

REVISÃO

Fisioterapia em pacientes com obstrução intestinal: função respiratória, mobilização precoce e prevenção do declínio funcional: Uma revisão narrativa

Physiotherapy in patients with intestinal obstruction: respiratory function, early mobilisation and prevention of functional decline: A narrative review

Rafael Viana dos Santos Coutinho¹, Fernanda Ceron Damiani², Maria Eduarda de Oliveira Borges³, Láisla Lima Nogueira⁴, Lauren Mezaadri Cavasola⁵

¹Médico, RQE 29566 pela Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

²Universidade do Vale do Taquari (Univates), Lajeado, RS, Brasil

³Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas), Belo Horizonte, MG, Brasil

⁴Universidade de Itaúna (UIT), Itaúna, MG, Brasil

⁵Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil

Recebido em: 10 de Julho de 2026; Aceito em: 22 de Julho de 2026.

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

Como citar

Coutinho RVS, Damiani FC, Borges MEO, Nogueira LL, Cavasola LM. Fisioterapia em pacientes com obstrução intestinal: função respiratória, mobilização precoce e prevenção do declínio funcional: Uma revisão narrativa. Fisioter Bras. 2026;27(5):3966-3977. doi: [10.62827/fb.v27i5.1232](https://doi.org/10.62827/fb.v27i5.1232).

Resumo

Introdução: A obstrução intestinal é causa frequente de internação cirúrgica de urgência e submete o paciente a repouso prolongado no leito, jejum, descompressão nasogástrica, dor e distensão abdominal, condições que favorecem a deterioração da função respiratória e a perda de capacidade funcional. **Objetivo:** Descreveu-se o papel da fisioterapia na preservação da função respiratória, na mobilização precoce e na prevenção do declínio funcional de pacientes com obstrução intestinal. **Métodos:** Trata-se de revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e qualitativo. A busca bibliográfica foi realizada até julho de 2026 nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), acessada por meio do PubMed, Embase, Cochrane Library, Scientific

Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Physiotherapy Evidence Database (PEDro), com descritores e termos livres em português e inglês combinados por operadores booleanos. A seleção ocorreu pela leitura de títulos e resumos, seguida da avaliação dos textos integrais potencialmente pertinentes, com decisões de inclusão por consenso entre os autores; a análise foi descritiva e temática. *Resultados:* Não foram identificados estudos de intervenção fisioterapêutica que tivessem pacientes com obstrução intestinal como população-alvo; as recomendações derivam, portanto, de evidência indireta e de inferência fisiopatológica. A distensão abdominal reduz volumes pulmonares e predispõe à atelectasia, enquanto a imobilidade acelera a perda muscular. Intervenções fisioterapêuticas estruturadas, combinando estratégias respiratórias e mobilização progressiva, apresentam resultados mais consistentes em cirurgia abdominal e terapia intensiva, enquanto recursos respiratórios isolados mostram benefício menos claro. *Conclusão:* Há plausibilidade clínica para a atuação fisioterapêutica integrada ao cuidado multiprofissional, mas a transferência dos benefícios observados em populações correlatas exige individualização. A fisioterapia atua sobre as repercussões respiratórias e funcionais da obstrução, e não sobre a obstrução mecânica em si.

Palavras-chave: Obstrução Intestinal; Modalidades de Fisioterapia; Deambulação Precoce; Complicações Pós-Operatórias; Reabilitação.

Abstract

Introduction: Intestinal obstruction is a frequent cause of emergency surgical admission and subjects patients to prolonged bed rest, fasting, nasogastric decompression, pain and abdominal distension, conditions that favour deterioration of respiratory function and loss of functional capacity. *Objective:* To describe the role of physiotherapy in preserving respiratory function, promoting early mobilisation and preventing functional decline in patients with intestinal obstruction. *Methods:* This was a descriptive and qualitative narrative literature review. The literature search was conducted up to July 2026 in Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), accessed through PubMed, Embase, the Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and Physiotherapy Evidence Database (PEDro), using controlled descriptors and free-text terms in Portuguese and English combined with Boolean operators. Selection involved screening titles and abstracts, followed by full-text assessment of potentially relevant publications. Inclusion decisions were reached by consensus among the authors, and the findings were analysed descriptively and thematically. *Results:* No physiotherapy intervention studies were identified in which patients with intestinal obstruction were the target population; the recommendations therefore derive from indirect evidence and pathophysiological inference. Abdominal distension reduces lung volumes and predisposes to atelectasis, whereas immobility accelerates muscle loss. Structured physiotherapy interventions combining respiratory strategies and progressive mobilisation show more consistent results in abdominal surgery and intensive care, whereas isolated respiratory techniques

have less certain benefit. *Conclusion:* There is clinical plausibility for physiotherapy integrated into multidisciplinary care, but transferring benefits observed in related populations requires individualisation. Physiotherapy addresses the respiratory and functional consequences of obstruction rather than the mechanical obstruction itself.

