

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 1/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

1. OBJETIVO

Restaurar a mobilidade, prevenir o imobilismo e suas alterações subsequentes, contribuindo para redução do tempo de permanência hospitalar; recuperação /manutenção do grau prévio de funcionalidade do indivíduo; redução dos episódios de delirium; e redução do tempo de ventilação mecânica.

2. RESPONSABILIDADES

2.1. MÉDICOS

Promover a estabilidade clínica do paciente, revisando rotineiramente as doses de vasopressores e de sedativos com intuito de reduzi-las ou interrompendo-as; promover o manejo medicamentoso adequado do delirium hiperativo, objetivando eficácia na execução do protocolo.

2.2. FISIOTERAPEUTAS

Aplicar o protocolo de forma efetiva através da indicação e contra-indicação adequada; realizar a avaliação da funcionalidade dos pacientes prescritos; definir os objetivos, metas e frequências de atendimento; realizar a mobilização de forma adequada e segura; gerenciar as metas diárias fisioterapeutas; avaliar alta da reabilitação conforme os objetivos propostos e coletar os indicadores.

2.3. ENFERMEIROS

Gerenciamento da equipe de enfermagem para auxílio à fisioterapia quanto à execução das metas propostas.

2.4. TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Auxílio à fisioterapia quanto à execução das metas de mobilização, quando necessário.

2.5. NUTRIÇÃO

Promover a nutrição adequada ao paciente, a fim de manter/melhorar a performance do paciente para progressão de funcionalidade.

2.6. PSICOLOGIA

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 2/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

Intervir quando necessário, para a melhor adesão dos pacientes e/ou familiares frente ao processo de reabilitação em situações com conflito psicológico.

3. ABRANGÊNCIA

Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Porto Dias.

4. DESCRIÇÃO

4.1. PERÍODO

Durante todo o processo de internação ou até a conclusão de objetivos pela equipe de fisioterapia com posterior alta pela mesma.

4.2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Pacientes admitidos nas Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva, que possuem prescrição de fisioterapia independente de faixa etária ou sexo.

4.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

4.3.1. Unidade de Internação

- Instabilidade hemodinâmica;
- Sinais clínicos de desconforto ventilatório e/ou queda de SpO₂;
- Instabilidade neurológica: Presença de condições neurológicas ou neuromusculares prévias que impeçam a realização da mobilização;
- Alterações Ortopédicas: Presença de fraturas instáveis; presença de demais contraindicações ortopédicas sinalizadas pelo médico ortopedista que impeçam a mobilização;
- Presença de Trombose Venosa Profunda (Se ainda sem anticoagulação plena ou sem e liberação da equipe médica);
- Hipertermia (Temperatura Corporal acima de 38°C);
- Presença de hemorragia ativa com queda de hemoglobina;

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 3/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

- Em casos de cirurgia recente, mobilização apenas com liberação do cirurgião;
- Em casos de cirurgia abdominal de grande porte e recente, atentar a liberação do cirurgião e uso de cinta abdominal, se necessário.

4.3.2. Unidade de Terapia Intensiva

- Instabilidade hemodinâmica: Alterações cardiovasculares (PAM < 65 ou > 120 mmHg; FC < 50 ou > 140 BPM); uso de Drogas Vasoativas em altas doses (\geq 0.2 μ g/kg/min), Infarto Agudo do Miocárdio com Supra Desnivelamento de Segmento ST;
- Instabilidade ventilatória: Sinais clínicos de desconforto ventilatório; queda de SpO2 sustentada; parâmetros elevados em Ventilação Mecânica (FiO2 > 60% e PEEP > 10 cmH2O);
- Hemoglobina < 7 g/dL; plaquetas < 25.000 und/mm³; ou quadro hemorrágico agudo e/ou não identificado;
- Instabilidade neurológica: Paciente em status neurocrítico em controle intensivo de Pressão Intracraniana; Pressão Intracraniana > 15 mmHg; Presença de condições neurológicas ou neuromusculares prévias que impeçam a realização da mobilização; presença de fístula liquórica;
- Alterações Ortopédicas: Presença de fraturas instáveis; presença de demais contraindicações ortopédicas sinalizadas pelo médico ortopedista que impeçam a mobilização;
- Presença de trombose venosa profunda, sem anticoagulação plena;
- Hipertermia (Temperatura Corporal acima de 38°C);
- Em casos de cirurgia abdominal grande recente, mobilização apenas com liberação do cirurgião (atentar para uso de cinta abdominal, se necessário).

