

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UREAB-HUWC.001
Título do Documento	MOBILIZAÇÃO PRECOZE NA UTI		Emissão: 15/12/2025
			Versão: 1
		Próxima revisão:	15/12/2027

1. APRESENTAÇÃO

A permanência prolongada na UTI pode levar a efeitos adversos como declínio funcional e muscular dos pacientes, influenciados por fatores como imobilidade, ventilação mecânica prolongada e complicações. Além das dificuldades nas atividades diárias e na independência funcional, a hospitalização prolongada na UTI traz impactos na saúde financeira, incluindo custos de tratamento contínuo e cuidados de longo prazo. A mobilização precoce é reconhecida como uma estratégia eficaz para reduzir complicações funcionais e o tempo de permanência hospitalar em pacientes de UTI. O estabelecimento de metas assistenciais diárias para melhorar a recuperação do paciente, uma abordagem integrada que inclui mobilização precoce, engajamento da equipe e implementação de visitas multidisciplinares pode contribuir significativamente para melhorar os resultados e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes na UTI.

2. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes claras, padronizadas e baseadas em evidências para garantir que a mobilização dos pacientes seja realizada de forma segura, eficiente e uniforme por toda a equipe multiprofissional, obedecendo os seguintes passos:

1. Promover segurança ao definir critérios de indicação, contra-indicação e parâmetros de monitorização antes, durante e após a mobilização.
2. Padronizar condutas, reduzindo variações na prática clínica entre profissionais e turnos.
3. Otimizar a recuperação funcional do paciente, diminuindo complicações associadas à imobilidade prolongada, como fraqueza muscular adquirida na UTI, delirium e perda funcional.
4. Melhorar os resultados clínicos, contribuindo para redução do tempo de ventilação mecânica, do tempo de internação e das taxas de morbimortalidade.
5. Favorecer a comunicação multiprofissional, estabelecendo um fluxo claro entre fisioterapia, enfermagem, medicina e demais equipes.
6. Aumentar a eficiência do serviço, organizando recursos, rotinas e responsabilidades.

3. DESCRIÇÃO

3.1. Avaliando um paciente em Terapia Intensiva:

Os critérios utilizados para a prescrição de um protocolo sistemático de mobilização e/ou exercícios terapêuticos precoces geralmente incluem:

1. Nível de mobilidade prévio e atual: Avaliação da capacidade de movimento do paciente antes e durante o tratamento para acompanhar a melhora ou agravamento da mobilidade.
2. Reserva cardiovascular: Avaliação da capacidade cardiovascular do paciente, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de pulso de oxigênio e índice de percepção de esforço, geralmente mensurado na escala de Borg, para garantir que o paciente possa

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UREAB-HUWC.001
Título do Documento	MOBILIZAÇÃO PRECOZE NA UTI		Emissão: 15/12/2025
			Versão: 1
			Próxima revisão: 15/12/2027

tolerar a atividade física.

3. Reserva respiratória: Avaliação da capacidade respiratória do paciente, incluindo saturação de pulso de oxigênio, relação entre pressão parcial de oxigênio no sangue arterial e fração inspirada de oxigênio (PaO₂/FiO₂), dispneia ao repouso ou aos esforços, frequência respiratória e outros parâmetros quando necessário, para garantir que a atividade física não sobrecarregue o sistema respiratório.
4. Presença de restrição clínica: Avaliação de quaisquer condições clínicas presentes que possam limitar a capacidade do paciente de realizar atividade física, como lesões, doenças crônicas ou agudas.
5. Grau de força muscular: Avaliação da força muscular do paciente para determinar a capacidade de realizar exercícios terapêuticos e a necessidade de ajustar o protocolo de acordo com as capacidades físicas do paciente.

Esses critérios são essenciais para garantir a segurança e eficácia do protocolo de mobilização e exercícios terapêuticos precoces, adaptando-o às necessidades individuais de cada paciente e minimizando o risco de complicações.

3.2. Protocolo clínico de mobilização precoce:

Passo 1: Escalas para avaliação de mobilidade - Existem várias escalas validadas para avaliar a mobilidade e força muscular em ambientes de terapia intensiva. Entre elas, destacam-se a Escala IMS (Intensive Care Unit Mobility Scale) e a escala MRC (Medical Research Council). Essas ferramentas são fundamentais para monitorar a evolução dos pacientes, avaliar seu nível de dependência e independência, o que possibilita um planejamento terapêutico mais seguro.

