou de protocolos integrados de mobilização, o que limita o alcance e a consistência das intervenções (Daloia *et al.*, 2021). Além disso, o estudo de Fontela *et al.* (2018) evidencia a resistência dos profissionais quanto à mudança nas práticas de cuidados intensivos, sendo que muitos acreditam que a MP pode agravar o estado dos pacientes. Essa percepção é influenciada pela falta de integração nas práticas da equipe multiprofissional.

Condições clínicas como fraqueza muscular extrema, instabilidade cardiovascular e presença de dispositivos invasivos podem dificultar ou até contraindicar a mobilização fora do leito. Pacientes críticos, por exemplo, podem desenvolver miopatia e polineuropatia, exigindo estratégias cuidadosas e progressivas para a MP (Pinto *et al.*, 2022). Nesse contexto, a prevenção e a reabilitação são essenciais para reduzir a incapacidade laboral e a aposentadoria

por invalidez. A colaboração entre o SUS e a Previdência Social é fundamental para criar estratégias governamentais que promovam a reintegração dos trabalhadores e melhorem a qualidade de vida, minimizando a necessidade de aposentadorias (Brasil, 2010).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) visa garantir a qualidade dos cuidados hospitalares, incluindo ações para a recuperação e reabilitação dos pacientes, como a MP, que contribui para a redução de complicações e alta mais rápida (Brasil, 2013-a). O Programa de Qualificação da Assistência Hospitalar (QualiSUS) busca aprimorar serviços de alta complexidade, como UTIs, e promove práticas como a MP, essenciais para garantir qualidade e eficiência nos cuidados intensivos (Brasil, 2004-b). A Política Nacional de Humanização (PNH) reforça a importância de práticas que incentivem a autonomia e reabilitação precoce, melhorando o bem-estar dos pacientes (Brasil, 2004-a). Além disso, as normas da ANVISA para as UTIs (RDC nº 7/2010) estabelecem diretrizes que incluem a MP para prevenir complicações da imobilidade prolongada (Anvisa, 2010).

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como parte da Agenda 2030, com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável global, abordando questões sociais, econômicas e ambientais. Esses objetivos, interdependentes, buscam erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir prosperidade para todos, com metas específicas a serem alcançadas até 2030, envolvendo governos, setor privado, sociedade civil e cidadãos. Dentre eles, a ODS 3 visa garantir saúde e bem-estar para todos, promovendo o acesso universal a serviços de saúde de qualidade, sem discriminação, e abordando questões de saúde pública e desigualdades no acesso a cuidados, especialmente em países de baixa e média renda (ONU, 2015).

Apesar da existência de políticas públicas voltadas à qualidade e segurança dos cuidados intensivos, a fiscalização da implementação das políticas de MP nas UTIs enfrenta desafios significativos, principalmente devido à falta de indicadores específicos e protocolos unificados que permitam monitorar o cumprimento das diretrizes estabelecidas. A ausência de uma padronização eficaz dificulta a avaliação das práticas adotadas e a adaptação das políticas às diferentes realidades hospitalares, particularmente nas UTIs de hospitais públicos, onde a escassez de recursos e de profissionais capacitados é uma realidade constante (Timenetsky *et al.*, 2020).

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o impacto da MP na recuperação dos pacientes críticos internados na UTI e como essa prática se relaciona com as políticas públicas de saúde.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A MP de pacientes críticos representa uma necessidade social urgente, especialmente considerando o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas que elevam as taxas de internação e permanência em UTIs. A baixa adesão a essa prática no Brasil, onde menos de 10% dos pacientes críticos são mobilizados fora do leito, expõe milhares de pacientes ao risco de complicações que poderiam ser evitadas. Este estudo busca evidenciar como a MP pode reduzir o sofrimento dos pacientes, melhorar a qualidade de vida após a alta hospitalar e facilitar a atividade e participação, reintegrando o indivíduo no meio social e familiar, atendendo a uma demanda por cuidados mais eficazes e humanizados.

A pesquisa preenche uma lacuna significativa na literatura ao fornecer uma revisão abrangente sobre os efeitos da MP em pacientes críticos, uma área com escassez de publicações, especialmente em contextos de políticas públicas de saúde. Com base em uma revisão de escopo que abrange estudos nacionais e internacionais, o trabalho contribui para o avanço do conhecimento sobre práticas de MP nas UTIs, sintetizando evidências e promovendo o entendimento sobre os impactos multidimensionais da MP. Dessa forma, a pesquisa pode servir de base para estudos futuros e guiar a investigação científica em cuidados intensivos e reabilitação.

Este estudo visa oferecer subsídios que orientem profissionais de saúde na implementação de programas de MP em UTIs, bem como na capacitação profissional, aumentando a eficácia dos cuidados prestados. Ao demonstrar os benefícios da MP na prevenção do declínio funcional, o estudo contribui para que práticas de MP sejam mais amplamente adotadas, reduzindo complicações de longo prazo e proporcionando uma recuperação mais rápida para os pacientes.

A MP é uma estratégia eficaz não apenas para melhorar o cuidado, mas também para reduzir os custos do SUS ao minimizar as complicações da imobilidade prolongada. Esse estudo destaca a MP como uma prática potencialmente econômica para o sistema de saúde, uma vez que a prevenção de complicações pode resultar em diminuição dos tempos de internação e redução de recursos gastos em tratamentos de sequelas, beneficiando tanto pacientes quanto gestores de saúde pública.

Compreender as barreiras e os facilitadores associados às intervenções é essencial para superar os desafios na implementação de protocolos de saúde. O objetivo é prevenir ou minimizar as sequelas após doenças graves, promovendo a reintegração precoce desses indivíduos ao mercado de trabalho e ao convívio familiar. Nesse contexto, a pesquisa visa não

apenas identificar obstáculos, mas também fornecer insights valiosos para facilitar a adoção eficaz desses protocolos baseado na pergunta de pesquisa que é: *“Qual é o impacto da Mobilização Precoce na recuperação dos pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva e como essa prática se relaciona com as políticas públicas de saúde?”*.

Com o crescimento da literatura em MP e a crescente conscientização sobre a importância de intervenções de reabilitação em UTIs, este estudo pretende contribuir com a comunidade acadêmica e com profissionais de fisioterapia e saúde intensiva, promovendo a valorização e difusão de boas práticas que possam transformar o cuidado dos pacientes críticos.

Essa justificativa destaca a importância social, científica, prática e econômica da pesquisa, evidenciando a relevância da investigação proposta para o avanço do conhecimento e das boas práticas na área de MP e saúde intensiva.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 MOBILIZAÇÃO PRECOCE: CONCEITO E O IMPACTO NA VIDA DOS SOBREVIVENTES DE UMA INTERNAÇÃO TRAUMÁTICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A 54ª Assembleia Mundial da Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), incentivou os Estados-Membros a adotarem a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em suas atividades de pesquisa, vigilância e relatórios para avaliação da saúde pública. A CIF e a Classificação Internacional de Doenças (CID) são ferramentas complementares que permitem uma descrição abrangente da experiência de saúde de indivíduos e populações. Essa linguagem comum facilita a comunicação sobre o funcionamento, independentemente do diagnóstico. A CIF compreende três dimensões principais: estrutura e função corporal (deficiência), atividade (limitações de atividade) e participação (restrições de participação) (Giral *et al.*, 2018; World Health Organisation Staff, 2001; World Health Organisation, ICD-11, 2019).

A OMS estima que mais de um bilhão de pessoas ao redor do mundo vivem com algum tipo de deficiência. Esse dado ressalta a importância crescente da avaliação de deficiências nos sistemas de saúde para o adequado diagnóstico fisioterapêutico. Tal interesse é evidenciado por uma série de artigos publicados na revista *The Lancet* pelo Grupo Global Burden of Disease, trazendo as seguintes questões: a maioria das doenças e lesões causam incapacidades (Vos *et al.*, 2012), o número de anos vividos com incapacidade aumentou 25% em 20 anos, atingindo 777 milhões em todo o mundo em 2010 (Murray *et al.*, 2012).

O ambiente hospitalar pode contribuir para o desenvolvimento de incapacidades severas e extensas em pacientes frágeis devido à combinação de doenças, inatividade e imobilidade (Gill *et al.*, 2004; Gill *et al.*, 2010). Em um estudo conduzido por Hajjioui *et al.* (2015), foram avaliados 400 pacientes internados em unidades de cuidados subagudos e pós-agudos utilizando a Escala de Rankin Modificada. Os resultados indicaram uma alta prevalência de dor (41,6%), déficits sensório-motores (21,9%) e rigidez (21,4%), com as limitações de atividades sendo predominantes nos distúrbios de marcha e equilíbrio (25,3%). Além disso, Grill *et al.* (2005; 2011) e Muller *et al.* (2011) validaram conjuntos básicos da CIF para avaliar a incapacidade em várias centenas de pacientes hospitalizados encaminhados para reabilitação em UTIs.

Anualmente, entre 13 a 20 milhões de pessoas no mundo são tratadas em UTIs (Adhikari *et al.*, 2010). Nas últimas duas décadas, o uso crescente desses serviços, combinado com

avanços significativos no diagnóstico e tratamento de condições graves como falência múltipla de órgãos, insuficiência respiratória, sepse e choque, resultou em um número crescente de sobreviventes de UTI. Atualmente, até 80% dos pacientes sobrevivem ao tratamento intensivo (Phua *et al.*, 2009; Esteban *et al.*, 2013; Noto *et al.*, 2013).

De acordo com o Relatório de análise de impacto regulatório do Ministério da Saúde, no Brasil existem 30.600 leitos de UTI habilitados com a percepção do recebimento do respectivo recurso federal, nas diversas tipologias (Brasil, 2024). Conforme Halling *et al.* (2022), os sobreviventes de uma internação na UTI formam um grupo de pacientes que enfrentaram doenças potencialmente fatais e intervenções invasivas em um curto período. Este evento crítico de saúde pode alterar sua percepção sobre as dimensões da saúde que são importantes para a sobrevivência e a qualidade de vida. Além disso, essa experiência pode influenciar sua disposição em priorizar a qualidade de vida em detrimento da longevidade.

A imobilidade, frequentemente observada em pacientes críticos, pode resultar em complicações como atrofia e fraqueza muscular esquelética, impactando negativamente a recuperação desses pacientes (Aquim *et al.*, 2019). A fraqueza muscular adquirida na UTI afeta cerca de 40% dos pacientes internados e está associada a um aumento da mortalidade, maior tempo de hospitalização e declínio funcional (Appleton *et al.*, 2015; Fan *et al.*, 2014; Van Aerde *et al.*, 2020). Essa fraqueza é observada principalmente em pacientes submetidos à VMI por mais de 48 horas aumentando o risco de complicações, mortalidade e custos hospitalares (Puthuchery *et al.*, 2013; Lad *et al.*, 2020; Bloch *et al.*, 2012; Lightfoot; Mcardle; Griffiths, 2009).

O fisioterapeuta desempenha um papel crucial na prevenção da perda de funcionalidade e no manejo da cronicidade, por meio de avaliações precisas e intervenções terapêuticas, como a MP (De França *et al.*, 2012). Na UTI, os esforços multidisciplinares devem focar na redução da duração da imobilização, iniciando a fisioterapia o mais precocemente possível (Burtin *et al.*, 2009). Os fisioterapeutas são essenciais no manejo de complicações respiratórias, bem como na prevenção e tratamento das consequências da imobilidade prolongada em pacientes críticos internados na UTI (Gosselink *et al.*, 2008; Bakhru *et al.*, 2016). Avanços recentes, como a cicloergometria e a estimulação elétrica neuromuscular transcutânea, têm mostrado resultados promissores, especialmente em pacientes inconscientes. Além disso, o uso de videogames e robótica está sendo investigado para pacientes alertas. Esses desenvolvimentos apontam para novas abordagens na MP nas UTIs, com o potencial de melhorar os desfechos clínicos dos pacientes críticos (Morris *et al.*, 2008; Hodgson *et al.*, 2013).

A força-tarefa da European Respiratory Society (ERS) e da European Society of

Intensive Care Medicine (ESICM) estabeleceu uma sequência de atividades para a MP em UTIs, organizada conforme a intensidade de cada intervenção. As condutas incluem: mudança de decúbitos e posicionamento funcional, mobilização passiva, exercícios ativo-assistidos e ativos, uso de cicloergômetros, sedestação à beira do leito, ortostatismo, caminhada estática, transferência da cama para a cadeira, exercícios sentados fora do leito e caminhada. A força-tarefa também destaca que a execução dessas intervenções é responsabilidade exclusiva do fisioterapeuta (Morris *et al.*, 2008).

Com a interrupção diária da sedação, como demonstrado por Kress *et al.* (2000), a duração da VMI e o tempo de permanência na UTI são reduzidos, o que permite que os pacientes se tornem mais alertas e aptos a participar de intervenções de MP. Nesse contexto, Hodgson *et al.* (2023) definem a MP como qualquer exercício ativo em que os pacientes utilizam sua própria força e controle muscular, abrangendo atividades desde rolar e fazer ponte na cama até ficar em pé, marchar, caminhar e realizar tarefas diárias, como transferências, uso do banheiro, vestir-se e tomar banho, com a intensidade da atividade ajustada conforme a tolerância do paciente até atingir o objetivo desejado.

Estudos sobre MP em UTIs demonstram benefícios significativos, como a redução do tempo de permanência na UTI e no hospital, o retorno mais rápido ao estado funcional independente e a diminuição da duração do delirium. A eficácia da MP depende do momento em que é iniciada, devido à rápida perda muscular em doenças críticas (Morris *et al.*, 2008; Schweickert *et al.*, 2009; Needham *et al.*, 2010). No entanto, apesar de evidências sugerirem que a MP pode melhorar os resultados de internação e a função dos pacientes na alta, a implementação dessa prática enfrenta várias barreiras, incluindo questões relacionadas ao paciente, à cultura da UTI, ao processo e barreiras estruturais (Schaller *et al.*, 2016; Schweickert *et al.*, 2009; Tipping *et al.*, 2017; Cuthbertson *et al.*, 2020; Dubb *et al.*, 2016; Hodgson *et al.*, 2018).

As barreiras à MP em UTIs incluem fatores relacionados aos pacientes, como gravidade da doença, instabilidade hemodinâmica e respiratória, e manejo de dor, agitação e delírio. Barreiras relacionadas ao processo envolvem falta de coordenação, triagem inadequada e responsabilidades pouco claras. No âmbito da cultura da UTI, destacam-se o conhecimento insuficiente da equipe sobre a minimização da sedação e a MP, além da falta de priorização dessas práticas. Barreiras estruturais envolvem modelos de pessoal inadequados, liderança deficiente, ausência de programas estruturados e formação insuficiente. A escassez de dados sobre a relação custo-eficácia da MP também dificulta a justificativa para os administradores hospitalares. Superar essas barreiras requer liderança eficaz e colaboração multidisciplinar

(Morris *et al.*, 2008; Needham *et al.*, 2010; Dubb *et al.*, 2016; Lord *et al.*, 2013).

A MP tem sido amplamente estudada e comprovada como segura e viável, mesmo em pacientes sob VMI, com cateteres invasivos ou nos primeiros dias após cirurgias invasivas (Morris *et al.*, 2008; Hodgson *et al.*, 2013; Hodgson *et al.*, 2014; Nydahl *et al.*, 2017). A incidência de eventos adversos é inferior a 4%, sendo a maioria não grave e resolvida rapidamente, como dessaturações transitórias, taquipneia, alterações na frequência cardíaca, perda de dispositivos e hipotensão postural (Morris *et al.*, 2008; Schweickert *et al.*, 2009). Efeitos adversos mais graves, como deslocamento de tubo endotraqueal, parada cardíaca, dessaturação sustentada e queda no chão, ocorrem raramente, com uma frequência  $\leq 0,5\%$ . A avaliação prévia do paciente é essencial para minimizar esses riscos, e diretrizes de consenso fornecem critérios de segurança para orientar os profissionais durante a mobilização ativa em UTIs (Hodgson *et al.*, 2014; Hodgson *et al.*, 2023; Nydahl *et al.*, 2017).

Na última década, a MP tornou-se parte integrante nos cuidados, como o pacote ABCDEF e as diretrizes de agitação, dor, imobilidade, delirium e interrupção do sono da Society of Critical Care Medicine (SCCM) (Devlin *et al.*, 2018). Estes abordam a avaliação, prevenção e controle da dor, o despertar espontâneo, a escolha de analgesia e sedação, a avaliação e prevenção de delirium, a MP e o envolvimento da família. A implementação dessas práticas tem se mostrado segura, viável e eficaz, resultando em aumento da probabilidade de sobrevivência, menor incidência de coma e delirium, menor necessidade de restrições físicas, menor tempo de VM, menor readmissão na UTI e maior probabilidade de alta hospitalar para casa (Pun *et al.*, 2019).

A MP na UTI proporciona uma série de benefícios adicionais, como a redução de complicações relacionadas à imobilidade, incluindo trombose venosa profunda e lesões por pressão. Sociedades importantes, como a American Thoracic Society (ATS), CHEST, ERS e ESICM, endossam a prática da MP (Schmidt *et al.*, 2017; Gosselink *et al.*, 2008). As diretrizes de Dor, Agitação-Sedação, Delirium, Imobilidade e Interrupção do Sono em pacientes adultos na UTI recomendam a MP de pacientes gravemente doentes, embora não forneçam orientações específicas sobre o momento ou regime apropriado (Devlin *et al.*, 2018).