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 4/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

4.4. APLICABILIDADE

4.4.1. Nas Unidades de Terapia Intensiva

- O fisioterapeuta deverá realizar levantamento diário de pacientes indicados ou contraindicados para fisioterapia no setor;
- Realizar a checagem de prescrição médica acerca do acompanhamento de fisioterapia no prontuário eletrônico do paciente. Em casos de indicação de fisioterapia e ausência de prescrição, solicitar ao médico plantonista a prescrição;
- Realizar a anamnese do paciente para a realização do preenchimento da escala FSS pré-admissão e de admissão (Figura 3);
- A FSS Pré-admissão demonstra o estado funcional do paciente anterior a internação. Para o paciente consciente e orientado a FSS pré-admissão deverá ser realizada entrevista com o próprio paciente acerca da condição funcional pregressa. Nos casos de paciente inconsciente a investigação funcional prévia deverá ser realizada através de informações da família/acompanhantes.
- Em casos de transferência intra-hospitalar, se já estiver sido realizada a avaliação de FSS pré-admissão em outra UTI, a mesma não necessitará ser realizada novamente. A FSS pré admissão deverá ser realizada apenas uma vez por internação hospitalar.
- A FSS de admissão dispõe de informações que demonstram o estado atual do paciente, ou seja, como ele foi recebido no setor. Deverá ser realizada a FSS de admissão após o primeiro contato entre o fisioterapeuta e o paciente, e em caso de readmissões nas Unidades de Terapia Intensiva.
- Realizar a avaliação global do paciente para determinação do plano terapêutico (Diagnóstico fisioterapêutico > Objetivos > Metas > Condutas);

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 5/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

- Definir as metas diárias fisioterapêuticas de acordo com o nível de mobilidade do paciente (realizado todos os dias pela manhã pelo fisioterapeuta plantonista e diarista após a avaliação do quadro clínico do paciente e discussão do caso com médico e enfermeiro plantonistas a fim de organizar a equipe de enfermagem para auxiliar nas mobilizações necessárias), definido diariamente nos rounds multiprofissionais, englobando condutas das equipes da manhã e da tarde, dividindo as grandes mobilizações para os dois turnos;
- Realizar a mobilização conforme as metas estabelecidas, baseado na condição clínica atual do paciente, a mobilidade atual e observando as possíveis limitações prévias, focando na progressão de mobilidade.
- Repassar a equipe de fisioterapia das Unidades de Internação a evolução funcional e planejamento terapêutico do paciente quando este for de alta da UTI;
- Realizar a avaliação de FSS de alta da UTI na alta para UI e nos casos de alta hospitalar;
- Realizar o registro de FSS de Alta também em casos de óbito;
- Caso o paciente receba alta da UTI e, por algum evento na mesma internação, necessite retornar à Unidade de Terapia Intensiva, não há necessidade de realização da FSS Pré-Admissão, somente a FSS de admissão, considerando o estado funcional atual do mesmo.

4.4.2. Nas Unidades de Internação

- O fisioterapeuta responsável pela divisão do censo diário realizará o levantamento diário de pacientes prescritos para fisioterapia;
- O fisioterapeuta responsável pelo paciente realizará a anamnese do paciente para preenchimento da escala IMS pré-hospitalar e IMS atual.

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 6/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