As escalas funcionais citadas acima devem ser usadas para avaliar a resposta funcional em relação à mobilização precoce. A escolha e a indicação do melhor modelo de intervenção dependem da condição funcional prévia e de avaliação diária da evolução do paciente, sendo dosificadas a partir do ganho funcional apresentado

Passo 2: É seguro mobilizar? Para garantir a segurança dos pacientes durante o protocolo de mobilização e exercícios terapêuticos precoces, é essencial considerar as contraindicações para evitar possíveis complicações. As alterações cardiovasculares e respiratórias podem ser indicativas de risco aumentado e, portanto, devem ser cuidadosamente monitoradas. Aqui estão algumas possíveis contraindicações para a mobilização precoce, classificadas de acordo com o sistema de cores mencionado:

- Verde (Baixo risco de eventos adversos): Nesse caso, não há contraindicações significativas para a mobilização precoce, e a intervenção pode ser realizada conforme planejado.
- Amarelo (Possível, mas requer avaliação e discussão com a equipe multidisciplinar): Indica que a mobilização é possível, mas deve ser discutida com a equipe multidisciplinar para garantir a segurança do paciente. Algumas condições que podem se encaixar nessa categoria incluem instabilidade hemodinâmica leve, dificuldade respiratória controlada e outras

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UREAB-HUWC.001
Título do Documento	MOBILIZAÇÃO PRECOZE NA UTI		Emissão: 15/12/2025
			Versão: 1
			Próxima revisão: 15/12/2027

condições que exigem uma avaliação cuidadosa antes de prosseguir com a mobilização.

- Vermelho (Alto risco de eventos adversos): Indica alto risco de eventos adversos para a mobilização precoce. Nesses casos, a mobilização precoce pode ser contraindicada e deve ser evitada ou substituída por intervenções menos intensas. Algumas condições que podem se encaixar nessa categoria incluem instabilidade hemodinâmica grave, insuficiência respiratória aguda, arritmias cardíacas não controladas e outras condições graves que representam um risco iminente para a segurança do paciente durante a mobilização.

É importante ressaltar que essas classificações devem ser usadas como diretrizes gerais e que a decisão final sobre a mobilização precoce deve ser feita com base na avaliação individual do paciente, levando em consideração seu estado clínico específico, histórico médico e risco de complicações. A equipe multidisciplinar, incluindo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e outros profissionais de saúde, deve trabalhar em conjunto para determinar a segurança e apropriar-se da mobilização precoce para cada paciente.

Passo 3: Decisão da dose de mobilização para cada paciente - A precisão na tomada de decisões clínicas é essencial para garantir a eficácia das intervenções fisioterapêuticas. Ao determinar a dose apropriada, é crucial considerar a eficácia clínica, a tolerância individual do paciente, sua idade e suas condições prévias. O processo assistencial comumente adotado enfatiza a funcionalidade, priorizando os aspectos de locomoção e transferência, como o movimento do deitado para o sentado, o levantar e o andar. As intervenções abrangem desde o posicionamento até atividades físicas mais intensas, sendo a progressão no tratamento frequentemente associada ao aumento da dose.

Mobilização passiva: São realizadas cerca de 10 a 20 mobilizações por articulação selecionada, até duas vezes ao dia. Em casos de rigidez articular, podem ser incluídos movimentos acessórios ou deslizamentos para ampliar a amplitude de movimento. A amplitude de movimento é periodicamente avaliada por goniometria para monitorar os ganhos.

Exercícios ativos: Recomenda-se uma hora de exercícios por dia, divididos em duas sessões de 30 minutos. Os exercícios devem incluir movimentos funcionais, como flexão, adução e rotação externa do membro superior com flexão do cotovelo para alcançar a boca durante a alimentação. Além disso, é importante incluir transferências de peso na posição sentada em várias direções para garantir estabilidade e controle do tronco.