A maioria dos estudos avaliando a eficácia da MP utilizam protocolos. Embora existam diversos protocolos publicados, não há um padrão único estabelecido. Geralmente, esses protocolos incluem critérios de inclusão e exclusão adequados, orientações de segurança para a MP, definição de metas, presença de equipe durante a mobilização, documentação e mecanismos de auditoria ou feedback. Evidências sugerem que a adoção de um protocolo de MP definido, com uma abordagem multidisciplinar, liderança forte e uma cultura de melhoria

da qualidade, pode otimizar os resultados dos pacientes. Quadros de melhoria da qualidade, como o planejar-fazer-estudar-agir e o quadro 4E (envolver, educar, executar, avaliar), têm sido utilizados com sucesso para implementar programas de MP em centros acadêmicos (Morris *et al.*, 2008; Engel *et al.*, 2013).

Com os avanços na gestão de pacientes críticos, houve um aumento significativo no número de sobreviventes de internações traumáticas na UTI (Zimmerman *et al.*, 2013), o que tem levado ao reconhecimento das complicações a longo prazo, como debilidade física, diminuição da independência funcional e redução da qualidade de vida (Hermans *et al.*, 2014; Herridge *et al.*, 2011; Iwashyna *et al.*, 2010). Aproximadamente 25 a 50% desses sobreviventes desenvolvem complicações novas ou agravadas, conhecidas como síndrome de cuidados pós-intensivos (PICS), que podem afetar tanto os pacientes quanto seus familiares devido ao impacto de internações prolongadas em estado crítico (Griffiths *et al.*, 2013; Needham *et al.*, 2013; Pandharipande *et al.*, 2013; Jackson *et al.*, 2014).

Um dos principais fatores de risco para PICS é a VMI prolongada, que leva ao delírio e à imobilidade (Biehl *et al.*, 2020). Pacientes que sobrevivem a uma internação traumática e que foram submetidos à VMI prolongada apresentam um risco de mortalidade de duas a cinco vezes maior em comparação com indivíduos da mesma faixa etária que não necessitaram de suporte ventilatório invasivo ou o utilizaram por um curto período, com taxas de mortalidade global variando de 24% a 47% na fase intra-hospitalar, 25% a 63% em seis meses e 15% a 38% em um ano (Riker *et al.*, 2009; Dasta *et al.*, 2010), sendo a mortalidade pós-alta significativa, variando de 26% a 63% no primeiro ano (Williams *et al.*, 2005; Wunsch *et al.*, 2010).

Os sobreviventes de uma internação na UTI frequentemente enfrentam desafios significativos na transição dos cuidados agudos hospitalares para os cuidados comunitários, resultando em falta de acesso a programas especializados na PICS e a profissionais capacitados na gestão dessa condição (Needhan *et al.*, 2012). Cerca de 40% dos indivíduos adultos com PICS não conseguem regressar ao seu emprego anterior, o que leva a dificuldades financeiras, utilização de polifarmácia e fragmentação dos cuidados de saúde subsequentes (Brown *et al.*, 2019). Outro estudo revelou que quase 40% dos sobreviventes de UTI foram readmitidos no hospital nos primeiros dois anos após a alta, com metade desses pacientes passando por múltiplas readmissões (Cheung *et al.*, 2006).

À medida que a compreensão sobre os resultados a longo prazo das doenças críticas avança, torna-se imperativo que o sistema de saúde evolua para atender às necessidades dos sobreviventes da UTI. No entanto, poucas políticas de saúde são direcionadas para melhorar os desfechos econômicos e de saúde após os cuidados intensivos, o que resulta em um fardo

significativo para os pacientes e suas famílias. Para corrigir essa deficiência, é essencial remover barreiras sistêmicas à prestação de cuidados pós-UTI eficazes e planejar as necessidades futuras (Kahn *et al.*, 2007).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A QUALIFICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES INTERNADOS NA UTI

As políticas públicas de saúde no Brasil têm suas origens no período de industrialização, com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) em 1923, cujo objetivo era garantir recursos financeiros aos trabalhadores afastados por motivos de saúde. A assistência médica, no entanto, só passou a ser oferecida pelo governo em 1965, inicialmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, em 1977, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse modelo de atendimento priorizava a contratação de serviços médicos privados, com foco em práticas hospitalares e curativas (Bacellar *et al.*, 2012).

Em 1982, a implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) trouxe uma nova orientação ao sistema de saúde, promovendo o acesso baseado na atenção primária. Essa mudança marcou um avanço significativo na ampliação do cuidado preventivo e na busca por um sistema de saúde mais inclusivo e acessível para a população, orientado à promoção e manutenção da saúde ao invés do modelo puramente curativo (Bacellar *et al.*, 2012).

Essa trajetória histórica consolidou o entendimento de que a saúde é um direito universal e um dever do Estado, culminando na criação do SUS em 1988. Dois anos depois, a Lei nº 8.080/1990 regulamentou o SUS, estabelecendo diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, englobando aspectos da pessoa, da organização e dos serviços de saúde. Dentro desse contexto, o SUS, idealizado pelo Ministério da Saúde, propõe um modelo inovador de atendimento, com foco em universalização e equidade. No entanto, a implementação de um sistema tão abrangente e transformador enfrenta desafios consideráveis (Bacellar *et al.*, 2012). Como destaca o Ministério da Saúde (Brasil, 2004-b), a efetiva operacionalização do SUS demanda constante adaptação e superação de obstáculos estruturais e administrativos, buscando sempre a melhoria do atendimento à população.

Com o objetivo de assegurar o acesso universal à saúde, as diretrizes de saúde pública passaram a incluir ações e serviços voltados para a promoção, prevenção, reabilitação e tratamento. Esse modelo é organizado em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, também conhecidos como atenção primária, secundária e terciária (Brasil,

2006). Essa estrutura busca garantir a integralidade do cuidado, oferecendo um atendimento de saúde que considere o indivíduo de forma holística. As ações abrangem tanto o cuidado individual quanto a saúde coletiva, atendendo às necessidades de todos os cidadãos de maneira ampla e inclusiva (Brasil, 2004-b).

A ampliação do conceito de cuidado à saúde exigiu a integração de diversos profissionais para abordar todas as dimensões humanas (Ismael, 2005). Nesse cenário, as políticas públicas de saúde passaram a adotar equipes multiprofissionais compostas por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, com o objetivo de oferecer uma abordagem mais holística e eficaz no atendimento. Com isso, a expansão dos serviços de saúde implementa uma abordagem multiprofissional, proporcionando atendimento realizado por diferentes profissionais, cada um com sua expertise, a um único paciente (Martins, 2004).

A relação entre os profissionais e os usuários do serviço é a base para uma política de saúde humanizada. O profissional da saúde, ao realizar atividades assistenciais, além de executar ações e procedimentos técnicos relacionados à sua área, estabelece, inevitavelmente, relações interpessoais com colegas de profissão e com os pacientes. O sucesso de seu trabalho depende, portanto, tanto da qualidade técnica quanto da qualidade das interações (Martins, 2001). Mais do que a simples necessidade de multidisciplinaridade, é essencial a interdisciplinaridade, que envolve a interação entre os diferentes campos do saber profissional. Esta interação não se limita a uma articulação entre as disciplinas, mas se expande para uma harmonização que visa uma compreensão mais abrangente tanto do paciente quanto da doença (Camon, 2000).

Uma abordagem que integra os profissionais de saúde para atender a pessoa em sua totalidade deve cultivar uma postura que reconheça a realidade de cada indivíduo como algo dinâmico, único e relacional, levando em consideração a essência humana presente em cada ser. Essa é a única forma de fomentar um processo genuíno de humanização, uma vez que, como afirmam Pessini; Bertachini (2006), a humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade de criar um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime a humanidade das pessoas envolvidas, seja no caso dos pacientes, dos familiares ou dos profissionais.

Carl R. Rogers, psicólogo humanista norte-americano de renome no século XX, foi o criador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida nas décadas de 1940 e 1950. Ele percebeu que os princípios dessa abordagem não se limitavam ao contexto terapêutico, mas se aplicavam a todas as relações humanas (Wood *et al.*, 2008). A ACP propõe a promoção de

relações interpessoais autênticas e humanizadas, estimulando atitudes como consideração positiva incondicional, empatia e autenticidade como suas principais características. Essas atitudes fundamentam-se na ideia de que o crescimento, a preservação e a sobrevivência são as principais motivações humanas, sendo a realização das potencialidades individuais a missão primordial do ser humano (Bacellar *et al.*, 2012).

A reflexão sobre as convergências entre a ACP e as políticas públicas de saúde pode ser enriquecida ao considerar a nova definição do conceito de saúde. A base de todo o desenvolvimento teórico dessa abordagem reside na premissa de que todos os indivíduos possuem uma tendência natural ao crescimento, a qual se manifesta a partir das experiências vividas. Esse princípio é denominado como Tendência Atualizante, e é descrito por Rogers (1983) como um fluxo subjacente de movimento em direção à realização construtiva das possibilidades inerentes a cada indivíduo. Esse conceito enfatiza a natureza motivacional do ser humano para a concretização de suas potencialidades de maneira dinâmica, interativa e relacional, o que também contribui para a fundamentação do novo conceito de saúde.

No contexto das políticas públicas de saúde brasileiras, termos como integração, prevenção, interdisciplinaridade, vínculo e responsabilização, entre outros, se tornam mais acessíveis e eficazes quando se busca promover uma maior independência e integração do indivíduo. Isso contrasta com a abordagem tradicional, em que se espera que tais resultados venham da intervenção direta do orientador para a solução de problemas. O foco, portanto, está no indivíduo e não no problema. O objetivo não é simplesmente resolver questões específicas, mas apoiar o indivíduo em seu processo de crescimento, para que ele possa enfrentar não apenas o problema atual, mas também os desafios futuros de maneira mais integrada (Rogers; Rosemberg, 1977).

A construção de uma relação pautada nesses princípios envolve, de um lado, a responsabilização das pessoas pelo seu próprio desenvolvimento e pela gestão de sua saúde, promovendo a prevenção de danos e a promoção de bem-estar. De outro, exige que os profissionais reconheçam e considerem o potencial das pessoas que estão sendo assistidas. Essa postura, que orienta a relação de ajuda proposta pela ACP, possibilita a articulação com os fundamentos dos três níveis de atenção à saúde, criando um espaço de colaboração e respeito mútuo entre o indivíduo e os profissionais (Bacellar *et al.*, 2012).

Atualmente, embora haja muitos esforços para integrar os profissionais da saúde pública e promover uma abordagem mais integral, universal e equânime para a saúde das pessoas, ainda persistem desafios significativos. Profissionais de diversas áreas continuam a atuar como componentes de uma equipe multiprofissional, mas não necessariamente engajados em um

processo colaborativo mais profundo. Nesse contexto, o trabalho multiprofissional surge como um primeiro passo na direção da concretização do conceito de pessoa integral. Considerar o ser humano como um todo e adotar uma visão de saúde não fragmentada exige, de fato, a interação constante entre os diferentes profissionais de saúde. Essa transição é fundamental para a efetiva implementação da atenção interdisciplinar à saúde, possibilitando uma abordagem mais holística e eficaz (Bacellar *et al.*, 2012).

A interdisciplinaridade, no entanto, vai além da simples troca de informações entre profissionais da saúde; ela demanda uma verdadeira intersecção entre as diferentes áreas de atuação. O trabalho interdisciplinar exige interesse genuíno pelo conhecimento e pela intervenção dos outros profissionais, além de uma abertura para transitar além dos limites do próprio campo de expertise. Dessa forma, ao promover a união entre as distintas especialidades, possibilita-se a construção de novos saberes. A partir dessa colaboração mútua, torna-se viável planejar intervenções conjuntas, específicas e personalizadas, adaptadas às necessidades de saúde de cada indivíduo (Japiassú, 1976).

Trabalhar interdisciplinarmente envolve uma postura de tolerância, de abertura e um interesse genuíno na atuação dos outros profissionais, postura esta, que não costuma estar presente nas relações humanas. Conforme Nina (1995) os principais obstáculos para o desenvolvimento da equipe interdisciplinar são as questões provenientes do relacionamento entre as pessoas. Pode-se considerar que, para que a interdisciplinaridade possa ser vivenciada na prática dos profissionais de saúde, mais uma vez um paradigma precisa ser quebrado, o paradigma que envolve a postura dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, a humanização deve ser compreendida não como uma técnica, mas como um processo fundamentado em uma relação de ajuda genuína. Sua essência repousa em uma atitude autêntica, na qual o profissional reconhece e respeita a capacidade de crescimento do outro, levando em consideração sua individualidade e o processo único de construção pessoal (Rogers, 1983).

A introdução do novo conceito de saúde, que privilegia práticas humanizadas, resgatou aspectos da pessoa anteriormente negligenciados. Além de considerar as dimensões emocionais e sociais no processo de saúde e doença, e de promover a autonomia no cuidado, esse conceito destaca a importância de relações interpessoais autênticas como motor essencial para a promoção da saúde (Bacellar *et al.*, 2012).

A proposta de mudança nas políticas públicas de saúde brasileiras no século XXI destaca a necessidade de integrar os princípios da ACP. No entanto, os profissionais de saúde ainda enfrentam desafios devido aos resquícios de um modelo remediativo, dificultando a

implementação criativa de um conceito ampliado de saúde. A convergência entre essa abordagem e as diretrizes das políticas públicas é vista como essencial para promover uma atenção integral à saúde. Esse processo requer um esforço coletivo para superar barreiras históricas e adotar práticas que favoreçam o cuidado humanizado e integral, alinhado às necessidades de uma sociedade em constante mudança (Bacellar *et al.*, 2012).

No âmbito financeiro, os avanços nas ciências médicas, tecnologia e farmacologia contribuíram para a redução da mortalidade, mas também estão ligados ao aumento das despesas com saúde. Diversas estratégias têm sido exploradas para aprimorar a eficiência dos serviços de saúde e conter custos. As UTIs são as unidades que mais utilizam serviços entre todos os serviços de assistência hospitalar. Nos Estados Unidos (EUA), o custo da UTI foi estimado em 0,7% do PIB e 1% a 2% do PIB (Keenan *et al.*, 1998), enquanto no Reino Unido foi de 1% do PIB (Wunsch *et al.*, 2011). Um estudo realizado em um Hospital Universitário em Berna, Suíça, mostrou que mais de 50% dos gastos com UTI foram consumidos por apenas 11% dos pacientes que permaneceram na UTI por mais de 7 dias (Stricker *et al.*, 2003). Independentemente do extenso consumo de recursos, os custos da UTI só são aceitáveis se a qualidade de vida salva for alta e se a redução absoluta do risco for superior a 5% (Ridley *et al.*, 2007; Petrie *et al.*, 2015).

Nos últimos anos, as seções de ética das sociedades de cuidados intensivos europeias, canadenses e americanas emitiram declarações e propuseram uma variedade de documentos de posição e políticas que descrevem o uso apropriado de serviços de cuidados intensivos. Todas essas políticas descrevem os objetivos dos cuidados na UTI em apoiar o paciente durante uma doença aguda potencialmente reversível e com risco de vida e fornecem ampla orientação sobre os diagnósticos médicos e critérios fisiológicos que exigiriam o atendimento ao paciente usando o atendimento especializado, habilidades e tecnologias de um ambiente de UTI (Hawryluck, 2006; Carlet, 2004).

A população está envelhecendo e com isso espera-se que mais pacientes necessitem de cuidados intensivos, aumentando a necessidade de compreender os fatores associados aos custos de cuidados de saúde incorridos pelos sobreviventes a longo prazo de doenças críticas (Rubinfeld *et al.*, 2005; Needham *et al.*, 2005; Zilberberg *et al.*, 2008; Halpern *et al.*, 2010). Os dados demográficos americanos indicam que em 2000, 35 milhões de americanos tinham 65 anos, mas espera-se que este número atinja 79 milhões até 2050. A população de 85 anos espera-se que a idade aumente dos 4 milhões em 2000 para 18 milhões em 2050 (Manton *et al.*, 1997).

Com o envelhecimento da população nos Países Baixos, a pressão financeira sobre os

orçamentos da saúde aumentou nos últimos anos (Haas *et al.*, 2015) e, em todo o mundo, as UTIs representam 20% do orçamento dos hospitais (Wild *et al.*, 2005). As longas permanências desnecessárias na UTI têm um sério impacto sobre orçamentos de saúde e permanecer na UTI por muito tempo pode causar grave sofrimento físico e mental para os pacientes e seus entes queridos e pode acarretar riscos para outros pacientes que necessitam de cuidados na UTI devido à capacidade limitada dos leitos de UTI (Higgins *et al.*, 2010). Em contrapartida, um paciente que recebe alta precocemente tem chance de piorar e retornar à UTI em estado de saúde ainda pior, com aumento do risco de mortalidade e aumento do tempo de permanência, tanto na readmissão quanto na admissão total. Assim, os intensivistas devem tentar reduzir as longas estadias desnecessárias sem comprometer a qualidade do atendimento (Wong *et al.*, 2016; Rosenberg *et al.*, 2000).