- A IMS pré-hospitalar define a mobilidade prévia à internação do paciente. Para o paciente consciente e orientado, a investigação da funcionalidade prévia deverá ser feita através da entrevista com o próprio paciente. Para pacientes inconscientes ou com alteração do nível de consciência, a definição da IMS pré-hospitalar deverá ser realizada através de entrevista com o familiar acerca da condição funcional pregressa;
- A IMS atual irá classificar a condição atual do paciente no momento da admissão, desconsiderando condição funcional pregressa. O fisioterapeuta deverá solicitar ao paciente a realização dos itens indicados na IMS e avaliar a execução ou não das atividades propostas.
- Após anamnese e classificação das mobilidades, o fisioterapeuta deverá realizar a avaliação global do paciente para definir o plano terapêutico (Diagnóstico fisioterapêutico > Objetivos > Metas > Condutas);
- Realizar a mobilização conforme as metas estabelecidas, baseado na condição clínica atual do paciente, a mobilidade atual e observando as possíveis limitações prévias, focando na progressão de mobilidade.
- Em caso de piora clínica e transferência ou retorno para UTI o fisioterapeuta deverá preencher a escala de IMS de piora clínica, avaliando o nível de mobilidade do paciente antes da sua transferência de setor;
- Preencher a IMS de Alta Hospitalar (Realizada pelo fisioterapeuta responsável pelo paciente na divisão do censo de fisioterapia das unidades de internação no momento da definição de previsão de alta médica). Realizar imediatamente após definição de alta. IMS de alta hospitalar terá validade de 72h. Após as 72h, caso cancelamento de alta do paciente, realizar nova IMS quando definir nova alta do paciente;

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 7/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

- Definir o critério de alta da fisioterapia, que é realizado através da avaliação do fisioterapeuta com classificação do paciente no Nível de Mobilidade 10, sem indicação de reabilitação, independente ou minimamente dependente para atividades de vida diária e que tenha realizado um Teste de Caminhada de 3 minutos, com pontuação menor que 5 na Escala de Borg de Dispneia (figura 5). Registrar em prontuário (evolução do paciente) e informar ao paciente e/ou acompanhante, entregando o plano com orientações de alta da fisioterapia. O plano com orientações de alta deve ser realizado no Tasy (Orientações de alta para paciente que deambula) e ter duas cópias: uma a ser anexada ao prontuário físico do paciente (após assinatura do paciente ou acompanhante sobre a ciência das orientações repassadas) e a outra entregue ao paciente e/ou acompanhante;
- Preencher a IMS de Alta da Fisioterapia (Realizada pelo fisioterapeuta responsável pelo paciente na divisão do censo de fisioterapia das unidades de internação);
- Preencher a IMS de óbito (Realizada pelo fisioterapeuta responsável pelo paciente na divisão do censo de fisioterapia das unidades de internação). Deverá ser realizada imediatamente após a constatação do óbito pelo médico responsável.

OBSERVAÇÃO: Após avaliação de IMS do paciente e definição do nível de mobilidade, o fisioterapeuta responsável pela avaliação deverá definir a quantidade de atendimentos diários que o paciente irá receber, a serem registrados no Censo de Pacientes da Fisioterapia das Unidades de Internação. Atentar, neste caso, para IMS Pré-Hospitalar do paciente e a possibilidade ou não de alcance de objetivos.

- Exemplo: Paciente previamente acamado, com deformidades instaladas e altamente dependentes. Não há grande objetivo a serem alcançados nem

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 8/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

vislumbre de possibilidade de reversão do quadro funcional atual. Portanto, paciente não se beneficiará de fisioterapia 2x ao dia.

4.5. NÍVEIS DE MOBILIDADE

4.5.1. Assistência Total (0%)

Paciente com necessidade de assistência total ou a tarefa não pode ser realizada; grave, instável hemodinâmica ou clinicamente, status neurocrítico ou com alguma contraindicação absoluta para mobilização (definido junto à equipe médica).

- Fisioterapia: Ajustes ventilatórios; Posicionamento terapêutico; Prescrição de órteses.
- Enfermagem: Descompressão sacral e calcâneos.

4.5.2. Assistência Máxima (25%)

Paciente sem instabilidade hemodinâmica ou qualquer contraindicação para mobilização. Necessita de ajuda máxima, pois faz menos de 50% de esforço para a tarefa.

- Fisioterapia: Cinesioterapia passiva; Flexão-Extensão de MMSSII; Adução-Abdução de MMSSII; Alongamento passivo de MMSSII; Posicionamento Funcional; Estimulação Elétrica Neuromuscular.
- Enfermagem: Mudança de decúbito de 2/2h.

4.5.3. Assistência Moderada (50%)

Paciente com controle cervical, com necessidade de contribuição de 50% do paciente e 50% pela pessoa que está auxiliando na mobilização.

