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

Rodas de conversa como estratégia de aprendizado sobre mobilização precoce entre fisioterapeutas hospitalares

Conversation wheels as a learning strategy on early mobilization among hospital physiotherapists

Ruedas de conversación como estrategia de aprendizaje sobre movilización temprana entre fisioterapeutas hospitalarios

Daiane dos Santos Purificação Santana[1], Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne[2], Ivana Cristina Vieira de Lima Maia[2].

RESUMO

Objetivo: Analisar a contribuição das rodas de conversa como estratégia de aprendizado sobre mobilização precoce entre fisioterapeutas atuantes em unidade hospitalar. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido com 12 fisioterapeutas em um hospital privado localizado em Fortaleza-Ceará. Utilizou-se de estratégia ativa e rodas de conversas, sendo realizados quatro encontros norteados por perguntas que estimulassem a troca de experiência das participantes. Os depoimentos foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin. Houve também a construção coletiva de um esboço do protocolo para a mobilização precoce de paciente cirúrgicos. **Resultados:** A partir da análise de conteúdo emergiram os seguintes núcleos: Barreiras e limitações para realizar a mobilização precoce; Ressignificando o conteúdo dos níveis de mobilidade. **Conclusão:** A roda de conversa foi referida pelos participantes como uma estratégia mediadora do debate de ideias e troca de experiências relacionadas ao processo de trabalho em saúde, permitindo-lhes refletir sobre situações vivenciadas no cotidiano do fisioterapeuta no que tange à mobilização precoce.

Palavras-chave: Deambulação precoce, Modalidades de fisioterapia, Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To analyze the contribution of conversation wheels as a learning strategy on early mobilization among physiotherapists working in hospital units. **Methods:** This is a qualitative, descriptive and exploratory study, developed with 12 physiotherapists in a private hospital located in Fortaleza-Ceará. It was used active strategy and conversation wheels, being held four meetings guided by questions that stimulate the exchange of experience of participants. The testimonials were analyzed through the content analysis proposed by Bardin. There was also the collective construction of a draft protocol for the early mobilization of surgical patients. **Results:** From the content analysis emerged the following nuclei: Barriers and limitations to carry out early mobilization; Resignifying the content of mobility levels. **Conclusion:** The conversation wheel was referred by participants as a mediating strategy of ideas debate and exchange of experiences related to the process of

[1] Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – CE.
[2] Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – CE.
[3] IMAC Assessoria Acadêmica, Fortaleza – CE.

SUBMETIDO EM: 11/2025 | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

work in health, allowing them to reflect on situations experienced in the daily life of the physiotherapist regarding early mobilization.

Keywords: Early ambulation, Physical therapy modalities, Qualitative research.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la contribución de las ruedas de conversación como estrategia de aprendizaje sobre movilización temprana entre fisioterapeutas que trabajan en unidades hospitalarias. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, desarrollado con 12 fisioterapeutas en un hospital privado ubicado en Fortaleza-Ceará. Se utilizó estrategia activa y ruedas de conversación, realizándose cuatro encuentros guiados por preguntas que estimularan el intercambio de experiencias de las participantes. Los testimonios fueron analizados a través del análisis de contenido propuesto por Bardin. Hubo también la construcción colectiva de un esbozo del protocolo para la movilización temprana de pacientes quirúrgicos. **Resultados:** Del análisis de contenido surgieron los siguientes núcleos: Barreras y limitaciones para realizar la movilización temprana; Ressignificando el contenido de los niveles de movilidad. **Conclusión:** La rueda de conversación fue referida por los participantes como una estrategia mediadora del debate de ideas e intercambio de experiencias relacionadas con el proceso de trabajo en salud, permitiéndoles reflexionar sobre situaciones vividas en el cotidiano del fisioterapeuta en lo que se refiere a la movilización temprana.

Palabras clave: Ambulación precoz, Modalidades de fisioterapia, Investigación cualitativa.

INTRODUÇÃO

A imobilidade prolongada de pacientes hospitalizados representa um desafio importante para a reabilitação funcional e a qualidade da assistência fisioterapêutica. Evidências apontam que pode ocorrer perda de até 40% da força muscular na primeira semana de imobilização (FAZZINI B, et al. 2023; MARTINS GS, et al., 2021).

Os efeitos relativos à imobilidade comprometem a capacidade funcional, prolongam o tempo de internação e aumentam o risco de complicações secundárias, como atelectasias, úlceras de pressão, tromboembolismo e hipotensão postural. Nesse contexto, a mobilização precoce destaca-se como estratégia terapêutica capaz de minimizar as repercussões deletérias do imobilismo e favorecer a recuperação motora e respiratória de pacientes internados (MOREIRA RCM, et al., 2025).

A mobilização precoce consiste em um conjunto de intervenções fisioterapêuticas graduais, baseadas em critérios de segurança, que podem ser aplicadas inclusive em pacientes criticamente enfermos, mesmo sob ventilação mecânica (MOREIRA RCM, et al., 2025; WANG L, et al., 2023). A sua aplicação está associada à melhora da força muscular, redução do tempo de ventilação mecânica e da permanência hospitalar (ZANG K, et al., 2020).

Contudo, apesar dos benefícios comprovados, a adesão ainda é limitada. Pesquisa nacional revelou diversas barreiras à mobilização precoce em UTI, como sedação profunda, falta de preparo da equipe multiprofissional, número insuficiente de profissionais, e aspectos organizacionais (DALOIA LMT, et al., 2021).

