Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Barreiras à mobilização precoce em adultos na UTI

Barriers to early mobilization in adults in the ICU

Barreras a la movilización precoz en adultos en la UCI

Katia Pinheiro de Oliveira Tonette[1], Sirlene de Miranda Julião[1], Jhennifer Stefany Teles Gonçalves Meira[1], Graziele Queiroz Mazete Maran[1], Rosana Pereira Medina Freitas[1], Vanessa Silva Bermond[1], Bruna Azevedo Batista[1], Brenda Azevedo Batista[1], Jean-Claude Martins de Andrade[1], Neide Garcia Ribeiro[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências científicas contemporâneas acerca das barreiras clínicas, organizacionais e profissionais que limitam a implementação da mobilização precoce em adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Métodos:** Revisão integrativa desenvolvida conforme referencial de Whittemore e Knafl, com buscas nas bases *PubMed, SciELO*, LILACS*, Scopus* e *Web of Science* (2021-2026). Utilizou-se o modelo PICO para seleção e extração de dados de 09 artigos de alta relevância, focando em barreiras assistenciais e critérios de segurança**. Resultados:** Os achados demonstram um deslocamento do paradigma da intensidade máxima para a precocidade prudente. As principais barreiras identificadas incluem a instabilidade hemodinâmica e sedação profunda (clínicas), o medo da equipe quanto a eventos adversos (profissionais) e o déficit de pessoal aliado à escassez de tecnologias assistivas (organizacionais). A sistematização via *bundle* ABCDEF e o uso do Semáforo de Segurança surgem como estratégias cruciais para mitigar a inércia terapêutica e a fraqueza adquirida. **Considerações finais:** O estudo evidencia que o sucesso da mobilização precoce depende da superação de barreiras culturais e estruturais através da governança clínica. A principal limitação reside na heterogeneidade de protocolos entre os centros intensivos.

Palavras-chave: Unidades de terapia intensiva, Mobilização precoce, Fisioterapia, Protocolos clínicos, Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze contemporary scientific evidence regarding the clinical, organizational, and professional barriers that limit the implementation of early mobilization in adults admitted to Intensive Care Units. **Methods:** Integrative review developed according to the Whittemore and Knafl framework, with searches in PubMed, SciELO, LILACS, Scopus, and Web of Science databases (2021-2026). The PICO model was used for data selection and extraction from 09 high-relevance articles, focusing on healthcare barriers and safety criteria. **Results:** The findings demonstrate a paradigm shift from "maximum intensity" to "prudent precocity." The main identified barriers include hemodynamic instability and deep sedation (clinical), staff fear regarding adverse events (professional), and personnel deficits combined with a shortage of assistive technologies (organizational). Systematization via the ABCDEF bundle and the use of the "Safety

[1]Afya – Centro Universitário Ji-Paraná – RO.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 7/2026**

Traffic Light" emerge as crucial strategies to mitigate therapeutic inertia and acquired weakness. **Final considerations:** The study evidences that the success of early mobilization depends on overcoming cultural and structural barriers through clinical governance. The primary limitation lies in the heterogeneity of protocols among intensive care centers.

Keywords: Intensive care units, Early ambulation, Physical therapy specialty, Clinical protocols, Patient safety.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las evidencias científicas contemporáneas sobre las barreras clínicas, organizativas y profesionales que limitan la implementación de la movilización precoz en adultos ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. **Métodos:** Revisión integradora desarrollada según el marco de Whittemore y Knafl, con búsquedas em bases de datos PubMed, SciELO, LILACS, Scopus y Web of Science (2021-2026). Se utilizó el modelo PICO para la selección y extracción de datos de 09 artículos de alta relevancia, centrándose en las barreras asistenciales y los criterios de seguridad. **Resultados:** Los hallazgos demuestran un cambio de paradigma de "intensidad máxima" a la "precocidad prudente". Las principales barreras identificadas incluyen la inestabilidad hemodinâmica y la sedación profunda (clínicas), el miedo del equipo ante eventos adversos (profesionales) y el déficit de personal aliado la escasez de tecnologías de apoyo (organizativas). La sistematización través del *bundle* ABCDEF y el uso del "Semáforo de Seguridad" surgen como estrategias cruciales para mitigar la inercia terapéutica y la debilidad adquirida. **Consideraciones finales:** El estudio evidencia que el éxito de la movilización precoz depende de la superación de barreras culturales y estructurales mediante la gobernanza clínica. La principal limitación reside en la heterogeneidad de los protocolos entre los centros de cuidados intensivos.