Sobreviventes de uma internação traumática na UTI frequentemente apresentam deficiências físicas, cognitivas e de saúde mental duradouras (Desai *et al.*, 2011; Bienvenu *et al.*, 2012; Barnato *et al.*, 2011; Bienvenu *et al.*, 2013). Tais deficiências podem estar associadas ao aumento da utilização de recursos de saúde e aos custos relacionados após a alta hospitalar (Lone *et al.*, 2013; Iwashyna *et al.*, 2012). De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) de 2010, em 2008 o INSS gerou um total de 1.016.250 aposentadorias no Brasil, das quais 195.451 (em torno de 19,2%) foram concedidas por invalidez, o que gerou em custos uma média de R\$ 152.390.000 (Brasil, 2010).

Fornecer cuidados intensivos a pacientes gravemente enfermos é um empreendimento global, independentemente do sistema de saúde (Adhikari *et al.*, 2010; Vincent *et al.*, 2014). Nos últimos anos, as políticas de saúde começaram gradualmente integrar questões políticas e sociais mais amplas no planejamento estratégico, que reflete nas complexidades crescentes dos cuidados/necessidades do paciente (Lees-Deutsch *et al.*, 2016; Age *et al.*, 2012). Em 13 UTIs de quatro hospitais universitários em Baltimore, Maryland, entre 2004 e o final de 2007, cerca de 80% dos pacientes que sobreviveram a uma internação traumática precisaram ser readmitidos no hospital em até dois anos, com um custo médio estimado de US\$ 35.259 por internação (Ruhl *et al.*, 2015). No geral, a sobrevivência de uma internação traumática na UTI está associada a uma mortalidade maior em 5 anos (Lone *et al.*, 2016).

Em Abril de 2018, o governo japonês introduziu uma política de saúde fornecendo incentivos financeiros para os hospitais que estivessem uma equipe interdisciplinar especializada para promover a reabilitação na UTI. A política foi desenvolvida com base em um consenso de especialistas publicado pela Japanese Society of Intensive Care Medicine (JSICM), em 2017, que mencionou a importância da reabilitação precoce na UTI e da

colaboração interdisciplinar entre médicos, fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais e enfermeiros (Takahashi *et al.*, 2020).

A política é um incentivo adicional fornecido aos hospitais como um incentivo diário uma taxa de administração da UTI, independentemente da duração da reabilitação, quando os hospitais cumprem vários critérios relacionados às estruturas das instalações e práticas clínicas. Esta abordagem seria diferente de outros sistemas de pagamento, tais como uma taxa por serviço baseada na duração da reabilitação (Johnson *et al.*, 2017; Yagi *et al.*, 2021) ou aqueles cobertos por uma UTI padrão taxa de admissão. Como a política tornaria isso mais fácil para os hospitais receberem benefícios financeiros pela realização precoce de UTI reabilitação, esperava-se que motivasse a equipe multidisciplinar a iniciar a reabilitação na UTI precocemente (Berney *et al.*, 2012).

Para que os hospitais recebessem o incentivo financeiro o governo japonês exigiu os seguintes critérios sob a política emitida em abril de 2018: (1) obter aprovação do governo até o ano anterior para fornecer reabilitação profissional para pacientes internados com doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, ou doenças respiratórias; (2) constituição de equipe especializada em reabilitação em UTI; (3) elaborar um protocolo padronizado de reabilitação em UTI para ser verificado regularmente pela equipe especializada. A equipe de especialistas deve ser composta por médicos com mais de cinco anos de experiência em cuidados intensivos, enfermeiros com formação avançada e mais de cinco anos de experiência em cuidados intensivos e fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais com mais de cinco anos de experiência em cuidados críticos. Se um hospital desejasse a aprovação do governo, o hospital precisava apresentar uma lista de membros que atendessem aos critérios para inclusão como membro de uma equipe especializada em reabilitação de UTI (Yasaka *et al.*, 2024).

Os hospitais aprovados receberam um incentivo financeiro de 45,5 dólares americanos por dia (1 dólar americano = 110 ienes japoneses em 2017) para cada paciente elegível, sem quaisquer restrições sobre quando a equipe especializada colabora com a equipe interdisciplinar da UTI. Precisavam: (1) estabelecer planos de reabilitação para manter e melhorar as funções físicas com base em avaliações iniciais; (2) iniciar a reabilitação na UTI com base nos planos do paciente dentro de 48 horas da admissão na UTI; (3) avaliar regularmente a reabilitação da UTI; (4) inserir os detalhes de (1), (2) e (3) no prontuário médico do paciente. Este incentivo continuou para os pacientes cuja reabilitação foi iniciada até 48 horas após a admissão na UTI, desde a data da admissão até 14 dias depois (Yasaka *et al.*, 2024).

Em comparação com os vastos recursos dedicados a garantir a sobrevivência dos pacientes durante a internação na UTI, pouco investimento são direcionados à melhoria dos

resultados no período pós-UTI. Além disso, não existem sistemas adequados para facilitar a transição do paciente da fase aguda para a fase crônica da sua doença. Em vez disso, após a alta hospitalar, os sobreviventes da UTI são forçados a reingressar em um sistema de saúde despreparado para atender às suas necessidades crônicas (Meyer; Morse, 2002).

Também existem baixos incentivos financeiros para cuidados de longa duração. Sistemas de pagamento prospectivos, nos quais os hospitais são reembolsados em níveis predefinidos de acordo com o diagnóstico, fornecem um incentivo financeiro apenas para dar alta ao paciente do hospital com vida (Ginsburg, 2006). O principal incentivo é dar alta ao paciente o mais rápido possível, uma vez que os hospitais receberão o mesmo pagamento, independentemente do tempo de internação ou do desempenho do paciente após a alta (Seneff *et al.*, 2000). Este sistema levou, em parte, ao rápido aumento de hospitais de cuidados agudos de longo prazo, que fornecem cuidados ventilatórios e outros serviços para pacientes crônicos com necessidades de cuidados (Scheinhorn *et al.*, 2007; Carson, 2007).

Na maioria dos países, as infra-estruturas de saúde pública carecem de financiamento ou de mecanismos para envolver o público nas necessidades dos sobreviventes de doenças agudas. Nos Estados Unidos da América (EUA), a saúde pública é uma colcha de retalhos de prestadores e agentes administrativos com objetivos variados, consistindo principalmente em medicina preventiva e respostas a epidemias (Tilson *et al.*, 2006). Só recentemente as partes interessadas em cuidados intensivos se reuniram para reconhecer a importância das doenças críticas para a saúde pública (Barnato *et al.*, 2007).

O índice de mortalidade em UTIs no Brasil tem apresentado uma redução de aproximadamente 2% ao ano desde 2000, resultado das melhorias no cuidado aos pacientes (Hutchings *et al.*, 2009). No entanto, a imobilidade prolongada é um fator que agrava esse quadro, pois contribui para o aumento das complicações, prolonga o tempo de internação e impacta negativamente na qualidade de vida do paciente após a alta hospitalar (Gosselink *et al.*, 2008). Além disso, observa-se uma elevada taxa de mortalidade pós-alta da UTI (Flaatten, 2010). A readmissão na UTI, frequentemente associada a altos índices de mortalidade, deve ser considerada um importante indicador de qualidade, passível de monitoramento e controle por líderes e gestores dessas unidades (Afessa, 2005).

A atuação do fisioterapeuta intensivista tem se tornado cada vez mais essencial e rotineira, dado que esse profissional desempenha um papel fundamental no tratamento integral do paciente. Pacientes que permanecem longos períodos imobilizados na UTI estão sujeitos a uma série de complicações, afetando os sistemas cardíaco, respiratório e neurológico, além de apresentarem alterações motoras e hemodinâmicas (Feliciano *et al.*, 2019). Doenças

respiratórias e metabólicas são particularmente propensas a prolongar o tempo de internação na UTI, o que, por sua vez, acarreta um aumento no tempo de VMI (Lopes *et al.*, 2008).

Os custos de cuidados intensivos na UTI são elevados, variando entre US\$ 3.500 e US\$ 8.000 por dia, enquanto os custos com VMI chegam a US\$ 1.500 diários. Intervenções que contribuam para a redução do tempo de permanência na UTI ou diminuam a necessidade de VMI podem representar uma significativa economia (Dasta *et al.*, 2005). De fato, os custos relacionados à internação na UTI e à VMI são os principais responsáveis pelos altos gastos, representando 98,5% dos custos totais (Dasta *et al.*, 2010).

No Brasil, diversas políticas relacionadas à MP nas UTIs buscam melhorar a qualidade do cuidado, como a PNHOSP, que foca na recuperação e reabilitação dos pacientes, o QualiSUS, que visa aprimorar os serviços hospitalares, especialmente nas UTIs, o PNH promove cuidados humanizados e reabilitação precoce, enquanto a RDC nº 7/2010 da ANVISA regulamenta as UTIs, contemplando práticas de mobilização (Brasil, 2004-a; Brasil, 2004-b; Brasil, 2013-a; Anvisa, 2010).

Ainda temos as ODS que trazem objetivos voltados para a qualidade da assistência à saúde. A ODS 3 busca reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2030, promovendo saúde mental e bem-estar (Meta 3.4). A mobilização precoce (MP) em UTIs contribui para a recuperação funcional dos pacientes, prevenindo complicações e reduzindo mortalidade e incapacidades. A Meta 3.8 busca garantir cobertura universal de saúde, e a MP pode ser incorporada para melhorar a recuperação de pacientes críticos. A Meta 3.d foca no fortalecimento da capacidade dos países para o gerenciamento de riscos à saúde, com a MP ajudando a reduzir readmissões e internações prolongadas (ONU, 2015).

Manter a qualidade e a segurança é um desafio diário para gestores hospitalares cujas unidades têm a tarefa de prestar cuidados cada vez mais especializados em condições complexas, gerenciando simultaneamente internações agudas, escassez de pessoal e rápida deterioração dos pacientes com condições de risco de morte. Maior tempo de permanência na UTI é a base para o alto custo e encargos para os pacientes, suas famílias, a sociedade e o Estado (Samra *et al.*, 2011; Bondurant *et al.*, 2015).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o impacto da Mobilização Precoce na recuperação dos pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva e como essa prática se relaciona com as políticas públicas de saúde.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) analisar os impactos específicos da Mobilização Precoce na saúde e no processo de recuperação de pacientes críticos internados em UTIs;
- b) identificar as principais estratégias descritas na literatura para a implementação eficaz da prática de Mobilização Precoce em UTIs;
- c) mapear os facilitadores e as barreiras associados à adoção da Mobilização Precoce em unidades de terapia intensiva;
- d) explorar a influência das políticas públicas de saúde na viabilização e ampliação da prática de Mobilização Precoce em UTIs.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão de escopo. A escolha pela revisão de escopo como abordagem metodológica se justifica pelo destaque que esse tipo de estudo tem recebido globalmente na área de síntese de evidências em saúde (Pham *et al.*, 2014). É uma estratégia que visa realizar um mapeamento abrangente da literatura em um campo de interesse específico, particularmente quando há uma escassez de publicações sobre o tema em questão (Arksey; O'malley, 2005).

A revisão de escopo tem a capacidade de abranger diversos desenhos de estudos e tem como objetivo primordial identificar as evidências disponíveis, ao invés de buscar a melhor evidência em relação a uma intervenção ou experiência em saúde (Cordeiro; Soares, 2019). Sua finalidade reside em compilar vários tipos de evidências e descrever como elas foram produzidas. Não se trata, portanto, de avaliar a qualidade das evidências, mas sim de rastreá-las e antecipar suas potencialidades, fornecendo assim um suporte valioso para pesquisadores na área e, em certa medida, para profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas de saúde (Munn *et al.*, 2018; Peters *et al.*, 2015; Peters *et al.*, 2017; Tricco *et al.*, 2018).

A pesquisa seguiu as orientações estabelecidas pelo Manual do Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters *et al.*, 2021) e utilizou o checklist PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews), uma lista de verificação com 20 itens-chave essenciais para revisões de escopo, visando aprimorar a qualidade e transparência da investigação (Munn *et al.*, 2018).

As etapas da pesquisa teve início com a elaboração de um protocolo, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI), questão de pesquisa, seleção de bases de dados, extração de dados e síntese, onde foi coletado, resumido e relatado os resultados. O protocolo produzido com título, resumo, introdução e método foi registrado no Open Science Framework (OSF) e pode ser acessado através do link: <https://osf.io/geb6c/> e DOI 10.17605/OSF.IO/GEB6C.

Para construção da pergunta de pesquisa utilizou-se a estratégia mnemônica PCC (população, conceito e contexto) na qual P (população) refere-se aos pacientes críticos internados na UTI, C (contexto) Unidade de Terapia Intensiva e C (conceito) mobilização, reabilitação e políticas públicas. Deste modo, a pergunta que orientou a revisão foi: *Qual é o impacto da Mobilização Precoce na recuperação dos pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva e como essa prática se relaciona com as políticas públicas de saúde?*

## 4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

### 4.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos estudos na presente revisão foram baseados na questão de pesquisa elaborada, garantindo a consistência e elegibilidade na tomada de decisões quanto às seleções das produções científicas (Rocco, 2017).

Os estudos elegíveis foram: artigos completos publicados em periódicos indexados na área da saúde, ou dissertações e teses que abordassem a MP na UTI e políticas públicas relacionadas ao paciente crítico, sem limite temporal.

Não houve restrição quanto aos tipos de estudos a serem incluídos nesta revisão, portanto, foram considerados estudos do tipo observacional retrospectivo, transversal ou prospectivos, qualitativos, quantitativo, ensaios clínicos randomizados, de intervenção ou revisões, sem limite de local para a realização do estudo e nos idiomas inglês e português.

### 4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos resumos de eventos, editoriais de revista, e aqueles em que o acesso completo ao texto não foi possível, mesmo após tentativa de contato com os autores por e-mail. A metodologia de revisão de escopo não exprime a necessidade de exclusão de artigos segundo critérios de qualidade metodológica (Rocco, 2017), portanto, foram considerados estudos com diversas abordagens metodológicas.

## 4.3 COLETA DE DADOS

Para cada item da estratégia PCC foi selecionado um conjunto de descritores disponíveis nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH).

Nesse estudo foi utilizada as seguintes bases de dados: Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed; Scopus (Elsevier) e Web of Science (Clarivate e scielo).

A etapa de equação de busca foi construída de acordo com o modelo ECUs onde temos o objetivo/problema que é a pergunta de pesquisa, a extração que são as palavras de acordo com a estratégia PCC, a conversão que são as palavras chaves de busca no DECS/MESH, a combinação que é referente as palavras encontradas nos descritores que são relacionadas com

as palavras chaves, a construção onde utilizamos os operadores booleanos para relacionar, limitar e direcionar a busca e, por último, o uso que é a junção das palavras encontradas na aplicação da estratégia PCC, de acordo com o quadro 1 abaixo.

**Quadro 1:** Estratégia mnemônica PCC (população, conceito e contexto)

<b>Objetivo / Problema</b>	<b>Qual é o impacto da Mobilização Precoce na recuperação dos pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva e como essa prática se relaciona com as Políticas Públicas de Saúde?</b>		
<b>Estratégia</b>	<b>P</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
<b>Extração</b>	Pacientes Críticos	Unidade de Terapia Intensiva	Mobilização; Reabilitação e Políticas Públicas
<b>Conversão</b>	Critical Patients	Intensive Care Units	Mobilization; Rehabilitation; Public Policy; Public Policies
<b>Combinação</b>	Critical Care Outcomes; Critical Care	Intensive Care Units	Mobilization; Rehabilitation; Health Policy; eHealth Policy; eHealth Policies
<b>Construção</b>	("Critical Care Outcomes" OR "Critical Care")	("Intensive Care Units")	(Mobilization) AND (Rehabilitation) AND ("Health Policy" OR "Health Policies" OR "eHealth Policy" OR "eHealth Policies")
<b>Uso</b>	("Critical Care Outcomes" OR "Critical Care") AND ("Mobilization" OR "Rehabilitation") AND ("Health Policy" OR "Health Policies" OR "eHealth Policy" OR "eHealth Policies") AND ("Intensive Care Units")		

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Foi construída uma planilha para registrar a estratégia de busca utilizada na recuperação de documentos, detalhando as bases de dados e o cruzamento das palavras-chave relacionadas ao estudo, conforme ilustrado na planilha abaixo. (Quadro 2).

**Quadro 2:** Cruzamento dos dados

<b>Base de dados</b>	<b>Cruzamento</b>
<b>MEDLINE (via PubMed)</b>	("Critical Care Outcomes" OR "Critical Care") AND ("Mobilization" OR "Rehabilitation") AND ("Health Policy" OR "Health Policies" OR "eHealth Policy" OR "eHealth Policies") AND ("Intensive Care Units")
<b>SCOPUS</b>	("Critical Care Outcomes" OR "Critical Care") AND ("Mobilization" OR "Rehabilitation") AND ("Health Policy" OR "Health Policies" OR "eHealth Policy" OR "eHealth Policies") AND ("Intensive Care Units")
<b>WEB OF SCIENCE (SCIELO E CLARIVATE)</b>	("Critical Care Outcomes" OR "Critical Care") AND ("Mobilization" OR "Rehabilitation") AND ("Intensive Care Units")

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Os resultados obtidos nas bases de dados foram exportados para o gerenciador de referências Rayyan®, criado pelo Qatar Computing Research Institute (QCRI), para retirada de duplicidades, seleção e triagem dos estudos, os artigos selecionados em cada base de dados foram importados no formato de arquivo BibTex. O processo de seleção dos dados foi realizado mediante dupla conferência, de maneira independentes, com o uso de planilhas do Microsoft Excel®.

