

**ATUAÇÃO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL NO
MANEJO DA
ANALGOSEDAÇÃO EM
PACIENTES CRÍTICOS:
ASSOCIAÇÃO COM A
PREVENÇÃO DA FRAQUEZA
ADQUIRIDA NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

**MULTIPROFESSIONAL TEAM PERFORMANCE IN THE MANAGEMENT OF
ANALGOSEDATION IN CRITICALLY ILL PATIENTS: ASSOCIATION WITH THE
PREVENTION OF INTENSIVE CARE UNIT-ACQUIRED WEAKNESS**

Ciências da Saúde • 24/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792641845](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792641845)

Sylmara Leticia Aguiar Costa¹

Carina Luzyan Nascimento Faturi²

Caroline Paraboni Camargo³

Juliana Lopes de Freitas⁴

Ana Eliselma Furtado Silva⁵

Maria Gleice Carneiro Teixeira Volpi⁶

Danielly Louise Machado Queiroz Barroso⁷

Francisco Antonio Bezerra Nobre⁸

Fernanda Guimarães Costa⁹

Mara Lúcia Drey Oliveira¹⁰

Leandro da Silva Ribeiro¹¹

Lucas Faustino Barbosa¹²

RESUMO

A analgosedação constitui componente central do cuidado ao paciente crítico, especialmente durante a ventilação mecânica, porém sua condução inadequada pode favorecer imobilidade, delirium, prolongamento da ventilação e perda funcional. Este trabalho analisa a atuação da equipe multiprofissional no manejo da analgosedação e sua associação com estratégias de prevenção da fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, construída a partir das 12 referências científicas indicadas para o estudo, com síntese temática dos achados relacionados à profundidade da sedação, escolha e titulação de fármacos, monitoramento, mobilização precoce, reabilitação e trabalho interprofissional. A literatura selecionada sustenta a preferência por estratégias individualizadas, analgesia antes da sedação quando apropriado, metas de sedação superficial sempre que clinicamente possível e integração entre avaliação diária, despertar, mobilização e reabilitação. Evidências também apontam que a fraqueza adquirida é multifatorial e se relaciona à gravidade da doença, sepse, falência orgânica, imobilidade e exposição a determinadas intervenções. A atuação coordenada de médicos, enfermagem, fisioterapia, farmácia e demais profissionais favorece a identificação de riscos, a tomada de decisão compartilhada e a continuidade das medidas preventivas. Conclui-se que o manejo da analgosedação não deve ser compreendido como atividade isolada, mas como parte de um processo multiprofissional orientado para conforto, segurança, menor exposição à sedação profunda e preservação funcional.

Palavras-chave: Analgosedação; Unidade de terapia intensiva; Fraqueza adquirida na UTI; Mobilização precoce; Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Analgesia and sedation are central components of care for critically ill patients, particularly during mechanical ventilation; however, inappropriate management may contribute to immobility, delirium, prolonged ventilation and functional loss. This study analyzes multiprofessional team performance in the management of analgo-sedation and its association with strategies for preventing intensive care unit-acquired weakness. This is a narrative literature review based on the 12 scientific references selected for the study, with thematic synthesis of findings concerning sedation depth, drug selection and titration, monitoring, early mobilization, rehabilitation and interprofessional teamwork. The selected literature supports individualized strategies, analgesia-first approaches when appropriate, light sedation whenever clinically feasible, and integration of daily assessment, awakening, mobilization and rehabilitation. Evidence also indicates that intensive care unit-acquired weakness is multifactorial and is associated with illness severity, sepsis, organ failure, immobility and exposure to selected critical care interventions. Coordinated action by physicians, nurses, physiotherapists, pharmacists and other professionals facilitates risk identification, shared decision-making and continuity of preventive measures. It is concluded that analgo-sedation management should not be understood as an isolated activity, but as part of a multiprofessional process focused on comfort, safety, reduced exposure to deep sedation and preservation of functional capacity.

Keywords: Analgo-sedation; Intensive care unit; ICU-acquired weakness; Early mobilization; Multiprofessional team.

1. INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) concentra pacientes com elevada instabilidade clínica e necessidade de intervenções contínuas, entre elas ventilação mecânica, suporte hemodinâmico, analgesia, sedação e monitorização avançada. Nesse contexto, a analgosedação deve buscar o equilíbrio entre conforto, tolerância aos dispositivos, segurança clínica e possibilidade de participação do paciente no cuidado. Boncyk et al. (2024) destacam a evolução das estratégias de manejo para abordagens que priorizam a analgesia, a manutenção de sedação leve sempre que possível, o uso de fármacos tituláveis e a redução da exposição desnecessária aos agentes sedativos.

Embora a sedação seja frequentemente necessária no paciente crítico, sua profundidade não deve exceder aquela requerida pela condição clínica. Souza-Dantas et al. (2022), em inquérito realizado com médicos intensivistas brasileiros, identificaram utilização frequente de escalas estruturadas para avaliação da sedação, mas também evidenciaram lacunas relacionadas ao monitoramento, à implementação de protocolos e à realização de interrupções diárias da sedação. Esses achados demonstram que a qualidade da analgosedação depende não apenas da escolha do medicamento, mas também da organização dos processos assistenciais e da adoção de práticas sistematizadas de monitoramento.

A fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva (ICU-AW) constitui uma importante complicação associada à doença crítica. Chen e Huang (2024) descrevem sua relação com fatores como gravidade da doença, sepse, falência de órgãos, imobilização e ventilação mecânica, além de repercussões como aumento da duração da ventilação mecânica e do tempo de permanência hospitalar. Fuentes-Aspe et al. (2024) reforçam o caráter multifatorial

da síndrome ao identificarem diferentes fatores de risco, incluindo elementos modificáveis e não modificáveis, o que evidencia a complexidade de sua prevenção.

A relação entre sedação e preservação funcional ocorre, principalmente, porque níveis mais profundos de sedação podem reduzir a capacidade de interação do paciente e dificultar sua participação em estratégias de mobilização e reabilitação. Hiser et al. (2025) defendem a integração precoce da reabilitação ao cuidado crítico, considerando a preservação da capacidade funcional como componente essencial da recuperação. Entretanto, o ensaio TEAM demonstrou que uma estratégia de mobilização mais intensiva, associada à minimização da sedação, não proporcionou melhora no desfecho primário de dias vivos e fora do hospital em 180 dias. Esse resultado evidencia que a intensidade da mobilização deve ser individualizada e conduzida com critérios de segurança, considerando as condições clínicas de cada paciente (TEAM Study Investigators; ANZICS Clinical Trials Group, 2022).

