

Mobilização como cuidado intensivo



NOTA TÉCNICA 03/2025

Rio de Janeiro, 30 de abril de 2025.



Parceria



Apresentação

O Departamento Científico, por meio da Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva - ABENTI e parceria com o Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB, divulgam esta nota técnica tendo como base a Resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024 e a Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023.

ABENTI Gestão 25/26

Presidente

Allan Peixoto de Assis

Vice-presidente

Júlio Eduvirgem

Departamento Científico

Adriana Carla Bridi

Flavia Lopes Gabani

Joathan Borges Ribeiro

Renata Flavia Abreu da Silva

Departamento de Enfermagem AMIB

Renata Andrea Pietro P. Viana

Clayton Lima Melo

Débora Soares Santos

Fernanda Alves F. Gonçalves

Joathan Borges Ribeiro

José Melquíades R. Neto

Laurindo Pereira de Souza

Sabrina dos Santos Pinheiro

Elaboração

Débora Soares Santos

Renata Flavia Abreu da Silva



Breve contextualização

A assistência prestada a pacientes críticos envolve duas grandes metas perseguidas por profissionais que atuam em unidades intensivas: estabilizá-lo, tratando a causa que levou à sua internação nesta unidade e retirá-lo dali o quanto antes. O tempo de internação prolongado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) potencializa ao paciente crítico sofrer eventos adversos (EA), evoluir com complicações e, mesmo após a alta da unidade, perda de qualidade de vida (Lee; Kim; Lee, 2025).

Fatores como a sua complexidade clínica e a necessidade de suporte avançado para manter as suas funções vitais expõem o paciente crítico a EA, com destaque para o comprometimento da integridade cutânea (Rodrigues *et al.*, 2021, Rubulotta *et. al*, 2022). Este EA, passível de prevenção, figura em segundo lugar em serviços de saúde brasileiros, com 223.378 casos notificados entre 2014 e 2022, sendo que, conforme o seu estadiamento a lesão por pressão (LP) pode ser classificada como um *never event* (Brasil, 2023).

A Resolução COFEN nº 736/2024 especifica em seu artigo 1º que "o Processo de Enfermagem-PE, deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem". No artigo 4º, § 1º tem-se a observância de avaliação de enfermagem, em que devem ser realizadas diversas estratégias para a obtenção de dados e determinação de prioridades para o paciente sob assistência (Brasil, 2024). A enfermeira/o enfermeiro intensivista, alinhado à Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023, deve integrar tecnologias assistenciais, escalas de risco com evidências de validade e protocolos na prevenção das LP (Brasil, 2023). Corroborando com as convicções da ABENTI, a manutenção da integridade cutânea exige abordagens baseadas em evidências e a ênfase em prevenção, considerando o seu impacto sócio-epidemiológico e custos associados.

Considerações

As LP, definidas pelo *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) como danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes associados a pressão prolongada, cisalhamento ou fricção (Johansen *et al.*, 2020), configuram-se como marcador crítico da qualidade assistencial. São classificadas em quatro estágios (1-4), além de categorias não classificáveis, tissular profunda, relacionadas a dispositivos médicos (LPRDM) e em mucosas (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

Estudo belga identificou correlação positiva entre o aumento da gravidade da LP e a elevação progressiva da mortalidade: estágio I (OR 1,5; [IC] de 95%: 1,2–1,8), estágio II (OR 1,6; IC 95%: 1,4–1,9) e estágio III ou superior (OR 2,8; IC 95%: 2,3–3,3). (Labeau *et al.*, 2021).

Mobilização como cuidado intensivo



Um estudo de revisão sobre LP em UTIs relatou prevalências variando de 16,9% a 23,8% (Chaboyer *et al.*, 2018), enquanto o *DecubICUs Study*, com 13.254 pacientes de 1.117 UTIs em 90 países, identificou uma prevalência de 26,6% (IC 95%: 25,9–27,3%) (Labeau *et al.*, 2021). Um estudo francês mostrou prevalência de 18,7% (12,5% adquiridas na UTI), com 40,8% classificadas como graves (sacro: 57,4%; calcâneo: 35,2%) (Jacq *et al.*, 2021).

No Brasil, a prevalência de LP em UTIs varia entre 13% e 22% (Borghardt *et al.*, 2016; Becker *et al.*, 2017), atingindo 46,34%, com LPRDM em 8,94%, região sacra em 38,02% e calcânea em 19,5%, sendo estas últimas as áreas mais afetadas. As LPRDM predominam nas orelhas (7,03%), principalmente em estágio 2 (78,57%) (De Souza *et al.*, 2024).