Palabras clave: Unidades de cuidados intensivos, Ambulación precoz, Fisioterapia, Protocolos clínicos, Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

A mobilização precoce tornou-se, nas últimas décadas, um eixo estruturante da reabilitação em terapia intensiva, ao atenuar o descondicionamento imposto pela doença crítica e pela imobilidade prolongada, com reflexos positivos sobre a trajetória funcional, na eficiência do desmame ventilatório e no tempo de permanência hospitalar quando implementada de modo sistematizado e baseada em critérios clínicos objetivos (ADLER DR e MALONE DJ, 2012; TRUONG AD, et al., 2009). Estudos e evidências produzidas nos últimos anos demonstram que programas estruturados de mobilização precoce estão associados à preservação da funcionalidade física, à redução da *Intensive Care Unit–Acquired Weakness* (*ICU AW*) conhecida como Fraqueza Adquirida na Unidade de Terapia Intensiva (FAUTI) e à melhoria da capacidade funcional após a alta hospitalar (HODGSON CL, et al., 2013; WANG Y, et al., 2023).

Sob a perspectiva fisiopatológica, a permanência no leito acelera a atrofia muscular por desuso, o catabolismo proteico, alterações inflamatórias e oxidativas e disfunção neuromuscular, contribuindo para o espectro da Fraqueza Adquirida na Unidade de Terapia Intensiva (FAUTI) — condição associada à piora funcional persistente após a alta (HERMANS G e VAN DEN BERGHE G, 2015; FAN E, et al., 2014).

Ao trazer movimento de forma precoce e criteriosamente escalonada, a mobilização precoce procura interromper — ou ao menos atenuar — a cascata do desuso e otimizar a reintegração funcional durante a convalescença (NEEDHAM DM, 2008; LATRONICO N, et al., 2014; ZHANG L, et al., 2019). Esse corpo de evidências se apoia também em ensaios e coortes fundacionais que mudaram o paradigma de sedação profunda com repouso absoluto para uma abordagem ativa e vigilante (BARR J, et al., 2013; Schweickert WD, et al., 2009) demonstraram que a combinação de interrupção diária da sedação com Fisioterapia e Terapia Ocupacional precoce em pacientes ventilados elevou o retorno à independência funcional na alta e reduziu a duração do delirium; resultados convergentes foram observados por Morris PE, et al. (2008), que mostraram redução do tempo de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de hospital quando um protocolo de mobilidade foi implementado por equipe dedicada.

No plano normativo, as Diretrizes Brasileiras (2019) estabelecem indicações, contraindicações e parâmetros de dose e prognóstico e reiteram a segurança e viabilidade da mobilização precoce quando conduzida por equipe capacitada e com critérios objetivos (AQUIM EE, et al., 2019).

De modo convergente, um painel internacional consolidou 46 recomendações para posicionamento e mobilização do paciente crítico, baseadas em revisão sistemática, graduação de evidências e consenso formal, favorecendo a padronização multiprofissional e a integração com rotinas assistenciais (SCHALLER SJ, et al., 2024; DEVLIN JW, et al., 2018). A segurança — condição *sine qua non* — está operacionalizada em consensos que propõem parâmetros fisiológicos para triagem e progressão de atividade, inclusive em pacientes sob ventilação mecânica: por exemplo, FiO_2< 0,60, SpO_2> 90% e frequência respiratória < 30 irpm, na ausência de outras contraindicações para triagem e progressão de atividade, articulando domínios respiratórios, cardiovasculares, neurológicos e outros. Esse quadro decisório sustenta a reprodutividade e a monitorização de risco à beira-leito e tem sido incorporado por diretrizes nacionais e internacionais (STILLER K, 2007; HODGSON CL, et al., 2014).

Além disso, a mobilização precoce não atua isoladamente, mas integra o ABCDEF *bundle* (analgesia e avaliação da dor; o despertar e a respiração espontânea; escolha adequada de sedação; avaliação e manejo do delirium; exercício e mobilidade; engajamento familiar). Em uma coorte multicêntrica prospectiva com mais de 15.000 adultos, maior adesão completa e proporcional ao *bundle* associou-se a menor mortalidade hospitalar em sete dias, menor necessidade de ventilação mecânica no dia subsequente, menor incidência de coma ou delirium e menor taxa de readmissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), evidenciando relação dose–resposta entre adesão ao protocolo e melhores desfechos clínicos (MARRA A, et al., 2017; ELY EW, 2017; PUN BT, et al., 2019).