A organização do trabalho também exerce influência sobre a implementação das medidas preventivas. Shiota et al. (2025) observaram aumento da mobilização após a implementação de rounds multidisciplinares, sugerindo que a comunicação estruturada pode facilitar a incorporação dessas práticas à rotina assistencial. De forma semelhante, Wang et al. (2024) identificaram que a colaboração entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas é influenciada por fatores organizacionais. Dessa maneira, o manejo da analgosedação deve estar articulado ao planejamento da mobilidade e da reabilitação, evitando que essas intervenções sejam conduzidas de forma isolada.

A escolha do agente sedativo também deve considerar a profundidade de sedação pretendida e os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada paciente. Wang et al. (2024) verificaram que os resultados associados ao uso da dexmedetomidina, em comparação com o propofol, variaram de acordo com a profundidade da sedação. Esse achado reforça que o medicamento não deve ser analisado de forma isolada, uma vez que a estratégia terapêutica, o alvo de sedação e a resposta individual do paciente são elementos determinantes para os resultados clínicos.

Quando a participação ativa do paciente não é possível, modalidades complementares de preservação muscular podem ser consideradas. Miyagishima et al. (2024) avaliaram o uso da estimulação elétrica neuromuscular durante a sedação profunda em pacientes com COVID-19 e síndrome do desconforto respiratório agudo, observando associação com menor ocorrência de ICU-AW e maior independência funcional na alta. Esses resultados, entretanto, devem ser interpretados considerando as características da população estudada e compreendidos como uma estratégia complementar, e não como substituta universal da mobilização convencional.

Yang et al. (2022) e Fuentes-Aspe et al. (2024) reforçam que a prevenção da ICU-AW não deve ser direcionada a um único fator de risco. O controle adequado da doença crítica, a redução da imobilidade, a revisão das exposições terapêuticas, a avaliação do estado nutricional e a implementação de estratégias de reabilitação devem ser integrados ao plano de cuidado. Nesse contexto, a equipe multiprofissional precisa reconhecer que alguns fatores de risco são potencialmente modificáveis, enquanto outros estão diretamente relacionados à gravidade e às características clínicas do paciente.

Diante desse cenário, este trabalho justifica-se pela necessidade de integrar o manejo farmacológico da analgosedação às estratégias de preservação da função neuromuscular e de recuperação funcional do paciente crítico. A pergunta norteadora deste estudo é: de que maneira a atuação multiprofissional no manejo da analgosedação pode contribuir para a prevenção da fraqueza adquirida em pacientes críticos? O objetivo geral é analisar a atuação da equipe multiprofissional no manejo da analgosedação e sua associação com medidas preventivas da ICU-AW. Especificamente, busca-se discutir a influência da profundidade da sedação, os principais fatores de risco para a fraqueza adquirida, as estratégias de mobilização e reabilitação e a importância da organização do trabalho multiprofissional nesse contexto.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Analgosedação no Paciente Crítico

A analgosedação é uma estratégia na qual a dor é avaliada e tratada como componente prioritário, antes ou concomitantemente à sedação, buscando evitar que o desconforto seja controlado exclusivamente pelo aprofundamento do nível de sedação. Boncyk et al. (2024) descrevem uma abordagem contemporânea baseada na priorização da analgesia, na manutenção de sedação leve sempre que possível e na utilização de agentes com perfil farmacológico passível de titulação.

Em pacientes submetidos à ventilação mecânica, a meta de sedação deve ser individualizada e definida de acordo com as características clínicas de cada paciente. O nível adequado de sedação depende da doença de base, do tipo de suporte

ventilatório, da realização de procedimentos, do risco de autoextubação, da necessidade de controle da agitação e de outras condições clínicas específicas. Souza-Dantas et al. (2022) demonstraram que, embora a utilização de escalas de avaliação seja frequente, a interrupção diária da sedação e o monitoramento sistemático ainda apresentam lacunas na prática clínica.

A avaliação multiprofissional permite confrontar a meta de sedação registrada com a condição clínica observada. A equipe de enfermagem realiza o acompanhamento contínuo da dor, do nível de consciência e da resposta às intervenções; a equipe médica reavalia a indicação, a profundidade da sedação e a necessidade de ajustes terapêuticos; a fisioterapia avalia os impactos sobre a mobilidade e a função respiratória; e a farmácia pode contribuir para a análise das doses, interações medicamentosas e possíveis efeitos adversos. Essa integração favorece decisões compartilhadas e reduz o risco de condutas fragmentadas (Boncyk et al., 2024; Souza-Dantas et al., 2022).

2.2. Profundidade da Sedação, Imobilidade e Recuperação

A profundidade da sedação influencia diretamente a possibilidade de despertar, interação com a equipe e participação do paciente nas estratégias de reabilitação. Boncyk et al. (2024) associam estratégias de sedação leve a maior possibilidade de interação, despertar e mobilização. Entretanto, a sedação profunda pode ser clinicamente necessária em determinados contextos, como em situações específicas de insuficiência respiratória grave, agitação importante ou necessidade de procedimentos, devendo sua indicação ser continuamente reavaliada conforme a evolução clínica.

No inquérito brasileiro, Souza-Dantas et al. (2022) observaram que a sedação profunda foi mais frequente durante a pandemia e que muitos profissionais reconheciam sua associação com desfechos funcionais e cognitivos desfavoráveis. O estudo também evidenciou barreiras relacionadas à disponibilidade de profissionais e à implementação efetiva de protocolos assistenciais, demonstrando que a qualidade da sedação depende não apenas da decisão farmacológica, mas também da organização do serviço.

A relação entre sedação, imobilidade e fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva (ICU-AW) é multifatorial. Chen e Huang (2024), Yang et al. (2022) e Fuentes-Aspe et al. (2024) demonstram que imobilidade, gravidade da doença, sepse e diferentes exposições terapêuticas podem coexistir e contribuir para o comprometimento neuromuscular. Portanto, a redução da sedação, embora seja uma estratégia importante, não substitui outras medidas preventivas, como mobilização precoce, suporte nutricional adequado e reabilitação individualizada.

2.3. Fraqueza Adquirida na Unidade de Terapia Intensiva

A fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva (ICU-AW) corresponde a uma condição caracterizada pelo desenvolvimento de fraqueza neuromuscular no contexto da doença crítica. Chen e Huang (2024) descrevem um padrão geralmente sistêmico e simétrico, que pode comprometer tanto os membros quanto a musculatura respiratória. Sua origem pode estar relacionada à ocorrência de miopatia, neuropatia ou à combinação de ambas, em associação com diferentes fatores presentes durante a internação.