Keywords: Intestinal Obstruction; Physical Therapy Modalities; Early Ambulation; Postoperative Complications; Rehabilitation.

Introdução

A obstrução intestinal representa uma das principais causas de admissão hospitalar por abdome agudo e permanece associada a morbidade expressiva, internações prolongadas e mortalidade não desprezível, sobretudo quando decorre de aderências pós-operatórias, principal etiologia em adultos [1]. Boa parte dos episódios é conduzida inicialmente de modo conservador, com jejum, hidratação e descompressão por sonda nasogástrica, ao passo que os casos com sinais de sofrimento intestinal ou falha do tratamento clínico seguem para laparotomia [1,2]. Em ambos os caminhos, o paciente permanece por dias restrito ao leito, com o abdome distendido e doloroso, cenário raramente analisado sob a ótica das repercussões respiratórias e funcionais que dele decorrem.

A maior parte da literatura sobre obstrução intestinal concentra-se em diagnóstico, na decisão entre tratamento conservador e cirúrgico e na prevenção de recorrência. Contudo, o percurso hospitalar desses pacientes tem consequências que ultrapassam o desfecho estritamente cirúrgico: dias de acamamento, dor e dispositivos que restringem o movimento produzem perda de condicionamento respiratório e físico que pode determinar a qualidade da recuperação e a autonomia após a alta. Analisar a obstrução intestinal também por essa perspectiva, a da função respiratória e do estado

funcional, corresponde a um espaço de cuidado frequentemente negligenciado e, na prática, habitualmente ocupado pela fisioterapia.

Grande parte do conhecimento fisioterapêutico aplicável a esses pacientes foi construída em populações distintas, como cirurgias abdominais eletivas, pacientes críticos ventilados e idosos internados por causas clínicas, e não na obstrução intestinal propriamente dita. Trata-se de um grupo heterogêneo, que reúne desde o adulto jovem com brida única até o idoso com carcinomatose e obstrução maligna, e que transita entre manejo conservador e cirúrgico. Essa heterogeneidade, associada à natureza urgente do quadro, dificulta a padronização de condutas e ajuda a explicar por que a fisioterapia nesse contexto é pouco descrita e frequentemente guiada por analogia a outros cenários.

Diante dessa lacuna, esta revisão teve como objetivo descrever como a fisioterapia pode atuar na preservação da função respiratória, na mobilização precoce e na prevenção do declínio funcional de pacientes com obstrução intestinal, distinguindo o que é sustentado por evidência direta, o que é extrapolado de contextos correlatos e quais questões permanecem em aberto para a prática e a pesquisa.

Métodos

Trata-se de revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e qualitativo, realizada com o objetivo de reunir, analisar e discutir as evidências científicas disponíveis acerca da atuação fisioterapêutica sobre a função respiratória, a mobilização precoce e o declínio funcional em pacientes com obstrução intestinal. A questão norteadora foi: quais são as evidências disponíveis sobre o papel da fisioterapia na preservação da função respiratória, na mobilização precoce e na prevenção do declínio funcional de pacientes com obstrução intestinal? Optou-se pelo delineamento narrativo porque a literatura direta sobre essa população é escassa e distribuída em domínios heterogêneos, o que inviabiliza a síntese quantitativa característica das revisões sistemáticas.

As buscas foram realizadas até julho de 2026 nas seguintes bases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), acessada por meio do PubMed; Embase; Cochrane Library; Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e Physiotherapy Evidence Database (PEDro), complementadas pelo rastreamento manual das listas de referências dos artigos recuperados. Não foi estabelecido limite inicial rígido para o ano de publicação, e estudos anteriores foram incluídos quando considerados fundamentais para a fundamentação fisiopatológica ou conceitual. Foram considerados estudos em português, inglês e espanhol.