Ainda que resultados favoráveis tenham sido observados em estudos de implementação, ensaios multicêntricos mais recentes — ao intensificarem o doseamento de atividade em fases muito precoces e de forma uniforme — não demonstraram ganho em dias vivos fora do hospital aos 180 dias em relação ao cuidado usual, registrando, inclusive, incremento de eventos adversos relacionados à mobilização. Esses achados reforçam a necessidade de individualização terapêutica, critérios rigorosos de segurança e compreensão refinada acerca do momento de início, intensidade e progressão da intervenção (HODGSON CL, et al., 2022; CHEUNG K, et al., 2023). Na contemporaneidade, análises prospectivas multicêntricas reportam variabilidade de práticas e heterogeneidade de adesão entre unidades e perfis de internação — um paradoxo em que a robustez da evidência convive com uma implementação irregular (PARRY SM, et al., 2018; JOLLEY SE, et al., 2014). Esse cenário demanda integração interprofissional, treinamento contínuo e processos estruturados de melhoria da qualidade para consolidar a mobilização precoce sem comprometer a segurança assistencial (DUBB R, et al., 2016; SAKURAMOTO H, et al., 2023).

Diante desse panorama, o presente estudo objetiva analisar, por meio de uma revisão integrativa, as evidências científicas contemporâneas acerca das barreiras clínicas, organizacionais e profissionais que limitam a implementação da mobilização precoce em adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sintetizando o estado da arte sobre os critérios de segurança e o impacto funcional dessa intervenção no período de 2021 a 2026.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida conforme o referencial metodológico proposto por Whittemore R e Knafl K (2005), amplamente utilizado e consolidado na área da saúde por permitir a incorporação de evidências oriundas de diferentes delineamentos metodológicos. Essa abordagem possibilita uma análise abrangente, crítica e sistematizada de fenômenos complexos, como as barreiras à mobilização precoce no contexto do cuidado intensivo, assegurando rigor científico e aplicabilidade clínica. A revisão integrativa foi conduzida de acordo com as etapas clássicas recomendadas: (1) identificação do problema de pesquisa; (2) definição da questão norteadora; (3) estabelecimento dos critérios de elegibilidade; (4) elaboração e execução da estratégia de busca sistemática; (5) seleção dos estudos; (6) extração e avaliação crítica dos dados; e (7) síntese integrada dos achados, garantindo transparência, reprodutibilidade e consistência metodológica.

A questão norteadora foi formulada com base na adaptação do modelo PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Desfechos). Definiu-se como População (P) adultos internados em unidades de terapia intensiva; como Intervenção (I) a mobilização precoce realizada durante a internação na unidade de terapia intensiva; como Comparação (C) a ausência de mobilização precoce, os cuidados usuais restritos ao leito ou a mobilização tardia; e como Desfechos (O) os efeitos clínicos, fisiológicos e funcionais associados à intervenção, incluindo força muscular, funcionalidade, capacidade de mobilização, tempo de ventilação mecânica, duração da internação e impacto na recuperação funcional pós Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A partir dessa estrutura, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: quais são as evidências científicas contemporâneas acerca das barreiras à mobilização precoce de adultos internados em unidades de terapia intensiva, em comparação aos cuidados usuais ou à mobilização tardia, considerando seus impactos clínicos, fundamentos fisiológicos e aplicabilidade prática?

Foram considerados elegíveis estudos que abordassem direta ou indiretamente a mobilização precoce, reabilitação motora, atividade física precoce, fisioterapia ou movimentação ativa de adultos críticos, desde que conduzidos exclusivamente com seres humanos, com idade igual ou superior a 18 anos, internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Incluíram-se artigos publicados no período de janeiro de 2021 a março de 2026, disponibilizados na íntegra e em regime de acesso aberto (*open access*), assegurando transparência e rastreabilidade do processo.