Fuentes-Aspe et al. (2024) identificaram 24 fatores de risco em 18 revisões sistemáticas. Idade avançada, sexo feminino e falência de múltiplos órgãos foram associados de maneira mais consistente à ocorrência de ICU-AW, enquanto os resultados relacionados ao uso de bloqueadores neuromusculares, hiperglicemia e corticosteroides apresentaram divergências entre os estudos. Esses achados demonstram que a etiologia da fraqueza adquirida é complexa e multifatorial, não sendo adequada a atribuição do desfecho a um único fator de risco.

Yang et al. (2022) também demonstraram a presença de múltiplos fatores associados ao desenvolvimento de fraqueza em pacientes críticos. Na prática clínica, esses achados reforçam a necessidade de identificar precocemente os pacientes em risco, realizar acompanhamento funcional sistemático, registrar alterações na força e na capacidade de mobilização e iniciar medidas preventivas assim que as condições clínicas permitirem.

Hiser et al. (2025) destacam que as repercussões funcionais da doença crítica podem persistir mesmo após a alta da unidade de terapia intensiva, comprometendo a capacidade funcional e a recuperação do paciente. Dessa forma, a prevenção da ICU-AW não deve ser compreendida apenas como uma estratégia destinada à redução do tempo de ventilação mecânica ou da permanência na UTI, mas como parte integrante de uma abordagem voltada à recuperação global e à qualidade de vida do paciente após a doença crítica.

2.4. Mobilização Precoce e Reabilitação

A mobilização precoce constitui uma das principais estratégias para reduzir os efeitos do desuso muscular e preservar a capacidade funcional durante a internação na unidade de terapia intensiva. Wang et al. (2023), em revisão sistemática e metanálise, identificaram redução da permanência na UTI e da duração da ventilação mecânica em determinadas comparações entre estratégias de mobilização, embora não tenham demonstrado redução consistente da mortalidade.

O estudo TEAM acrescenta um importante ressalva em relação à intensificação da mobilização. A mobilização intensificada, associada à minimização da sedação, não aumentou o número de dias vivos e fora do hospital em 180 dias. Dessa forma, os achados reforçam que a mobilização deve ser realizada de maneira segura, progressiva e individualizada, não devendo ser interpretada simplesmente como uma intervenção cuja maior intensidade produzirá necessariamente melhores resultados (TEAM Study Investigators; ANZICS Clinical Trials Group, 2022).

Hiser et al. (2025) defendem uma progressão funcional que pode incluir movimentos passivos, exercícios no leito, sedestação, ortostatismo e marcha, conforme a segurança e a capacidade clínica do paciente. O plano de reabilitação deve ser adaptado à força muscular, ao nível de consciência, à estabilidade respiratória e hemodinâmica e à resposta apresentada durante cada intervenção.

Shiota et al. (2025) demonstraram que a realização de rounds multidisciplinares esteve associada ao aumento da mobilização precoce e à redução do tempo até o início da fisioterapia. Esse resultado evidencia que a organização do trabalho e a comunicação entre os profissionais são determinantes para transformar

recomendações assistenciais em práticas efetivamente incorporadas à rotina da UTI.

2.5. Trabalho Multiprofissional

O manejo da analgosedação exige integração multiprofissional, uma vez que as decisões relacionadas ao controle da dor, à profundidade da sedação, à ventilação mecânica e à mobilidade são interdependentes. Wang et al. (2024), ao investigarem a colaboração multiprofissional em 27 hospitais, demonstraram que características organizacionais podem influenciar a cooperação entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

A realização de rounds multidisciplinares favorece a comunicação, o compartilhamento de informações e a tomada de decisão conjunta. Shiota et al. (2025) identificaram associação entre a realização desses rounds e o aumento da mobilização precoce. No contexto da analgosedação, a discussão diária pode contribuir para a definição da meta de sedação, avaliação da possibilidade de redução dos sedativos, estabelecimento de critérios para despertar e elaboração de um plano funcional individualizado.

Souza-Dantas et al. (2022) indicaram que a existência de protocolos, a disponibilidade e a proporção adequada de profissionais e a discussão compartilhada das metas assistenciais são elementos relevantes para a implementação das boas práticas de sedação. Assim, o trabalho em equipe deve ser sustentado por processos institucionais bem definidos, educação permanente, comunicação efetiva e registros clínicos claros e acessíveis aos diferentes profissionais envolvidos no cuidado.

2.6. Estratégias Farmacológicas

Boncyk et al. (2024) ressaltam que a escolha do agente sedativo deve considerar o conforto do paciente, a possibilidade de titulação, o perfil de efeitos adversos e o objetivo de manter o menor nível de sedação compatível com a segurança clínica. Nesse contexto, o tratamento adequado da dor assume papel central, contribuindo para evitar que o desconforto seja interpretado exclusivamente como necessidade de maior sedação.

Wang et al. (2024) demonstraram que a relação entre o uso de dexmedetomidina e os desfechos clínicos pode variar de acordo com a profundidade da sedação. Em pacientes mantidos sob sedação leve, observou-se associação com menor duração da ventilação mecânica e menor permanência hospitalar; entretanto, em situações de sedação profunda, os resultados foram menos favoráveis. Esses achados reforçam que a profundidade da sedação constitui uma variável fundamental na avaliação dos efeitos das estratégias farmacológicas.

Souza-Dantas et al. (2022) identificaram a persistência do uso de midazolam e limitações na realização da interrupção diária da sedação. Esse cenário demonstra que a mudança das práticas assistenciais depende de fatores que ultrapassam a simples prescrição medicamentosa, envolvendo capacitação profissional, disponibilidade dos medicamentos, protocolos institucionais, monitoramento das metas e fortalecimento de uma cultura de segurança.

Miyagishima et al. (2024) demonstram que, em pacientes profundamente sedados e impossibilitados de realizar mobilização ativa, a estimulação elétrica neuromuscular (NMES) pode constituir uma alternativa complementar para promover estímulo muscular.

Entretanto, essa estratégia não substitui a mobilização convencional quando esta é possível e deve ser utilizada de acordo com a indicação clínica, as condições individuais do paciente e os objetivos estabelecidos pela equipe multiprofissional.

2.7. Segurança, Comunicação e Protocolos

Os protocolos assistenciais desempenham papel fundamental na transformação das evidências científicas em ações padronizadas e reproduzíveis no ambiente da terapia intensiva. Entretanto, a existência de protocolos, por si só, não garante sua adesão pela equipe. Souza-Dantas et al. (2022) evidenciam a existência de discrepâncias entre o conhecimento dos profissionais e a prática assistencial, o que reforça a necessidade de estratégias permanentes de capacitação, supervisão e auditoria. Nesse contexto, a educação permanente deve ser compreendida como um componente estruturante da qualidade do cuidado, favorecendo a atualização dos profissionais e a incorporação efetiva das recomendações relacionadas ao manejo da analgesia, sedação e mobilização precoce.

