

REVISÃO

Mobilização segura e reabilitação funcional de adultos com abdome aberto: Uma revisão narrativa ***Safe mobilization and functional rehabilitation of adults with an open abdomen: A narrative review***

Rafael Viana dos Santos Coutinho¹, Matheus Augusto Nunes Ventura², Felipe de Souza Fontanella Bittencourt³, Gabriel dos Santos Campos⁴, Karla Karoline Ferreira dos Santos⁵

¹Médico RQE 29566 pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

³UniSul -Tubarao, Tubarão, SC, Brasil

⁴Médico CRM-MG 107718 pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

⁵Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil

Recebido em: 28 de Setembro de 2026; Aceito em: 5 de Outubro de 2026.

Correspondência: Rafael Viana dos Santos Coutinho, trabalhocientificomed@gmail.com

Como citar

Coutinho RVS, Ventura MAN, Bittencourt FSF, Campos GS, Santos KKF. Mobilização segura e reabilitação funcional de adultos com abdome aberto: Uma revisão narrativa. Fisioter Bras. 2026;27(9):5869-5878. doi: [10.62827/fb.v27i9.1319](https://doi.org/10.62827/fb.v27i9.1319).

Resumo

Introdução: O abdome aberto preserva opções cirúrgicas em situações críticas, mas combina risco de complicações locais com imobilidade e perda funcional. **Objetivo:** Analisar as evidências sobre mobilização segura, prevenção de complicações e reabilitação funcional de adultos com abdome aberto. **Métodos:** Revisão narrativa com buscas no PubMed/MEDLINE e na LILACS em setembro de 2026, complementadas pela leitura de diretrizes e de referências pertinentes. Foram priorizadas publicações de 2021 a 2026, mantendo fontes anteriores pertinentes às diretrizes e aos dados diretos sobre abdome aberto. Foram diferenciados estudos com abdome aberto, estudos de pacientes críticos e estudos após cirurgia abdominal sem peritoneostomia. **Resultados:** Diretrizes específicas não definem o momento ideal para mobilizar durante o abdome aberto; a diretriz específica admite transferências em pessoas selecionadas com fechamento temporário por pressão negativa, sem comprovação comparativa de segurança. Estudos de pacientes críticos e de laparotomia de

urgência descrevem viabilidade da mobilização, mas não demonstram segurança equivalente na peritoneostomia. Um ensaio em terapia intensiva não encontrou benefício funcional adicional de um protocolo mais intenso e registrou mais eventos adversos. Estudos de seguimento do abdome aberto identificaram limitações físicas e hérnias, sem testar programas de reabilitação. *Conclusão:* A mobilização deve ser graduada conforme estabilidade clínica, integridade do fechamento temporário e decisão compartilhada com a equipe cirúrgica. A reabilitação após o fechamento deve acompanhar desfechos funcionais; ainda não há evidência direta de que a mobilização previna fístulas ou melhore o fechamento fascial.

Palavras-chave: Técnicas de Abdome Aberto; Deambulação Precoce; Cuidados Pós-Operatórios; Modalidades de Fisioterapia; Unidades de Terapia Intensiva.

Abstract

Introduction: Open abdomen management preserves surgical options in critical conditions but combines the risk of local complications with immobility and functional loss. *Objective:* To analyze evidence on safe mobilization, complication prevention, and functional rehabilitation in adults with an open abdomen. *Methods:* PubMed/MEDLINE and LILACS were searched in September 2026, and relevant guidelines and reference lists were examined. Publications from 2021 to 2026 were prioritized while earlier sources relevant to guidelines and direct open abdomen data were retained. Evidence from open abdomen patients was distinguished from studies in general critical care and abdominal surgery without peritoneostomy. *Results:* Specific guidelines do not define the optimal time to mobilize patients with an open abdomen; the specific guideline allows transfers to be considered in selected patients with negative pressure temporary closure, without comparative proof of safety. Studies in critical care and emergency laparotomy report feasible mobilization but do not establish equivalent safety during peritoneostomy. An intensive care trial found no additional functional benefit from a more intensive protocol and reported more adverse events. Long-term open abdomen cohorts documented physical limitations and hernias without testing rehabilitation programs. *Conclusion:* Mobilization should progress according to clinical stability, the integrity of temporary closure, and shared decisions with the surgical team. Rehabilitation after closure should monitor functional outcomes; direct evidence that mobilization prevents fistulas or improves fascial closure is lacking.