Admitiram-se diversos delineamentos metodológicos, tais como ensaios clínicos, estudos observacionais, estudos quase experimentais, revisões sistemáticas, estudos de coorte, estudos de implementação, consensos e diretrizes clínicas, desde que contribuíssem para a compreensão conceitual, clínica ou aplicada da mobilização precoce no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Publicações nos idiomas português, inglês e espanhol também foram incluídas. Foram excluídos estudos envolvendo populações pediátricas ou neonatais, pesquisas conduzidas fora do ambiente de terapia intensiva (enfermarias, reabilitação ambulatorial ou domiciliar), textos não disponíveis na íntegra, artigos pagos, pré-prints não revisados por pares, resumos, anais de congressos, relatos de caso, cartas ao editor e comentários não fundamentados cientificamente. Estudos duplicados identificados nas bases de dados eletrônicas foram devidamente removidos.

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: *U.S. National Library of Medicine* (PubMed/MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scopus e Web of Science*. Foram utilizados descritores controlados dos vocabulários MeSH e DeCS, bem como termos livres, combinados por operadores booleanos (*AND/OR*), seguindo a seguinte estratégia de busca: (*early mobilization OR early mobilisation*) *AND (intensive care unit OR ICU) AND (adult OR adults) AND* (2021:2026). A extração dos dados nos trabalhos científicos elegíveis foi realizada de forma padronizada, contemplando informações relativas aos objetivos, delineamento metodológico, características da população, contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tipos de barreiras identificadas (clínicas, organizacionais, profissionais ou estruturais), principais achados e conclusões.

Além disso, a seleção e a avaliação crítica dos estudos foram conduzidas por dois revisores independentes, com resolução de divergências por consenso, minimizando vieses de seleção e interpretação. Para a análise dos resultados, adotou-se uma síntese temática integrativa, permitindo a organização, comparação e integração de evidências heterogêneas. Por tratar-se de estudo secundário, baseado exclusivamente em fontes públicas e cientificamente disponíveis, dispensou-se a submissão à apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

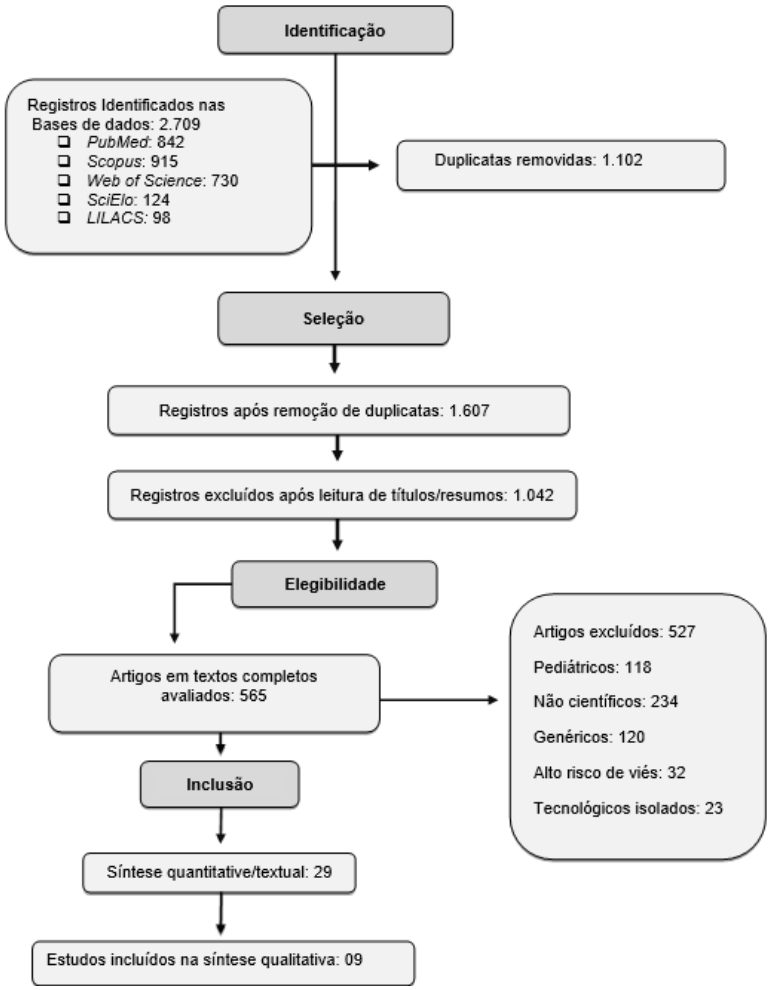
A busca detalhada nos bancos de dados eletrônicos revelou um panorama robusto de evidências científicas publicadas sobre as barreiras para a mobilização precoce, considerando o período pré-determinado de 2021 a 2026, o que resultou em um montante inicial de 2.709 trabalhos científicos, distribuídos entre *PubMed/MEDLINE* (842), *Scopus* (915), *Web of Science* (730), *SciELO* (124) e LILACS (98). Após esse levantamento inicial, deu-se início a um rigoroso processo de triagem baseado nos critérios de inclusão e exclusão, visando garantir a alta qualidade e a estrita pertinência temática da revisão.