A mobilização de pacientes críticos deve ser conduzida de maneira individualizada e baseada em critérios clínicos e funcionais de segurança. Wang et al. (2023) identificaram aumento de eventos adversos em determinada comparação entre estratégias de mobilização, indicando que a progressão das atividades não deve ocorrer de forma indiscriminada. Dessa maneira, a avaliação do estado clínico, do nível de consciência, da estabilidade hemodinâmica e respiratória e da capacidade funcional deve preceder cada etapa do processo. A adoção de critérios objetivos

permite equilibrar os benefícios potenciais da mobilização com os riscos relacionados à condição clínica do paciente.

Hiser et al. (2025) reforçam a importância da avaliação funcional e dos parâmetros de segurança antes da progressão das atividades, contribuindo para uma abordagem mais individualizada e baseada nas condições apresentadas pelo paciente. Essa avaliação deve ser dinâmica, uma vez que o estado clínico do indivíduo internado em terapia intensiva pode sofrer alterações significativas ao longo do dia. Shiota et al. (2025), por sua vez, demonstram que a discussão e a tomada de decisão multiprofissional podem favorecer a execução do processo de mobilização. A integração entre diferentes categorias profissionais possibilita compartilhar informações clínicas, estabelecer metas realistas e identificar precocemente situações que possam contraindicar ou modificar determinada intervenção.

A comunicação entre os diferentes turnos e profissionais também constitui elemento essencial para a continuidade do cuidado. Informações referentes à meta de sedação, resposta ao tratamento analgésico, nível de consciência, tolerância às intervenções, possibilidade de mobilização e plano terapêutico devem ser registradas e compartilhadas de maneira clara. Wang et al. (2024) apontam que a colaboração entre profissionais e a organização do trabalho estão associadas à prática de mobilização, evidenciando que a qualidade da assistência não depende exclusivamente da competência individual, mas também das condições organizacionais em que o cuidado é desenvolvido.

Além disso, a integração entre analgesia, sedação, mobilização e reabilitação deve ser compreendida como um processo contínuo, e não como intervenções isoladas. A utilização de metas assistenciais

compartilhadas pode favorecer decisões mais coerentes entre os membros da equipe e reduzir a ocorrência de condutas fragmentadas. Nesse sentido, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e demais profissionais envolvidos no cuidado devem atuar de forma articulada, considerando simultaneamente o controle da dor, o nível adequado de sedação, a segurança clínica e a possibilidade de mobilização. Essa abordagem pode contribuir para reduzir fatores potencialmente associados à imobilidade prolongada e à fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva.

Por fim, a implementação efetiva dessas estratégias exige acompanhamento sistemático dos resultados e revisão periódica das práticas adotadas. Indicadores relacionados à profundidade da sedação, ao controle da dor, à ocorrência de eventos adversos, à realização de mobilização e à evolução funcional podem auxiliar a equipe na identificação de fragilidades e oportunidades de melhoria. Conforme sintetizado no Quadro 1, o manejo adequado da analgosedação envolve a avaliação da dor, a definição de metas individualizadas de sedação, o monitoramento contínuo, a mobilização progressiva e a tomada de decisão compartilhada. O Quadro 2 apresenta os principais fatores associados à fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva, evidenciando a necessidade de estratégias preventivas direcionadas tanto aos fatores potencialmente modificáveis quanto às condições relacionadas à própria gravidade da doença crítica. Por sua vez, o Quadro 3 sintetiza as contribuições das diferentes categorias profissionais e destaca a importância da integração entre medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia e nutrição para a construção de um plano assistencial articulado. Assim, a atuação multiprofissional, associada à educação permanente, à comunicação estruturada e ao monitoramento dos indicadores, pode fortalecer a aplicação das

evidências na prática clínica e favorecer um cuidado mais seguro, individualizado e orientado à recuperação funcional do paciente crítico.

Quadro 1. Elementos centrais do manejo da analgosedação e relação com a função

Elemento	Aplicação	Relação com ICU-AW
Dor	Avaliação e tratamento antes de aprofundar sedação quando apropriado.	Reduz necessidade de sedação excessiva (Boncyk et al., 2024).
Meta de sedação	Definição e reavaliação individualizada.	Favorece despertar e mobilização (Boncyk et al., 2024; Wang et al., 2024).
Monitoramento	Escalas e avaliação clínica seriada.	Identifica desvio da meta (Souza-Dantas et al., 2022).
Mobilização	Progressão conforme segurança.	Reduz consequências do desuso (Wang et al., 2023; Hiser et al., 2025).
Round	Decisão conjunta sobre sedação e função.	Aumenta execução de mobilização (Shiota et al., 2025; Wang et al., 2024).

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Boncyk et al. (2024), Souza-Dantas et al. (2022), Wang et al. (2023), Wang et al. (2024), Hiser et al. (2025) e Shiota et al. (2025).

Quadro 2. Fatores associados à fraqueza adquirida

Categoria	Exemplos	Implicação
-----------	----------	------------

Não modificáveis	Idade, sexo, gravidade, falência de múltiplos órgãos.	Intensificar vigilância (Fuentes-Aspe et al., 2024; Yang et al., 2022).
Doença crítica	Sepse, inflamação, insuficiência respiratória.	Prevenção precoce (Chen; Huang, 2024).
Imobilidade	Restrição ao leito e baixa atividade.	Mobilização progressiva (Hiser et al., 2025).
Exposições	Bloqueadores neuromusculares, corticosteroides e outras.	Avaliar indicação e contexto (Fuentes-Aspe et al., 2024).
Sedação	Profundidade excessiva ou sem meta atualizada.	Reavaliar diariamente (Boncyk et al., 2024; Souza-Dantas et al., 2022).

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Chen e Huang (2024), Fuentes-Aspe et al. (2024), Yang et al. (2022), Hiser et al. (2025), Boncyk et al. (2024) e Souza-Dantas et al. (2022).

Quadro 3. Participação da equipe multiprofissional

Área	Contribuição	Integração
Medicina	Indicação, metas, estabilidade e revisão.	Compartilhar plano diário (Boncyk et al., 2024).
Enfermagem	Monitoramento contínuo, segurança e administração.	Comunicar resposta e desvios (Souza-Dantas et al., 2022).
Fisioterapia	Avaliação respiratória, motora e mobilização.	Alinhar mobilidade e sedação (Hiser et al., 2025).
Farmácia	Doses, interações e efeitos adversos.	Apoiar racionalização farmacológica (Boncyk et al., 2024).