A seleção dos artigos foi realizada por dois autores de forma independente e ambos definiram os critérios de inclusão e exclusão que foi feito na ordem de títulos, resumo e íntegra. As discordâncias dos critérios de inclusão e exclusão entre os autores foi resolvido de forma consensual. Visando aprimorar a qualidade e transparência da investigação foi construído o checklist PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR).

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

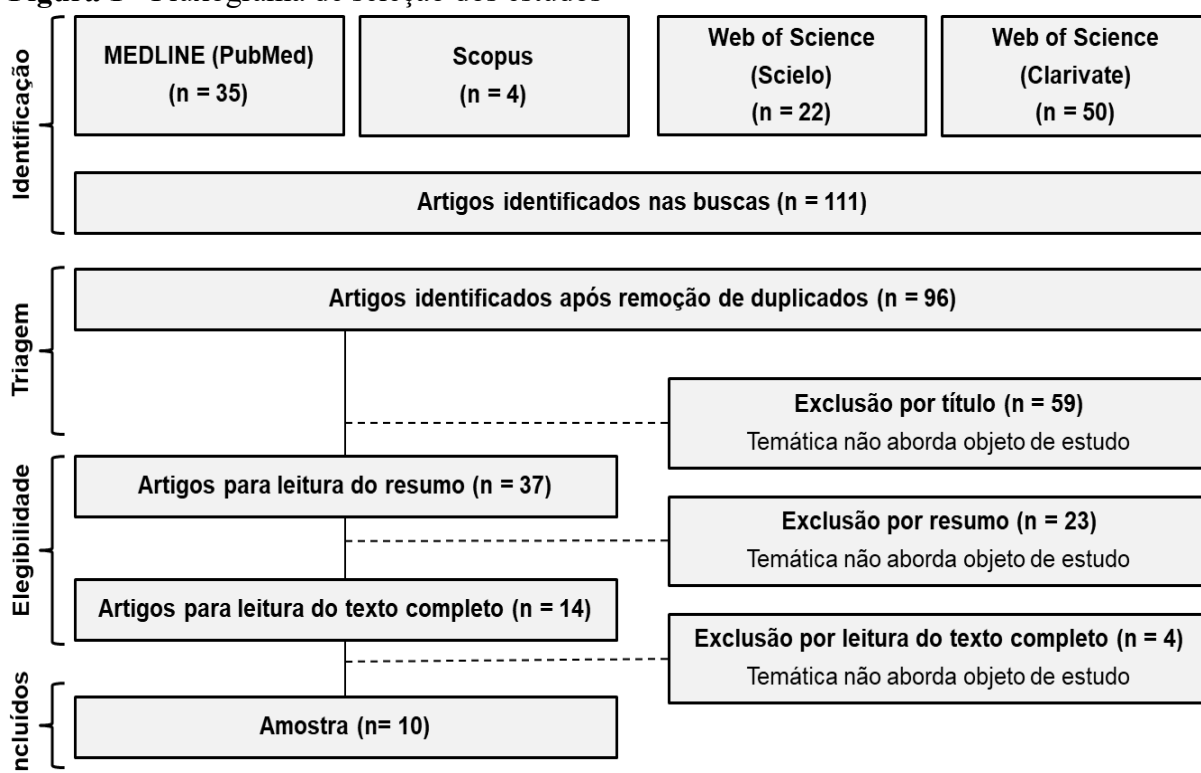
Para a caracterização dos estudos selecionados foram registrados: a base de dados, autor (es), ano de publicação, local de realização do estudo, tipo de estudo, amostra, objetivo do estudo e conclusão. Estes dados foram analisados de forma descritiva.

Os dados extraídos foram transferidos para uma planilha no Excel® e analisados de forma descritiva e qualitativa.

## 5 RESULTADOS

Foram encontrados nas bases de dados um total de 111 publicações, sendo 35 na Medline (Pubmed), 04 na Scopus, 22 na Web of Science (Scielo) e 50 na Web of Science (Clarivate). Após exclusão dos estudos duplicados, foram avaliados 96 artigos, de acordo com os critérios definidos. Dessa amostra, 59 foram excluídos pelo título, 23 após a leitura do resumo e 14 artigos foram lidos na íntegra. Após a leitura completa, foram incluídos nesta revisão um total de 10 estudos. Todo o processo de seleção está apresentado no fluxograma a seguir (Figura 1).

**Figura 1** - Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

O quadro 3 apresenta o levantamento dos 10 artigos originais que foram incluídos nesta revisão, com detalhamento da base de dados, autor (es), ano de publicação, local, tipo de estudo, amostra, objetivo e conclusão. Observou-se que o ano de publicação variou entre 2015 e 2024, sendo a maioria (n=3) realizado nos EUA e apenas um no Brasil. Os estudos foram em sua maioria observacionais (n=5) e qualitativo (n=2).

**Quadro 3:** Caracterização dos estudos incluídos quanto à base de dados, autoria, local da pesquisa, tipo de estudo, amostra, objetivo e conclusão (continua)

BASE DE DADOS	AUTOR/ANO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	OBJETIVO	CONCLUSÃO
SCOPUS	Yasaka <i>et al.</i> (2024)	Japão	Estudo observacional de coorte	101.203 (amostra) 106.703 (controle). Abril de 2016 a março de 2019. 108 hospitais	Investigar se a política de saúde está associada à melhoria das práticas clínicas de reabilitação em UTI	A MP na UTI pode ser facilitada por incentivos financeiros para hospitais que se envolvam em colaboração interdisciplinar com equipes especializadas
SCOPUS	Giral <i>et al.</i> (2018)	Grenoble França	Estudo observacional do tipo transversal	1.267 adultos internados no hospital em setembro de 2009	Descrever a situação de incapacidade de pessoas hospitalizadas	O handicap foi comum em pessoas hospitalizadas, envolvendo todos os 6 domínios de atividade da CIF, particularmente mobilidade e autocuidado. Este estudo alerta pessoas que influenciam as políticas de saúde sobre a necessidade de planejar ações para reduzir as limitações de atividade das pessoas hospitalizadas, qualquer que seja a causa da internação
SCOPUS	Ruhl <i>et al.</i> (2015)	Baltimore Maryland EUA	Estudo observacional retrospectivo	138 sobreviventes de LPA internados em 13 UTIs de 4 hospitais que usaram VMI, entre 2004 e 2007	Avaliar os custos e a associação de exposições relacionadas ao paciente e à unidade de terapia intensiva	80% dos sobreviventes tiveram uma ou mais internações, resultando em um custo mediano estimado de US\$ 35.259 por paciente. As readmissões hospitalares representaram 76% dos custos totais de internação e as medicações também tiveram um impacto significativo nos custos

(continuação)

BASE DE DADOS	AUTOR/ANO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	OBJETIVO	CONCLUSÃO
SCOPUS	Zbar (2022)	Condado de Essex Nova Jersey EUA	Estudo qualitativo	Profissionais de saúde de sete hospitais de cuidados intensivos com 281 leitos de UTI de pacientes adultos	Compreender as barreiras sistêmicas que bloqueiam o tratamento da PICS	Pacientes com PICS geram alto custo e sofrem impacto emocional, caso não recebam o tratamento adequado. Existem barreiras no sistema de saúde que dificultam a mitigação do PICS. Identificar essas barreiras permitirá que se alterem positivamente as interações complexas de maneira econômica
MEDLINE (PUBMED)	Auriemma <i>et al.</i> (2021)	Pensilvânia EUA	Estudo qualitativo	Pacientes adultos com permanência na UTI por 4 ou mais dias de dezembro de 2012 a novembro de 2013	Determinar os cuidados que os pacientes e familiares valorizaram durante a internação na UTI	A taxa de mortalidade pode não representar cuidados centrados no paciente (CCP) e/ou na família em avaliações de intervenção nas UTIs. Novas medidas que incorporem desfechos funcionais de pacientes e familiares visando a qualidade de vida são necessárias para promover CCP no paciente e baseados em evidências
MEDLINE (PUBMED)	Aung <i>et al.</i> (2020)	Malásia	Estudo observacional, quantitativo e retrospectivo	Banco de dados casemix registrado no Hospital Canselor Tuanku Muhriz (HCTM), Kuala Lumpur, Malásia	Identificar o tempo de internação e o custo do cuidado nas UTIs e os fatores que os determinam	A redução do tempo de internação diminui o risco de infecção e complicações sendo considerada um bom indicador de desempenho hospitalar. A alta precoce pode estar associada a readmissões frequentes. Treinamento da equipe e critérios de admissão podem levar a variações no tempo de permanência e no custo da internação na UTI

(continuação)

BASE DE DADOS	AUTOR/ANO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	OBJETIVO	CONCLUSÃO
WEB OF SCIENCE (SCIELO)	Aquim <i>et al.</i> (2019)	Brasil	Revisão sistemática	28 estudos sendo 16 ensaios clínicos randomizados; 3 revisões sistemáticas e 9 estudos de coortes	Elaborar um documento com sugestões e recomendações baseadas em evidência sobre a MP do paciente crítico adulto, visando melhorar o entendimento sobre o tema, com impacto positivo no atendimento aos pacientes	A MP está associada a melhores resultados funcionais, devendo ser sempre realizada, respeitando as contraindicações, limitações e variações biológicas. A MP deve ser meta primordial da equipe multidisciplinar da terapia intensiva. A prescrição das atividades, bem como as etapas de desenvolvimento das tarefas propostas é de domínio exclusivo do fisioterapeuta. As barreiras modificáveis devem ser enfrentadas pela equipe multidisciplinar, de forma a tornar a MP possível
WEB OF SCIENCE (SCIELO)	Garegnani (2018)	Buenos Aires Argentina	Estudo de revisão bibliográfica	Busca bibliográfica realizada no PubMed com 30 artigos selecionados para esse artigo	Revisar a literatura relacionada à MP do paciente em VMI e seu impacto nas principais variáveis de desfecho na UTI	A MP tem se mostrado segura e viável de ser realizada na UTI, mesmo em pacientes com altos escores de gravidade. Também demonstrou ter impacto importantes reduzindo os dias de VMI e internações em UTI. A fim de implementar a MP, torna-se imperativo adotar estratégias que reduzam ao mínimo a sedação e permitam que o paciente interaja com o ambiente

(conclusão)

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>AUTOR/ANO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>TIPO DE ESTUDO</b>	<b>AMOSTRA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>CONCLUSÃO</b>
<b>WEB OF SCIENCE (CLARIVATE)</b>	McWilliams <i>et al.</i> (2018)	Birmingham Inglaterra Reino Unido	Ensaio clínico randomizado	103 pacientes adultos, internados na UTI entre junho de 2016 e setembro de 2017, submetidos a VMI por 4 dias com possibilidade de manter por mais 24 horas	Explorar a viabilidade de implementar um programa de reabilitação especializada para pacientes em VMI por $\geq$ 5 dias e avaliar o impacto do programa a longo prazo	É viável a reabilitação precoce especializada e, melhorando a estrutura da intervenção terapêutica, é possível reduzir o tempo para a primeira mobilização e melhorar o nível de funcionalidade do paciente no momento da alta da UTI. Esses efeitos foram observados em uma unidade crítica que já apresenta um alto nível de reabilitação ativa
<b>WEB OF SCIENCE (CLARIVATE)</b>	Tadyanemhandu; Van Aswegen; Ntsiea (2021)	África do Sul	Estudo observacional do tipo transversal	29 UTIs hospitalares do setor público sul-africano de 13 hospitais, resultando em 205 prontuários de pacientes	Avaliar as estruturas organizacionais das UTIs e descrever as práticas de mobilização precoce nessas unidades	Baixas taxas de MP nas UTIs. O uso de diretrizes ou protocolos de MP não eram práticas comuns. Há escassez de recursos para promover a MP. O perfil dos pacientes pode justificar a baixa incidência de MP de pacientes fora do leito. Há necessidade de melhorar a implementação da MP. As variações nas estruturas organizacionais dos hospitais podem contextualizar melhor os ambientes de trabalho e auxiliar na análise de barreiras relevantes e garantir a implementação de práticas bem-sucedidas de MP como padrão e atendimento

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

\*\* CCP: Cuidados Centrado no Paciente; LPA: Lesão Pulmonar Aguda; PICS: Síndrome de Cuidados Pós-Intensivos; VMI: Ventilação Mecânica Invasiva; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; MP: Mobilização Precoce; CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade; US\$: United States Dollar.

O estudo de Giral *et al.* (2018) analisou a prevalência e a gravidade das deficiências entre pacientes hospitalizados, identificando que 82% apresentaram pelo menos uma limitação de atividade, com destaque para os domínios de mobilidade (75%) e autocuidado (63%). A idade avançada e a hospitalização em UTI foram fortemente associadas à presença de deficiências, o que enfatiza a necessidade de estratégias para reduzir as limitações de atividade, independentemente da causa da internação.

Corroborando com esses achados, Aquim *et al.* (2019) destacam que a imobilidade em pacientes críticos pode resultar em complicações como atrofia muscular e fraqueza muscular severa, prejudicando a recuperação e a capacidade de realizar atividades diárias. Nesse contexto, a MP surge como uma estratégia eficaz, sendo segura e associada a melhores resultados funcionais. Esse estudo também enfatiza que a MP deve ser considerada uma meta pela equipe multidisciplinar sempre que indicada, apresentando indicadores prognósticos favoráveis. Assim, ambos os estudos destacam a importância da MP como uma intervenção fundamental para melhorar a funcionalidade e a recuperação de pacientes hospitalizados, particularmente os críticos.

O estudo de Auriemma *et al.* (2021) investigou as perspectivas de pacientes e suas famílias sobre os cuidados intensivos na UTI, destacando que, além da sobrevivência, fatores como comunicação, conforto do paciente e a dedicação da equipe médica são essenciais para uma boa experiência de cuidado. Após a alta hospitalar, os resultados mais valorizados foram a sobrevivência, qualidade de vida, função física e cognitiva. O estudo também identificou que condições como dependência de equipamentos, deficiência grave e dor constante são vistas como piores que a morte. A pesquisa sugere a necessidade de novas avaliações que considerem não só a mortalidade, mas também os resultados funcionais e a qualidade de vida, promovendo cuidados centrados no paciente.

Estudos sobre MP em pacientes internados em UTIs demonstram sua viabilidade e impacto positivo na recuperação funcional, mas também destacam desafios na sua implementação. O estudo de McWilliams *et al.* (2018) mostrou que iniciar a MP em pacientes ventilados mecanicamente por  $\geq 5$  dias na UTI foi viável e resultou em maior mobilidade ao final da internação, sugerindo benefícios para a recuperação a longo prazo. Garegnani (2018) complementa, destacando que a MP é segura, mesmo em pacientes graves, e contribui para a redução da ventilação mecânica e da permanência na UTI, embora a escassez de ensaios clínicos randomizados ainda limite as evidências. Além disso, enfatiza a necessidade de estratégias para minimizar a sedação e definir o momento ideal para iniciar a mobilização.

Os estudos de Tadyanemhandu *et al.* (2021) e Zbar (2022) destacam desafios comuns relacionados à MP em UTIs. O primeiro estudo, realizado na África do Sul, revelou que, apesar da prática de MP em diferentes formas, a ventilação mecânica e a falta de protocolos estruturados limitam sua eficácia, resultando em baixos níveis de mobilidade nos pacientes. O segundo estudo, realizado em Nova Jersey, abordou as barreiras no tratamento da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS), que afeta sobreviventes de internações em UTIs, com fatores de risco como ventilação mecânica prolongada e imobilidade. A pesquisa apontou obstáculos interpessoais e organizacionais, como a falta de protocolos e a dificuldade em aplicar práticas eficazes. Ambos os estudos indicam que a implementação eficaz da MP depende de protocolos claros, estratégias de sedação adequadas e uma adaptação às condições dos pacientes, além da educação das equipes de saúde sobre essas barreiras.

Os estudos de Ruhl *et al.* (2015) e Aung *et al.* (2020) investigam os custos e a eficiência dos serviços de saúde nas UTIs. O estudo de Ruhl *et al.* analisou 138 sobreviventes de lesão pulmonar aguda (LPA), mostrando que 80% dos pacientes tiveram readmissões hospitalares, com custos médios de \$35.259 por paciente, sendo 76% desses custos relacionados às readmissões. Pacientes com comorbidades e maior tempo de permanência na UTI apresentaram custos mais elevados, destacando a importância dessas variáveis para as políticas de saúde. Por outro lado, o estudo de Aung *et al.*, realizado em um hospital universitário na Malásia, revelou que o custo diário na UTI pediátrica era de \$427 e na UTI geral de \$1.324. A média de permanência foi de 5,7 dias, com um custo médio de \$5.473 por episódio. Fatores como a gravidade do caso e o tipo de UTI influenciaram os custos e o tempo de permanência, sugerindo que estratégias para reduzir a duração da internação e os custos são essenciais para melhorar a eficiência do sistema de saúde.