Primeiramente, foram removidas 1.102 duplicatas, dada a frequente sobreposição de indexação entre as bases consultadas. Na sequência, procedeu-se à exclusão de 412 registros por estarem fora do recorte temporal estabelecido ou por configurarem-se como pré-prints sem a devida revisão por pares. Um critério fundamental para a manutenção da transparência e rastreabilidade foi a exclusão de 615 trabalhos que não disponibilizavam acesso aberto *(Open Access)*. Adicionalmente, 118 artigos foram descartados por envolverem populações pediátricas ou neonatais, desviando-se do escopo de pacientes adultos, e 234 publicações foram retiradas por representarem formatos não científicos, como cartas ao editor, resumos de anais e relatos de caso sem fundamentação estatística.

Para consolidar um corpus final que permitisse uma discussão profunda e multifacetada, aplicou-se um filtro qualitativo de alta especificidade sobre os textos remanescentes. Nesse estágio, 120 artigos foram desconsiderados por abordarem a mobilização de forma genérica ou meramente descritiva, sem estratificar as barreiras impeditivas (clínicas, estruturais ou humanas) como foco central da investigação. Outros 32 estudos foram excluídos por apresentarem desenhos metodológicos com alto risco de viés ou amostras excessivamente reduzidas que impossibilitavam a generalização dos achados para o contexto da terapia intensiva contemporânea.

Por fim, descartaram-se 23 trabalhos que, embora relevantes, focavam exclusivamente em recursos tecnológicos isolados, como a cicloergometria ou eletroestimulação, sem abordar os obstáculos práticos de sua implementação no cotidiano assistencial. Este processo de peneiragem exaustiva e criteriosa resultou em um corpo final de 09 artigos de altíssima relevância (**Figura 1**) que sintetizam as evidências contemporâneas mais impactantes sobre as barreiras à mobilização precoce.

Figura 1 Fluxograma de seleção dos estudos conforme recomendações PRISMA



Fonte: Tonette KPO, et al., 2026.

Somam-se a esse quantitativo 29 referências suplementares que fundamentam a introdução e a contextualização clínica, perfazendo um total de 38 registros na lista final. A síntese dos 09 artigos selecionados, detalhando autores, delineamentos e achados principais, está apresentada no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Síntese das evidências selecionadas (2021-2026).

ID	AUTOR (ANO)	Desenho do Estudo	Principais Achados/ Contribuições Clínicas
01	Hosey MM, et al., (2021)	Coorte Prospectiva	Relacionou a Mobilização Precoce com a redução da PICS, combatendo o niilismo prognóstico.
02	Fontela PS, et al.,(2022)	Estudo Multicêntrico	Confirmou a carga de trabalho de enfermagem como barreira direta à mobilização ativa.
03	Hodgson CL,et al., (2022)	Ensaio Clínico	Revelou que a mobilização ultraprecoce de alta intensidade não reduziu mortalidade em 180 dias.
04	Zang K, et al.,(2022)	Estudo Observacional	Correlacionou mobilidade ativa com menor tempo de Ventilação Mecânica Invasiva, desafiando a instabilidade percebida.
05	Cheung K, et al., (2023)	Estudo Clínico	Analisou eventos adversos e destacou o medo da equipe como barreira subjetiva primária.
06	Sakuramoto H, et al., (2023)	Estudo de Coorte	Apontou falta de recursos humanos e sobrecarga como barreira no bundle ABCDEF.
07	Liu K, et al., (2024)	Ensaio Quase-Exp.	Provou que a educação continuada reduz a insegurança profissional e facilita a adesão.
08	Schaller SJ, et al., (2024)	Consenso Internac.	Consolidou 46 recomendações globais e critérios de segurança.
109	Timpel P, et al. (2024)	Estudo de Imp.	Avaliou a falha de comunicação interdisciplinar como barreira superável via ferramentas digitais.

Fonte: Tonette KPO, et al., 2026.