Nutrição	Adequação do suporte nutricional.	Integrar à preservação funcional (Chen; Huang, 2024).
-----------------	-----------------------------------	---

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Boncyk et al. (2024), Souza-Dantas et al. (2022), Hiser et al. (2025), Chen e Huang (2024), Wang et al. (2024) e Shiota et al. (2025).

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, tendo como corpus de análise as 12 referências científicas indicadas no material de origem. A escolha desse delineamento permitiu integrar diferentes desenhos de estudo, sem atribuir ao trabalho características de uma busca sistemática que não foi previamente documentada. Foram consideradas publicações compreendidas entre 2022 e 2025, relacionadas aos temas analgesia, sedação, fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva (ICU-AW), mobilização, reabilitação e atuação multiprofissional.

A análise foi organizada em cinco eixos temáticos: princípios da analgesia e da sedação; profundidade da sedação; fatores associados à fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva; mobilização e reabilitação; e organização do trabalho multiprofissional. Os achados foram analisados e comparados de forma temática, considerando as particularidades metodológicas dos diferentes estudos incluídos, tais como revisões, metanálises, inquéritos, estudos observacionais, estudos de coorte e ensaios clínicos.

Não foram realizadas coletas de dados primários, análises de prontuários ou entrevistas. As conclusões foram elaboradas

exclusivamente a partir da síntese crítica das referências selecionadas. Dessa forma, o presente estudo não teve como objetivo produzir novas estimativas de efeito, mas sistematizar e discutir criticamente as evidências científicas já publicadas sobre a relação entre o manejo da analgosedação, a prevenção da fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva e a atuação da equipe multiprofissional. A caracterização das 12 referências selecionadas, incluindo seus respectivos desenhos de estudo, focos de investigação e principais contribuições para a temática, encontra-se apresentada no **Quadro 4**, permitindo visualizar a diversidade metodológica e a complementaridade das evidências utilizadas na construção desta revisão narrativa.

Quadro 4. Síntese das 12 referências selecionadas

Referência	Desenho/foco	Contribuição
Boncyk et al. (2024)	Revisão clínica	Manejo da dor e sedação.
TEAM Study Investigators; ANZICS Clinical Trials Group (2022)	Ensaio clínico	Mobilização intensificada e sedação.
Fuentes-Aspe et al. (2024)	Overview de revisões	Fatores de risco para-ICU-AW.
Hiser et al. (2025)	Revisão clínica	ICU-AW e reabilitação.
Wang et al. (2024)	Coorte ponderada	Dexmedetomidina versus propofol.
Chen; Huang (2024)	Revisão	Fatores, mecanismos e tratamento da ICU-AW.
Miyagishima et al. (2024)	Estudo clínico	NMES durante sedação profunda.

Souza-Dantas et al. (2022)	Inquérito brasileiro	Práticas de sedação superficial.
Shiota et al. (2025)	Estudo observacional	Rounds e mobilização.
Wang et al. (2023)	Revisão/metanálise	Efeitos da mobilização precoce.
Wang et al. (2024)	Inquérito multicêntrico	Trabalho multiprofissional.
Yang et al. (2022)	Revisão/metanálise	Fatores de risco para-ICU-AW.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Boncyk et al. (2024), TEAM Study Investigators e ANZICS Clinical Trials Group (2022), Fuentes-Aspe et al. (2024), Hiser et al. (2025), Wang et al. (2024a), Chen e Huang (2024), Miyagishima et al. (2024), Souza-Dantas et al. (2022), Shiota et al. (2025), Wang et al. (2023), Wang et al. (2024b) e Yang et al. (2022).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

A síntese das referências mostra convergência em torno de um princípio: analgosedação e preservação funcional devem ser planejadas conjuntamente. Boncyk et al. (2024) colocam a analgesia e a sedação dentro de uma estratégia centrada em metas, enquanto Hiser et al. (2025) inserem a reabilitação na trajetória funcional do paciente. Shiota et al. (2025) demonstram que a organização do trabalho influencia a mobilização. Esses achados indicam que o manejo do paciente crítico não deve considerar a sedação como uma intervenção isolada, mas como parte de um conjunto de medidas destinadas a garantir conforto, segurança e recuperação. A definição de metas individualizadas permite que a equipe avalie

continuamente se o nível de sedação utilizado permanece compatível com a condição clínica e com os objetivos funcionais estabelecidos. Dessa forma, a analgo-sedação passa a ser compreendida como uma intervenção dinâmica, que precisa ser ajustada conforme a evolução do quadro clínico e a possibilidade de participação do paciente no processo de recuperação.

A profundidade da sedação é uma variável central. Wang et al. (2024a) encontraram resultados diferentes para a dexmedetomidina segundo a profundidade da sedação, enquanto Souza-Dantas et al. (2022) mostraram a persistência da sedação profunda e a realização limitada da interrupção diária. A pergunta assistencial deve ser: qual é a meta, qual é a profundidade atual e ainda existe indicação para mantê-la? Essa avaliação é particularmente importante porque a necessidade de sedação pode mudar ao longo da internação. Um paciente que inicialmente necessita de sedação mais profunda em razão de instabilidade clínica, ventilação mecânica ou procedimentos invasivos pode, posteriormente, apresentar condições para redução gradual da sedação. Assim, a manutenção automática de uma mesma estratégia pode prolongar a exposição aos sedativos e limitar oportunidades de despertar, interação e mobilização. A avaliação frequente da indicação, da intensidade da sedação e da resposta clínica torna-se, portanto, uma etapa essencial do cuidado.

A prevenção da ICU-AW é transversal. Chen e Huang (2024), Yang et al. (2022) e Fuentes-Aspe et al. (2024) sustentam sua origem multifatorial. Assim, não é adequado atribuir toda a fraqueza à sedação. A equipe precisa atuar simultaneamente sobre a doença crítica, a imobilidade, as exposições terapêuticas e a recuperação funcional. A própria complexidade do paciente internado em UTI

exige uma abordagem que considere a interação entre fatores clínicos e organizacionais. Gravidade da doença, sepse, falência orgânica, imobilidade prolongada e intervenções terapêuticas podem contribuir para a perda de força e capacidade funcional. Por isso, a prevenção deve começar precocemente e permanecer presente durante toda a trajetória do paciente na unidade, sendo adaptada à estabilidade clínica e à capacidade funcional apresentada em cada momento.

Os estudos de mobilização apresentam resultados positivos em alguns desfechos, mas não em todos. Wang et al. (2023) encontrou redução do tempo de permanência na UTI e da duração da ventilação mecânica em determinadas comparações, enquanto o TEAM não demonstrou benefício no desfecho primário de dias vivos e fora do hospital. Isso mostra que o sucesso deve ser avaliado também por função, força, independência e recuperação. A ausência de benefício em determinado desfecho clínico não significa que a mobilização não possua importância no cuidado, mas reforça a necessidade de utilizar indicadores múltiplos para avaliar sua efetividade. A recuperação funcional pode ocorrer de maneira diferente entre os pacientes e não necessariamente ser capturada por desfechos exclusivamente relacionados à mortalidade ou ao tempo de internação. Nesse sentido, força muscular, capacidade de realizar atividades, nível de independência e progressão da mobilidade devem integrar a avaliação da qualidade assistencial.