O estudo de Yasaka *et al.* (2024) avaliou o impacto de uma política de saúde do governo japonês, implementada em 2018, que oferecia incentivos financeiros a hospitais que adotassem práticas de MP em UTIs. Os resultados mostraram que, nos hospitais de intervenção, a porcentagem de pacientes submetidos à MP aumentou de 10% para 36%, enquanto nos hospitais controle o aumento foi pequeno (de 11% para 13%). A política incentivou a colaboração interdisciplinar e a formação de equipes especializadas, facilitando a reabilitação precoce. O estudo sugere a necessidade de mais pesquisas para avaliar os efeitos a longo prazo dessa intervenção.

Os estudos analisados destacam os benefícios da MP na redução dos efeitos adversos da imobilidade em pacientes internados na UTI, além de contribuir para a diminuição dos custos hospitalares. Esse aspecto é fundamental para melhorar a eficiência do sistema de saúde e

incentivar a implementação de políticas públicas direcionadas a essa questão. No entanto, a implementação sistemática e padronizada dessa prática ainda não é uma realidade em muitas instituições, devido a diversas barreiras, como limitações estruturais, culturais e até mesmo relacionadas às condições clínicas dos pacientes. Nos quadros 4, 5, 6 e 7, são apresentadas algumas das principais barreiras à MP, encontrados nos estudos analisados.

**Quadro 4:** Barreiras para a MP. Barreiras modificáveis e não modificáveis

<b>BARREIRAS PARA A MOBILIZAÇÃO PRECOCE</b>	
<b>Barreiras modificáveis</b>	<b>Barreiras não modificáveis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos de acesso vascular</li> <li>• Uso de sedativos</li> <li>• Utilização de VM</li> <li>• Presença de delirium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilidade neurológica (difícil controle da HIC)</li> <li>• Instabilidade respiratória</li> <li>• Instabilidade hemodinâmica</li> <li>• Ordens médicas para repouso no leito (exemplo: fraturas pélvicas)</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

\*\* VM: Ventilação Mecânica. HIC: Hipertensão intracraniana

As barreiras modificáveis são aquelas passíveis de mudanças por meio de treinamentos contínuos da equipe, estando, portanto, diretamente relacionadas à rotina dos profissionais e da unidade. Já as barreiras não modificáveis são independentes da equipe, ou seja, são condições frequentemente associadas a um elevado risco para o paciente.

Nos estudos foi observado também diversas barreiras específicas à MP que dificultam sua implementação na rotina das UTIs. Essas barreiras podem ser agrupadas em quatro categorias: barreiras estruturais e relacionadas ao processo de mobilização (quadro 5), barreiras associadas ao paciente (quadro 6) e barreiras culturais (quadro 7).

**Quadro 5:** Barreiras para a MP. Barreiras estruturais e relacionadas ao processo de MP

<b>ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR AS BARREIRAS À MOBILIZAÇÃO PRECOCE</b>		
<b>Tipos de barreiras</b>	<b>Exemplos</b>	<b>Estratégias para atenuar as barreiras</b>
<b>Estruturais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantitativo reduzido do quadro de profissionais (tempo limitado);</li> <li>• Números limitados e/ou escassez de equipamentos adequados;</li> <li>• Ausência de treinamento e/ou capacitação da equipe de profissionais;</li> <li>• Ausência de planejamento;</li> <li>• Inexistência de protocolos específicos, de mobilização ou excesso de protocolos instituídos;</li> <li>• Limitação de equipamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de protocolos interprofissionais;</li> <li>• Treinamento e capacitação dos profissionais;</li> <li>• Reuniões com caráter interprofissional;</li> <li>• Revisão de avaliações e critérios de segurança;</li> <li>• Presença de um líder;</li> <li>• Análise de custos e modelagem financeira;</li> <li>• Realização de planejamento e coordenação.</li> </ul>
<b>Relacionadas ao processo de MP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de clareza em relação aos papéis e às responsabilidades;</li> <li>• Ineficácia na triagem diária de pacientes elegíveis;</li> <li>• Risco de lesões para a equipe responsável pela mobilização;</li> <li>• Ausência de coordenação e planejamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartilhamento de responsabilidades;</li> <li>• Encontros e reuniões interprofissionais;</li> <li>• Colaboração com os líderes;</li> <li>• Comunicação e cooperação interprofissional;</li> <li>• Grupos de mobilidade.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

A presença de barreiras estruturais está diretamente relacionada aos recursos humanos (profissionais) e técnicos (equipamentos ou protocolos). A quantidade limitada e a formação inadequada dos profissionais de saúde são os principais obstáculos à implementação rotineira da MP nas UTIs. O número reduzido de profissionais e o tempo restrito para realizar os procedimentos são frequentemente mencionados na literatura como fatores que dificultam o início da MP. Dessa forma, quanto menor o número de profissionais capacitados em uma UTI, menor será o tempo dedicado à reabilitação dos pacientes.

As barreiras relacionadas ao processo de mobilização são consideradas os principais obstáculos à implementação da rotina de MP no atendimento a pacientes críticos. Entre as dificuldades mais frequentemente observadas, destacam-se: a falta de coordenação devido à ausência de reuniões interprofissionais, a desorganização na coordenação dos procedimentos realizados nos pacientes e o atraso ou a ausência de triagem para identificar os pacientes elegíveis para a mobilização.

Estratégias eficazes devem ser implementadas para minimizar os efeitos das barreiras estruturais relacionadas aos recursos humanos. Entre as sugestões, destaca-se a ampliação da equipe com a inclusão de profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e técnicos, que possam auxiliar nas práticas de mobilização. Além disso, alguns autores ressaltam a necessidade de uma reestruturação financeira, com incentivos econômicos que favoreçam o aumento do fundo de investimento destinado aos profissionais envolvidos nesse processo. A criação de uma equipe independente, especializada na promoção da MP, também é apontada como uma medida importante.

O desenvolvimento de protocolos multidisciplinares é uma estratégia essencial para ampliar a implementação da MP nas UTIs. Modelos baseados nesse tipo de abordagem têm demonstrado sucesso no aumento das taxas de MP, sendo eficazes na melhoria tanto da execução dos protocolos quanto da qualidade assistencial. Além disso, a educação continuada sobre as melhores práticas para promoção, adequação e segurança da MP tem se mostrado uma ferramenta importante para aumentar a adesão dos profissionais a esse procedimento.

Uma barreira estrutural comumente relatada nas UTIs é a limitação na disponibilidade de equipamentos necessários para a realização da MP. Esse problema foi identificado em um estudo descritivo qualitativo que envolveu diversos profissionais de saúde atuantes nas UTIs. Os participantes destacaram que a escassez ou inadequação dos equipamentos representa um dos principais obstáculos à MP. Esses achados evidenciam a necessidade de investimentos na aquisição de recursos fisioterapêuticos adequados para a reabilitação de pacientes críticos internados nas UTIs.

As principais barreiras inerentes ao paciente estão relacionadas à sedação, à patologia de base, comorbidades, uso de dispositivos invasivos, reserva cardiorrespiratória, critérios neurológicos, entre outras, conforme apresentado no Quadro 6.

**Quadro 6:** Barreiras para a MP. Barreiras relacionadas ao paciente

<b>BARREIRAS RELACIONADAS AO PACIENTE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravidade da doença;</li> <li>• Instabilidade hemodinâmica, neurológica, respiratória;</li> <li>• Dor, fadiga e privação do sono;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Agitação e delirium;</li> <li>• Recusa do paciente;</li> <li>• Cuidados paliativos;</li> <li>• Uso de dispositivos conectivos (sondas, tubos, acessos vasculares).</li> </ul>

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

É fundamental saber identificar e ponderar as limitações que são passíveis de modificação, visto que há algumas situações intrínsecas ao paciente que envolvem riscos para mobilizar, além de existirem vários efeitos deletérios relacionados à imobilidade.

A sedação, uma conduta médica comum em UTIs, tem sido apontada como uma barreira à MP, sendo identificado, em alguns estudos, como a principal limitação. O delirium é um distúrbio neurológico agudo frequentemente observado em pacientes de UTI. Caracteriza-se por mudanças transitórias de consciência e cognição, geralmente, por um curto período de tempo.

É reconhecido por distúrbios de atenção, psicomotricidade, emoção e interrupção do ciclo sono-vigília. A MP é identificada nos estudos como um dos tratamentos não farmacológicos para o delirium, pois colabora na redução da necessidade de medicamentos para tratar o distúrbio.

O sucesso na implementação da MP na UTI está diretamente relacionado aos hábitos, atitudes e ao contexto do ambiente crítico, bem como às características das instituições nas quais o setor está inserido. É importante adotar uma abordagem multidisciplinar e utilizar diversas estratégias como educação, triagem dos pacientes para elegibilidade e a discussão e elaboração de um programa estruturado de mobilização para garantir a eficácia do processo. No quadro 7, são apresentadas algumas barreiras culturais específicas à MP na UTI.

**Quadro 7:** Barreiras para a MP. Barreiras culturais

<b>ESTRATÉGIAS RELACIONADAS ÀS BARREIRAS CULTURAIS</b>	
<b>Barreiras culturais</b>	<b>Estratégias</b>
Ausência de cultura de mobilização precoce	Educação multimídia, coordenação de uma equipe com metas, promoção de programas de mobilidade
Falta de conhecimento sobre riscos e benefícios da mobilização	Educação, consulta à literatura, treinamento
Mobilização não é uma prioridade	Educação, estabelecimento de protocolo, realização de triagem à beira leito, partilha de experiência, colaboração multidisciplinar
Falta de apoio ou de adesão da equipe	Educação, reuniões regulares da equipe com metas e planejamento
Falta de conhecimento da família e do paciente	Envolvimento da equipe multidisciplinar e educação

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

As limitações mencionadas envolvem principalmente, como ponto comum, a necessidade de mudança comportamental sobre a iniciativa da mobilização em pacientes críticos. O conhecimento e o treinamento da equipe facilitam a implementação do processo e o envolvimento na intervenção como rotina. É essencial que seja formada uma equipe treinada, motivada, detentora de conhecimentos atualizados sobre os riscos e benefícios das condutas, que tenha uma coordenação que organize metas com prazos definidos e verifique resultados para melhor aperfeiçoamento. É relevante também desenhar um programa com a participação de especialistas no assunto, coaching de mudança organizacional e realização de workshops.

A sobrecarga de trabalho nas UTIs, com um número alto de pacientes por profissional de saúde, também impede a implementação das políticas de MP. Em um ambiente sobrecarregado, a equipe prioriza intervenções consideradas mais urgentes, deixando as práticas de MP em segundo plano. Compreender essas barreiras e os mecanismos associados para superá-las é útil para quem deseja implementar a MP como parte da prática clínica de rotina. Logo, é importante a realização de pesquisas em UTIs brasileiras, a fim de conhecer as barreiras enfrentadas por cada região e, conseqüentemente, lançar estratégias para superá-las.

## 6 DISCUSSÃO

A partir da análise dos trabalhos selecionados para esta revisão de escopo foi possível constatar em todos eles a existência de ações estratégicas destinadas a garantir resultados de excelência e qualidade de atendimento aos pacientes críticos e, para isso, não basta adequar a oferta de leitos intensivos. O primeiro passo é construir unidades com estrutura adequada, recursos, material e profissionais qualificados. Outro fator muito importante é o aperfeiçoamento da assistência, que poderá ser adquirido por meio de investimento na formação e educação continuada de toda a equipe de saúde (Herridge et al., 2003).

Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos no ambiente de saúde contribuem para a redução dos índices de morbimortalidade, melhorando a expectativa de vida e otimizando as atividades técnicas das UTIs (Santos, 2012). Melhorar a eficiência permite alcançar maiores níveis de saúde e funcionalidade a partir de recursos adequados e profissionais capacitados (Brasil, 2013-a).

### 6.1 O CONTEXTO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

O ambiente hospitalar pode criar condições de incapacidade elevada e extensa devido à combinação de doenças, inatividade e imobilidade em pacientes frágeis, afirma Giral *et al.* (2018). Nesse estudo foi avaliado 22 itens selecionados da CIF, em uma escala de 0 a 4, abrangendo os 6 seguintes domínios: aprendizagem e aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, mobilidade, autocuidado e interações e relacionamentos interpessoais e revelou uma alta prevalência de incapacidade em pessoas hospitalizadas, sugerindo que toda pessoa hospitalizada deve ser considerada deficiente.

Uma forte correlação entre fraqueza muscular e prolongado tempo de ventilação mecânica foi observado em sobreviventes de uma internação traumática na UTI, apresentando deficiências significativas de saúde física, cognitiva e mental. A fraqueza muscular vivenciada por pacientes de UTI é multifatorial. Perda muscular ocorre precoce e rapidamente durante a primeira semana de doença crítica, correlaciona-se com o grau de falência de órgãos e está associado à falha no desmame do ventilador e ao aumento da mortalidade hospitalar. Prevenir as consequências físicas de doença crítica e apoiar a recuperação de cuidados intensivos foi identificada como uma área de alta prioridade para a investigação em cuidados intensivos (Mcwilliams *et al.*, 2018).

O estudo de Garegnani (2018) também descreve em seu estudo que a disfunção

muscular é comum em pacientes internados em UTI, tem origem multifatorial e resultados devastadores para grande parte dos sobreviventes, incluindo o mau estado funcional no momento da alta hospitalar, tendo como um dos fatores de risco a imobilidade e o repouso prolongado no leito, corroborando com o que escreve Aquim *et al.* (2019) nas Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em UTI, quando diz que a imobilidade influencia na recuperação de doentes críticos, incluindo atrofia e fraqueza muscular esquelética.

A fraqueza muscular adquirida nas UTIs é uma complicação neuromuscular que acomete entre 30% e 60% dos pacientes internados (Brasil, 2002). A imobilização e a fraqueza são consequências da doença crítica e podem contribuir para aumento do tempo de internação e declínio no estado funcional e na qualidade de vida, dois fatores que podem permanecer após um ano da alta hospitalar, além de favorecer o aumento dos índices de mortalidade e elevação dos custos nas UTI (Hutchings *et al.*, 2009).

## 6.2 CONSEQUÊNCIAS DE UMA INTERNAÇÃO TRAUMÁTICA NAS UTIs

Muitos pacientes enfrentam incapacidade física, patologia neuropsiquiátrica e disfunção cognitiva após a alta. Esses indivíduos lutam sozinhos com o legado de deficiências físicas, neuropsiquiátricas e de qualidade de vida a longo prazo sendo a imobilidade um dos fatores ocasionantes desse quadro clínico. A melhoria da qualidade de vida, após a sobrevivência a uma internação traumática na UTI, deve tornar-se uma prioridade não só dos pacientes críticos e de suas famílias, mas de todas as partes interessadas, incluindo prestadores de cuidados de saúde, sistemas de saúde, e pesquisadores (Zbar, 2022).

Cerca de 40% dos indivíduos sobreviventes de uma internação traumática na UTI não conseguem regressar ao seu antigo emprego, levando a dificuldades financeiras, ao uso da polifarmácia e à fragmentação dos cuidados de saúde subsequentes. Além disso, quando estas necessidades não são reconhecidas, esta população vulnerável corre um risco acrescido de subsequente hospitalização e visitas ao serviço de urgência, resultando em custos extraordinários. Até 80% das pessoas que sobrevivem a lesões pulmonares agudas necessitam de readmissão hospitalar dentro de 2 anos, com um custo médio estimado de \$35.259 por admissão. No geral, a sobrevivência na UTI está associada a uma maior mortalidade em 5 anos. Visar esta população vulnerável para intervenção precoce é equitativo como uma iniciativa de saúde pública e traria benefícios significativos não só para os indivíduos, mas também para as organizações e comunidades (Zbar, 2022).

### 6.3 O IMPACTO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NAS UTIS

A MP favorece o desmame da ventilação mecânica e evita futuras complicações, como a perda da força muscular, polineuropatias, infecções nosocomiais, entre outras,... No tratamento de paciente crítico, é indispensável a utilização de recursos apropriados. O fisioterapeuta necessita de equipamentos para realizar o trabalho com efetividade. A estimulação elétrica neuromuscular (EENM) tem sido utilizada como alternativa ao exercício ativo e à mobilização em pacientes na UTI (Lopes *et al.*, 2008).

O estudo de Tadyanemhandu *et al.* (2021), que busca compreender a prática atual de MP de pacientes em UTI, trás que a imobilização tem consequências devastadoras, que incluem o desenvolvimento de fraqueza neuromuscular e distúrbios psicológicos e cognitivos que podem resultar em deficiências funcionais de longo prazo e uma redução da qualidade de vida. Relata também que a MP é uma intervenção segura na UTI que está começando a receber atenção significativa por parte dos membros da equipe multidisciplinar com seu impacto positivo nos resultados dos pacientes incluindo melhorias na força muscular periférica e respiratória, reduções na falta de ar, melhora da qualidade de vida após a alta hospitalar, menor duração dos períodos de delírio, melhora da recuperação funcional e redução no tempo de internação hospitalar.