A análise das evidências científicas produzidas entre 2021 e 2026 revela um deslocamento crítico do eixo de discussão acadêmica: o debate contemporâneo não reside mais na eficácia biológica elementar da mobilização precoce, mas sim na complexidade de sua implementação e no refinamento da segurança em ambientes de alta criticidade.

Nesse contexto, a divergência teórica sobre a "dosagem ideal" de exercício na fase aguda evidencia uma tensão dialética onde protocolos históricos, que estabeleceram a intervenção precoce como pilar para a redução do tempo de ventilação mecânica, são agora confrontados pelo marco disruptivo do ensaio multicêntrico TEAM, o qual operou uma ruptura epistemológica ao demonstrar que a intensificação uniforme e ultraprecoce de alta dose não agregou ganhos na sobrevida funcional aos 180 dias e, inversamente, elevou a incidência de eventos adversos graves (HODGSON CL, et al., 2022; CHEUNG K, et al., 2023; WANG Y, et al., 2023).

Esses achados impulsionaram a transição para o modelo consolidado pelas Diretrizes Internacionais de 2024, que substitui o paradigma da "intensidade máxima" pela "precocidade prudente", onde a segurança hemodinâmica e a reserva metabólica individual ditam o ritmo da intervenção através de uma arquitetura processual baseada em 46 recomendações de consenso e progressão por degraus funcionais (SCHALLER SJ, et al., 2024; WANG Y, et al., 2023; HODGSON CL, et al., 2022).

Sob a perspectiva clínico-fisiológica, a convergência das evidências contemporâneas aponta que a instabilidade hemodinâmica oculta, a oxigenação frágil com necessidade de FiO_2 elevada (> 0,60) e a baixa reserva ventilatória são as barreiras primárias que exigem uma titulação dinâmica em vez de uma interrupção absoluta da terapia motora. A literatura atual ratifica o sistema do "Semáforo de Segurança" como uma ferramenta de estratificação de risco essencial para evitar a barreira iatrogênica, na qual o conservadorismo excessivo da equipe priva o paciente de estímulos funcionais essenciais para prevenir a atrofia por desuso e a polineuropatia do doente crítico (SCHALLER SJ, et al., 2024; RAWAL G e BAKHRU RN, 2024; WANG Y, et al., 2023).

Nesse contexto, a sedação profunda residual, o delirium não manejado e a dor aguda emergem como entraves neuropsicológicos que reduzem drasticamente a elegibilidade, exigindo protocolos de sedação leve com metas de RASS entre 0 e -1 e despertares diários rigorosamente alinhados aos horários de fisioterapia para maximizar o despertar funcional (RAWAL G e BAKHRU RN, 2024; MENG L, et al., 2021; SAKURAMOTO H, et al., 2023).

No que tange ao manejo de dispositivos invasivos complexos, como a oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) ou cateteres femorais, as investigações de Paton M, et al. (2023) e Schaller SJ, et al. (2024) demonstram que estes não constituem contraindicações absolutas, mas sim barreiras técnicas que devem ser transpostas por meio de *checklists* rigorosos e treinamento especializado para mitigar o medo da equipe quanto ao deslocamento de cânulas e instabilidade iatrogênica. Sobre esta ótica, ZANG K, et al. (2022) demonstram que a mobilidade ativa precoce se correlaciona diretamente com a redução do tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI), desafiando a percepção de instabilidade por meio de desfechos clínicos positivos.

No âmbito das barreiras organizacionais e estruturais, o déficit de pessoal e a sobrecarga de trabalho da enfermagem permanecem como obstáculos intransigentes que geram a "inércia terapêutica", onde a mobilização é frequentemente preterida em favor de cuidados imediatistas e estabilização de sinais vitais (SAKURAMOTO H, et al., 2023; FONTELA PS, et al., 2022; ANEKWE DE, et al., 2021). Corroborando essa perspectiva, ZHANG Y, et al. (2024) identificaram que a ausência de fisioterapeutas exclusivos na unidade e a carência de protocolos institucionais padronizados emergem como preditores críticos de baixa adesão, transformando a escassez de recursos humanos em uma barreira intransponível para a vigilância diária.