Keywords: Open Abdomen Techniques; Early Ambulation; Postoperative Care; Physical Therapy Modalities; Intensive Care Units.

Introdução

Nesta revisão, abdome aberto, peritoneostomia e laparostomia são empregados como termos operacionais equivalentes para a condição temporária em que a fáscia permanece sem fechamento

definitivo após a laparotomia. Pode ser necessário quando a reanimação ainda está em curso, existe edema visceral, é preciso reexplorar a cavidade ou a pressão intra-abdominal impede o fechamento

seguro. A indicação pode decorrer de trauma, sepse abdominal, emergência vascular ou pancreatite grave [1,2,3].

O fechamento temporário protege as vísceras e permite o tratamento escalonado, mas introduz riscos de fístula enteroatmosférica, perda de domínio da parede abdominal, falha de fechamento fascial e hérnia tardia. Técnicas de pressão negativa e tração fascial são componentes do tratamento cirúrgico; a comparação da pressão negativa com outra cobertura temporária e entre dispositivos, em pacientes sem trauma, apoia-se em dois ensaios pequenos, cuja evidência foi classificada como de certeza muito baixa pela revisão Cochrane [4,5]. A prevenção dessas complicações exige distinguir o efeito da proteção visceral e do tempo de fechamento de qualquer efeito atribuído à atividade física.

Enquanto a equipe busca estabilização e

fechamento, o paciente pode permanecer sedado, ventilado e dependente para as transferências [1]. A inatividade acrescenta risco de fraqueza e perda de mobilidade, razões pelas quais diretrizes de terapia intensiva e de laparotomia de urgência incorporam avaliação e mobilização progressiva [6,7]. A parede abdominal ainda aberta, entretanto, modifica as condições de manuseio e não está representada de maneira identificável na maioria dos ensaios de reabilitação.

O dilema clínico, portanto, não se resolve por uma regra universal de repouso ou por um prazo fixo para levantar. O objetivo desta revisão é analisar as evidências sobre mobilização segura, prevenção de complicações e reabilitação funcional de adultos com abdome aberto, distinguindo dados diretamente aplicáveis de extrapolações e sem atribuir à fisioterapia desfechos cirúrgicos não testados.

Métodos

Esta revisão narrativa foi escolhida porque a pergunta abrange decisões em fases diferentes do cuidado e reúne diretrizes cirúrgicas, estudos observacionais de peritoneostomia e pesquisas de mobilização em populações correlatas. A pergunta analítica foi: quais condições sustentam a mobilização de adultos com abdome aberto e quais desfechos de complicações e função foram efetivamente estudados? A busca bibliográfica foi realizada em setembro de 2026 no PubMed/MEDLINE e complementada na LILACS pelo Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sem filtros de idioma ou ano. Na composição da síntese, publicações de 2021 a 2026 foram priorizadas pela atualidade e pertinência clínica, sem usar o ano como filtro de busca; fontes anteriores permaneceram quando necessárias para diretrizes, instrumentos,

ensaios fundamentais e dados diretos de pacientes com abdome aberto. As estratégias completas executadas no PubMed/MEDLINE foram:

1) (“open abdomen”[tiab] OR peritoneostomy[tiab]) AND (mobiliz*[tiab] OR rehabilitat*[tiab] OR physiotherap*[tiab] OR “physical therapy”[tiab] OR “quality of life”[tiab]);

2) (“open abdomen”[tiab] OR peritoneostomy[tiab]) AND (“negative pressure”[tiab] OR “fascial closure”[tiab] OR “enteroatmospheric fistula”[tiab] OR guideline[pt]);

3) (“emergency abdominal surgery”[tiab] OR “emergency laparotomy”[tiab] OR “major abdominal surgery”[tiab]) AND (“early mobilization”[tiab] OR “early mobilisation”[tiab] OR “physical therapy”[tiab] OR physiotherapy[tiab]);

4) (“intensive care”[tiab] OR “critically ill”[tiab]) AND (“early mobilization”[tiab] OR “early mobilisation”[tiab]) AND (safety[tiab] OR function*[tiab] OR adverse[tiab]).

Os campos [tiab] identificam título e resumo; [pt] identifica tipo de publicação.