Conforme Mcwilliams *et al.* (2018), a MP e progressiva demonstrou ser segura e viável para pacientes internados em cuidados intensivos. Quando implementados, os programas de MP demonstraram melhorias na função física e nos níveis de mobilidade, juntamente com reduções significativas no tempo de internação na UTI e no hospital, dias de ventilação e redução da incidência e duração do delirium. Apesar disso, pesquisas de prevalência pontual mostraram que os níveis de reabilitação dentro dos cuidados críticos permanecem baixos, particularmente para pacientes que ainda necessitam de ventilação mecânica e com disfunção orgânica contínua.

Compreender como a MP é atualmente realizada por fisioterapeutas é fundamental para o desenho e implementação de estratégias para melhorar sua aplicação nos diversos cenários de pacientes críticos internados na UTI. Há variabilidade nas intervenções de MP adotadas, como na descrição das atividades realizadas, na progressão dessas atividades e na frequência de sua aplicação. Uma baixa incidência de mobilização fora do leito com atividades (10% a 33%) para pacientes em ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, é relatada por pesquisadores na Austrália e Nova Zelândia, Alemanha, Brasil, Suíça e Estados Unidos. Com base nessas descobertas, permanece uma escassez de evidências para explicar por que as evidências que

sustentam a MP de pacientes em UTI não estão sendo traduzidas na prática, como apenas uma pequena porcentagem de pacientes está sendo mobilizada para fora do leito nas UTIs (Tadyanemhandu *et al.*, 2021).

Yasaka *et al.* (2024) em seu estudo também destaca que a MP na UTI pode ser benéfico e que também não é realizado rotineiramente em adultos com doença crítica. É de fundamental importância que as decisões relacionadas ao gerenciamento do tratamento do paciente sejam tomadas por toda a equipe multidisciplinar. Isso mostra a complexidade associada à implementação da MP como atendimento padrão ao paciente, pois depende de múltiplos fatores que exigem comunicação interprofissional para implementação bem-sucedida. Esta é uma barreira modificável à MP e estratégias corretas devem ser colocadas em prática para superá-la (Tadyanemhandu *et al.*, 2021).

Diante desses achados, Aquim *et al.* (2019) propõe que a MP de pacientes críticos podem melhorar os desfechos funcionais o que vai de acordo com Zbar (2022) que relata, no seu estudo, que a MP na UTI está associada à redução do delirium, a diminuição do descondicionamento e ao retorno mais rápido ao autofuncionamento. A MP não é uma intervenção nova, tem um precedente histórico e provou ser viável, seguro e benéfico. Entretanto, sua implantação nas diferentes UTIs é variável e não totalmente difundida (Aquim *et al.*, 2019).

#### 6.4 BARREIRAS PARA A REALIZAÇÃO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NAS UTIs

A implementação da MP nas UTIs enfrenta uma série de barreiras que podem ser classificadas em dois grupos principais: modificáveis e não modificáveis. As barreiras modificáveis, como a formação inadequada dos profissionais, a insuficiência de equipes especializadas e a falta de protocolos estruturados, podem ser superadas por meio de estratégias de educação contínua, reestruturação das equipes e otimização dos processos dentro da unidade. Por outro lado, as barreiras não modificáveis, que envolvem condições clínicas dos pacientes, como sedação excessiva, comorbidades e o uso de conexões invasivas, exigem uma análise cuidadosa das indicações de mobilização, levando em consideração os riscos potenciais à saúde do paciente (Dubb *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com a revisão de Dubb *et al.* (2016), que analisaram 40 estudos sobre a MP nas UTIs, 50% das barreiras identificadas estavam relacionadas às condições clínicas dos pacientes, refletindo a complexidade desses indivíduos. A sedação excessiva é frequentemente apontada como um dos principais obstáculos para a MP, dificultando a prática nos primeiros

dias de internação (Hodgson *et al.*, 2015). Esse cenário revela a tensão entre a necessidade de sedação para garantir o conforto do paciente e a urgência de iniciar a mobilização para reduzir os efeitos adversos da imobilidade. Além disso, a presença de delirium, comorbidades cardiorrespiratórias e neurológicas, bem como a fragilidade do paciente, complicam ainda mais o início das práticas de MP (Bailey *et al.*, 2007).

Outro fator crucial para a implementação da MP são as barreiras estruturais, como a escassez de recursos humanos e materiais. A falta de profissionais especializados, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, além da limitação de equipamentos adequados para as mobilizações, são obstáculos frequentes, como apontado por Anekwe *et al.* (2019) e Barber *et al.* (2015). A sobrecarga de trabalho nas UTIs e a falta de recursos humanos qualificados dificultam a aplicação de protocolos eficazes de mobilização. Nesse contexto, adotar uma abordagem multidisciplinar, incluindo diferentes especialistas, tem mostrado ser uma estratégia eficaz para superar esses desafios (Jolley *et al.*, 2014). A reestruturação das equipes de saúde e a alocação adequada de recursos financeiros para a aquisição de equipamentos também são medidas essenciais para superar essas barreiras estruturais (Dubb *et al.*, 2016).

Ademais, as barreiras culturais têm ganhado relevância nas discussões sobre a MP nas UTIs. A resistência à mudança no comportamento da equipe, associada à falta de treinamento adequado e à escassez de programas de educação continuada, dificulta a implementação da MP de forma rotineira. Em muitas UTIs, a MP não é vista como uma prioridade, com a equipe focando em intervenções consideradas mais urgentes, o que acaba por deixar a mobilização em segundo plano (Oliveira; Gonçalves, 2021). Para superar essas barreiras culturais, é fundamental investir na formação de equipes motivadas e capacitadas, na criação de protocolos padronizados e na implementação de programas educativos que integrem a MP à rotina da UTI (Phelan *et al.*, 2018).

Além disso, estratégias organizacionais desempenham papel central na eficácia da implementação da MP. A adoção de protocolos multidisciplinares, com reuniões periódicas da equipe, definição clara de responsabilidades e metas, e o desenvolvimento de programas estruturados de mobilização, tem se mostrado eficaz para otimizar a prática de MP (Jolley *et al.*, 2014; Engel *et al.*, 2013). A participação ativa de especialistas e a realização de workshops e treinamentos específicos são componentes essenciais para garantir a implementação bem-sucedida da MP nas UTIs.

A revisão de Dubb *et al.* (2016) sugere que uma abordagem sistemática e estruturada, que minimize ou elimine as barreiras estruturais e culturais, pode melhorar significativamente os resultados da MP nas UTIs. A realização de pesquisas contínuas, especialmente em contextos

locais, é fundamental para identificar as barreiras específicas enfrentadas em diferentes regiões e, assim, desenvolver soluções adaptadas às realidades locais (Rocha *et al.*, 2017). Assim, a implementação eficaz da MP nas UTIs depende de um esforço coordenado para superar barreiras estruturais, culturais e clínicas, garantindo uma abordagem multidisciplinar que envolva tanto a equipe de saúde quanto a gestão das instituições hospitalares.

## 6.5 A NECESSIDADE DE CAPACITAR A EQUIPE DE REABILITAÇÃO DAS UTIs

Conforme McWilliams *et al.* (2018), a introdução da equipe de reabilitação promove uma melhora significativa na mobilidade do paciente e isso foi associado a uma redução significativa no tempo de internação na UTI, dias de VMI e mortalidade hospitalar o que corrobora com Yasaka *et al.* (2024) onde descreve que a MP e programas de reabilitação em UTIs têm benefícios potenciais para a redução da PICS.

As diferenças na formação da equipe influenciaram o protocolo de manejo e o desfecho do paciente. Estudos também mostraram que as diferenças na capacidade de treinamento influenciaram o gasto médico e o tempo de permanência na UTI. O custo mais elevado na UTI pode ser atribuído à diferença na formação da equipe ou à insuficiência no protocolo da UTI. É necessário explorar estratégias para melhorar a eficiência dos serviços de saúde (Aung *et al.*, 2020).

## 6.6 A REPERCUSSÃO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A MP de pacientes críticos internados em UTIs é uma prática que vem ganhando destaque nas políticas públicas de saúde devido aos seus benefícios na recuperação e redução de complicações desses pacientes. Diversas políticas no Brasil abordam a importância da MP, integrando diretrizes que visam promover a reabilitação funcional e a segurança dos pacientes críticos, além de otimizar a utilização dos recursos hospitalares e reduzir custos. No quadro 8 destaca a política pública, a descrição e relação com a MP em pacientes críticos.

**Quadro 8:** Política pública, descrição e relação com a MP em pacientes críticos

<b>Política Pública</b>	<b>Descrição</b>	<b>Relação com a Mobilização Precoce em Pacientes Críticos</b>
<b>Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)</b>	Diretrizes para organização da atenção hospitalar, com foco em qualidade e segurança do paciente	Promove práticas de reabilitação e humanização nas UTIs, incentivando intervenções como a MP para evitar complicações em pacientes críticos
<b>Programa Nacional de Qualificação da Assistência Hospitalar (QualiSUS)</b>	Visa qualificar a assistência hospitalar e reduzir a mortalidade em UTIs do SUS	Estimula protocolos de atendimento, como a MP, para reduzir o tempo de internação e complicações secundárias em pacientes graves
<b>Política Nacional de Humanização (PNH)</b>	Direcionada à humanização do atendimento, focando na melhoria da qualidade de vida dos pacientes	Incentiva o uso de práticas de reabilitação que promovam a recuperação do paciente crítico de forma mais ativa e integradora
<b>Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)</b>	Visa a reorganização dos serviços de urgência e emergência no SUS, incluindo as UTIs	A MP de pacientes críticos se insere na reabilitação funcional precoce e na redução do tempo de internação nas UTIs, melhorando o fluxo da rede
<b>Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)</b>	Objetiva reduzir eventos adversos no cuidado hospitalar, com protocolos que incluem a segurança do paciente em UTIs	A MP diminui complicações como trombose e úlceras por pressão, aumentando a segurança dos pacientes internados em UTIs
<b>Portaria MS nº 2.436/2017 - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)</b>	Visa fortalecer a atenção básica e garantir continuidade de cuidados pós-alta	A MP em UTIs facilita a recuperação e reintegração à vida cotidiana, permitindo melhor suporte e seguimento na atenção básica após a alta hospitalar
<b>ODS 3 (Meta 3.4)</b>	Visa reduzir, até 2030, um terço da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, por meio de prevenção e tratamento	A MP em UTIs contribui diretamente para a recuperação funcional dos pacientes, prevenindo complicações como fraqueza muscular adquirida e PICS, o que ajuda a reduzir mortalidade e incapacidades
<b>ODS 3 (Meta 3.8)</b>	Visa garantir cobertura universal de saúde, incluindo acesso a serviços de saúde de qualidade	A implementação de MP pode ser incluída em políticas de saúde pública para melhorar a recuperação de pacientes críticos
<b>ODS 3 (Meta 3.d)</b>	Visa reforçar a capacidade dos países para o gerenciamento de riscos à saúde	A MP pode ser incorporada em estratégias para reduzir a sobrecarga em sistemas de saúde, minimizando readmissões e internações prolongadas

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

SUS: Sistema Único de Saúde; UTIs: Unidades de Terapia Intensiva; MP: Mobilização Precoce; PICS: Síndrome de Cuidados Pós-Intensivos; ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A não implementação plena das políticas públicas relacionadas à MP em pacientes críticos internados nas UTIs pode ser explicada por uma combinação de fatores estruturais, organizacionais e culturais. Embora existam diretrizes que descrevem os benefícios da prática da MP, a falta de execução efetiva nas UTIs pode ser atribuída a barreiras de implementação e a falhas no processo de fiscalização.

A fiscalização dessas políticas geralmente ocorre por meio de auditorias e visitas de inspeção realizadas por órgãos de saúde, como o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em alguns casos, essa fiscalização também é reforçada por organizações de acreditação e certificação hospitalar, como a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a Joint Commission International (JCI). Esses órgãos, utilizam padrões de qualidade específicos e indicadores de desempenho para avaliar se as UTIs seguem as práticas recomendadas, como a MP.

Porém, a fiscalização da implantação das políticas públicas de MP nas UTIs enfrenta desafios significativos devido à falta de indicadores específicos e protocolos unificados para monitorar o cumprimento das diretrizes. Essa ausência de padronização dificulta a avaliação de práticas e a adaptação das políticas às realidades dos hospitais, especialmente nas UTIs de hospitais públicos onde há escassez de recursos e pessoal capacitado. A falta de recursos impacta diretamente a viabilidade e a sustentabilidade da implementação dessas políticas.

O SUS opera com gestão descentralizada, o que pode gerar inconsistências na aplicação das políticas entre as regiões. Essa descentralização, embora essencial para a adaptação local, frequentemente leva a variações nos recursos e infraestrutura disponíveis para a implementação de políticas complexas, como a MP. Além disso, a falta de treinamento e conscientização consistentes entre os profissionais de saúde agrava essas inconsistências.

Influências políticas e ineficiências burocráticas frequentemente dificultam a execução das políticas de saúde, especialmente em um sistema complexo como o SUS. A participação de múltiplos atores, órgãos governamentais, autoridades de saúde locais e instituições privadas, pode resultar em atrasos, desalinhamentos e, por vezes, resistência a mudanças nas políticas. Essa fragmentação complica o processo de fiscalização, tornando difícil garantir que os padrões sejam cumpridos em todas as instituições.

Um dos princípios básicos da economia da saúde é adotar medidas que propiciem a diminuição dos custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de qualidade, aumentando a eficácia dos serviços sem que haja prejuízos na efetividade (Martinez, 2013). Eventos adversos ocorrem em cerca de 3% a 13% das admissões hospitalares por ano (Schweickert; Hall, 2007) e são capazes de aumentar em seis vezes a permanência hospitalar e

de duas a dezoito vezes a mortalidade (Elliott, 2006). A redução do tempo de VMI acarreta em diminuição dos custos com a internação e menos complicações respiratórias e lesões induzidas por esse procedimento (Burtin *et al.*, 2009). O investimento em recursos e profissionais na UTI é necessário para redução de gastos e qualificação do serviço, o que favorece tanto o Estado quanto o doente, pois, com equipamentos próprios e equipe especializada, ocorre diminuição do tempo de permanência, evitando o declínio funcional.

Os pacientes com doença crítica “persistente” consomem recursos significativos. Os sobreviventes mais velhos da UTI, em particular, sofrem declínio prolongado e persistente na função cognitiva e física daqueles com tempo de internação > 2 semanas de maior risco para mortalidade e incapacidade em 1 ano (McWilliams *et al.*, 2018).

Diversas estratégias para o aumento da eficiência nos serviços de saúde e contenção de custos são exploradas. As UTIs são as unidades que mais utilizam serviços entre todos os serviços de atendimento hospitalar. Nos EUA, o custo da UTI foi estimado em 0,7% do PIB e 1% a 2% do PIB, enquanto no Reino Unido era de 1% do PIB. Maior tempo de internação na UTI foi a base para altos custos e encargos para os pacientes, suas famílias e a sociedade em geral. Independentemente do consumo extensivo de recursos, os custos da UTI só são aceitáveis se o qualidade de vida salvo é alto e se a redução do risco absoluto for superior a 5% (Aung *et al.*, 2020).

A maior parte das despesas com saúde, até 80% dos custos totais com pacientes internados, é gasta na UTI, especialmente no período terminal. O tempo de internação na UTI foi um dos fatores mais importantes e influentes na gestão financeira em saúde. A análise dos determinantes que podem influenciar o tempo de internação na UTI é de interesse tanto para a garantia da qualidade da assistência quanto para os aspectos econômicos da saúde (Aung *et al.*, 2020).

De acordo com o estudo de Aung *et al.* (2020), a permanência prolongada na UTI teve diversas implicações: aumento dos custos hospitalares e da taxa de mortalidade. Uma pequena parte dos pacientes necessitou de internações prolongadas na UTI e consumiu uma proporção significativa dos recursos. A UTI de longa permanência está associada a alto custo e grande sobrecarga para os pacientes, bem como para os cuidadores. Ao tomar as medidas necessárias sobre os fatores que influenciam a admissão e o tempo de internação na UTI, a mortalidade na UTI provavelmente seria controlada.

Nos EUA, os custos dos cuidados intensivos, incluindo os cuidados de acompanhamento de 1 ano, representam até 11,2% da despesa total com cuidados de saúde ou 2% do produto interno bruto. Com o envelhecimento da população, espera-se que mais pacientes necessitem

de cuidados intensivos, aumentando a necessidade de compreender os factores associados aos custos dos cuidados de saúde incorridos pelos sobreviventes de doença crítica a longo prazo. Nesse estudo de 138 pacientes que sobreviveram pelo menos 2 anos após a internação, o uso de recursos para cuidados de saúde em pacientes internados foi substancial, com 80% de sobreviventes de 2 anos que relataram uma ou mais internações em um hospital, centro de enfermagem qualificado ou centro de reabilitação, representando um custo médio de mais de \$30.000 por paciente. Esses achados têm implicações importantes para a política de saúde para o cuidado dos sobreviventes da UTI (Ruhl *et al.*, 2015).