A estratégia combinou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) com termos livres relacionados a obstrução intestinal, íleo, fisioterapia, mobilização precoce, deambulação, exercícios respiratórios, complicações pulmonares pós-operatórias e

declínio funcional, articulados pelos operadores booleanos AND e OR. Um exemplo de estratégia aplicada no PubMed foi: (“intestinal obstruction” OR “bowel obstruction” OR ileus) AND (physiotherapy OR “physical therapy” OR mobilization OR ambulation OR “breathing exercises”) AND (“postoperative complications” OR “functional decline”)

Foram incluídos estudos realizados em pacientes com obstrução intestinal ou em populações correlatas (cirurgia abdominal ou gastrointestinal, terapia intensiva e idosos hospitalizados) que abordassem pelo menos um dos desfechos de interesse: função respiratória, mobilização ou deambulação, complicações pós-operatórias, declínio funcional ou reabilitação. Foram excluídos trabalhos sem relação com os desfechos de interesse, estudos exclusivamente sobre diagnóstico ou técnica cirúrgica sem componente funcional ou reabilitador, e publicações cujo delineamento não permitisse leitura interpretativa mínima. Quanto ao delineamento, priorizaram-se revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos randomizados, diretrizes e consensos, seguidos de estudos observacionais relevantes.

A seleção ocorreu em duas etapas: leitura de títulos e resumos, para triagem inicial, e leitura dos textos integrais dos trabalhos potencialmente elegíveis, para verificação dos critérios de inclusão e exclusão. As decisões de inclusão foram tomadas por consenso entre os autores. Os achados foram extraídos por leitura interpretativa dos textos incluídos. A análise foi descritiva, com organização temática dos achados em quatro eixos (imobilidade, repercussão respiratória, mobilização precoce e declínio funcional) e, em cada eixo, distinção explícita da origem da evidência.

Para tornar transparente o grau de sustentação de cada afirmação, a evidência foi organizada em três níveis de transferência: evidência direta, proveniente de estudos que tiveram a obstrução intestinal como população-alvo; evidência indireta, extrapolada de cirurgia abdominal e gastrointestinal, terapia intensiva, programas de recuperação acelerada após cirurgia (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) e coortes de idosos hospitalizados; e inferência fisiopatológica, baseada em mecanismos respiratórios, de imobilidade e de declínio funcional.

Resultados

O corpo de referências analisado reuniu 23 fontes, publicadas entre 2006 e 2024. Quanto ao delineamento, foram identificadas nove revisões sistemáticas, com ou sem metanálise, três ensaios clínicos randomizados, duas diretrizes ou recomendações de sociedades científicas, uma coorte multicêntrica e oito demais fontes, compostas por revisões de literatura e estudos de fundamentação fisiopatológica ou conceitual. Não foram identificados estudos de intervenção fisioterapêutica que tivessem pacientes com obstrução intestinal como população-alvo. Os achados são apresentados a seguir segundo os quatro eixos temáticos definidos na análise.

O paciente com obstrução intestinal reúne vários dos principais determinantes da imobilidade hospitalar. A conduta inicial, mesmo bem indicada, prescreve repouso relativo, jejum e descompressão gástrica por sonda nasogástrica, medidas que mantêm o paciente no leito e desestimulam a saída para a poltrona ou a deambulação [1]. Como parcela substancial dos episódios por aderências se resolve sem cirurgia ao longo de alguns dias de manejo conservador [1,2], não é raro que esse período de restrição se estenda justamente nos

Coerentemente com o delineamento narrativo, o estudo não envolveu registro de protocolo, aplicação do fluxo do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), triagem independente por dois revisores, avaliação formal de risco de viés ou síntese quantitativa, procedimentos próprios das revisões sistemáticas. Não se apresenta, portanto, contagem sistemática de registros identificados e excluídos; a transparência é assegurada pela descrição da estratégia de busca e pela caracterização do corpo de referências efetivamente analisado.

doentes que não passarão pelo estímulo de mobilização habitualmente associado ao pós-operatório.

As consequências da imobilidade são rápidas e mensuráveis. Dez dias de repouso no leito reduzem massa e força musculares mesmo em idosos saudáveis [3], e reduções de massa muscular e de densidade óssea, além de alterações em outros sistemas, são detectáveis já na primeira semana de imobilização [4]. A esse desuso soma-se, na obstrução, o balanço nutricional negativo do jejum prolongado, que reduz a oferta de substrato para a síntese proteica muscular.