Posicionamento e progressão: O paciente deve passar até 90 minutos sentado em uma poltrona, com ênfase no controle do tronco e na estabilidade. O trabalho na postura ortostática inclui o equilíbrio, transferências de peso e ensaio dos primeiros passos. Pacientes estáveis nessa posição devem ser encorajados a iniciar a deambulação.

Cicloergômetro: Tem como principal objetivo melhorar o condicionamento cardiovascular e deve ser realizado com monitoramento da frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio. O cicloergômetro ativo consiste em duas sessões diárias de 10 minutos, podendo ser aumentado para 30 a 40 minutos conforme a tolerância do paciente.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UREAB-HUWC.001
Título do Documento	MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA UTI		Emissão: 15/12/2025
			Versão: 1
			Próxima revisão: 15/12/2027

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1 Considerações finais conforme diretriz brasileira:

Indicação e contra-indicação - Os cuidados e critérios de segurança para a realização da mobilização precoce são simples e não exigem monitorização específica. Descreve-se como modelo seguro de intervenção a estabilidade hemodinâmica e respiratória, bem como a reserva nutricional e cardiovascular adequada para o modelo de intervenção proposto. A incidência de eventos adversos durante a intervenção proposta não apresentou nível de evidência que justificasse sua não realização.

Sugere-se que a monitorização adequada seja realizada durante a intervenção, permitindo que, na ocorrência de qualquer efeito adverso, a intervenção possa ser interrompida sem prejuízo para o paciente.

Modelo de intervenção - O sucesso na implantação de um projeto de mobilização precoce está aliado ao envolvimento e ao conhecimento da equipe multiprofissional, na colaboração do paciente, cuidadores e/ou familiares. Os resultados dependem de periodicidade, intensidade e, principalmente, de metas bem estabelecidas. A escolha e a indicação do melhor modelo de intervenção dependem da condição funcional prévia e de avaliação diária da evolução do paciente, sendo dosificadas a partir do ganho funcional apresentado.

Tempo de permanência na unidade de terapia intensiva e hospitalar - A intervenção proposta de mobilização precoce não interfere de forma significativa no tempo de internação dos pacientes na UTI e no hospital, contudo, a melhora funcional no momento de alta da UTI e hospitalar do paciente submetido a esse modelo de intervenção é evidente.

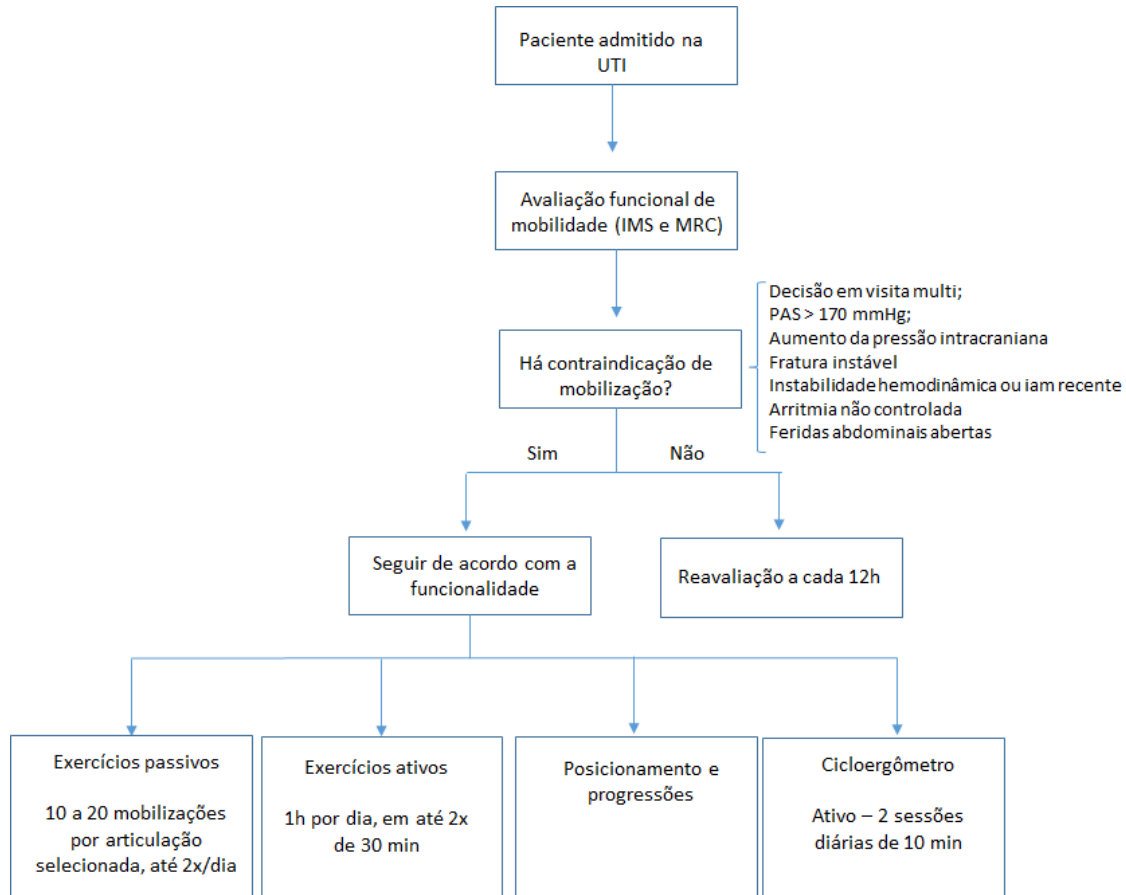
A precocidade e o estabelecimento de metas claras, com fases da intervenção progressivas, mediante diagnóstico funcional, são fatores relevantes e têm relação direta com a independência funcional e a deambulação no momento da alta do paciente.