Na LILACS, as estratégias executadas foram:

1) tw:((“abdome aberto” OR “abdomen abierto” OR “open abdomen” OR peritoneostomia OR laparostomia) AND (mobilização OR movilización OR mobilization OR reabilitação OR rehabilitación OR rehabilitation OR fisioterapia OR physiotherapy)) AND db:(“LILACS”)

2) tw:((“abdome aberto” OR “abdomen abierto” OR “open abdomen” OR peritoneostomia OR laparostomia) AND (“qualidade de vida” OR “calidad de vida” OR “quality of life” OR funcionalidade OR funcionalidad OR “physical function”)) AND db:(“LILACS”)

Na sintaxe da BVS, tw: pesquisa título, resumo e assunto; db:(“LILACS”) restringe a consulta à LILACS.

A seleção ocorreu pela leitura dos títulos e resumos recuperados, seguida da consulta ao texto integral quando acessível e necessário à interpretação. Foram também examinadas as diretrizes das sociedades de cirurgia de urgência, hérnia e recuperação após cirurgia, além de referências

citadas nas sínteses pertinentes; registros bibliográficos foram confirmados no PubMed. Foram considerados diretrizes, revisões, ensaios e estudos observacionais que informassem indicações e proteção do abdome aberto, segurança ou efeitos da mobilização, desfechos respiratórios e físicos, ou complicações e qualidade de vida no seguimento. Séries sobre laparotomia com fechamento primário e estudos gerais de terapia intensiva foram mantidos apenas como evidência indireta. Não se atribuiu a essas populações segurança comprovada para pacientes com peritoneostomia.

Na leitura das fontes, registraram-se população, estado da parede abdominal, tipo de fechamento quando relatado, intervenção, comparador, desfecho e limitação que alterasse a aplicabilidade clínica. A aplicabilidade foi julgada pela população, pelo estado da parede abdominal e pela fase do cuidado: estudos durante o abdome aberto e coortes de seguimento ofereceram evidência direta apenas para os desfechos que mediram; estudos de laparotomia com parede fechada e de terapia intensiva geral foram tratados como evidência indireta. Resultados de cenários distintos não foram combinados quantitativamente. O desenho narrativo não permite estimar a completude da recuperação bibliográfica nem estabelecer uma recomendação graduada para o momento ou a dose da mobilização.

Resultados

As diretrizes cirúrgicas situam o fechamento definitivo da fásia como objetivo a ser alcançado assim que a reanimação, o controle do foco e a necessidade de reexploração o permitam [1]. A condição de abdome aberto, o tipo de cobertura visceral e a possibilidade de nova operação são,

assim, variáveis do estado clínico que mudam ao longo de uma mesma internação. Na revisão Cochrane de pacientes sem trauma, dois pequenos ensaios, com 74 participantes ao todo e certeza da evidência classificada como muito baixa pela revisão, deixaram incerto o efeito de sistemas de

pressão negativa sobre tempo de fechamento, fístula e mortalidade [4]. Esses ensaios não avaliaram programas de mobilização.

Na seção dedicada à mobilização, a diretriz da World Society of Emergency Surgery informa que não é possível recomendar um momento ideal para iniciar a atividade enquanto o abdome permanece aberto. O documento admite a possibilidade de transferências passivas ou ativas em pessoas selecionadas com fechamento temporário por pressão negativa, pela sustentação provisória da parede, sem demonstrar que essa configuração previna deslocamento do curativo, fístula ou falha de fechamento durante o esforço [1]. A diretriz da European Hernia Society também trata essencialmente das técnicas de fechamento, e não estabelece dose de exercício nessa fase [5].

O abdome aberto tampouco determina, isoladamente, a manutenção da ventilação mecânica. Em uma coorte retrospectiva de trauma, 31 pacientes foram extubados antes e 59 após o fechamento; a pneumonia ocorreu em 10% no primeiro grupo e em 31% no segundo ($p=0,04$), com características basais diferentes entre grupos [8]. Trata-se de associação em pessoas selecionadas, sem teste de fisioterapia respiratória ou de mobilização como causa da diferença.

Para adultos críticos sob ventilação mecânica, um consenso multidisciplinar agrupou a segurança da mobilização em domínios respiratório, cardiovascular, neurológico e outros fatores clínicos [9]; diretrizes brasileiras propõem avaliação individual e monitorização durante a progressão [6]. Nenhuma dessas fontes validou critérios específicos de integridade do fechamento temporário abdominal ou limites de esforço contra a parede aberta. Portanto, a estabilidade sistêmica e a condição cirúrgica correspondem a dimensões distintas da avaliação.