A frequência de reinternações e os altos custos de atendimento aos sobreviventes de doença crítica destacam esses pacientes como uma população alvo com grande potencial para o acompanhamento após a alta hospitalar. O estudo também poderá ter implicações políticas importantes na criação de organizações de cuidados responsáveis, à medida que incentivam os sistemas hospitalares a se comunicarem com os prestadores de saúde a nível ambulatorial com o objetivo de reduzir as readmissões hospitalares, sob um modelo de responsabilização compartilhada (Ruhl *et al.*, 2015).

Apesar da existência de políticas públicas voltadas à qualidade e segurança dos cuidados intensivos, a implementação efetiva enfrenta barreiras significativas, incluindo falhas na fiscalização e desafios operacionais. A fiscalização, realizada por meio de auditorias e inspeções pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde, é prejudicada pela falta de indicadores específicos e protocolos unificados para monitorar o cumprimento dessas diretrizes, dificultando a adaptação das políticas à realidade dos hospitais, especialmente nas UTIs de hospitais públicos que enfrentam limitações de recursos e pessoal qualificado (Brasil, 2013-c; Timenetsky *et al.*, 2020).

A descentralização do SUS contribui para variações na disponibilidade de recursos e infraestrutura, complicando a aplicação de políticas como a MP. Falta de treinamento consistente e conscientização entre profissionais de saúde agravam essas diferenças (Daloia, 2021). Além disso, influências políticas e ineficiências burocráticas dificultam ainda mais a execução das políticas de saúde no SUS (Pinheiro; Sarti, 2012).

Essas questões reforçam a necessidade de uma abordagem integrada de fiscalização, que inclua alocação de recursos, treinamento especializado e uma comunicação clara entre todos os níveis do sistema público de saúde, visando uma implementação e monitoramento mais eficazes das práticas de MP nas UTIs.

## 7 CONCLUSÃO

A MP está associada a melhores resultados funcionais e deve ser implementada na UTI, respeitando as contraindicações e limitações dos pacientes. Para garantir sua eficácia, a MP deve ser uma meta central para a equipe multidisciplinar de terapia intensiva, com o fisioterapeuta sendo responsável pela prescrição e planejamento das atividades. Fatores prognósticos, tanto modificáveis quanto não modificáveis, são cruciais para estimar a adesão e resposta dos pacientes à MP, sendo essencial que as barreiras modificáveis sejam superadas pela equipe. Apesar dos benefícios a implementação da MP ainda é limitada, principalmente em pacientes intubados, devido a barreiras estruturais, culturais e clínicas. Estratégias para reduzir a sedação e permitir a interação do paciente com o ambiente são necessárias para melhorar a adesão à MP nas UTIs.

Além disso, a implementação de protocolos eficazes pode reduzir o tempo de internação, diminuir o risco de complicações e reduzir custos. Mudanças nas políticas de saúde, como incentivos financeiros e a adoção de protocolos padronizados, podem contribuir para expandir a prática da MP nas UTIs. A colaboração interdisciplinar e a participação de equipes especializadas são fundamentais para aumentar a motivação e melhorar as atitudes dos profissionais em relação à prática. No Brasil, diversas políticas visam aprimorar a qualidade do cuidado em UTIs, mas desafios como falhas na fiscalização e barreiras operacionais dificultam a implementação efetiva da MP.

Enfim, a MP tem mostrado um impacto significativo na recuperação de pacientes críticos internados na UTI, contribuindo para a redução do tempo de internação e diminuição da incidência de complicações relacionadas à imobilidade. Essa prática tem sido integrada aos protocolos de cuidados intensivos e se alinha com as políticas públicas de saúde, que visam a melhoria da qualidade do atendimento e a redução de custos hospitalares. Dessa forma, a prática não só melhora o prognóstico dos pacientes, mas também está alinhada aos objetivos de qualidade e sustentabilidade do sistema de saúde pública.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Manter a qualidade e segurança em unidades hospitalares é um desafio para gestores, que enfrentam condições complexas como internações agudas, escassez de pessoal e a rápida deterioração de pacientes críticos, além de lidar com os altos custos de prolongadas permanências na UTI. A pesquisa destaca a importância da MP e de indicadores de qualidade robustos para melhorar a assistência aos pacientes, prevenir incapacidades e gerar economias para o setor público. Recomenda-se o apoio à contratação de profissionais especialistas para fortalecer a colaboração interdisciplinar nas UTIs, além de incentivar oportunidades para fisioterapeutas especialistas. As descobertas são relevantes para gestores, organizações profissionais e formuladores de políticas, que devem considerar estratégias para integrar especialistas em reabilitação nas UTIs, com foco na sustentabilidade e nos benefícios econômicos a longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- ABDUL HALAIN, A. *et al.* Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: a scoping review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 31, n. 5-6, p. 497-507, mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15962>. Acesso em: 10 fev. 2024.
- ADHIKARI, N. K. J. *et al.* Critical care and the global burden of critical illness in adults. **The Lancet**, v. 376, n. 9749, p. 1339-1346, 2010.
- AD HOC COMMITTEE FOR EARLY REHABILITATION, THE JAPANESE SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE. Evidence based expert consensus for early rehabilitation in the intensive care unit. **J Jpn Soc Intensive Care Med**, v. 24, p. 255-303, 2017.
- ADLER, J.; MALONE, D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. **Cardiopulmonary Physical Therapy Journal**, v. 23, n. 1, p. 5-13, 2012.
- AFESSA, B. *et al.* Evaluating the performance of an institution using an intensive care unit benchmark. **Mayo Clinic Proceedings**. Elsevier, p. 174-180, 2005.
- AGE, U. K. *et al.* **Quality care for older people with urgent and emergency care needs**. 2012. Disponível em: <http://tinyurl.com/cebaqz3>. Acesso em: 14 nov. 2024.
- ALAMEDDINE, M. *et al.* O ambiente de trabalho da unidade de terapia intensiva: desafios atuais e recomendações para o futuro. **Jornal de Cuidados Críticos**, v. 24, n. 2, p. 243-248, 2009.
- ANEKWE, D. E. *et al.* Interprofessional survey of perceived barriers and facilitators to early mobilization of critically ill patients in Montreal, Canada. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 34, n. 3, p. 218-226, 2019.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução — RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 fev 2010; Seção 1.
- AQUIM, E. E. *et al.* Diretrizes brasileiras de mobilização precoce em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, p. 434-443, 2019.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.
- APPLETON, R. T. D.; KINSELLA, J.; QUASIM, T. The incidence of intensive care unit-acquired weakness syndromes: a systematic review. **Journal of the Intensive Care Society**, v. 16, n. 2, p. 126-136, 2015.
- AUNG, Y. N. *et al.* Determining the cost and length of stay at intensive care units and the factors influencing them in a teaching hospital in Malaysia. **Value in Health Regional Issues**, v. 21, p. 149-156, 2020.

AURIEMMA, C. L. *et al.* What matters to patients and their families during and after critical illness: a qualitative study. **American Journal of Critical Care**, v. 30, n. 1, p. 11-20, 2021.

BAKHURU, R. N. *et al.* Intensive care unit structure variation and implications for early mobilization practices. An international survey. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 13, n. 9, p. 1527-1537, 2016.

BACELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLÔR, M. de S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Revista do NUFEN**, v. 4, n. 1, p. 127-140, 2012.

BAILEY, P. *et al.* Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 1, p. 139-145, 2007.

BARBER, E. A. *et al.* Barriers and facilitators to early mobilisation in intensive care: a qualitative study. **Australian Critical Care**, v. 28, n. 4, p. 177-182, 2015.

BARNATO, A. E. *et al.* Prioritizing the organization and management of intensive care services in the United States: the PrOMIS Conference. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 4, p. 1003-e6, 2007.

BARNATO, A. E. *et al.* Disability among elderly survivors of mechanical ventilation. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 183, n. 8, p. 1037-1042, 2011.

BERNEY, S.; HAINES, K.; DENEHY, L. Physiotherapy in critical care in Australia. **Cardiopulmonary Physical Therapy Journal**, v. 23, n. 1, p. 19-25, 2012.

BIEHL, Michelle; SESE, Denise. Post-intensive care syndrome and COVID-19-Implications post pandemic. **Cleve Clin J Med**, v. 10, p. 1-3, 2020.

BIENVENU, O. J. *et al.* Depressive symptoms and impaired physical function after acute lung injury: a 2-year longitudinal study. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 185, n. 5, p. 517-524, 2012.

BIENVENU, O. J. *et al.* Post-traumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-year prospective longitudinal study. **Psychological Medicine**, v. 43, n. 12, p. 2657-2671, 2013.

BLOCH, S. *et al.* Molecular mechanisms of intensive care unit-acquired weakness. **European Respiratory Journal**, v. 39, n. 4, p. 1000-1011, 2012.

BONDURANT, P. G.; NIELSEN-FARRELL, J.; ARMSTRONG, L. The journey to high reliability in the NICU. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 29, n. 2, p. 170-178, 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS 2010**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2013. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: CNES, 2017-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013-c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://goo.gl/cbqrK>. Acesso em: 7 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Qualificação da Assistência Hospitalar (QualiSUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS): diretrizes e protocolos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Análise de Impacto Regulatório: processo de habilitação de leitos para cuidado do paciente crítico ou grave**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc\\_tec/mar\\_24/Relatorio%20AIR%20\\_%20PRT%20GM%202862.2023.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/mar_24/Relatorio%20AIR%20_%20PRT%20GM%202862.2023.pdf). Acesso em: 23 mar. 2025.

BROWN, S. M. *et al.* Approaches to addressing post-intensive care syndrome among intensive care unit survivors: a narrative review. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 16, n. 8, p. 947-956, 2019.

BURTIN, C. *et al.* Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 9, p. 2499-2505, 2009.

CAMON, V. A. A. **O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde**. São Paulo: Pioneira, 2000.

CARLET, J. *et al.* Challenges in end-of-life care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. **Intensive Care Medicine**, v. 30, p. 770-784, 2004.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019.

CHEUNG, A. M. *et al.* Two-year outcomes, health care use, and costs of survivors of acute respiratory distress syndrome. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 174, n. 5, p. 538-544, 2006.

CUTHBERTSON, B. H. *et al.* Barriers and facilitators to early rehabilitation in the ICU: a theory-driven Delphi study. **Critical Care Medicine**, v. 48, n. 12, p. e1171-e1178, 2020.

DALOIA, L. M. T.; PINTO, A. C. P. N.; SILVA, É. P. Barreiras e facilitadores da mobilização precoce na unidade de terapia intensiva pediátrica: revisão sistemática. **Fisioter. Pesqui.**, v. 28, n. 3, p. 299-307, 2021.

DASTA, J. F. +++ **A cost-minimization analysis of dexmedetomidine compared with midazolam for long-term sedation in the intensive care unit.** **Critical Care Medicine**, v. 38, n. 2, p. 497-503, 2010.

DASTA, Joseph F. *et al.* Daily cost of an intensive care unit day: the contribution of mechanical ventilation. **Critical Care Medicine**, v. 33, n. 6, p. 1266-1271, 2005.

FRANÇA, E. É. T. *et al.* Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do departamento de fisioterapia da associação de medicina intensiva brasileira. **Database: The Journal of Biological Databases and Curation**, v. 24, n. 1, p. 6-22-0, 2012.

DESAI, S. V.; LAW, T. J.; NEEDHAM, D. M. Long-term complications of critical care. **Critical Care Medicine**, v. 39, n. 2, p. 371-379, 2011.

DEVLIN, J. W. *et al.* Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 9, p. e825-e873, 2018.

DUBB, R. *et al.* Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 13, n. 5, p. 724-730, 2016.

ELLIOTT, M. Readmission to intensive care: a review of the literature. **Australian Critical Care**, v. 19, n. 3, p. 96-104, 2006.

ENGEL, H. J. *et al.* ICU early mobilization: from recommendation to implementation at three medical centers. **Critical Care Medicine**, v. 41, n. 9, p. S69-S80, 2013.

ESTEBAN, A. *et al.* Evolution of mortality over time in patients receiving mechanical ventilation. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 188, n. 2, p. 220-230, 2013.

FAN, E. *et al.* Physical complications in acute lung injury survivors: a two-year longitudinal prospective study. **Critical care medicine**, v. 42, n. 4, p. 849-859, 2014.

FLAATTEN, H. Mental and physical disorders after ICU discharge. **Current Opinion in**

**Critical Care**, v. 16, n. 5, p. 510-515, 2010.

FELICIANO, V. *et al.* A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. **Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy**, v. 3, n. 2, p. 31-42, 2019.

FONTELA, P. C. *et al.* Early mobilization practices of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in southern Brazil. **Clinics**, v. 73, p. e241, 2018.

GAREGNANI, L. I. Movilización precoz en pacientes en ventilación mecánica: una revisión narrativa. **Revista Americana de Medicina Respiratoria**, v. 18, n. 1, p. 33-41, 2018.

GARLAND, A. *et al.* Outcomes up to 5 years after severe, acute respiratory failure. **Chest**, v. 126, n. 6, p. 1897-1904, 2004.

GILL, T. M. *et al.* The development of insidious disability in activities of daily living among community-living older persons. **The American Journal of Medicine**, v. 117, n. 7, p. 484-491, 2004.

GILL, T. M. *et al.* Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. **Jama**, v. 304, n. 17, p. 1919-1928, 2010.

GINSBURG, P. B. Recalibrating Medicare payments for inpatient care. **New England Journal of Medicine**, v. 355, n. 20, p. 2061-2064, 2006.

GIRAL, M. *et al.* Looking at hospitalized persons throughout the prism of the handicap. **Annals of physical and rehabilitation medicine**, v. 61, n. 1, p. 12-17, 2018.

GOSSELINK, R. *et al.* Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on physiotherapy for critically ill patients. **Intensive care medicine**, v. 34, p. 1188-1199, 2008.

GRILL, E. *et al.* ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. **Disability and rehabilitation**, v. 27, n. 7-8, p. 361-366, 2005.

GRILL, E. *et al.* Brief ICF Core Sets for the acute hospital. **Journal of Rehabilitation Medicine**, n. 2, p. 123-130, 2011.

GRIFFITHS, J. *et al.* An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. **Critical care**, v. 17, p. 1-12, 2013.

HAAS, L. E. M. *et al.* Trends in hospital and intensive care admissions in the Netherlands attributable to the very elderly in an ageing population. **Critical Care**, v. 19, p. 1-10, 2015.

HAJJIOUI, A.; FOURTASSI, M.; NEJJARI, C. Prevalence of disability and rehabilitation needs amongst adult hospitalized patients in a Moroccan university hospital. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 47, n. 7, p. 593-598, 2015.

- HALLING, C. M. B. *et al.* Public versus patient health preferences: protocol for a study to elicit EQ-5D-5L health state valuations for patients who have survived a stay in intensive care. **BMJ open**, v. 12, n. 5, p. e058500, 2022.
- HALPERN, N. A.; PASTORES, S. M. Critical care medicine in the United States 2000–2005: an analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. **Critical Care Medicine**, v. 38, n. 1, p. 65-71, 2010.
- HASHEM, M. D. *et al.* Resultados dos pacientes após doença crítica: uma revisão sistemática de estudos qualitativos após alta hospitalar. **Critical Care**, v. 20, n. 1, p. 345, 2016.
- HASHEM, M. D.; PARKER, A. M.; NEEDHAM, D. M. Early mobilization and rehabilitation of patients who are critically ill. **Chest**, v. 150, n. 3, p. 722-731, 2016.
- HAWRYLUCK, L. Ethics review: Position papers and policies—are they really helpful to front-line ICU teams?. **Critical Care**, v. 10, p. 1-4, 2006.
- HERMANN, B. *et al.* O impacto positivo da COVID-19 nos cuidados intensivos: de desafios sem precedentes a mudanças transformadoras, na perspectiva dos jovens intensivistas. **Annals of Intensive Care**, v. 13, n. 1, p. 28, 2023.
- HERMANS, G. *et al.* Acute outcomes and 1-year mortality of intensive care unit acquired weakness. A cohort study and propensity matched analysis. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 190, n. 4, p. 410-420, 2014.
- HERRIDGE, M. S. *et al.* Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. **New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 14, p. 1293-1304, 2011.
- HERRIDGE, M. S. *et al.* One year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 8, p. 683-693, 2003.
- HIGGINS, A. M. *et al.* Expensive care a rationale for economic evaluations in intensive care. **Critical Care and Resuscitation**, v. 12, n. 1, p. 62-66, 2010.
- HODGSON, C. L. *et al.* Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a binational, multicentre, prospective cohort study. **Critical Care**, v. 19, p. 1-10, 2015.
- HODGSON, C. L. *et al.* Clinical review: early patient mobilization in the ICU. **Critical Care**, v. 17, p. 1-7, 2013.
- HODGSON, C. L. *et al.* Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. **Critical Care**, v. 18, p. 1-9, 2014.
- HODGSON, C. L.; CAPELL, E.; TIPPING, C. J. Early mobilization of patients in intensive care: organization, communication and safety factors that influence translation into clinical practice. **Critical Care**, v. 22, p. 1-7, 2018.
- HODGSON, C. L. *et al.* Early Active Mobilization during Mechanical Ventilation in the ICU. Reply. **The New England Journal of Medicine**, v. 388, n. 6, p. 573-574, 2023.