O mecanismo primário para o desenvolvimento da LP é a pressão prolongada sobre as proeminências ósseas; estas, ao exceder a pressão de enchimento capilar arterial (32 mmHg) e venosa (8-12 mmHg), induz à oclusão microvascular, isquemia e hipóxia tecidual (Mervis; Phillips, 2019). Observa-se, portanto, que minimizar a pressão exercida sobre os tecidos torna-se ação fundamental, principalmente ao se considerar que, comumente, pacientes críticos estão em uso de fármacos vasopressores, sendo estes associados à ocorrência de LP. Um estudo observacional demonstrou que a menor duração da administração de vasopressores esteve associada a uma menor incidência de lesão por pressão, com diferença média (DM) de 65,97 horas (IC 95%: 43,47–88,47; $p < 0,0001$). Esses achados reforçam que o alívio da pressão deve ser uma meta prioritária no cuidado de pacientes críticos imobilizados (McEvoy, 2022).

Entre as intervenções não farmacológicas destaca-se a mobilização, não só pela colaboração na prevenção das LP, mas por outros benefícios documentados, tais como otimização da relação ventilação/perfusão, melhoria no condicionamento, minimização da perda muscular, minimização do risco de *delirium*, entre outras (Silva; Nascimento, 2012; Amidei, 2012).

Diretriz recente pontuou que deve-se enfatizar a mobilização precoce e a reabilitação, em comparação com os cuidados habituais para reduzir os efeitos relacionados à imobilidade prolongada em pacientes críticos. A recomendação é baseada em evidências de qualidade moderada, porém indicando benefícios potenciais na recuperação funcional dos pacientes e na melhoria de desfechos clínicos (Lewis; Balas; Stollings; *et al.*, 2025).

No início do século XXI apontava-se os benefícios advindos da mobilização no paciente crítico que, se antes encontrava-se mais sedado e restrito ao leito, tem sido mantido o mais alerta possível e incentivado, precocemente, a se mobilizar, seja de forma passiva ou ativa (Hodgson *et al.*, 2014).

Mobilização como cuidado intensivo



A tomada de decisão quanto a mobilizar um paciente deve considerar o seu *status* no momento da mobilização planejada, mas também as mudanças na condição e na direção das tendências nas horas anteriores (Hodgson *et al.*, 2014).

Estudo piloto multicêntrico, escalonado e randomizado por cluster que avaliou o efeito da implementação de um protocolo para a mobilização precoce na taxa de mobilizações fora do leito com 272 pacientes em cinco UTIs, aumentou a proporção de pacientes mobilizados (36% para 46%, mas não significativa). A intervenção mostrou-se viável e segura; no entanto, o recrutamento de pacientes enfrentou dificuldades, sendo a falta de pessoal um dos fatores apontados pelos pesquisadores (Nydahl *et al.*, 2020).

A coordenação interprofissional, a comunicação e o trabalho em equipe foram apontados como essenciais para o sucesso da mobilização precoce de paciente crítico, contudo as enfermeiras/os enfermeiros desempenham um papel fundamental devido à sua presença constante ao leito (Lee; Kim; Lee, 2025).

Cabe salientar, todavia, que, no que se refere ao termo mobilização, identifica-se uma pluralidade de conceitos que, de certa forma, influenciam na prática e no envolvimento profissional com este procedimento técnico (Amidei, 2012).

Nos últimos anos muito tem sido falado sobre o termo mobilização precoce que pode ser definido como a realização de exercícios de forma passiva ou ativa por pacientes críticos, durante a sua internação na UTI (Hodgson *et al.*, 2014). Entretanto, termos como mudança de decúbito, prona, posicionamento, mobilização terapêutica, e a própria mobilização, precoce ou não, têm sido usados em contextos, objetivos e por profissionais de diferentes formas (Silva; Nascimento, 2012; GOBP, 2012; Amidei, 2012; Zanchetta, *et al.*, 2022). Conforme salientado por Amidei (2012) "como os enfermeiros podem saber quais intervenções fornecer quando um conceito é tão amplamente interpretado?"

A despeito de suas especificidades, o ato de mobilizar o paciente deve constar como prática cotidiana na assistência da enfermeira/do enfermeiro intensivista, como uma intervenção para mitigar as consequências da imobilidade e da inflamação que muitas vezes acompanham uma doença crítica. A enfermeira/o enfermeiro intensivista, pelo seu particular envolvimento neste processo na triagem e avaliação clínica de candidatos, na análise de potenciais riscos e na segurança deste paciente são profissionais fundamentais (Lee; Kim; Lee, 2025).



Orientações

Entendendo a importância de estratégias para a prevenção de LP em pacientes críticos, os diferentes conceitos associados ao termo mobilização e sua importância como intervenção de enfermagem neste procedimento técnico, a ABENTI e o Departamento de Enfermagem da AMIB orientam quanto ao uso dos termos, seus objetivos e considerações.