Tais dificuldades apontam para a necessidade de fortalecer processos de educação permanente em saúde, que promovam reflexão crítica e reorientação das práticas profissionais (TEODOSIO SSS, et al., 2025). Nesse cenário, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm se mostrado eficazes na promoção do conhecimento significativo e na mudança de cultura organizacional. Dentre elas, a roda de conversa se destaca como uma estratégia de caráter dialógico e participativo, que estimula a troca de experiências, a problematização do cotidiano e a construção coletiva de saberes voltados à melhoria do cuidado (SARRETA FO, et al., 2022).

Na área da fisioterapia hospitalar, o uso de estratégias participativas pode favorecer a integração multiprofissional e o fortalecimento da autonomia do fisioterapeuta frente à mobilização precoce. Assim,

compreender como os profissionais assimilam e ressignificam esse conhecimento por meio de metodologias ativas é essencial para o aprimoramento das práticas assistenciais. Diante da relevância da mobilização precoce para a recuperação funcional dos pacientes e da necessidade de estratégias que qualifiquem o aprendizado dos fisioterapeutas, este estudo teve como objetivo analisar a contribuição das rodas de conversa como estratégia de aprendizado sobre mobilização precoce de pacientes cirúrgicos entre fisioterapeutas atuantes em unidade hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, baseado no referencial da pesquisa-ação, realizado em um hospital particular de grande por localizado em Fortaleza-Ceará, o qual é referência em atendimento a pacientes de alta complexidade. Esse serviço dispõe de atendimento de urgência e emergência, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta, centro de imagens e laboratório. Possui um total de 305 leitos de internação.

Foram incluídos na amostra fisioterapeutas atuantes no setor de atendimento adulto com, no mínimo, dois anos de formação profissional e pelo menos um ano de experiência em unidades hospitalares voltadas ao atendimento de pacientes adultos, independentemente do gênero, desde que estivessem em pleno exercício de suas atividades laborais. Foram excluídos os participantes que não compareceram a, pelo menos, dois dos encontros previamente agendados.

A população do estudo foi composta por 52 fisioterapeutas que atuavam no atendimento a pacientes adultos. Utilizou-se a amostragem por conveniência e, após as recusas e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi constituída por 12 participantes.

Para recrutamento dos participantes houve primeiramente um convite de modo individual por meio eletrônico. Posteriormente, foi reforçado o convite de forma presencial pela equipe da Educação Continuada do hospital, pela gestora e pela pesquisadora.

Foram realizadas quatro rodas de conversa presenciais, com duração média de 90 minutos, conduzidas por uma pesquisadora facilitadora com experiência na temática. As discussões foram norteadas por perguntas disparadoras que estimularam a reflexão crítica e a troca de experiências. Os encontros foram gravados em áudio e transcritos integralmente.

No primeiro encontro enfatizou-se verificar o nível de conhecimento dos fisioterapeutas sobre mobilização precoce em ambiente hospitalar, por meio de perguntas norteadoras, sendo elas: a) O que é mobilização precoce para você?; b) Qual a diferença entre fisioterapia motora x mobilização precoce?; c) Vocês têm familiaridade com a mobilização precoce e seus níveis?; d) Qual a maior dificuldade para seu uso no dia-a-dia?; e) Qual perfil de paciente mais te desafia?; f) Quais pontos poderiam ser melhorados ou modificados nos atendimentos para otimizar seu tempo?

No segundo encontro o foco principal identificou-se o grau de conhecimento sobre os protocolos de mobilização precoce para ambiente hospitalar já existentes, permeados pelas perguntas: a) Quais instituições possuem protocolos de mobilização precoce?; b) Quantos níveis de mobilidade eles são divididos?; c) Quais pontos devem ser abordados em um protocolo de mobilização precoce?; d) Após análise dos protocolos existentes em mobilização precoce em ambiente hospitalar, qual pontos merecem uma atenção?; e) Quais pontos devem ser elencados para um protocolo de mobilização precoce de paciente de pós-operatório?

No terceiro encontro buscou-se descobrir o nível de conhecimento dos fisioterapeutas sobre os critérios para progressão da mobilização precoce, trabalhando conceitos necessários para o entendimento de cada contraindicação, por meio das perguntas: a) Quais parâmetros contraindicam o uso da mobilização em paciente pós-operatório?; b) Quais dados laboratoriais impossibilitam a progressão da mobilização precoce?; c) Quais critérios permitem a progressão da mobilização precoce em paciente pós-operatório?; d) Quais sinais clínicos sinalizam interrupção da mobilização precoce?; e) Quais pontos devem ser listados como critérios de alerta e/ou progressão nas condutas em um protocolo de mobilização precoce de pacientes pós-operatórios

em ambiente hospitalar até sua alta do hospital? No último encontro foi realizada a construção coletiva de um esboço do protocolo para a mobilização precoce de paciente cirúrgicos como produto técnico do estudo.

Ao final de cada encontro foram entregues material impresso com conteúdos pertencentes ao encontro seguinte, como mecanismo para ativar a reflexão e síntese de conteúdos para a discussão e troca de experiência no encontro seguinte. Surgiram questionamentos pessoais e coletivas que foram sempre trabalhados nos encontros seguintes para a apreensão das informações e construção do conhecimento acerta da mobilização precoce que trouxe subsídios para construção do protocolo assistencial.

Inicialmente foi preenchido um questionário diagnóstico elaborado pelas pesquisadoras, por meio de um formulário online (Google Forms) contendo 17 perguntas sobre o tema proposto e pontos para identificar o perfil dos participantes. Ao final dos quatro encontros, aplicou-se o questionário avaliativo de autoria das pesquisadoras sobre a estratégia da roda de conversa para verificar a eficácia e satisfação dos fisioterapeutas.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento/inferência (BARDIN L, 2011), sem a utilização de software de apoio. A codificação foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente, com posterior consenso, garantindo maior validade interpretativa. As categorias emergentes foram organizadas em dois núcleos temáticos: “Barreiras e limitações para realizar a mobilização precoce” e “Ressignificando o conteúdo dos níveis de mobilidade”.