Mortalidade - A mobilização precoce, realizada com critérios de segurança bem estabelecidos, não promove e nem aumenta a taxa de mortalidade nos pacientes submetidos a esse procedimento. O evento adverso mortalidade pode variar de acordo com a condição funcional prévia, a idade e as comorbidades prévias ou adquiridas na UTI.

Funcionalidade na pós alta - A maior independência funcional, a maior tolerância para atividades físicas e o desenvolvimento de atividades de vida diária estão relacionados à mobilização precoce. O ganho progressivo de força muscular global e a melhora da condição geral dependem do acompanhamento multiprofissional, mesmo no pós-alta.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UREAB-HUWC.001
Título do Documento	MOBILIZAÇÃO PRECOZE NA UTI		Emissão: 15/12/2025
			Versão: 1
			Próxima revisão: 15/12/2027

4.2 FLUXO – Auxílio na tomada de decisão para mobilização precoce



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UREAB-HUWC.001	
Título do Documento	MOBILIZAÇÃO PRECOZE NA UTI	Emissão: 15/12/2025	Próxima revisão: 15/12/2027
		Versão: 1	

5. REFERÊNCIAS

- Doiron, K. A., Hoffmann, T. C., & Beller, E. M. (2018). *Early intervention (movement or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit*. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3, CD010754.
- Zhang, L., et al. (2022). *The effect of early mobilization for critical ill patients requiring mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis*. *Journal of Emergency and Critical Care Medicine*.
- Tipping, C. J., Harrold, M., Holland, A., Romero, L., Nisbet, T., Hodgson, C. (2021). *Systematic early versus late mobilization or standard early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis*. *Critical Care*, **25**, 16.
- T. E. A. M. Study Investigators (2015). *Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study*. *Critical Care*, **19**, 81.
- Capell, E., & colaboradores (2018). *Early Mobilization of Patients in Intensive Care: Organization, Communication and Safety Factors that Influence Translation into Clinical Practice*. *Critical Care*, **22**, 77.
- Carvalho, J. S. O., Damasceno, G. A. C., & Silva, E. (2023). *Early mobilization in the intensive care unit: Systematic Review*. *Research, Society and Development*.

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	15/12/2025	Versão inicial

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Raquel Pinto Sales, Soraya Maria Rebouças Viana.	
VALIDAÇÃO	
Raquel Cavalcante Mota Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.0396892025-14, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Soraya Maria do Nascimento Rebouças Viana Chefe da Unidade de Reabilitação do HUWC	Conforme Processo SEI nº 23533.0396892025-14, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Maria Ozilene Rodrigues Batista Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do HUWC	Conforme Processo SEI nº 23533.0396892025-14, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br