A integração entre sedação e fisioterapia é essencial. Hiser et al. (2025) propõem progressão conforme a segurança, e Miyagishima et al. (2024) demonstram o potencial da estimulação elétrica neuromuscular (NMES) em pacientes profundamente sedados. Quando o paciente consegue participar, a atividade ativa deve ser

valorizada; quando não consegue, estratégias de manutenção muscular podem ser consideradas, conforme indicação. Essa perspectiva demonstra que a impossibilidade temporária de participação ativa não deve significar ausência completa de estratégias voltadas à preservação funcional. A escolha da intervenção deve considerar o nível de consciência, a estabilidade hemodinâmica e respiratória, a presença de dispositivos invasivos e a resposta individual. Dessa maneira, a fisioterapia pode atuar em diferentes níveis de progressão, desde estratégias passivas e de manutenção muscular até atividades mais complexas, conforme a evolução do paciente.

A enfermagem possui posição estratégica por acompanhar continuamente o paciente. Pode identificar alterações de dor, consciência, agitação, tolerância ao posicionamento e resposta à redução da sedação. Souza-Dantas et al. (2022) também apontam que a proporção profissional-paciente e a existência de protocolos podem interferir na qualidade do cuidado. Nesse contexto, a enfermagem ocupa posição privilegiada para integrar informações provenientes da avaliação clínica e comunicar alterações aos demais integrantes da equipe. A observação contínua permite identificar mudanças que podem indicar necessidade de ajuste da analgesia, sedação ou mobilização. Além disso, o registro sistemático das avaliações contribui para a continuidade do cuidado e permite que diferentes profissionais acompanhem a evolução do paciente. Dessa forma, a atuação da enfermagem ultrapassa a execução de intervenções e envolve também monitoramento, comunicação, planejamento e participação ativa nas decisões multiprofissionais.

O trabalho multiprofissional reduz a fragmentação. Wang et al. (2024b) mostram a importância da colaboração, e Shiota et al. (2025)

demonstram que rounds multidisciplinares aumentam a execução da mobilização. A reunião diária precisa produzir decisões concretas sobre a meta de sedação, o despertar, a mobilidade e a reavaliação. A comunicação entre os profissionais permite integrar diferentes perspectivas e reduzir situações em que uma intervenção planejada por determinado profissional seja limitada pela ausência de alinhamento com os demais. Dessa forma, o round deve funcionar como espaço para estabelecer objetivos compartilhados, definir responsabilidades e acompanhar a evolução do paciente. A discussão sobre sedação e mobilização precisa estar incorporada à rotina assistencial, evitando que essas questões sejam tratadas apenas quando surgem complicações ou dificuldades.

Um fluxo assistencial possível é: identificar o risco de ICU-AW; definir a meta de analgesia e sedação; discutir a elegibilidade para redução da sedação e mobilização; executar a intervenção com monitoramento; registrar a resposta; e atualizar o plano. Esse fluxo é uma proposta derivada da literatura e deve ser adaptado aos protocolos locais. A utilização de uma sequência organizada permite transformar evidências científicas em ações concretas e repetíveis, sem desconsiderar a individualidade clínica. A cada etapa, a equipe deve avaliar se o paciente permanece elegível para determinada intervenção e se houve alguma alteração que justifique a manutenção, progressão ou interrupção da conduta. O processo deve ser dinâmico e permitir que as decisões sejam revistas diariamente, evitando tanto a realização de intervenções sem indicação quanto a perda de oportunidades terapêuticas.

Indicadores de qualidade podem incluir a proporção de pacientes com meta de sedação registrada, avaliações seriadas de dor e sedação, elegibilidade para redução diária, tempo até a avaliação

fisioterapêutica, mobilização precoce, eventos adversos e realização de rounds. Souza-Dantas et al. (2022) e Shiota et al. (2025) sustentam a necessidade de avaliar os processos, e não apenas os resultados finais. A utilização desses indicadores pode auxiliar a gestão da UTI na identificação de lacunas assistenciais e na avaliação da adesão às estratégias estabelecidas. Além disso, indicadores de processo podem fornecer respostas mais rápidas do que aqueles relacionados exclusivamente aos desfechos finais, permitindo intervenções corretivas durante a própria implementação das mudanças. O acompanhamento periódico desses dados também pode favorecer a educação permanente, pois possibilita identificar necessidades específicas de capacitação e discutir os resultados com a equipe.

Os desafios incluem a necessidade de sedação profunda em situações específicas, a heterogeneidade de recursos, a sobrecarga de profissionais e as diferenças de cultura institucional. Boncyk et al. (2024) reforçam a necessidade de individualização; Wang et al. (2024a; 2024b) demonstram a influência de aspectos clínicos e organizacionais; e Fuentes-Aspe et al. (2024) lembram que alguns fatores de risco apresentam evidências conflitantes. Portanto, não é adequado estabelecer uma estratégia única para todos os pacientes. A conduta deve considerar as características clínicas, os objetivos terapêuticos, os recursos disponíveis e os riscos associados a cada intervenção. Em algumas situações, a sedação profunda será necessária para garantir segurança e adequação do tratamento, enquanto em outras a redução progressiva poderá ser priorizada para favorecer o despertar e a recuperação funcional. A individualização deve ser acompanhada de reavaliação frequente, evitando que uma decisão inicialmente apropriada seja mantida quando as condições clínicas já tiverem se modificado.

Outro aspecto relevante identificado na literatura é a necessidade de individualizar continuamente a relação entre conforto, sedação e recuperação funcional. Em pacientes críticos, a analgesia adequada não deve ser confundida com manutenção de níveis elevados de sedação, uma vez que o controle da dor e a redução da exposição desnecessária a sedativos constituem objetivos distintos, embora complementares. Boncyk et al. (2024) destacam a importância de estratégias baseadas em metas, nas quais a equipe estabelece parâmetros assistenciais de acordo com a condição clínica e acompanha a resposta ao longo do tempo. Nesse contexto, a avaliação seriada torna-se fundamental, pois a necessidade de sedação pode se modificar rapidamente durante a evolução da doença crítica. Um paciente que inicialmente necessita de maior profundidade sedativa em razão de instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica complexa ou procedimentos invasivos pode posteriormente apresentar condições para redução gradual da sedação. Dessa forma, manter a mesma estratégia por inércia pode representar uma oportunidade perdida de despertar, interação, mobilização e recuperação funcional. A tomada de decisão deve, portanto, considerar diariamente a indicação atual da sedação, a presença de dor, o nível de consciência, a estabilidade clínica e a possibilidade de avançar para níveis maiores de participação do paciente.