O estudo atendeu aos princípios éticos da Resolução nº 466/2012, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 3.558.681, CAAE nº 17967019.1.0000.5534). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e suas identidades foram preservadas mediante codificação (E1 a E12).

RESULTADOS

As participantes eram todas do sexo feminino, em sua maioria das participantes com idade entre 35 e 42 anos (49,3%). A totalidade da formação ocorreu em instituição particular (100%), com mais da metade referindo ter acima de 10 anos de graduação (66,6%). Todas possuíam especialização, nas áreas de terapia intensiva (58,3%) e cardiorrespiratória (41,7%), sendo que 25% eram mestres. A maioria trabalhava somente na instituição investigada (66,7%), com carga horária de trabalho variando entre 24 e 30 horas (58,3%) semanais. Os setores de trabalho mais prevalentes nas outras instituições foram enfermaria clínica (33,3%) e Unidade de Terapia Intensiva Clínica (25%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização das fisioterapeutas quanto à formação e trabalho (n=12).

Variáveis		N	%
Idade	24 a 34	5	41,7%
	35 a 42	7	49,3%
Instituição de formação	Particular	12	100,0%
Tempo de formado(a)	2 a 5 anos	2	16,7%
	6 a 10 anos	2	16,7%
	Acima de 10 anos	8	66,6%
Possui especialização	Sim	12	100%
Área da especialização	Terapia intensiva	7	58,3%
	Cardiorespiratória	5	41,7%
Possui mestrado	Sim	3	25%
	Não	9	75%
Carga horária de trabalho semanal	24 a 30 h	7	58,3%
	Acima de 30h	5	41,7%
Local de trabalho	Somente instituição investigada	8	66,7%
	Outra	4	33,3%
Setor de trabalho na outra instituição	Enfermaria clínica	4	33,3%
	UTI clínica	3	25,0%
	Enfermaria cirúrgica	2	16,7%
	UTI cirúrgica	2	16,7%
	Não trabalho em outra instituição	1	8,3%

Fonte: Santana DSP, et al., 2026.

Quantos aos aspectos pedagógicos da formação e pós-formação, a metodologia mais presenciada na formação foi seminário (66,6%). Mais da metade (58,3%) referiu não ter experiência prévia com a estratégia roda de conversa. Um total de 75% das participantes mencionou estar realizando curso para agregar conhecimentos acerca de atualidades em fisioterapia hospitalar, em especial na modalidade a distância (33%). Quando questionadas sobre as estratégias que mais se identificam para melhorar o aprendizado, foram citadas os seminários presenciais (41,7%) e as videoaulas (41,7%) (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Caracterização das fisioterapeutas quanto aos aspectos pedagógicos da formação (n=12).

Variáveis		N	%
Metodologia presenciada na formação	Seminário	8	66,6%
	Seminários e palestra	1	8,3%
	Seminários e oficina	3	24,9%
Experiência prévia com a Roda de Conversa	Sim	5	41,7%
	Não	7	58,3%
Realização de curso para agregar conhecimentos acerca de atualidades em fisioterapia hospitalar	Sim	9	75,0%
	Não	3	25,0%
Tipo de curso	Curso a distância	4	33,3%
	Pós-graduação presencial	2	16,7%
	Curso de extensão acima de 40h	2	16,7%
	Não realiza	4	33,3%
Estratégia que mais se identifica para melhorar o aprendizado	Seminários presenciais	5	41,7%
	Videoaula	5	41,7%
	Escrita e leitura	2	16,6%

Fonte: Santana DSP, et al., 2026.

O **Quadro 1** apresenta as principais barreiras e limitações relatadas pelas fisioterapeutas para a realização da mobilização precoce. As falas evidenciam a percepção de que essa prática é responsabilidade exclusiva do fisioterapeuta, o que gera sobrecarga de trabalho e reduz a cooperação da equipe multiprofissional. Destacaram-se ainda a desinformação médica quanto às atribuições profissionais, a falta de autonomia do fisioterapeuta, falhas de comunicação entre os membros da equipe e a ausência de protocolos padronizados. Aspectos operacionais também foram mencionados, como o deslocamento dificultado do paciente, a presença de dispositivos invasivos e o medo dos pacientes em realizar os movimentos. Por fim, observaram-se dúvidas quanto ao número de repetições dos exercícios e às responsabilidades na mudança de decúbito, reforçando a necessidade de integração entre os profissionais e de protocolos institucionais que orientem a prática segura da mobilização precoce.

Quadro 1 - Núcleo "Barreiras e limitações para realizar a mobilização precoce".