Os resultados de ensaios em terapia intensiva

são heterogêneos. Um estudo randomizado com 200 pacientes de terapia intensiva cirúrgica comparou mobilização precoce guiada por metas com o cuidado usual: o nível médio de mobilidade foi 2,2 versus 1,5 pontos; a permanência na unidade, 7 (5–12) versus 10 (6–15) dias; e o escore funcional na alta, 8 (4–8) versus 5 (2–8) pontos. Foram relatados 25 versus 10 eventos adversos durante a mobilização, nenhum grave [10]. Em 750 adultos sob ventilação mecânica, a intervenção de maior atividade precoce não aumentou os dias vivos fora do hospital em 180 dias: medianas de 143 (21–161) versus 145 (51–164) dias, diferença absoluta de –2 dias (IC 95% –10 a 6); eventos potencialmente relacionados à mobilização ocorreram em 34/371 (9,2%) versus 15/370 (4,1%) participantes [11]. Nenhum dos resultados fornece, isoladamente, uma dose testada para peritoneostomia.

Após cirurgia abdominal aguda de alto risco, um estudo prospectivo não randomizado mobilizou 48 pacientes segundo metas progressivas; 92% iniciaram alguma mobilização nas primeiras 24 horas, enquanto fadiga, dor e tontura limitaram o avanço relatado pelos participantes [12]. Uma revisão sistemática de 2026 reuniu estudos de cirurgia abdominal de urgência: o tempo de internação foi menor em análises agrupadas de ensaios (diferença média –1,95 dia; IC 95% –3,16 a –0,75) e estudos observacionais (–2,84 dias; IC 95% –3,84 a –1,83), mas a certeza foi julgada muito baixa e a mobilização geralmente integrava pacotes de recuperação multimodal [13]. A presença de abdome aberto não constituiu um estrato de efeito nessas fontes.

Em cirurgia abdominal eletiva com parede fechada, a saída do leito nas primeiras horas melhorou medidas de oxigenação em um ensaio, sem diferença demonstrada nos desfechos clínicos secundários respiratórios [14]. Um ensaio distinto

encontrou menos complicações pulmonares após orientação fisioterapêutica pré-operatória, que incluía exercícios respiratórios e deambulação precoce [15]. Esses achados sustentam o cuidado respiratório e funcional no perioperatório em suas próprias populações, mas não definem benefício, tempo de início ou segurança durante a peritoneostomia.

O seguimento de sobreviventes do abdome aberto informa o problema funcional que persiste depois da fase crítica. Entre 40 pessoas com avaliação completa em uma coorte, registraram-se hérnias, dor cicatricial e redução da qualidade de vida, com associação entre fístula enteroatmosférica e pior qualidade de vida, mas sem associação entre a presença de hérnia e a qualidade de vida [16]. Em outra coorte, 34 compareceram ao

seguimento e os escores de função física foram inferiores aos valores normativos apenas no subgrupo com hérnia incisional [17]. Nenhuma das duas comparou estratégias de reabilitação, e o número de sobreviventes efetivamente avaliados limita a generalização.

A Escala de Mobilidade em Terapia Intensiva documenta o maior nível de atividade alcançado, e a versão brasileira do Escore de Estado Funcional para a Terapia Intensiva permite acompanhar tarefas como mobilidade no leito, transferência e caminhada [18,19]. Esses instrumentos foram estudados em pacientes críticos, sem validação específica para prever integridade abdominal ou risco de fístula. O Quadro 1 resume o alcance clínico dos grupos de fontes utilizados nesta revisão.

Quadro 1 – Alcance e limites das fontes sobre mobilização e função no abdome aberto.