HUTCHINGS, A. *et al.* Evaluation of modernisation of adult critical care services in England: time series and cost effectiveness analysis. **BMJ**, v. 339, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press, 2001.

ISMAEL, S.M.C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar: a prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, v. 2, p. 17-35, 2005.

IWASHYNA, T. J. *et al.* Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. **Jama**, v. 304, n. 16, p. 1787-1794, 2010.

IWASHYNA, T. J.; NETZER, G. The burdens of survivorship: an approach to thinking about long-term outcomes after critical illness. In: *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. **Thieme Medical Publishers**, p. 327-338, 2012.

JACKSON, J. C. *et al.* Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 2, n. 5, p. 369-379, 2014.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JOLLEY, S. E. *et al.* Medical intensive care unit clinician attitudes and perceived barriers towards early mobilization of critically ill patients: a cross-sectional survey study. **BMC Anesthesiology**, v. 14, p. 1-9, 2014.

JONES, S. W. *et al.* Disuse atrophy and exercise rehabilitation in humans profoundly affects the expression of genes associated with the regulation of skeletal muscle mass. **The FASEB Journal**, v. 18, n. 9, p. 1025-1027, 2004.

JOHNSON, A. M. *et al.* Timing and amount of physical therapy treatment are associated with length of stay in the cardiothoracic ICU. **Scientific Reports**, v. 7, n. 1, p. 17591, 2017.

JUDAS, M. C. L. *et al.* Effectiveness of Early Mobilization in Prevention and Rehabilitation of Functional Impairment After Myocardial Revascularization Surgery: A Systematic Review. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 36, p. e20210166, 2023.

KAHN, Jeremy M.; ANGUS, Derek C. Health policy and future planning for survivors of critical illness. **Current Opinion in Critical Care**, v. 13, n. 5, p. 514-518, 2007.

KEBAPCI, A.; GÜNER, P. "Noise Factory": um estudo qualitativo que explora as percepções dos profissionais de saúde sobre o ruído na unidade de terapia intensiva. **Enfermeiros Intensivos de Cuidados Intensivos**, v. 63, p. 102975, 2021.

KEENAN, S. P. *et al.* A systematic review of the cost-effectiveness of noncardiac transitional care units. **Chest**, v. 113, n. 1, p. 172-177, 1998.

KRESS, J. P.; HALL, J. B. ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 17, p. 1626-1635, 2014.

KRESS, J. P. *et al.* Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. **New England Journal of Medicine**, v. 342, n. 20, p. 1471-1477, 2000.

LAD, H. *et al.* Intensive care unit-acquired weakness: not just another muscle atrophying condition. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 21, n. 21, p. 7840, 2020.

LEDITSCHKE, A. I. *et al.* What are the barriers to mobilizing intensive care patients?. **Cardiopulmonary Physical Therapy Journal**, v. 23, n. 1, p. 26-29, 2012.

LEES-DEUTSCH, L.; YORKE, J.; CARESS, A. Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy. **British Journal of Nursing**, v. 25, n. 20, p. 1135-1143, 2016.

LIGHTFOOT, A.; MCARDLE, A.; GRIFFITHS, R. D. Muscle in defense. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 10, p. S384-S390, 2009.

LI, Z. *et al.* Active mobilization for mechanically ventilated patients: a systematic review. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 94, n. 3, p. 551-561, 2013.

LONE, N. I. *et al.* Surviving intensive care: a systematic review of healthcare resource use after hospital discharge. **Critical Care Medicine**, v. 41, n. 8, p. 1832-1843, 2013.

LONE, N. I. *et al.* Five-year mortality and hospital costs associated with surviving intensive care. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 194, n. 2, p. 198-208, 2016.

LOPES, C. R. *et al.* Benefícios da ventilação não-invasiva após extubação no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 23, p. 344-350, 2008.

LORD, R. K. *et al.* ICU early physical rehabilitation programs: financial modeling of cost savings. **Critical Care Medicine**, v. 41, n. 3, p. 717-724, 2013.

MANTON, K. G.; CORDER, L. S.; STALLARD, E. Monitoring changes in the health of the US elderly population: correlates with biomedical research and clinical innovations. **The FASEB Journal**, v. 11, n. 12, p. 923-930, 1997.

MARTINEZ, B. P. *et al.* Declínio funcional em uma unidade de terapia intensiva (UTI). **Movimento**, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2013.

MARTINS, M. C. F. N. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. 3. ed. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 147 p. Il., tab., 2004

MCWILLIAMS, D. *et al.* Earlier and enhanced rehabilitation of mechanically ventilated patients in critical care: a feasibility randomised controlled trial. **Journal of Critical Care**, v. 44, p. 407-412, 2018.

MCWILLIAMS, D. J.; PANTELIDES, K. P. Does physiotherapy led early mobilisation affect length of stay on ICU? **Respir Care J**, v. 40, p. 5-11, 2008.

MEYER, H. S.; MORSE, D. H. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. **Jama**, v. 287, n. 5, p. 646-647, 2002. DOI: 10.1001/jama.287.5.646-JBK0206-3-1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 5 out. 2023.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/wvLhSxkz3JRgv3mcXHBWSXB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 set 2023.

MORRIS, P. E. Moving our critically ill patients: mobility barriers and benefits. **Critical Care Clinics**, v. 23, n. 1, p. 1-20, 2007.

MORRIS, P. E. *et al.* Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. **Critical Care Medicine**, v. 36, n. 8, p. 2238-2243, 2008.

MORRIS, P. E. *et al.* Receiving early mobility during an intensive care unit admission is a predictor of improved outcomes in acute respiratory failure. **The American Journal of the Medical Sciences**, v. 341, n. 5, p. 373-377, 2011.

MÜLLER, M. *et al.* Validation of the comprehensive ICF core sets for patients receiving rehabilitation interventions in the acute care setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, n. 2, p. 92-101, 2011.

MUNN, Z. *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC medical research methodology**, v. 18, p. 1-7, 2018.

MURRAY, C. J. L. *et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2197-2223, 2012.

MYERS, E. A. *et al.* Síndrome pós-UTI: resgatando os não diagnosticados. **JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants**, v. 29, n. 4, p. 34-37, 2016.

NEEDHAM, D. M. *et al.* Projected incidence of mechanical ventilation in Ontario to 2026: preparing for the aging baby boomers. **Critical Care Medicine**, v. 33, n. 3, p. 574-579, 2005.

NEEDHAM, D. M. *et al.* Early physical medicine and rehabilitation for patients with acute respiratory failure: a quality improvement project. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 91, n. 4, p. 536-542, 2010.

NEEDHAM, D. M. *et al.* Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. **Critical Care Medicine**, v. 40, n. 2, p. 502-509, 2012.

NEEDHAM, D. M. *et al.* Physical and cognitive performance of patients with acute lung injury 1 year after initial trophic versus full enteral feeding. EDEN trial follow-up. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 188, n. 5, p. 567-576, 2013.

NINA, M. D.; OLIVEIRA, M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. **Equipe de Trabalho Interdisciplinar no Âmbito Hospitalar. Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia**, 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

NOTO, M. J.; WHEELER, A. P. Mechanical ventilation, clinical trials, and glaciers. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 188, n. 2, p. 128-130, 2013.

NYDAHL, P. *et al.* Early mobilization of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in Germany. **Critical Care Medicine**, v. 42, n. 5, p. 1178-1186, 2014.

NYDAHL, P. *et al.* Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit. Systematic review with meta-analysis. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 14, n. 5, p. 766-777, 2017.

OLIVEIRA, G. P.; GONÇALVES, S. F. Sobrecarga de trabalho e mobilização precoce em UTI: impacto no cuidado ao paciente crítico. **Journal of Intensive Care**, v. 37, n. 1, p. 45-51, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 18 nov. 2024.

PANDHARIPANDE, P. P. *et al.* Long-term cognitive impairment after critical illness. **New England Journal of Medicine**, v. 369, n. 14, p. 1306-1316, 2013.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

PETERS, M. D. *et al.* **Guidance for conducting systematic scoping reviews**. **International Journal of Evidence Based Healthcare**, v. 13, p. 141-146, 2015.

PETERS, M. D. *et al.* Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evidence Implement**, v. 19, n. 1, p. 3-10, 2021.

PETERS, M. D. J. *et al.* Scoping reviews. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. Australia: Joanna Briggs Institute, 2017.

PETRIE, J. *et al.* Hospital costs of out-of-hospital cardiac arrest patients treated in intensive care: a single centre evaluation using the national tariff-based system. **BMJ Open**, v. 5, n. 4, p. e005797, 2015.

PHAM, H. *et al.* A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. **Res Synthesis Methods**, v. 5, p. 371-385, 2014.

PHELAN, S. *et al.* Implementing early mobilisation in the intensive care unit: an integrative

review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 77, p. 91-105, 2018.

PHUA, J. *et al.* Has mortality from acute respiratory distress syndrome decreased over time? A systematic review. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 179, n. 3, p. 220-227, 2009.

PINHEIRO FILHO, F. P.; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2981-2990, 2012.

PINTO, C. E. da S. *et al.* Investigação de barreiras para mobilização precoce em unidade de terapia intensiva adulto. **Revista Goiania de Medicina**, n. 61, p. 29-35, abr. 2022.

PUN, B. T. *et al.* Caring for critically ill patients with the ABCDEF bundle: results of the ICU liberation collaborative in over 15,000 adults. **Critical Care Medicine**, v. 47, n. 1, p. 3-14, 2019.

PUTHUCHEARY, Z. A. *et al.* Acute skeletal muscle wasting in critical illness. **Jama**, v. 310, n. 15, p. 1591-1600, 2013.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

RIDLEY, S.; MORRIS, S. Cost effectiveness of adult intensive care in the UK. **Anaesthesia**, v. 62, n. 6, p. 547-554, 2007.

RIKER, R. R. *et al.* Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. **Jama**, v. 301, n. 5, p. 489-499, 2009.

ROCCO, F. V. C. **Intervenções de Prevenção Positiva: uma análise de escopo**. 2017. 158f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programade Pósgraduação em psicologia social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-1804201852430/publico/rocco\\_corrigida.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-1804201852430/publico/rocco_corrigida.pdf). Acesso: 08 jun. 2024

ROCHA, A. R. M. *et al.* Early mobilization: Why, what for and how?. **Medicina Intensiva**, v. 41, n. 7, p. 429-436, 2017.

ROGERS, C. R. **Um jeito de ser**. São Paulo: EPU, 1983.

ROGERS, C. R.; ROSEMBERG, R. L. **A pessoa como centro**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1977.

ROSENBERG, A. L.; WATTS, C. Patients readmitted to ICUs: a systematic review of risk factors and outcomes. **Chest**, v. 118, n. 2, p. 492-502, 2000.

RUBENFELD, G. D. *et al.* Incidence and outcomes of acute lung injury. **New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 16, p. 1685-1693, 2005.

RUHL, A. P. *et al.* Health care resource use and costs of two-year survivors of acute lung

injury. An observational cohort study. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 12, n. 3, p. 392-401, 2015.

SAMRA, H. A.; MCGRATH, J. M.; ROLLINS, W. Patient safety in the NICU: a comprehensive review. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 25, n. 2, p. 123-132, 2011.

SANTOS, T. R. **Perfil sócio-econômico-demográfico do beneficiário do Instituto Nacional do Seguro Social aposentado por invalidez e suas causas**. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/tede/jspui/handle/tede/1816>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SCHALLER, S. J. *et al.* Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 388, n. 10052, p. 1377-1388, 2016.

SCHEINHORN, D. J. *et al.* Ventilator-dependent survivors of catastrophic illness transferred to 23 long-term care hospitals for weaning from prolonged mechanical ventilation. **Chest**, v. 131, n. 1, p. 76-84, 2007.

SCHEINHORN, D. J. *et al.* Post-ICU mechanical ventilation at 23 long-term care hospitals: a multicenter outcomes study. **Chest**, v. 131, n. 1, p. 85-93, 2007.

SCHMIDT, G. A. *et al.* Liberation from mechanical ventilation in critically ill adults: executive summary of an official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society clinical practice guideline. **Chest**, v. 151, n. 1, p. 160-165, 2017.

SCHWEICKERT, W. D. *et al.* Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 373, n. 9678, p. 1874-1882, 2009.

SCHWEICKERT, W. D.; HALL, J. ICU-acquired weakness. **Chest**, v. 131, n. 5, p. 1541-1549, 2007.

SCOTT, P.; THOMSON, P.; SHEPHERD, A. Famílias de pacientes em UTI: uma revisão de escopo de suas necessidades e satisfação com o cuidado. **Enfermeira Aberta**, v. 6, n. 3, p. 698-712, 2019.

SENEFF, M. G. *et al.* The impact of long-term acute-care facilities on the outcome and cost of care for patients undergoing prolonged mechanical ventilation. **Critical Care Medicine**, v. 28, n. 2, p. 342-350, 2000.

SIMONS, K. S. *et al.* Ruído na unidade de terapia intensiva e sua influência na qualidade do sono: um estudo observacional multicêntrico em unidades de terapia intensiva holandesas. **Cuidados Intensivos** (Lond. Engl.), v. 22, n. 1, p. 250, 2018.

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

STILLER, K. Safety issues that should be considered when mobilizing critically ill patients. **Critical Care Clinics**, v. 23, n. 1, p. 35-53, 2007.

STRICKER, K.; ROTHEN, H. U.; TAKALA, J. Resource use in the ICU: short-vs. long-term patients. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 47, n. 5, p. 508-515, 2003.

SUETTA, C. *et al.* Effects of aging on human skeletal muscle after immobilization and retraining. **Journal of Applied Physiology**, v. 107, n. 4, p. 1172-1180, 2009.

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

TAKAHASHI, T. *et al.* Current status and future development of acute and cardiac physiotherapies in Japan. **Physical therapy research**, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2020.

TILSON, H.; BERKOWITZ, B. The public health enterprise: examining our twenty-first-century policy challenges. **Health Affairs**, v. 25, n. 4, p. 900-910, 2006.

TIMENETSKY, K. T. *et al.* Mobilization practices in the ICU: A nationwide 1-day point-prevalence study in Brazil. **PLoS One**, v. 15, n. 4, p. e0230971, 2020.

TIPPING, C. J. *et al.* The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. **Intensive Care Medicine**, v. 43, p. 171-183, 2017.

TOBIAS, J. D.; BERKENBOSCH, J. W. Sedation during mechanical ventilation in infants and children: dexmedetomidine versus midazolam. **Southern Medical Journal**, v. 97, n. 5, p. 451-456, 2004.

TRICCO, A. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-SCR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VAN AERDE, N. *et al.* Five-year impact of ICU-acquired neuromuscular complications: a prospective, observational study. **Intensive Care Medicine**, v. 46, p. 1184-1193, 2020.

VINCENT, J. L. *et al.* Assessment of the worldwide burden of critical illness: the intensive care over nations (ICON) audit. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 2, n. 5, p. 380-386, 2014.

VOS, T. *et al.* Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2163-2196, 2012.

WENHAM, T.; PITTARD, A. Ambiente de unidade de terapia intensiva. **Contemporary Anaesthesia, Critical Care and Pain**, v. 9, n. 6, p. 178–183, 2009.

WILD, C.; NARATH, M. Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand. **Health Policy**, v. 71, n. 3, p. 289-301, 2005.

WILLIAMS, T. A. *et al.* Long-term survival from intensive care: a review. **Intensive Care Medicine**, v. 31, p. 1306-1315, 2005.

WONG, Evan G. *et al.* Association of severity of illness and intensive care unit readmission:

A systematic review. **Heart & Lung**, v. 45, n. 1, p. 3-9, 2016.

WOOD, J. K. *et al.* (org.). **Abordagem centrada na pessoa**. 4. ed. Vitória: Edufes, 2008.

WORLD HEALTH ORGANISATION. ICD-11 implementation or transition guide. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em: 10 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANISATION STAFF. **International classification of functioning**. Geneva: World Health Organization, 2001.

WUNSCH, H. *et al.* **Three-year outcomes for Medicare beneficiaries who survive intensive care**. *JAMA*, Chicago, v. 303, n. 9, p. 849-856, 2010.

WUNSCH, H. *et al.* Comparison of medical admissions to intensive care units in the United States and United Kingdom. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 183, n. 12, p. 1666-1673, 2011.

YAGI, M. *et al.* Outcomes after intensive rehabilitation for mechanically ventilated patients: a nationwide retrospective cohort study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 102, n. 2, p. 280-289, 2021.

YASAKA, T. *et al.* Impact of the health policy for interdisciplinary collaborative rehabilitation practices in intensive care units: A difference-in-differences analysis in Japan. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 83, p. 103625, 2024.

ZBAR, R. I. S. Socio-ecologic perspective: barriers complicating post-intensive care syndrome mitigation. **Journal of Patient Experience**, v. 9, p. 23743735211074434, 2022.

ZHANG, L. *et al.* Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 14, n. 10, p. e0223185, 2019.

ZILBERBERG, M. D. *et al.* Growth in adult prolonged acute mechanical ventilation: implications for healthcare delivery. **Critical Care Medicine**, v. 36, n. 5, p. 1451-1455, 2008.

ZIMMERMAN, J. E.; KRAMER, A. A.; KNAUS, W. A. Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012. **Critical Care**, v. 17, p. 1-9, 2013.