Categorias	Depoimentos
Mobilização precoce como responsabilidade da equipe multiprofissional	*Não só a fisio que tira o paciente do leito, não só a fisio que senta o paciente, não só a fisio que bota o paciente em pé. É a equipe multiprofissional (E2).* *A questão de sentar o paciente no leito, somente elevar a cabeceira é a fisio. Então isso é uma coisa simples que não é feito pelos demais membros da equipe (E6).* *No caso de a mobilização levar para a poltrona não precisa ser somente a gente (E8).* *"A partir do momento que eles entendem a importância da mobilização precoce, porque até o momento não entra na cabeça deles, eles não vão aceitar bem e vão continuar achando que é um trabalho a mais a ser feito. Então essa mudança de cultura tende a fazer a equipe se unir." (E2)* *"[...] a equipe de enfermagem não ajuda desconectando e salinizando os acessos periféricos e centrais [...]." (E10)*
Desinformação do médico acerca das responsabilidades da equipe	*[...]dentro da UTI, o médico olha para você e diz: "Temos que tirar esse paciente do leito" ele olha para você fisioterapeuta, ele não fala para a equipe, ele procura o fisioterapeuta... (E2).* *[...]E nas unidades abertas eles (médicos) passam para as enfermeiras avisarem ao fisioterapeuta que o médico pediu para colocar "fulaninho" na cadeira (E8).* *[...] recebemos uma prescrição somente porque o paciente precisava ser estimulado a sair do leito para poltrona e a enfermeira pediu ao médico para ser prescrito para que a gente (fisioterapeutas) fizesse (E1).* *"Acha (o médico) que todos os pacientes conscientes devem fazer (a mobilização)." (E4)*
Falta de autonomia do fisioterapeuta	*"Tem médico que acha que somos submissos a eles e que só obedecemos às ordens, mas na verdade temos embasamento para ser compartilhado com os dele." (E2)* *"Então assim tem horas que não adianta o conhecimento e o trabalho em equipe se alguns médicos acham que mandam em tudo." (E4)* *"[...] não sabemos se o médico vai gostar ou não e sentimos que não temos a autonomia de escolher (se referindo às condutas a serem adotadas no tratamento do paciente) [...]" (E3)*
Barreiras de comunicação com a equipe	*[...] se a gente for chegar... primeiro... se a gente for juntar os técnicos de enfermagem e falar sobre isso (remoção do leito) o mundo se acaba (E6).* *"Não existe a cooperação da equipe da enfermagem. A equipe inadequada não percebe a necessidade da mobilização." (E8)* *"É importante mudar a cultura da equipe de enfermagem. Mostrar a elas como é importante e os efeitos benéficos que a mobilização precoce traz para todos." (E3)* *"[...] ela (a paciente) não quis movimentar porque a técnica de enfermagem disse que se ela perdesse o acesso novamente ela ia ser furada porque a fisioterapia que tem hábito de perder acesso." (E10)*
Sobrecarga dos fisioterapeutas	*Isso que acontece caracteriza sobrecarga para os fisioterapeutas por não ter uma equipe que pense junto na mobilização do paciente (E2).* *[...] O paciente dorme, cria uma lesão e não é retornado para o leito porque a fisioterapeuta que tem a obrigação.* *[...] Não conseguimos ter tempo para incrementar nos atendimentos porque ficamos tensas com os pacientes que tiramos do leito (E9).*

Categorias	Depoimentos
	"Como podemos conseguir fazer tudo isso e ainda ter tempo de olhar exames, fazer os cálculos, mobilizar cada membro e ainda fazer as manobras respiratórias. Realmente não conseguimos!" (E11) *"Porque além de toda a motora, ainda tem a parte respiratória e precisamos voltar em alguns pacientes. Tem o deslocamento para pegar equipamento que falta, mas os gestores só contam quanto tempo se gasta para cada paciente." (E10)*
Deslocamento do paciente	*"[...] o deslocamento do paciente pelo setor. Elas (as técnicas de enfermagem) devem ficar espalhadas com os carrinhos pelo corredor [...] isso atrapalha a funcionalidade do paciente e o desenvolvimento durante o atendimento." (E10)* *"[...] Ainda tem os carros da nutrição, o carro da limpeza e elas (as técnicas de enfermagem) não se organizam para que o corredor fique livre para os pacientes." (E6* *)"[...] nós temos que andar arrastando o pedestal onde fica o soro que dificulta o deslocamento e aumenta o risco de os pacientes caírem porque ou a gente segura o paciente ou o pedestal."*
Dispositivos	*"Entre elas estão os dispositivos, sendo eles: sondas, cateteres, equipe inadequada, ou as pessoas que não aceitam bem o protocolo." (E2)* *"Os dispositivos acesso central e periférica é uma barreira principalmente, porque você fica receoso em mobilizar um paciente e perder aquele acesso..." (E2)* *"Até eu já fico com medo, porque quando o paciente diz que estar doendo (o membro com dispositivo) eu mesma já fico pensando que foi minha culpa. Difícil viu." (E10)*
Medo do paciente em relação à mobilização	*"O paciente fica com medo da gente perder acesso e ela ter que passar pela dor de ser furada novamente." (E9)* *"Eles (os pacientes) pelo medo se recusam a fazer os movimentos." (E2)* *"Tinha uma paciente que não queria que mobilizasse as pernas porque ela tinha um cateter na femoral [...] ela já dizia que o cateter dela já estava tão ruim que ela não queria que fosse mexido [...]" (E9)*
Número de repetições dos movimentos passivos	*"eu acreditava que quando a gente estiver fazendo mobilização passiva a gente não estar fazendo nada[..] tem efeitos benéficos com os pacientes no nível 1." (E2)* *"E em torno de 5 repetições (se referindo aos movimentos realizados no paciente) já trazem um efeito significativo para o paciente." (E6)* *"Ele fala que a partir de 5 repetições já tem efeitos, mas pode ser entre 5 a 10 repetições." (E3)* *"Tem um estudo aqui que começou com 5 repetições e ele tinha uma equipe que era formado por fisioterapeuta, enfermeiro e técnico de enfermagem." (E10)*
Responsabilidades em relação à mudança de decúbito	*"Foi removido do protocolo o tempo e mudança de decúbito e a junção das tarefas dos demais profissionais que não fossem fisioterapeutas." (E1)* *"Claro que os fisioterapeutas têm participação na mudança de decúbito e devemos orientar o posicionamento funcional quando necessário." (E7)* *"A saída da mudança de decúbito de 2 em 2 horas dos protocolos mais recentes." (E1)* *"Porque no estudo do MORRIS podia ser feito a mudança de decúbito ou pelo fisioterapeuta, ou pelo técnico de enfermagem ou pela enfermeira que faria a mudança de decúbito de 2 em 2 horas, e isso já diminui a sobrecarga na gente." (E6)*

Fonte: Santana DSP, et al., 2026.