- Fisioterapia: Sedestação beira-leito com ou sem DASBEL; Treino de controle de tronco; Cinesioterapia passiva e/ou ativa-assistida de MMSSII; Alongamento passivo de MMSSII.

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 9/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

- Enfermagem: Mudança de decúbito de 2/2h; Auxílio à fisioterapia na sedestação beira-leito; Instalação de cinta abdominal, quando necessário.

4.5.4. Assistência Mínima (75%)

Paciente com força muscular grau III em membros superiores e inferiores, com necessidade de assistência mínima para mobilização, pois já está apto a realizar a maior parte das tarefas.

- Fisioterapia: Ortostatismo; Treino de Marcha; Cinesioterapia resistida (manualmente, com Theraband, Power-Leg ou outro recurso disponível no setor para gerar resistência); Transferência leito-poltrona-leito; Utilização de elevador para auxílio de ortostatismo; Cicloergômetro.
- Enfermagem: Auxílio na mudança de decúbito; Auxílio à fisioterapia nas mobilizações; Transferência leito-poltrona-leito.

OBS: Transferência de paciente para poltrona NÃO é procedimento exclusivo da equipe de fisioterapia, podendo a equipe de enfermagem também transferir o paciente leito-poltrona-leito.

4.5.5. Supervisão

Paciente com força muscular grau IV em membros inferiores, pouca ajuda nas transferências e pouco dependente para atividades de vida diária. Necessita somente de supervisão ou comandos verbais para realizar tarefas, sem necessidade de auxílio físico, exceto na necessidade de preparo da tarefa ou colocação de órteses.

- Fisioterapia: Deambulação; Todos do nível anterior.
- Enfermagem: Cuidados de enfermagem.

4.5.6. Independência Modificada

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 10/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

Paciente que necessite de auxílio de algum dispositivo ou prótese/órtese para a realização de suas tarefas e que consegue realizar suas atividades de vida diária. Exemplo: paciente previamente cadeirante, mesmo que totalmente independente para todas as atividades de vida diária, o nível de funcionalidade para o item de deambulação/marcha/cadeira de rodas será sempre em “Independência Modificada”, uma vez que o paciente necessita de um dispositivo para sua locomoção, bem como quando o paciente fizer uso de andador ou bengala. Realiza tarefas de forma independente, porém com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo para a execução das mesmas.

- Fisioterapia: Acompanhamento até a alta hospitalar, reabilitando com ênfase nas demandas funcionais e realização das atividades de vida diárias (AVD's); promover qualidade de vida.
- Enfermagem: Cuidados de enfermagem; Orientação sobre mudanças de decúbito a cada 2h, se necessário.

4.5.7. Independência Completa

Paciente independente, em realização de tarefas de força segura, sem modificações ou recursos auxiliares, em tempo hábil e seguro.

- Fisioterapia: Alta da fisioterapia munida de orientações de alta impressas e verbais;
- Enfermagem: Cuidados de enfermagem até alta hospitalar.

4.5.8. Avaliação da IMS (Intensive Care unit Mobility Scale): Pontuada por Escores – Unidade de Internação

As descrições das tarefas apresentadas a seguir e que serão avaliadas e os scores de classificação de funcionalidade estão representadas na figura 4, no item 8 (Anexos).

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 11/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

0 - Nada (deitado no leito): Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente;

1 - Sentado no leito, exercícios no leito: Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativo assistidos, sem sair do leito ou sentado à beira do leito;

2 - Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo): Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito;

3 - Sentado à beira do leito: Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco;

4 - Ortostatismo: Sustentação do peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda: Pode ser considerado o uso do guincho ou prancha ortostática;

5 - Transferência do leito para cadeira: Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação);

6 - Marcha estacionária (à beira do leito): Ser capaz de realizar marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio;

7 - Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas: O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas;

8 - Deambular com auxílio de 1 pessoa: O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o auxílio de 1 pessoa;

9 - Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha: O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o uso de dispositivos de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 12/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito/cadeira;

10 - Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha: O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira sem o uso de dispositivos de marcha ou o auxílio de outra pessoa.