Contexto	Informação disponível	Limite da inferência
Abdome ainda aberto (direta para manejo, sem teste de mobilização)	Diretrizes cirúrgicas, comparação de coberturas temporárias e coorte de extubação [1,4,8]	A possibilidade de transferir ou extubar não constitui ensaio de dose, segurança ou eficácia da fisioterapia.
Terapia intensiva cirúrgica ou geral (indireta)	CrITÉRIOS de segurança e ensaios que mediram mobilidade, função e eventos adversos [9,10,11]	Não há análise separada identificável de pessoas com fÁscia mantida aberta.
Laparotomia sem peritoneostomia (indireta)	Viabilidade após urgência, síntese de recuperação e ensaio de oxigenação em cirurgia eletiva [12,13,14]	A proteção da incisão fechada e os pacotes de cuidado diferem do tratamento do abdome aberto.
Seguimento após abdome aberto (direta para sequelas, sem teste de reabilitação)	Coortes de hérnia, dor e qualidade de vida [16,17]	Descrevem necessidades funcionais, sem comparar programas de reabilitação.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

Discussão

As fontes, portanto, permitem descrever a possibilidade técnica de certas atividades e as necessidades de recuperação, mas não associar uma intervenção fisioterapêutica específica à prevenção das principais complicações cirúrgicas da peritoneostomia. Também não fornecem um limiar validado para iniciar sedestação, ortostatismo ou marcha com a fásia ainda aberta.

A principal implicação da busca é a necessidade de não confundir três inferências: a proteção temporária pode permitir deslocar uma pessoa selecionada; a mobilização em outras populações pode melhorar algum desfecho; e a mobilização de quem permanece com abdome aberto seria segura ou benéfica na mesma intensidade. Apenas a primeira encontra apoio direto na diretriz específica, que expressamente não fixa o momento ideal [1]. Essa lacuna não demonstra dano nem justifica contraindicação universal à mobilização. O ensaio contemporâneo em ventilação mecânica ainda alerta que aumentar a dose de atividade sem ganhos demonstrados pode elevar eventos adversos [11].

Uma decisão clínica prudente começa pela situação da cirurgia: controle do foco, plano de reexploração, método e integridade do fechamento temporário, exposição de vísceras, presença de fístula ou sangramento e orientação da equipe responsável. Em seguida, considera perfusão, necessidade de suporte circulatório, oxigenação, nível de consciência, dor e capacidade de seguir comandos, além da fixação de tubos e drenos [1,6,9]. Essa sequência é uma proposta de integração entre evidências cirúrgicas e critérios de terapia intensiva; não é um protocolo validado para abdome aberto nem contém limiares de pressão, tempo ou esforço testados nessa população.

Como proposta clínica dos autores, quando há instabilidade ou risco de perda da proteção visceral,

o plano pode restringir-se a posicionamento, movimentos de membros ou participação assistida no leito, reavaliando-se a possibilidade de sair do leito após estabilização. Nessa mesma proposta, se o fechamento temporário está íntegro e a equipe cirúrgica autoriza a transferência, a progressão pode passar por sentar, ficar em pé e caminhar conforme tolerância, com observação do curativo, do circuito de pressão negativa e da resposta clínica. A diretriz específica admite transferências em pessoas com fechamento temporário por pressão negativa [1]; a progressão para ortostatismo e marcha é extrapolação proposta pelos autores, ainda não testada nessa população. Como sinais de alerta propostos para reavaliação, dor desproporcional, sangramento novo, perda de vedação, saída anormal de conteúdo pela ferida, tontura intensa ou deterioração respiratória e circulatória justificam interromper a sessão e reavaliar a causa. Esses passos organizam vigilância e comunicação, sem alegar que uma modalidade específica evite fístulas ou deiscência.

A prevenção de complicações locais depende principalmente de proteção visceral, controle de infecção, suporte nutricional e estratégia de fechamento cirúrgico [1,2,5]. A fisioterapia pode atuar sobre mobilidade, ventilação, tolerância ao esforço e dependência funcional em colaboração com esse cuidado, mas não deve assumir como desfecho próprio a taxa de fechamento fascial sem estudo que a relacione à intervenção. O achado de extubação antes do fechamento mostra que a própria ferida aberta não obriga ventilação prolongada em todos os pacientes; por ser uma coorte retrospectiva de trauma, tampouco permite atribuir menor pneumonia à extubação ou a uma técnica respiratória em todos os contextos [8].