O **Quadro 2** apresenta as reflexões das fisioterapeutas acerca da ressignificação dos níveis de mobilidade, evidenciando o aprofundamento do entendimento sobre os critérios e parâmetros que orientam a progressão da mobilização precoce. As participantes revisitaram conceitos relacionados à avaliação do nível de consciência, destacando a importância da aplicação correta dos comandos verbais e da diferenciação entre respostas reflexas e respostas voluntárias. Nos níveis subsequentes, observaram-se definições mais claras sobre os exercícios resistidos, o uso de escalas de força muscular e o posicionamento adequado do paciente durante a sedestação. As falas também enfatizaram aspectos práticos dos níveis 3, 4 e 5, com destaque para o uso de recursos como o cicloergômetro, o apoio dos pés e o controle de tronco, fundamentais para a segurança e estabilidade durante o treino funcional. Por fim, as experiências relatadas nos níveis mais avançados ressaltaram a necessidade de instrumentos de avaliação da resistência e da marcha, visando maior segurança, confiança e efetividade no processo de reabilitação.

Quadro 2 - Núcleo "Ressignificando o conteúdo dos níveis de mobilidade".

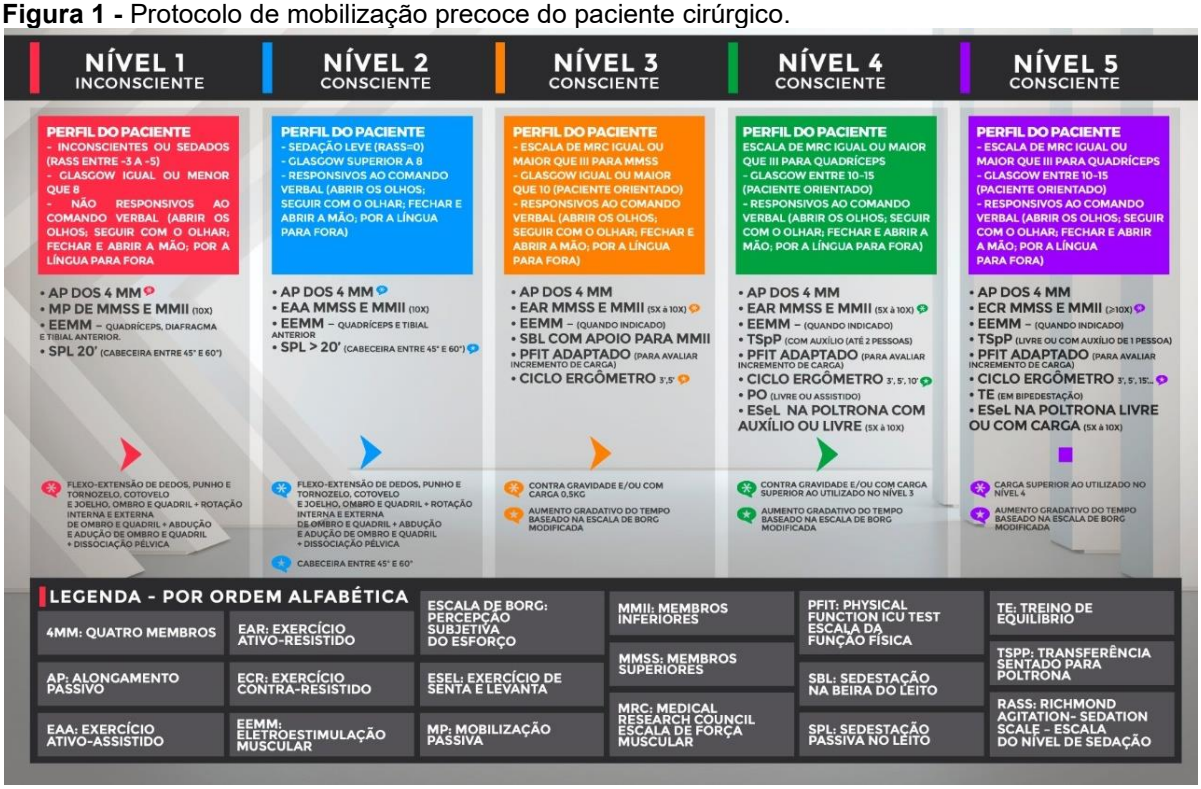
Categorias	Depoimentos
Retomando o conteúdo da avaliação do nível de consciência	"Tem 5 perguntinhas que identificam se eles estão compreendendo os comandos no protocolo de MORRIS." (E2) "Mas nesse comando de apertar a mão pode ser um reflexo palmar aumentado e acabar sendo um viés." (E6) "É nesse reflexo (palmar) que as famílias se apegam acreditando que o paciente estar respondendo." (E1) "Solicitar para fechar e depois pedir para abrir a mão." (E3) "Apertar 3x a mão ao invés de 1x." (E2).
Definições apresentadas do protocolo nível 2	"No nível 2 é tudo do nível 1 associado com exercícios resistidos." (E2) "Utilizam a escala de MRC para graduar." (E6) "O paciente senta no leito com cabeceira elevada 60º." (E3)
Resgatando o conteúdo do protocolo nível 3	"Esse nível é marcado pela sedestação na beira do leito, o aparecimento do ciclo ergômetro." (E1) "Apoiando os pés na escadinha o paciente melhora a estabilização do tronco." (E3) "Quando a gente senta o paciente na beira do leito podemos ver que o tronco fica oscilando [...] Porque temos o problema das alturas da cama [...] Com o apoio do pé podemos enfatizar o treinamento de controle de tronco e membros superiores." (E2) "Nós usamos muitas vezes a cadeirinha porque os leitos são altos e as escadinhas são baixas demais." (E7)
Experiências de aplicação do protocolo nível 4 e 5	"O problema é que muitas vezes nós testamos e o paciente tem força, mas quando a gente vai executar a caminhada o paciente não tem resistência." (E1) "Porque já aconteceu de uma paciente consegui realizar os movimentos contra gravidade e na caminhada depois de uma certa distância cair." (E10) "Se tivesse uma escala de cadência de marcha saberíamos a resistência do paciente. Seria uma segurança para mim e para o paciente." (E6) "Uma escala dessa poderia prevenir que o tratamento do paciente regrida. Porque muitos pacientes quando ocorre algum problema como fraqueza na marcha, ele fica abalado psicologicamente e se recusa a evoluir nas condutas. E se nós formos com cautela na avaliação podemos ganhar mais confiança dos pacientes e evoluir com segurança." (E3)