4.5.9. Escala de Estado Funcional para UTI (FSS-UTI)

A FSS-UTI avalia tarefas de mobilidade que incluem rolar, transferir-se da posição supina para sentada, transferir-se da posição sentada para em pé, sentar-se à beira do leito e caminhar. O score total da FSS-UTI varia de 0 a 35, e escores mais elevados indicam pacientes funcionalmente mais independentes. As descrições das tarefas a serem avaliadas e os scores de classificação de funcionalidade estão representadas na figura 3, no item 8 (Anexos).

5. MARCADORES

5.1. UNIDADE DE INTERNAÇÃO

- Avaliação do paciente em até 12h da admissão (Paciente admitido durante a noite após o turno Intermediário, avaliar no turno da manhã seguinte);
- IMS pré-hospitalar;
- IMS atual;
- IMS alta;
- IMS óbito
- IMS piora clínica / retorno para a UTI
- Data da Admissão Hospitalar;
- Data da Admissão na Unidade de Internação;
- Data de alta Hospitalar;
- Data da primeira sedestação beira-leito;
- Data do primeiro ortostatismo;

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 13/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

- Data da primeira deambulação.

5.2. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

- Avaliação do paciente em até 12h da admissão na UTI
- FSS pré-hospitalar;
- FSS da admissão;
- FSS na alta da UTI;
- Data da Admissão Hospitalar;
- Data da Admissão na UTI;
- Data de Alta da UTI;
- Data da primeira sedestação beira-leito;
- Data do primeiro ortostatismo;
- Data da primeira deambulação.

6. INDICADORES

6.1. UNIDADE DE INTERNAÇÃO

- Taxa de reabilitação (Percentual de independência completa na IMS admissão X IMS alta);
- Tempo (em dias) de Alta hospitalar;
- Tempo (em dias) para a primeira sedestação beira-leito;
- Tempo (em dias) para o primeiro ortostatismo;
- Tempo (em dias) para a primeira deambulação.

6.2. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

- Taxa de reabilitação (Percentual de independência completa na FSS admissão X FSS alta);
- Taxa de reabilitação (Percentual de dependência total na IMS admissão X IMS alta);
- Tempo (em dias) de alta da UTI;

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 14/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

- Tempo (em dias) para a primeira sedestação beira-leito;
- Tempo (em dias) para o primeiro ortostatismo;
- Tempo (em dias) para a primeira deambulação;
- Taxa de sedestação na alta;
- Taxa de ortostatismo na alta;
- Taxa de deambulação na alta.

7. REFERÊNCIAS

HUANG M, CHAN KS, ZANNI JM, et al. Functional Status Score for the ICU: An International Clinimetric Analysis of Validity, Responsiveness, and Minimal Important Difference. Crit Care Med. 2016; 44(12):e1155-e1164. doi:10.1097/CCM.0000000000001949.

HASHEM MD, NELLIOT A, NEEDHAM DM. Early Mobilization and Rehabilitation in the ICU: Moving Back to the Future. Respir Care. 2016 Jul; 61(7):971-9. doi: 10.4187/respcare.04741. Epub 2016 Apr 19. PMID: 27094396.

BALLVE, L. P. D. et al. Debilidade adquirida em la unidade de cuidados intensivos. Incidência, factores de riesgo y su asociación con la debilidad inspiratória. Estudio de cohorte observacional. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 29 n. 4, 114-119, 2017.

BORGES, J. B. Avaliação da Medida de Independência Funcional – Escala MIF – e da Percepção da Qualidade de Serviço – Escala ServQual – em Cirurgia Cardíaca. 2006. 118 folhas. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Botucatu – São Paulo – 2006.

CONCEIÇÃO, T. M. A. et al. Critérios de Segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 29, n. 4, 509-519, 2017.

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 15/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

DANTAS, C. M. et al. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 24, n. 2, 173-178, 2012.

FELICIANO, V. A. et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 3, n. 2, 31-42, 2012.

JESUS, F. S. et al. Declínio da mobilidade dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 28, n. 2, 114-119, 2016.

MATURANA, M. J. et al. Escalas de Avaliação Funcional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): revisão sistemática. *Revista Inspirar: Movimento e Saúde*, n. 2, v. 13, 21-29, 2017.

NASSAR, A. P; PARK, M. Protocolo de sedação versus interrupção diária da sedação: uma revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. V. 28, n. 4, 444-451, 2016.

RIBERTO, Marcelo – Orientação funcional para utilização da Escala MIF – www.hcnet.usp.br/haux/dmr - <acesso em: 25/07/2019>.