Aliado a esse cenário, a escassez de tecnologias assistivas, como guindastes e andadores de suporte, também é identificada como um fator que aumenta a carga física e o risco ergonômico sobre os fisioterapeutas, desencorajando a progressão para a ortostase em pacientes obesos ou severamente descondicionados (ANEKWE DE, et al., 2021; TIMPEL P, et al., 2024). Para superar esse cenário, a literatura de 2025 sugere a governança clínica através de "campeões de mobilidade", a realização de *rounds* interdisciplinares focados na funcionalidade e a integração da reabilitação ao *bundle* ABCDEF, transformando a mobilidade em um indicador de desempenho institucional e não apenas em uma tarefa isolada (SAKURAMOTO H, et al., 2023; GORDON A, et al., 2025; RAWAL G e BAKHRU RN, 2024).

No que concerne ao cuidado centrado no paciente, a mobilização precoce transcende os ganhos puramente motores ao atuar como um potente modulador do bem-estar psicossocial. Evidências demonstram que a intervenção ativa reduz sintomas de ansiedade e depressão, além de mitigar o impacto da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS) em sobreviventes (HOSEY MM, et al., 2021; LIU K, et al., 2024; WANG Y, et al., 2023). Dessa forma, a reabilitação em ambiente intensivo consolida-se como uma ferramenta de preservação da integridade cognitiva e emocional, essencial para a qualidade de vida pós-alta.

Pelo viés ético-deontológico, os desafios na implementação da Mobilização Precoce em pacientes críticos tornaram-se objeto de debate central nas publicações de 2024 e 2025, focando na necessidade de equilibrar o princípio da beneficência — a busca pelos benefícios funcionais — com a autonomia do paciente, especialmente em casos de recusa por medo ou desconforto físico. O consenso atual sugere que o uso de ferramentas de comunicação clara e a educação continuada do paciente e de seus familiares sobre os riscos da imobilidade prolongada são estratégias fundamentais para aumentar o engajamento e a adesão ao plano terapêutico (SCHALLER SJ, et al., 2024; LIU K, et al., 2024).

Nesse prisma, a excelência clínica em 2026 é definida pela capacidade da equipe interdisciplinar de integrar protocolos rígidos de segurança com uma escuta empática, evitando o "hiato de reabilitação" na transição para a enfermaria e garantindo que o sucesso da intervenção seja mensurado não apenas pela resposta fisiológica individual, mas primordialmente pela recuperação da dignidade funcional do sujeito (WANG Y, et al., 2023; SCHALLER SJ, et al., 2024; HODGSON CL, et al., 2022; GORDON A, et al., 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa demonstra que a mobilização precoce se consolidou como intervenção essencial no cuidado intensivo contemporâneo, migrando de um modelo de aplicação uniforme para o paradigma da "precocidade prudente", onde a individualização terapêutica é a salvaguarda contra eventos adversos em pacientes críticos. Os achados revelam que as barreiras clínicas (como a sedação profunda e instabilidade hemodinâmica), profissionais (como o medo da equipe assistencial) e organizacionais (como o déficit de recursos humanos e estruturais) permanecem como entraves críticos que demandam governança clínica e educação continuada para a efetiva translação da evidência científica para a beira-leito. Conclui-se que o sucesso da reabilitação na unidade de terapia intensiva (UTI) depende da integração sistêmica da mobilidade ao *bundle* ABCDEF e da superação da inércia terapêutica, transcendendo a aplicação de protocolos isolados para a consolidação de uma cultura de libertação da unidade de terapia intensiva UTI (*ICU Liberation*), garantindo que o limite do benefício funcional seja determinado pela reserva fisiológica do sujeito e não por restrições iatrogênicas ou culturais, promovendo assim a recuperação da funcionalidade e da dignidade do sobrevivente de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. ADLER J, MALONE D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. Cardiopulmonary Physical Therapy Journal, 2012; 23(1): 5 - 13.
2. ANEKWE DE, et al. Barriers and facilitators to early mobilization in intensive care units in low- and middle-income countries. Physiotherapy Theory and Practice, 2021; 37(9): 980 - 994.
3. AQUIM EE, et al. Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2019; 31(4): 434 - 443.
4. BARR J, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Critical Care Medicine, 2013; 41(1): 263 - 306.
5. CHEUNG K, et al. Safety and adverse events of early mobilization in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Medicine, 2023; 49(4): 412 - 425.
6. DEVLIN JW, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption. Critical Care Medicine, 2018; 46(9): e825 - e873.
7. DUBB R, et al. Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. Annals of the American Thoracic Society, 2016; 13(5): 724 - 730.
8. ELY EW. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. Critical Care Medicine, 2017; 45(2): 321 - 330.
9. FAN E, et al. Physical complications in survivors of critical illness. Current Opinion in Critical Care, 2014; 20(4): 397 - 401.
10. FONTELA PS, et al. Barriers to early mobilization in the intensive care unit: a Brazilian multicenter study. Fisioterapia em Movimento, 2022; 35: e35102.
11. GORDON A, et al. Protocol fatigue and organizational barriers to sustainable early mobilization in the ICU. Journal of Intensive Care Implementation, 2025; 12(1): 102 - 115.
12. HERMANS G, VAN DEN BERGHE G. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. Critical Care, 2015; 19(1): 274.
13. HODGSON CL, et al. Early mobilization and recovery in dialysis-requiring acute kidney injury. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2013; 187(4): 341 - 343.
14. HODGSON CL, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. Critical Care, 2014; 18(6): 658.
15. HODGSON CL, et al. Early Active Mobilization during Mechanical Ventilation in the ICU. New England Journal of Medicine, 2022; 387(19): 1747 - 1758.
16. HOSEY MM, et al. Early mobilization and its association with post-intensive care syndrome (PICS). Critical Care Medicine, 2021; 49(12): 2011 - 2022.