Intervenção	Objetivo	Considerações
Mudança de Decúbito	Redistribuir a pressão exercida sobre diferentes partes do corpo, visando prevenir as LP.	As posições incluem dorsal, ventral e laterais (esquerdo e direito).
Prona	Otimizar a relação ventilação/perfusão em áreas pulmonares posteriores.	A posição é ventral e guiada pela análise da relação PaO ₂ /FiO ₂ .
Posicionamento	Promover a drenagem pulmonar, a oxigenação e a ventilação.	Considera as posições dorsal e laterais (esquerdo e direito).
Mobilização Precoce	Instituir exercícios o mais precocemente possível após a admissão.	Realizada por meio de exercícios passivos ou ativos com aparelhos.

Pondera-se que as perspectivas da fisioterapia sobre a mobilização podem ser semelhantes ou diferentes das perspectivas da enfermagem, a despeito de ambas equipes realizarem este procedimento. As funções sobrepostas oferecem oportunidades de colaboração. Adotar uma abordagem interdisciplinar para a mobilização é ideal para promover a comunicação, prevenir conflitos entre os profissionais e favorecer a implementação efetiva de uma prática integrada

Reflexões finais

Como em qualquer terapia, a mobilização necessita ser prescrita considerando-se o tipo, quantidade, duração e frequência. Dessa forma, para atender a 6ª Meta Nacional de Segurança, há necessidade de incentivo às medidas para a prevenção de LP, com identificação de pacientes de risco e implementação de intervenções baseadas em evidências. A mobilização contribui para a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente em ambientes de terapia intensiva, embora a sua implementação ainda represente um desafio no processo assistencial ao paciente crítico.



Referências

AMIDEI, Catherine. Mobilisation in critical care: a concept analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 73–81, 2012.

BECKER, Delmiro et al. Pressure ulcers in ICU patients: Incidence and clinical and epidemiological features: A multicenter study in southern Brazil. *Intensive and Critical Care Nursing*, v. 42, p. 55-61, 2017.

BORGHARDT, Andressa Tomazini et al. Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 69, p. 460-467, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024: dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023: práticas de segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão. Brasília, DF: Anvisa, 2023.

CHABOYER, Wendy P. et al. Incidence and prevalence of pressure injuries in adult intensive care patients: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*, v. 46, n. 11, p. e1074-e1081, 2018.

DE SOUZA, Taís Milene Pantaleão et al. Lesão por pressão em pacientes críticos: prevalência e fatores associados. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, v. 22, 2024.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida. Emily Haesler (ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019.

GOBP. Mobilidade: posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.



HODGSON, Carol Lee et al. Consenso de especialistas e recomendações sobre critérios de segurança para mobilização ativa de adultos criticamente ventilados mecanicamente. *Critical Care*, Londres, v. 18, n. 6, p. 658, 2014.

LABEAU, Sonia O. et al. Correction to: Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. *Intensive care medicine*, v. 47, n. 4, p. 503-520, 2021.

LEE, Joon; KIM, Yujin; LEE, Hye Jin. Nurse-involved early mobilization in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Nursing in Critical Care*, v. 30, n. 2, e13278, 2025.

LEWIS, Kristen; BALAS, Michele C.; STOLLINGS, Jessica L.; et al. A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, v. 53, n. 3, p. e711–e727, mar. 2025.

JACQ, Gwenaëlle et al. Prevalence of pressure injuries among critically ill patients and factors associated with their occurrence in the intensive care unit: The PRESSURE study. *Australian Critical Care*, v. 34, n. 5, p. 411-418, 2021.

JOHANSEN, Edda et al. Moisture associated skin damage (MASD) in intensive care patients: A Norwegian point-prevalence study. *Intensive and Critical Care Nursing*, v. 60, p. 102889, 2020.

MERVIS, Joshua S.; PHILLIPS, Tania J. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 81, n. 4, p. 881-890, 2019.

MCEVOY, Natalie et al. Effects of vasopressor agents on the development of pressure ulcers in critically ill patients: a systematic review. *Journal of Wound Care*, v. 31, n. 3, p. 266-277, 2022.

NYDAHL, Peter; GÜNTHER, Ulf; DIERS, Anja; HESSE, Stephanie; KERSCHENSTEINER, Christian; KLARMANN, Silke; BORZIKOWSKY, Christoph; KÖPKE, Sascha. Protocol-based mobilization in intensive care units: a pilot cluster-randomized stepped-wedge trial (Pro-Motion). *Nursing in Critical Care*, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 368–375, nov. 2020.



RODRIGUES, Jacqueline Marques et al. Incidência e fatores relacionados ao aparecimento de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. *Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, v. 19, 2021.

RUBULOTTA, Francesca et al. Prevalence of skin pressure injury in critical care patients in the UK: results of a single-day point prevalence evaluation in adult critically ill patients. *BMJ open*, v. 12, n. 11, p. e057010, 2022.

SILVA, Renata Flávia Abreu da; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 413–419, 2012.

ZANCHETTA, Franciele Caroline et al. Cuidados de enfermagem e posição prona: revisão integrativa. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 40, n. 1 supl., p. 1–15, 2022.