Fonte: Santana DSP, et al., 2026.

Todas as participantes se sentiram satisfeitas em participar das rodas de conversa e consideraram que a estratégia contribuiu para o aprendizado significativo. Um total de 80% das fisioterapeutas referiu se sentir capaz de compartilhar os conhecimentos adquiridos nos encontros. A proposta das rodas de conversa sobre mobilização precoce foi avaliada como ótima por 100% das participantes. Um total de 90% classificou como ótima a maneira/forma/metodologia adotada na condução das rodas de conversa e 70% consideraram como ótima a duração dos encontros. Mais da metade (60%) das participantes avaliou como muito bom o material impresso disponibilizado nos encontros e a metade referiu como muito boa a frequência de realização das rodas de conversa.

Ao término dos encontros e a sintetização de cada temática envolvida nas rodas de conversas, estimulou-se a construção coletiva de uma tecnologia que norteasse as condutas por meio dos conhecimentos adquiridos pelas participantes. O protocolo assistencial foi cuidadosamente transcrito pelas pesquisadoras conforme as observações escritas pelas fisioterapeutas (**Figura 1**).

Figura 1 - Protocolo de mobilização precoce do paciente cirúrgico.



Fonte: Santana DSP, et al., 2026.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que, embora as fisioterapeutas reconheçam os benefícios da mobilização precoce, a compreensão inicial do conceito ainda se mostrava restrita à retirada do paciente do leito e à realização de movimentos pontuais. Essa percepção reducionista é semelhante à identificada em estudos anteriores, que apontam a falta de clareza conceitual como barreira para a aplicação sistematizada da mobilização precoce (DALOIA LMT, et al., 2021). As rodas de conversa favoreceram a ampliação desse entendimento, possibilitando às participantes ressignificar essa técnica como um conjunto progressivo de intervenções fisioterapêuticas graduais, orientadas por critérios de segurança e direcionadas à restauração da funcionalidade e à autonomia do paciente (MOREIRA RCM, et al., 2025; ZANG K, et al., 2020).

Ao revisitarem os níveis de mobilidade e os critérios clínicos para progressão, as participantes demonstraram maior apropriação dos fundamentos técnicos e científicos que sustentam o planejamento terapêutico da mobilização precoce. Essa ressignificação dos saberes traduz um aprendizado significativo, em que a reflexão crítica sobre a prática leva à reconstrução de conceitos e à incorporação de novos referenciais de atuação profissional. A vivência dialógica nas rodas de conversa permitiu que o conhecimento, construído na experiência cotidiana, fosse articulado ao conhecimento científico, favorecendo a integração entre teoria e prática, elemento central na formação de profissionais reflexivos (SARRETA FO, et al., 2022).

As falas das participantes revelaram também a persistência de barreiras estruturais e culturais para a efetivação da mobilização precoce, como a sobrecarga de trabalho, a falta de cooperação da equipe multiprofissional, a ausência de protocolos institucionais e a limitação de recursos materiais. Tais obstáculos têm sido amplamente relatados na literatura, sendo considerados entraves importantes para a adesão à mobilização precoce (DALOIA LMT, et al., 2021; MENDES FS, et al., 2024).

Evidencia-se que culturas organizacionais hierarquizadas e centradas em práticas individuais favorecem a manutenção de rotinas pouco colaborativas, dificultando a implementação de cuidados seguros e baseados em evidências (MOR LBM et al., 2024). Da mesma forma, falhas de comunicação, indefinição de papéis e baixa integração entre equipes aumentam o risco de eventos adversos, especialmente em práticas que exigem coordenação, como a mobilização precoce. Além disso, equipes com baixa coesão e percepção desigual de responsabilidades tendem a apresentar menor adesão a protocolos clínicos e maior variabilidade assistencial (PRIETO MMN, et al., 2021).

Nesse sentido, as barreiras relatadas pelas fisioterapeutas demonstram dificuldades operacionais e desafios estruturais inerentes à cultura hospitalar, reforçando a necessidade de fortalecer processos de educação permanente, comunicação interprofissional e cultura de segurança para viabilizar práticas colaborativas e efetivas na mobilização precoce. Assim, a superação dessas barreiras requer além da capacitação técnica, a transformação das relações interpessoais e organizacionais no ambiente hospitalar.

No presente estudo, os participantes destacaram a importância da integração multiprofissional no cuidado com a mobilização precoce. Evidencia-se que a implementação de protocolos de mobilização precoce em pacientes cirúrgicos exige coordenação entre diferentes profissionais da UTI, com definição conjunta de níveis de atividade, critérios de segurança e metas funcionais. Uma pesquisa com o objetivo de criar protocolo de mobilização para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca demonstrou que programas estruturados de mobilização precoce, conduzidos por equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, enfermagem, terapeutas respiratórios e ocupacionais), reduzem o tempo para início da mobilização fora do leito e melhoram a independência funcional na alta da UTI (JACOB P, et al., 2021).