Depois do fechamento fascial ou da cobertura planejada, o foco tende a deslocar-se da integridade do sistema temporário para recuperação de transferências, caminhada, resistência, participação e sintomas da parede abdominal. As coortes de sobreviventes mostram que função física e qualidade de vida podem permanecer reduzidas após o tratamento com abdome aberto, mas divergem quanto ao papel da hérnia: em uma, a pior qualidade de vida associou-se à fístula enterotatmosférica e não à hérnia; na outra, o déficit físico concentrou-se nos pacientes com hérnia incisional [16,17]. Registrar nível de mobilidade e tarefas funcionais na unidade e na alta pode tornar visível a evolução, desde que escalas gerais da terapia intensiva não sejam interpretadas como marcadores de segurança da ferida [18,19]. Um plano continuado pode ser ajustado à dor, à fadiga, à hérnia e às restrições determinadas pela equipe cirúrgica, sem pressupor uma dose única de fortalecimento do tronco.

Os estudos de laparotomia de urgência reforçam a utilidade de metas viáveis e da remoção de barreiras, mas a fraqueza, a dor e a instabilidade podem impedir que objetivos programados sejam atingidos [12]. A revisão de 2026 encontrou sinais favoráveis para tempo de internação, porém a certeza muito baixa e a inserção da mobilização em pacotes multimodais impedem isolar o efeito

da fisioterapia [7,13]. As intervenções diferiram: o ensaio cirúrgico utilizou metas graduadas de mobilidade e comunicação entre profissionais, enquanto o ensaio multicêntrico de adultos ventilados combinou redução da sedação e fisioterapia diária para aumentar a atividade precoce. Ambos registraram mais eventos adversos nos grupos de intervenção, mas o ganho funcional na alta foi demonstrado apenas no ensaio cirúrgico; essas diferenças impedem extrapolar dose, benefício ou segurança para o abdome aberto [10,11].

Esta síntese tem limites decorrentes do delineamento narrativo e da escassez de avaliação direta durante a peritoneostomia. O caráter seletivo da revisão narrativa não permite assegurar que a recuperação bibliográfica tenha sido exaustiva. Etiologia, gravidade, técnica de cobertura, número de reoperações e sobrevivência selecionam populações muito diferentes; a maioria dos estudos funcionais observa somente os sobreviventes disponíveis ao seguimento. Uma investigação prospectiva útil registraria estado da fásia no dia de cada sessão, estabilidade clínica, tipo de fechamento, nível de atividade efetivamente realizado, perda de vedação e outros eventos imediatos, além de função na alta e após a internação. Só então seria possível separar viabilidade, segurança e possível benefício funcional da mobilização enquanto o abdome permanece aberto.

Conclusão

Aperitoneostomia não impõe imobilidade universal, mas a literatura específica ainda não determina quando ou com qual intensidade mobilizar. À luz da diretriz, transferências podem ser consideradas em pessoas selecionadas com fechamento temporário por pressão negativa. Avaliar conjuntamente estabilidade clínica, integridade do sistema e concordância

da equipe cirúrgica constitui proposta clínica dos autores; a progressão deve acompanhar a resposta respiratória, circulatória e funcional, além do estado da ferida. Após o fechamento ou a cobertura planejada, a reabilitação deve acompanhar mobilidade, independência e sintomas físicos que podem persistir. Os efeitos da mobilização sobre fístula, fechamento

fascial e recuperação funcional de pacientes com abdome aberto não foram estabelecidos por estudos comparativos diretos.

Declaração de uso de inteligência artificial

O ChatGPT (OpenAI) foi utilizado como apoio à localização e organização das fontes, à preparação do texto e à revisão linguística. As informações científicas e referências foram confrontadas com as publicações consultadas; não foram fabricados dados, resultados ou referências. A ferramenta não recebeu autoria, e os autores assumem a responsabilidade integral pelo conteúdo científico, pelas interpretações e pela aprovação da versão final.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Este trabalho não recebeu financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Campos GS, Ventura MAN, Bittencourt FSF, Coutinho RVS, Santos KKF; *Redação do manuscrito:* Campos GS, Ventura MAN, Bittencourt FSF, Coutinho RVS, Santos KKF; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Campos GS, Ventura MAN, Bittencourt FSF, Coutinho RVS, Santos KKF.