17. JOLLEY SE, et al. Physical therapy utilization and mobility in a national sample of critically ill adults. Critical Care Medicine, 2017; 45(1): 115 - 124.
18. LATRONICO N, et al. Critical illness polyneuropathy and myopathy: a major cause of muscle weakness and paralysis. Lancet Neurology, 2011; 10(10): 931 - 941.
19. LIU K, et al. Impact of a structured education program on the safety culture of early mobilization in ICU. Nursing in Critical Care, 2024; 29(1): 45 - 54.
20. MARRA A, et al. The ABCDEF Bundle in Critical Care. Critical Care Clinics, 2017; 33(2): 225 - 243.
21. MENG L, et al. Early mobilization for the prevention of delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies, 2021; 114: 103831.
22. MORRIS PE, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. Critical Care Medicine, 2008; 36(8): 2238 - 2243.
23. NEEDHAM DM. Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular function and physical outcomes. JAMA, 2008; 300(14): 1685 - 1690.
24. PARRY SM, et al. Exercise rehabilitation following hospital discharge in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. Critical Care Medicine, 2018; 46(1): 124 - 132.
25. PATON M, et al. Mobilization of patients on ECMO and with morbid obesity: a scoping review of safety and barriers. Physical Therapy in Health Care, 2023; 40(2): 88 - 102.
26. PUN BT, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative. Critical Care Medicine, 2019; 47(1): 3 - 14.
27. RAWAL G, BAKHRU RN. Barriers to early mobilization in the critically ill: from evidence to implementation science. Current Opinion in Critical Care, 2024; 30(3): 215 - 222.
28. SAKURAMOTO H, et al. Implementation of the ABCDEF bundle and its impact on clinical outcomes in Brazilian ICUs. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2023; 35(2): 145 - 156.
29. SCHALLER SJ, et al. International clinical practice guidelines for early mobilization in the ICU: a formal consensus. Intensive Care Medicine, 2024; 50(1): 12 - 34.
30. SCHWEICKERT WD, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet, 2009; 373(9678): 1874 - 1882.
31. STILLER K. Safety issues that should be considered when mobilizing critically ill patients. Critical Care Clinics, 2007; 23(1): 35 - 53.
32. TIMPEL P, et al. Digital and Assistive Technologies to Support Early Mobilization in the ICU: A 2024 Scoping Review. Intensive Care Medicine Experimental, 2024; 12: 5.
33. TRUONG AD, et al. Bench-to-bedside review: mobilizing patients in the intensive care unit--from pathophysiology to clinical trials. Critical Care, 2009; 13(4): 216.
34. WANG Y, et al. Effectiveness of early mobilization on physical function and ICU-acquired weakness: an updated integrative review. Journal of Advanced Nursing, 2023; 79(8): 2810 - 2825.
35. WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, 2005; 52(5): 546 - 553.
36. ZHANG L, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. PLoS One, 2019; 14(10): e0223185.
37. ZANG K, et al. The effect of early mobilization on the duration of mechanical ventilation: a prospective observational study. Journal of Clinical Nursing, 2022; 31(5-6): 742 - 753.
38. ZHANG Y, et al. Human resource scarcity as a barrier to daily mobilization surveillance in the ICU. Australian Critical Care, 2024; 37(1): 88 - 96.