Nesse sentido, as rodas de conversa mostraram-se um dispositivo potente de educação permanente em saúde, ao possibilitarem a troca de experiências, a problematização das práticas e a construção coletiva de soluções para o cotidiano assistencial. A metodologia favoreceu o diálogo horizontal e a valorização das experiências prévias das participantes, promovendo reflexão crítica e fortalecimento de vínculos profissionais.

Esses resultados convergem com a literatura, que destaca a roda de conversa como estratégia formativa de caráter dialógico e participativo, capaz de integrar diferentes saberes e ressignificar práticas de cuidado. Destaca-se ainda seu papel para a aprendizagem significativa e para mediar mudanças na cultura organizacional, favorecendo o desenvolvimento de competências colaborativas (SARRETA FO, et al., 2022; TEODOSIO SSS, et al., 2025).

A satisfação expressa pelas fisioterapeutas quanto à estratégia adotada evidencia a efetividade da roda de conversa como ferramenta pedagógica. O entusiasmo das participantes em ampliar o número de encontros e envolver outros profissionais aponta para o reconhecimento de que a prática reflexiva compartilhada é essencial à consolidação de uma cultura institucional voltada à segurança e à mobilidade do paciente (SILVA VB, et al., 2021).

No entanto, o fato de parte das participantes ainda se sentir apenas parcialmente capaz de compartilhar os conhecimentos adquiridos sugere a necessidade de combinar a roda de conversa com outras metodologias ativas, como oficinas práticas, simulações clínicas e estudos de caso, a fim de potencializar a aprendizagem e a aplicação dos conteúdos na rotina hospitalar (MARQUEZ LV, et al., 2022).

Um estudo de revisão integrativa mostrou que a roda de conversa possibilita a criação de um ambiente de aprendizagem que valoriza o protagonismo dos trabalhadores, propiciando a reflexão teórico-prática e a problematização dos temas geradores, originados da experiência de vida dos participantes, oportunizando a o empoderamento dos sujeitos e o fortalecimento das ações de promoção à saúde. Dessa forma, a aplicação das rodas de conversa na educação permanente em saúde possibilita um aprofundamento crítico-reflexivo que culmina no processo de conscientização e autonomia para discernimento nas tomadas de decisões (ROZAL JF, et al., 2023).

À luz das teorias de aprendizagem significativa, os resultados do presente estudo apontam que as rodas de conversa funcionaram como um dispositivo privilegiado para que as fisioterapeutas articulassem seus

conhecimentos prévios sobre mobilização precoce com novos conteúdos clínicos e científicos, favorecendo a organização de significados, conforme propõe Ausubel ao enfatizar a ancoragem do novo saber na estrutura cognitiva pré-existente (FARIAS GB, 2022). A dinâmica dialógica e problematizadora observada nos encontros aproxima-se da pedagogia freireana, na qual o diálogo horizontal, a leitura crítica da realidade e a problematização do trabalho em saúde produzem consciência crítica e deslocam o profissional da condição de mero executor para a de sujeito histórico de sua prática (CRUZ PJSC, et al., 2024).

Ressalta-se ainda que as rodas de conversa se mostraram um recurso efetivo para fortalecer a adesão ao protocolo de mobilização precoce e favorecer mudanças de comportamento profissional, pois permitiram que as fisioterapeutas discutissem dúvidas, identificassem barreiras e construíssem consensos sobre critérios de segurança e níveis de mobilidade. Esse processo dialogado promoveu alinhamento de condutas e maior segurança para aplicar o protocolo no cotidiano. Esse resultado converge com a literatura, a qual demonstra que encontros coletivos, como rodas de conversa e Círculos de Cultura, favorecem a apropriação de protocolos e a reorganização das práticas assistenciais, resultando em maior incorporação de diretrizes institucionais (ROZAL JF, et al., 2023). Além disso, evidencia-se que as intervenções educativas participativas melhoram significativamente a adesão de equipes a protocolos de segurança e padronização de cuidados (FARIAS GB, et al., 2022).

As rodas de conversa realizadas neste estudo dialogam diretamente com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que orienta processos formativos baseados na problematização do trabalho e na aprendizagem significativa no próprio contexto de prática. No âmbito do Sistema Único de Saúde, a política recomenda metodologias dialógicas e coletivas como espaços privilegiados para refletir sobre o cuidado e reorganizar processos assistenciais, o que se alinha ao modo como as fisioterapeutas, nos encontros, revisitaram conceitos, ressignificaram níveis de mobilidade e elaboraram conjuntamente o protocolo de mobilização precoce (JESUS JM e RODRIGUES W, 2022).

A construção coletiva do protocolo assistencial neste estudo foi diretamente favorecida pela troca de experiências entre as fisioterapeutas, que revisitaram conceitos, esclareceram dúvidas práticas e confrontaram diferentes formas de conduzir a mobilização precoce no cotidiano hospitalar. As rodas de conversa permitiram que conhecimentos como manejo de dispositivos, critérios de progressão e estratégias para envolver a equipe multiprofissional fossem articulados às evidências científicas discutidas nos encontros, resultando em um protocolo mais aplicável e alinhado às necessidades do serviço.