Referências

1. Coccolini F, Roberts D, Ansaloni L, Ivatury R, Gamberini E, Kluger Y, et al. The open abdomen in trauma and non-trauma patients: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2018;13:7. doi:10.1186/s13017-018-0167-4
2. Roberts DJ, Leppäniemi A, Tolonen M, Mentula P, Björck M, Kirkpatrick AW, et al. The open abdomen in trauma, acute care, and vascular and endovascular surgery: comprehensive, expert, narrative review. *BJS Open.* 2023;7(5):zrad084. doi:10.1093/bjsopen/zrad084
3. Kirkpatrick AW, Roberts DJ, De Waele J, Jaeschke R, Malbrain ML, De Keulenaer B, et al. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Med.* 2013;39(7):1190-206. doi:10.1007/s00134-013-2906-z
4. Cheng Y, Wang K, Gong J, Liu Z, Gong J, Zeng Z, et al. Negative pressure wound therapy for managing the open abdomen in non-trauma patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;5(5):CD013710. doi:10.1002/14651858.CD013710.pub2
5. López-Cano M, García-Alamino JM, Antoniou SA, Bennet D, Dietz UA, Ferreira F, et al. EHS clinical guidelines on the management of the abdominal wall in the context of the open or burst abdomen. *Hernia.* 2018;22(6):921-39. doi:10.1007/s10029-018-1818-9
6. Aquim EE, Bernardo WM, Buzzini RF, Azeredo NSG, Cunha LSD, Damasceno MCP, et al. Brazilian Guidelines for Early Mobilization in Intensive Care Unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2019;31(4):434-43. doi:10.5935/0103-507X.20190084
7. Scott MJ, Aggarwal G, Aitken RJ, Anderson ID, Balfour A, Foss NB, et al. Consensus Guidelines for Perioperative Care for Emergency Laparotomy Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations Part 2-Emergency Laparotomy: Intra- and Postoperative Care. *World J Surg.* 2023;47(8):1850-80. doi:10.1007/s00268-023-07020-6
8. Sujka JA, Safcsak K, Cheatham ML, Ibrahim JA. Trauma patients with an open abdomen following damage control laparotomy can be extubated prior to abdominal closure. *World J Surg.* 2018;42(10):3210-4. doi:10.1007/s00268-018-4610-1

9. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, Tipping CJ, Harrold M, Baldwin CE, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care*. 2014;18(6):658. doi:10.1186/s13054-014-0658-y
10. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, Edrich T, Grabitz SD, Gradwohl-Matis I, et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;388(10052):1377-88. doi:10.1016/S0140-6736(16)31637-3
11. Hodgson CL, Bailey M, Bellomo R, Brickell K, Broadley T, Buhr H, et al. Early active mobilization during mechanical ventilation in the ICU. *N Engl J Med*. 2022;387(19):1747-58. doi:10.1056/NEJMoa2209083
12. Jønsson LR, Foss NB, Orbæk J, Lauritsen ML, Sejrsen HN, Kristensen MT. Early intensive mobilization after acute high-risk abdominal surgery: a nonrandomized prospective feasibility trial. *Can J Surg*. 2023;66(3):E236-45. doi:10.1503/cjs.008722
13. Torfadóttir MS, Degett TH, Olsen IH, Kjær ML, Jensen J, Gellert-Kristensen DK, et al. The effect of early mobilization as part of enhanced recovery after surgery on postoperative outcomes after emergency abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg*. 2026;50(5):1228-37. doi:10.1002/wjs.70334
14. Svensson-Raskh A, Schandl AR, Ståhle A, Nygren-Bonnier M, Fagevik Olsén M. Mobilization started within 2 hours after abdominal surgery improves peripheral and arterial oxygenation: a single-center randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2021;101(5):pzab094. doi:10.1093/ptj/pzab094
15. Boden I, Skinner EH, Browning L, Reeve J, Anderson L, Hill C, et al. Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2018;360:j5916. doi:10.1136/bmj.j5916
16. Theodorou A, Jedig A, Manekeller S, Willms A, Pantelis D, Matthaei H, et al. Long term outcome after open abdomen treatment: function and quality of life. *Front Surg*. 2021;8:590245. doi:10.3389/fsurg.2021.590245
17. Schaaf S, Schwab R, Willms A. Quality of life after open abdominal treatment with vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction. *Mil Med*. 2021;186(Suppl 1):452-7. doi:10.1093/milmed/usaa336
18. Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. *Heart Lung*. 2014;43(1):19-24. doi:10.1016/j.hrtlng.2013.11.003
19. Silva VZMD, Araújo JA Neto, Cipriano G Jr, Pinedo M, Needham DM, Zanni JM, et al. Brazilian version of the Functional Status Score for the ICU: translation and cross-cultural adaptation. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):34-8. doi:10.5935/0103-507X.20170006



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.