

Tabela 1. Características metodológicas dos estudos selecionados sobre o impacto dos programas de mobilização precoce em pacientes internados em UTI.

Autor	Amostra	Tempo de tratamento	Unidade de medida	Tratamento	Desfecho
Cumming et al. (2009)	71 pacientes com idade acima de 18 anos, internados após episódio de AVC, apresentando parâmetros fisiológicos estáveis.	No GI foram realizadas 2 sessões diárias primeiras 24 horas após o AVC, durante os primeiros 14 dias de internação ou até a alta hospitalar. No GC, os pacientes foram submetidos a cuidados usuais.	A heminegligência (HN) foi avaliada nas primeiras 48 horas após o episódio de AVC através de dois instrumentos: (1) Escala Internacional de AVC do Instituto Nacional de Saúde (NIHSS) e (2) <i>Star Cancellation Test</i> . O tempo de internação hospitalar foi avaliado em dias de permanência. Os desfechos secundários avaliados foram o destino do paciente após alta hospitalar e, após 12 meses foi investigada situação de morte ou invalidez do paciente (<i>modified Rankin Scale - mRS</i>).	O GI (n = 38) foi submetido a protocolo de mobilização precoce com a finalidade de auxiliar os pacientes a permanecerem em ortostatismo e fora do leito. Já o GC (n = 33) foi submetido a cuidados usuais.	A presença de HN não impediu a realização do protocolo de mobilização precoce. Os pacientes com HN submetidos ao protocolo de mobilização precoce apresentaram menor tempo de internação hospitalar quando comparados aos pacientes do GC. Dos 38 pacientes identificados com HN, 87% apresentaram situação de invalidez ou morte aos 12 meses. Em contrapartida, dos 31 pacientes sem HN, 45% apresentaram situação de invalidez ou morte aos 12 meses.
Schweickert et al. (2009) ¹⁴	104 pacientes com idade acima de 18 anos, sedados e em VM por menos que 72 h e que permaneceram no mínimo 24 h internados em UTI.	No GI, foram realizadas sessões diárias de interrupção da sedação associadas a protocolo de mobilização precoce. No GC, os pacientes foram submetidos a cuidados usuais, assim como sessões diárias de interrupção da sedação.	A independência funcional na alta hospitalar foi avaliado através da escala <i>Functional Independence Measure (FIM)</i> . Os desfechos secundários avaliados foram: duração do <i>delirium</i> na UTI e o número de dias sem VM durante os primeiros 28 dias de internação.	O GI (n = 49) foi submetido a protocolo de mobilização precoce e (fisioterapia + terapia ocupacional). O GC (n = 55) foi submetido a cuidados usuais.	O GI apresentou maior independência funcional na alta hospitalar, menor tempo na UTI com <i>delirium</i> e maior tempo fora da VM quando comparado ao GC.
Cumming et al. (2011) ¹⁵	71 pacientes com idade acima de 18 anos, admitidos dentro do período de 24 h em UTI após episódio de AVC (isquêmico ou hemorrágico), apresentando parâmetros fisiológicos estáveis.	No GI foi realizado o protocolo de mobilização precoce com foco nas primeiras 24 horas após o AVC, durante os primeiros 14 dias de internação ou até a alta hospitalar. No GC, os pacientes foram submetidos a cuidados usuais.	A distância percorrida em 50 metros sem auxílio foi avaliada através da escala <i>Functional Independence Measure (FIM)</i> . Os desfechos secundários avaliados foram: o nível de independência funcional e mobilidade, através do índice de Barthel, e o controle do tronco avaliado por meio da escala <i>Rivermead Motor Assessment</i> .	O GI (n = 38) foi submetido a protocolo de mobilização precoce + intervenção com o objetivo de colocar o paciente em ortostatismo e saída do leito por pelo menos duas vezes ao dia. Já o GC (n = 33) foi submetido a cuidados usuais.	Os pacientes alocados no GI retornaram a deambular mais rapidamente. O protocolo de mobilização precoce foi independentemente associado a maior nível de independência funcional (avaliado no terceiro mês após o AVC) e maior controle de tronco (avaliado aos 3 e 12 meses).
Álvarez et al. (2012) ¹⁶	64 pacientes com idade acima de 60 anos, admitidos dentro do período de 24 h em UTI, após doença aguda ou crônica descompensada.	O grupo PnFR, foi submetido a protocolo padrão de prevenção não farmacológica + Terapia Ocupacional (TO) precoce e intensiva durante 5 vezes por semana, 2 vezes ao dia. Já o grupo PnFE foi submetido ao protocolo padrão de intervenção não farmacológica.	A incidência de <i>delirium</i> na UTI foi avaliada através do instrumento <i>Confusion Assessment Method (CAM)</i> . A independência funcional foi analisada por intermédio da escala FIM, o nível de cognição através do <i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i> , a força de preensão palmar através de dinamometria e o tempo de internação hospitalar foi avaliado em dias de permanência.	Grupo PnFR (n = 33) foi submetido a protocolo de prevenção não farmacológica padrão + TO precoce e intensiva. Já o grupo PnFE (n = 31) foi submetido ao protocolo padrão de intervenção não farmacológica.	O grupo PnFR apresentou menor incidência de <i>delirium</i> quando comparado ao grupo PnFE. Não houve diferenças significativas entre os grupos nos desfechos independência funcional, avaliação cognitiva e força de preensão palmar. O tempo de internação hospitalar foi menor no grupo PnFR.

AVC, acidente vascular cerebral; VM, ventilação mecânica; GI, grupo intervenção; GC, grupo controle; NIHSS, *National Institute of Health Stroke Scale*; PnFR, prevenção no farmacológica reforçada; PnFE, prevenção no farmacológica estándar.