A relação entre sedação prolongada, imobilidade e perda funcional também evidencia que a prevenção da ICU-AW precisa ser compreendida como um processo contínuo, iniciado ainda durante a fase aguda da internação. Chen e Huang (2024), Yang et al. (2022) e Fuentes-Aspe et al. (2024) apontam para a natureza multifatorial da fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva, envolvendo gravidade da doença, resposta inflamatória, disfunções orgânicas,

sepse, imobilidade, exposição a medicamentos e outros fatores relacionados ao próprio processo de hospitalização. Dessa maneira, uma estratégia preventiva não deve depender de uma única intervenção, mas reunir diferentes medidas capazes de reduzir a exposição aos fatores modificáveis e favorecer a recuperação. A avaliação funcional, o posicionamento adequado, a mobilização progressiva, o controle da dor, a adequação da sedação e a participação da fisioterapia devem ser articulados de acordo com a capacidade clínica de cada paciente. Essa perspectiva é particularmente importante porque a recuperação não termina com a alta da UTI, podendo repercutir sobre a independência para atividades diárias, força muscular, capacidade funcional e qualidade de vida após a hospitalização. Assim, quanto mais precocemente a equipe reconhecer os riscos e estabelecer estratégias preventivas, maiores são as possibilidades de incorporar a recuperação funcional como parte efetiva do cuidado crítico.

A atuação da equipe multiprofissional também precisa ser compreendida como elemento estruturante para que as intervenções não ocorram de maneira isolada. A definição da meta de sedação, por exemplo, deve estar relacionada à avaliação clínica realizada pela equipe médica e de enfermagem, enquanto a progressão da mobilidade exige participação ativa da fisioterapia e integração com os demais profissionais envolvidos no cuidado. Shiota et al. (2025) demonstram que a organização dos rounds multidisciplinares pode favorecer a execução da mobilização, enquanto Wang et al. (2024b) reforçam a relevância da colaboração entre profissionais. Essa integração permite que informações produzidas em diferentes momentos do cuidado sejam transformadas em decisões compartilhadas. Na prática, não basta que o fisioterapeuta identifique a possibilidade de mobilização se a

equipe não estiver alinhada quanto à estabilidade clínica ou à meta de sedação; da mesma forma, uma redução da sedação pode não produzir benefício funcional se não houver planejamento para estimular a participação e a mobilidade do paciente. A comunicação entre os profissionais, portanto, deve ser objetiva e orientada para metas, permitindo discutir diariamente se o paciente está confortável, se a sedação permanece indicada, se existe possibilidade de despertar, qual nível de mobilização é seguro e quais medidas precisam ser ajustadas diante da resposta apresentada.

Além disso, os resultados permitem compreender que a qualidade do cuidado relacionado à analgosedação e à prevenção da ICU-AW depende não apenas da existência de recomendações, mas também da capacidade institucional de transformá-las em práticas sistemáticas. A presença de protocolos, instrumentos de avaliação, registros padronizados, indicadores e processos de educação permanente pode contribuir para reduzir a variabilidade da assistência e favorecer a continuidade das condutas entre os diferentes turnos e profissionais. Souza-Dantas et al. (2022) evidenciam que aspectos relacionados à organização do trabalho podem interferir na implementação de estratégias de cuidado, enquanto Shiota et al. (2025) demonstram a influência da estrutura multiprofissional sobre a mobilização. Nesse sentido, a gestão da UTI possui papel importante na criação de condições para que a equipe consiga executar as intervenções planejadas, incluindo dimensionamento adequado, disponibilidade de profissionais, organização dos rounds, acesso aos protocolos e acompanhamento dos indicadores. O monitoramento sistemático também possibilita identificar pontos de fragilidade, como baixa frequência de avaliação da dor e sedação, reduzida adesão à mobilização ou dificuldade na

documentação das metas assistenciais. Dessa forma, a prevenção da fraqueza adquirida deixa de ser uma ação individual e passa a constituir uma estratégia institucional de segurança e qualidade, na qual cada profissional contribui para uma linha de cuidado orientada à preservação funcional e à recuperação do paciente crítico.

A educação permanente deve acompanhar os protocolos. O treinamento isolado pode não modificar as práticas se o processo de trabalho permanecer desorganizado. A combinação de capacitação, metas compartilhadas, rounds, registros e feedback tende a criar um ambiente mais favorável à implementação das recomendações. Nesse sentido, a capacitação deve contemplar não apenas aspectos técnicos relacionados à avaliação da dor, sedação e mobilização, mas também a compreensão dos objetivos assistenciais e da importância da atuação integrada. A equipe precisa reconhecer que a prevenção da ICU-AW não corresponde exclusivamente à responsabilidade da fisioterapia ou da enfermagem, mas constitui um objetivo multiprofissional. A educação permanente pode utilizar os próprios indicadores assistenciais como instrumento pedagógico, permitindo discutir dificuldades, apresentar resultados e construir estratégias de melhoria junto aos profissionais.

A discussão final aponta que prevenir a ICU-AW não significa simplesmente retirar sedativos ou mobilizar todos os pacientes. Significa adequar a analgesia e a sedação, reconhecer o risco, escolher o momento seguro para o despertar, integrar a fisioterapia e monitorar a resposta. Nesse sentido, o fluxo diário proposto no Quadro 5 sintetiza uma sequência assistencial que articula avaliação, tomada de decisão, intervenção e reavaliação, com o objetivo de preservar o conforto e a segurança sem perder oportunidades de

recuperação funcional. A proposta reforça que a assistência ao paciente crítico deve ser dinâmica, individualizada e baseada em avaliação contínua. A combinação entre metas de sedação, prevenção dos fatores associados à ICU-AW, mobilização progressiva, participação multiprofissional, educação permanente e monitoramento de indicadores pode contribuir para uma assistência mais organizada e orientada à recuperação. Assim, a preservação funcional deve ser incorporada como objetivo assistencial desde os primeiros momentos da internação, sem deixar de considerar as necessidades clínicas e os limites de segurança de cada paciente.