ZAMPIERI, F. G. et al. Epimed Monitor ICU Database®: um registro nacional baseado na nuvem, para pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 29, n. 4, 418-426, 2017.

KAWAGUCHI, Y. M. F. NAWA R. K, FIGUEIREDO T. B, MARTINS L, PIRES-NETO R. C. *Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale*: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2016;42(6):429-434. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562015000000301>

8. ANEXOS

Figura 1 - Fluxograma de Mobilização da Unidade de Internação

Figura 2 - Fluxograma de Mobilização da Unidade de Terapia Intensiva

Figura 3 - Escala de Estado Funcional – UTI

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 16/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

Figura 4 - Escala de Mobilidade UI - IMS

Figura 5 - Escala de Borg de Dispneia

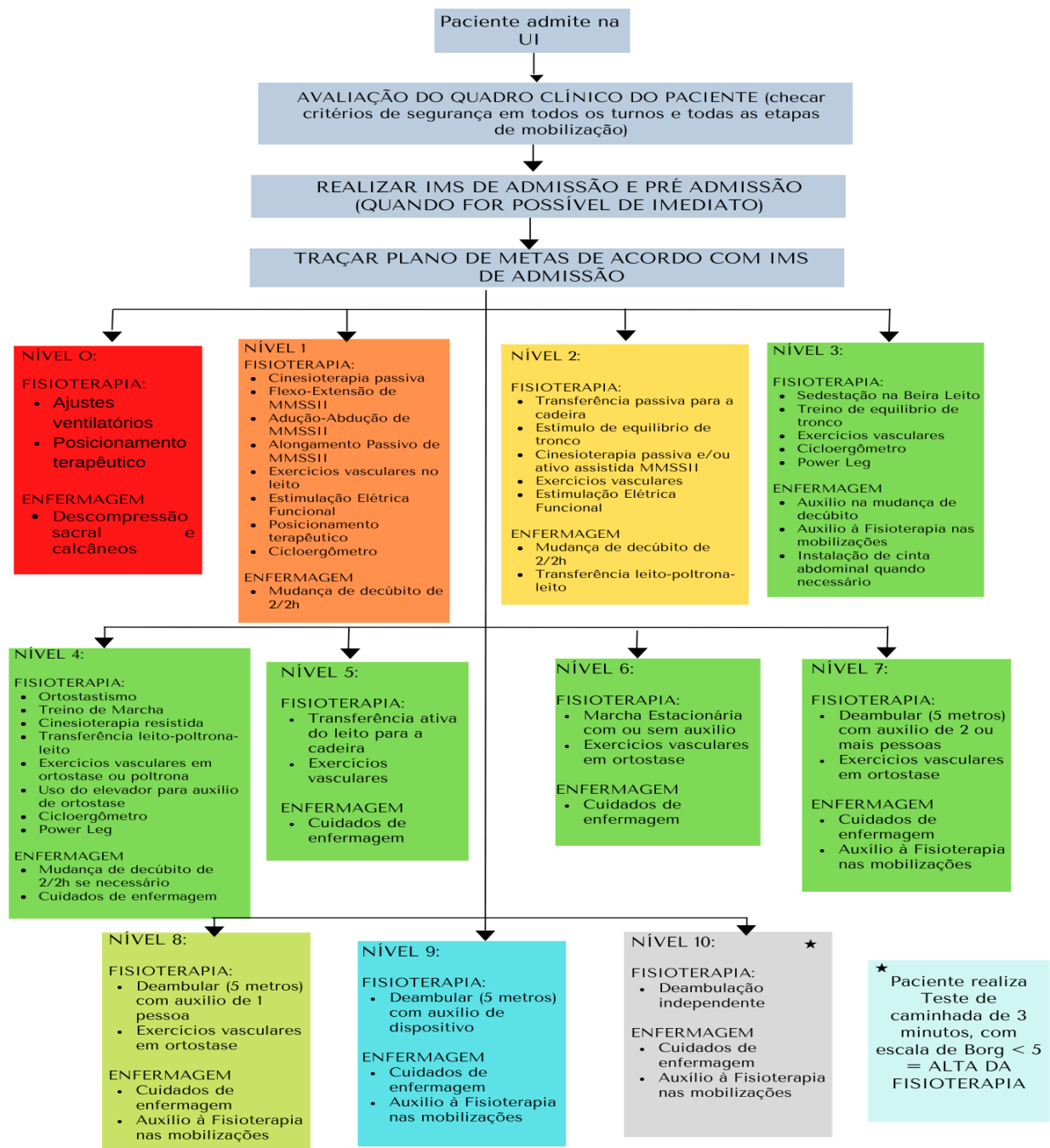
9. QUADRO RECAPITULATIVO

Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial	01	03/02/2020