Experiências semelhantes são descritas na literatura, demonstrando que processos participativos de educação permanente, baseados em diálogo e problematização, fortalecem a apropriação de práticas seguras e facilitam a estruturação de protocolos clínicos sensíveis ao contexto de trabalho (ROZAL JF, et al., 2023; SILVA VB, et al., 2021). Além disso, hospitais que adotaram protocolos de mobilização precoce em uma UTI cardiotorácica desenvolvidos com participação multiprofissional apresentaram maior adesão às recomendações, menor tempo para iniciar mobilização fora do leito e melhor recuperação funcional dos pacientes (JACOB P, et al., 2021).

Os resultados deste estudo, reafirmam que o fortalecimento da mobilização precoce depende não apenas de protocolos e treinamentos técnicos, mas também da consolidação de espaços coletivos de diálogo e reflexão sobre o processo de trabalho. As rodas de conversa mostraram-se eficazes em despertar o senso de corresponsabilidade e cooperação entre as fisioterapeutas, ressignificando suas práticas e promovendo a autonomia profissional.

Apresenta-se como limitação deste estudo o número reduzido de participantes, provenientes de uma única instituição privada, o que restringe a possibilidade de generalização dos achados. A ausência de outras categorias profissionais nas rodas de conversa também pode ter limitado a amplitude das discussões sobre o caráter multiprofissional da mobilização precoce. Além disso, a realização da coleta de dados em ambiente institucional pode ter influenciado as falas em função de vínculos hierárquicos. Reconhece-se, ainda, a natureza interpretativa inerente aos estudos qualitativos, dependente da subjetividade das pesquisadoras na análise e categorização dos dados.

CONCLUSÃO

A análise dos depoimentos evidenciou fragilidades importantes na assistência à mobilização precoce de pacientes cirúrgicos, especialmente relacionadas ao desconhecimento do papel da equipe multiprofissional, à comunicação insuficiente, à sobrecarga de trabalho, à limitada autonomia profissional e à ausência de protocolos padronizados. Somam-se a esses desafios fatores inerentes ao paciente, como medo, restrições funcionais e dispositivos invasivos, que dificultam a mobilidade. Em contraste, as rodas de conversa mostraram-se uma estratégia potente de educação permanente, favorecendo reflexão crítica, ressignificação de conceitos, fortalecimento do trabalho colaborativo e ampliação do conhecimento técnico-científico. A integração dessa metodologia com abordagens ativas promoveu aprendizado significativo e alta satisfação das participantes, reforçando sua relevância para qualificar a atuação fisioterapêutica e estimular práticas mais seguras, integradas e efetivas no ambiente hospitalar.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais participantes do estudo.

REFERÊNCIAS

1. BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. Disponível em: https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.
2. CRUZ PJSC, et al. O legado de Paulo Freire e as perspectivas para a Saúde Coletiva. Ciênc saúde coletiva. 2024; 29(6):e03252024.
3. FARIAS GB. Contributos da aprendizagem significativa de David Ausubel para o desenvolvimento da Competência em Informação. Perspect ciênc inf [Internet]. 2022Apr;27(2):58–76.
4. FAZZINI B, et al. The rate and assessment of muscle wasting during critical illness: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2023 Jan 3;27(1):2.
5. JACOB P, et al. Multidisciplinary, early mobility approach to enhance functional independence in patients admitted to a cardiothoracic intensive care unit: a quality improvement programme. BMJ Open Quality. 2021;10(3):e001256.
6. DALOIA LMT, et al. Barreiras e facilitadores da mobilização precoce na unidade de terapia intensiva pediátrica: revisão sistemática. Fisioterapia e Pesquisa, 2021; 28(3): 299–307.
7. JACOB P, et al. Multidisciplinary, early mobility approach to enhance functional independence in patients admitted to a cardiothoracic intensive care unit: a quality improvement programme. BMJ Open Qual. 2021;10(3):e001256.
8. JESUS JM, RODRIGUES W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Trab educ saúde. 2022;20:e001312201.
9. MARQUEZ LV, et al. Rodas de conversa remotas: ensino-aprendizagem e vivência da promoção da saúde na pandemia da Covid-19. Revista Brasileira de Educação Médica, 2022; 46(1): e053.
10. MARTINS GS, et al. Analysis of functional status and muscle strength in adults and older adults in an intensive care unit: a prospective cohort study. Ciência & Saúde Coletiva, 2021 Jul; 26(7): 2899-910.
11. MENDES, FS et al. Percepções multiprofissionais e barreiras à mobilização precoce na terapia intensiva: um estudo em um hospital universitário. Revista Pesquisa em Fisioterapia, 2024; 14: e5448.
12. MOREIRA RCM, et al. O impacto de um protocolo de mobilização precoce, viável e de baixo custo em pacientes críticos: comparação com a fisioterapia convencional. Fisioterapia e Pesquisa. 2025; 32(cont): e24006024pt–e24006024pt.
13. MOR LBM, et al. Clima de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão integrativa. Rev Epidemiol Control Infect. 2024;14(1):1–16.
14. PRIETO MMN, et al. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. Rev Bras Enferm. 2021;74(6):e20201315.
15. ROZAI JF, et al. Círculo de Cultura e educação permanente para transformação da prática profissional: uma revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva. 2023;28(11):3215–3229.
16. SARRETA F de O, et al. A construção da interdisciplinaridade na saúde: a experiência das rodas de conversas na pandemia. Saúde em Debate. 2022; 46(spe6): 207–16.
17. SILVA VB da, et al. Educação permanente na prática da enfermagem: integração entre ensino e serviço. Cogitare Enfermagem. 2021; 26.
18. ZANG K, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. Nurs Crit Care. 2020;25(6):360–367.
19. TEODOSIO SS-C da S, et al. Implantação e desenvolvimento dos núcleos de educação: a percepção dos coordenadores. Saúde e Sociedade. 2023; 32(suppl 2).
20. WANG L, et al. The effects of early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis. Front Med (Lausanne). 2023;10:1202754.