Quadro 5. Fluxo diário proposto

Etapa	Pergunta	Conduta	Referências
Dor	Está controlada?	Tratar e reavaliar.	Boncyk et al. (2024).
Sedação	A profundidade atual é necessária?	Revisar o alvo e a possibilidade de redução.	Boncyk et al. (2024); Wang et al. (2024a).
Risco	Há fatores de ICU-AW?	Registrar e intensificar a prevenção.	Fuentes-Aspe et al. (2024); Yang et al. (2022).
Mobilidade	Há segurança para progredir?	Selecionar o nível de mobilização.	Hiser et al. (2025); Wang et al. (2023).
Round	A equipe concorda com o plano?	Tomar decisão compartilhada.	Shiota et al. (2025); Wang et al. (2024b).
Reavaliação	Qual foi a resposta?	Manter, progredir ou recuar.	Hiser et al. (2025); TEAM Study Investigators; ANZICS

			Clinical Trials Group (2022).
--	--	--	-------------------------------

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Boncyk et al. (2024), TEAM Study Investigators e ANZICS Clinical Trials Group (2022), Fuentes-Aspe et al. (2024), Hiser et al. (2025), Wang et al. (2024a), Chen e Huang (2024), Miyagishima et al. (2024), Souza-Dantas et al. (2022), Shiota et al. (2025), Wang et al. (2023), Wang et al. (2024b) e Yang et al. (2022).

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das 12 referências permite concluir que o manejo da analgosedação e a prevenção da fraqueza adquirida são dimensões interdependentes do cuidado crítico. A literatura favorece estratégias individualizadas, avaliação frequente da dor e da sedação, estabelecimento de metas e redução da exposição à sedação profunda quando clinicamente possível.

A ICU-AW possui origem multifatorial. A gravidade da doença, a sepse, a falência orgânica, a imobilidade, a ventilação mecânica e as exposições terapêuticas podem atuar conjuntamente. Por isso, a prevenção precisa ser iniciada precocemente e permanecer integrada durante toda a permanência na UTI.

A equipe multiprofissional possui papel central nesse processo. Medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição e demais áreas podem alinhar analgesia, sedação, ventilação, mobilização, reabilitação e segurança. Rounds e registros padronizados ajudam a transformar as recomendações em decisões diárias.

A mobilização precoce deve ser estimulada quando segura, mas não pode ser entendida como uma intervenção universalmente intensiva. Os estudos mostram benefícios em determinados desfechos, ausência de efeito em outros e possibilidade de eventos adversos. A melhor estratégia é individualizada, progressiva e monitorada.

Conclui-se que a analgosedação deve ser manejada não apenas para promover conforto e tolerância à ventilação, mas também considerando a oportunidade de despertar, interagir, mobilizar-se e recuperar a função. A integração multiprofissional é o mecanismo que permite equilibrar esses objetivos.

Como limitação, esta revisão foi construída a partir das 12 referências previamente selecionadas e não corresponde a uma revisão sistemática com busca exaustiva. Estudos futuros poderão avaliar protocolos multiprofissionais, indicadores de qualidade, segurança da mobilização associada à redução da sedação e desfechos funcionais após a alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONCYK, Christina et al. Management of pain and sedation in the intensive care unit. *BMJ*, v. 387, e079789, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2024-079789.

CHEN, Juan; HUANG, Man. Intensive care unit-acquired weakness: recent insights. *Journal of Intensive Medicine*, v. 4, n. 1, p. 73-80, 2024. DOI: 10.1016/j.jointm.2023.07.002.

FUENTES-ASPE, Rocío et al. Which factors are associated with acquired weakness in the ICU? An overview of systematic reviews

and meta-analyses. *Journal of Intensive Care*, v. 12, art. 33, 2024. DOI: 10.1186/s40560-024-00744-0.

HISER, Stephanie L. et al. Intensive care unit acquired weakness and physical rehabilitation in the ICU. *BMJ*, v. 388, e077292, 2025. DOI: 10.1136/bmj-2023-077292.

MIYAGISHIMA, Saori et al. Neuromuscular electrical stimulation under deep sedation reduces the incidence of ICU-acquired weakness in critically ill patients with COVID-19 with acute respiratory distress syndrome. *Cureus*, v. 16, n. 10, e71029, 2024. DOI: 10.7759/cureus.71029.

SHIOTA, Nobuhiro et al. Enhancing early mobilization in critically ill patients through multidisciplinary rounds: a process-focused observational study. *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, v. 44, n. 2, 101485, 2025. DOI: 10.1016/j.accpm.2025.101485.

SOUZA-DANTAS, Vicente Cés de et al. Percepções e práticas sobre sedação superficial em pacientes sob ventilação mecânica: um inquérito sobre as atitudes de médicos intensivistas brasileiros. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 34, n. 4, 2022. DOI: 10.5935/0103-507X.20220278-pt.

TEAM STUDY INVESTIGATORS; ANZICS CLINICAL TRIALS GROUP. Early active mobilization during mechanical ventilation in the ICU. *New England Journal of Medicine*, v. 387, n. 19, p. 1747-1758, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2209083.

WANG, Hao-Chin et al. Effects of dexmedetomidine versus propofol on outcomes in critically ill patients with different sedation depths: a propensity score-weighted cohort study. *Anaesthesia, Critical Care &*

Pain Medicine, v. 43, n. 6, 101425, 2024. DOI: 10.1016/j.accpm.2024.101425.

WANG, Lijie et al. The effects of early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine, v. 10, 1202754, 2023. DOI: 10.3389/fmed.2023.1202754.

WANG, Xueqin et al. Status quo and influencing factors of multiprofessional and multidisciplinary teamwork for early mobilization in mechanically ventilated patients in ICUs: a multi-centre survey study. Journal of Advanced Nursing, v. 80, n. 11, p. 4550-4559, 2024. DOI: 10.1111/jan.16149.

YANG, Zi et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for intensive care unit acquired weakness. Medicine, v. 101, n. 43, e31405, 2022. DOI: 10.1097/MD.00000000000031405.

¹ Acadêmica de Medicina do Centro Universitário UNI-CET. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Especialista em Urgência e Emergência pela Residência Multiprofissional Integrada do HPS/PRIMURGE e em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia – IC-FUC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Enfermeira. Especialista em Atenção ao Paciente Crítico (Residência Multiprofissional pelo Grupo Hospitalar Conceição) e em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia de Porto Alegre. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cirúrgica, CME e SRPA pelo Centro Universitário Venda Nova do Imigrante, Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, Itapipoca, Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Mestre em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais pela Universidade Christus – UNICHRISTUS, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Enfermeiro. Especialista em Centro Cirúrgico e Central de Material pela Faculdade Unyleya, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Mestrado em cardiologia e ciências cardiovasculares – UFRGS E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Enfermeira. Mestre em Pesquisa Clínica pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹¹ Bacharel em Enfermagem pela Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU-CE). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹² Pós-graduado em Enfermagem em Oncologia pela Faculdade Iguaçu, Capanema-PR, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7138-314X>