Revisão Geral para adequação: Trocada a escala de avaliação funcional das Unidades de Internação: a anterior MIF, foi substituída pela IMS.	02	29/08/2022
Revisão Geral para adequação: Alterados itens: 4.4.2, 4.5.8, 5.1, 6.1, 6.2 Incluída referência: KAWAGUCHI, Y. M. F. NAWA R. K, FIGUEIREDO T. B, MARTINS L, PIRES-NETO R. C. <i>Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale</i> : tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. J Bras Pneumol. 2016;42(6):429-434. http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562015000000301 Inserido Figuras 4 e 5 em anexos	03	15/02/2023
Revisão Geral para adequação: Alterados itens: 1, 2.2, 4.3.1, 4.3.2, 4.4.1, 4.4.2, 4.5.6, 4.5.8, 5.1, 5.2, 6.1, 6.2.	04	28/02/2025

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 17/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

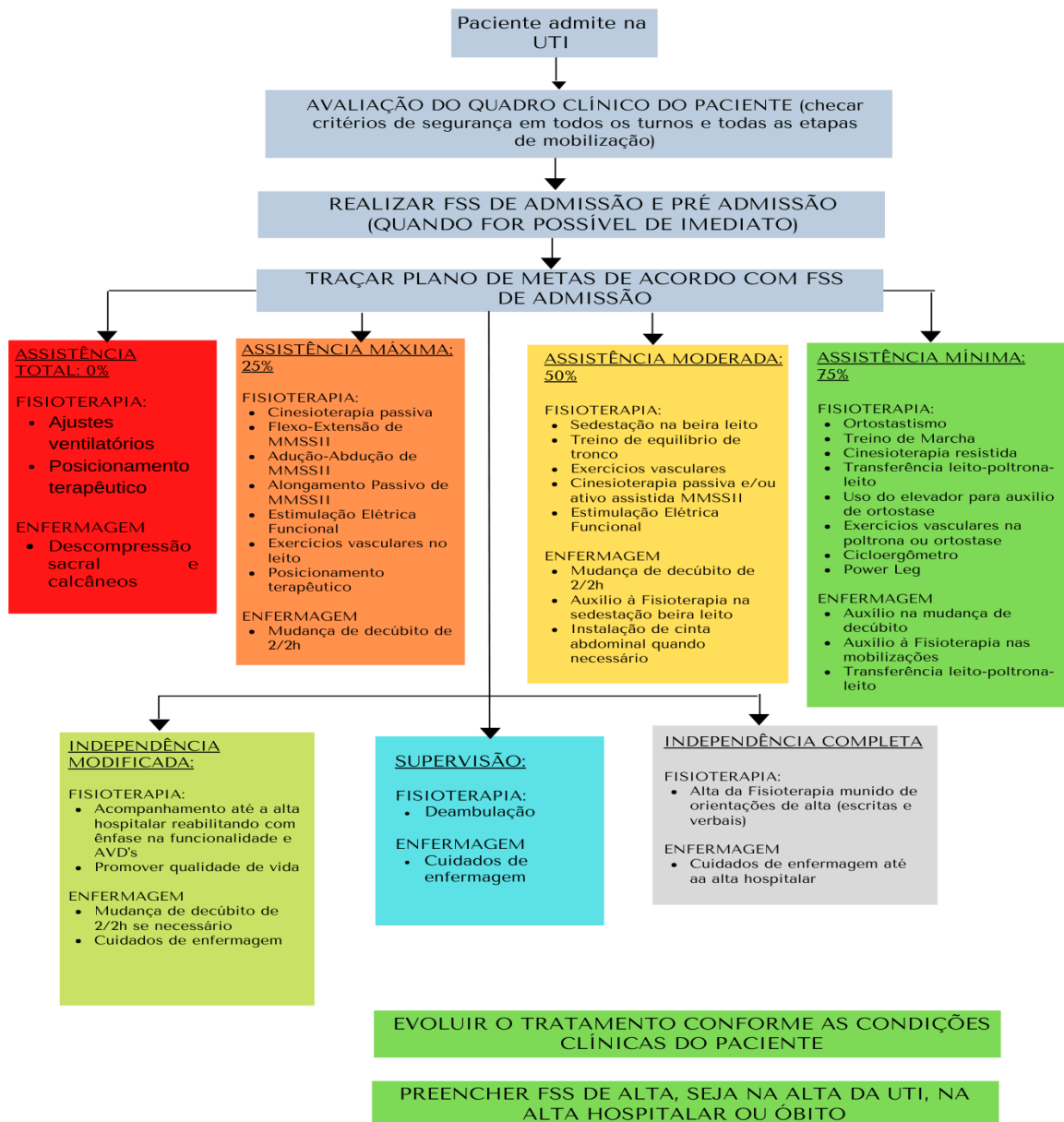
Figura 1: Fluxograma de Mobilização da Unidade de Internação



Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025 Vencimento: 28/02/2027 Versão: 04 N° Páginas: 18/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

Figura 2: Fluxograma de Mobilização da Unidade de Terapia Intensiva



Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 19/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

Figura 3: Escala de Estado Funcional – UTI

Escore	DEFINIÇÃO
0	Incapaz de tentar ou concluir a tarefa completa em razão de fraqueza
1	Dependência total
2	Assistência máxima (o paciente realiza $\leq 25\%$ do trabalho)
3	Assistência moderada (o paciente realiza 26% - 74% do trabalho)
4	Assistência mínima (o paciente realiza $\geq 75\%$ do trabalho)
5	Apenas supervisão
6	Independência modificada
7	Independência total

Inábil à totalmente dependente	Assistência Máxima	Assistência Moderada	Assistência Mínima	Supervisão	Independência Modificada	Independência Completa
FSS 0 - 5	FSS 5 - 14	FSS 15 - 19	FSS 20 - 24	FSS 25 - 29	FSS 30	FSS 31 - 35

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 20/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

Figura 4: Escala de Mobilidade – UI

Classificação	Definição
0 Nada (deitado no leito)	Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente
1 Sentado no leito, exercícios no leito	Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativo assistidos; sem sair do leito ou sentado à beira do leito
2 Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo)	Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito
3 Sentado à beira do leito	Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco
4 Ortostatismo	Sustentação do peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado o uso do guincho ou prancha ortostática.
5 Transferência do leito para cadeira	Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação)
6 Marcha estacionária (à beira do leito)	Ser capaz de realizar marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio
7 Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas
8 Deambular com auxílio de 1 pessoa	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o auxílio de 1 pessoa
9 Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o uso de dispositivos de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito/ cadeira.
10 Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira sem o uso de dispositivos de marcha ou o auxílio de outra pessoa.

Inábil à totalmente dependente IMS 0	Assistência Máxima IMS 1 - 2	Assistência Moderada IMS 3	Assistência Mínima IMS 4 - 7	Supervisão IMS 8	Independência Modificada IMS 9	Independência Completa IMS 10
---	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 03/02/2020
		Ult. Revisão: 28/02/2025
		Vencimento: 28/02/2027
		Versão: 04
		Nº Páginas: 21/21
PROTOCOLO	MOBILIDADE HPD-REAB-PT-03	

Figura 5: Escala de Borg de Dispneia

ESCALA DE BORG MODIFICADA	
0	NADA CANSADO
1	MUITO FÁCIL
2	FÁCIL
3	MODERADO
4	MODERADAMENTE DIFÍCIL
5	DIFÍCIL
6	DIFÍCIL
7	MUITO DIFÍCIL
8	MUITO DIFÍCIL
9	MUITO, MUITO, DIFÍCIL
10	MÁXIMO: NÃO AGUENTO MAIS

Elaboração e Revisão: Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação de Reabilitação	Validação: Enf. ^a Rainá Carvalho Gerência de Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Gerente de Qualidade
---	--	--