A distensão abdominal foi descrita como componente específico da obstrução. O acúmulo de gás e líquido em alças eleva a pressão intra-abdominal, gera desconforto e limita a tolerância ao decúbito elevado e à sedestação, ao mesmo tempo em que a dor abdominal reduz a disposição para o esforço. Quando a obstrução decorre de doença maligna avançada, como na carcinomatose peritoneal, somam-se caquexia, fadiga e prognóstico reservado, o que desloca parte dos objetivos fisioterapêuticos do ganho funcional para o conforto e a preservação da autonomia possível.

No eixo respiratório, a literatura descreve que a repercussão respiratória da obstrução intestinal antecede qualquer incisão. O aumento da pressão intra-abdominal pela distensão de alças promove deslocamento cranial do diafragma, reduz os volumes pulmonares e a capacidade residual funcional e favorece a formação de atelectasias, com desequilíbrio entre ventilação e perfusão [5]. A ventilação torna-se superficial e a eficácia da tosse diminui, comprometendo a depuração de secreções.

Quando o paciente segue para laparotomia, os mecanismos se intensificam. A anestesia geral altera o tônus e a função da musculatura respiratória e reduz a capacidade residual funcional, e a atelectasia pode persistir por semanas após grandes cirurgias. A incisão abdominal, sobretudo mediana

e supraumbilical, provoca dor incidental que inibe a inspiração profunda e a mobilização do gradil costal, perpetuando a hipoventilação. O conjunto desses eventos constitui as complicações pulmonares pós-operatórias, como atelectasia clínica, pneumonia e insuficiência respiratória, associadas a maior mortalidade, permanência hospitalar e custos [6]. Os fatores de risco para essas complicações são, em boa parte, os mesmos que caracterizam o paciente com obstrução: idade avançada, comorbidades, cirurgia abdominal alta, procedimento de urgência e tempo cirúrgico prolongado [6].

Os mecanismos identificados nesses dois eixos e os alvos fisioterapêuticos a eles correspondentes, com o respectivo nível de transferência da evidência, estão reunidos no Quadro 1.

Quadro 1 – Mecanismos de repercussão da obstrução intestinal sobre a função respiratória e o estado funcional e alvos fisioterapêuticos correspondentes.

Mecanismo	Consequência respiratória ou funcional	Alvo fisioterapêutico	Nível de evidência
Distensão abdominal e ↑ pressão intra-abdominal	Elevação diafragmática, ↓ volumes pulmonares, atelectasia	Posicionamento, expansão pulmonar, mobilização	Inferência
Dor abdominal e incisão	Inibição da inspiração profunda e da tosse	Controle da dor, exercícios respiratórios, tosse assistida	Indireta
Repouso no leito e jejum	Perda de massa e força musculares	Exercício ativo, mobilização progressiva	Inferência
Imobilidade prolongada	Declínio funcional, tromboembolismo venoso, úlcera por pressão	Ortostatismo e deambulação precoces	Indireta
Retenção de secreções	Tosse ineficaz, risco de pneumonia	Higiene brônquica, ciclo ativo da respiração	Indireta
Fragilidade e baixa reserva	Maior vulnerabilidade a complicações	Avaliação precoce, metas individualizadas	Indireta

Fonte: Elaborada pelos autores.

No eixo da fisioterapia respiratória, os estudos recuperados foram conduzidos majoritariamente

na cirurgia abdominal eletiva. Revisão sistemática clássica indicou que a fisioterapia respiratória reduz

complicações pulmonares após cirurgia abdominal, embora com heterogeneidade de técnicas e qualidade metodológica variável [7]. Para recursos isolados, a evidência é mais modesta: revisão Cochrane não encontrou benefício claro da espirometria de incentivo aplicada isoladamente na prevenção de complicações após cirurgia abdominal alta [8], e o uso profilático de pressão positiva contínua nas vias aéreas mostra benefício limitado a subgrupos [9].

Intervenções mais estruturadas apresentam resultados mais consistentes. Ensaio multicêntrico demonstrou que uma única sessão de fisioterapia pré-operatória, com educação e treino de exercícios respiratórios, reduziu pela metade as complicações pulmonares após cirurgia abdominal alta [10]. Na realidade brasileira, o atendimento fisioterapêutico no pós-operatório imediato de cirurgia abdominal associou-se à recuperação de parâmetros respiratórios [11], e a fisioterapia pré-operatória mostrou ganhos de função pulmonar e desempenho físico em ensaio randomizado [12].

No eixo da mobilização precoce, revisão sistemática com metanálise sobre mobilização precoce após cirurgia gastrointestinal indicou aceleração da recuperação da função intestinal e tendência a menor tempo de internação, ainda que com heterogeneidade de protocolos e ausência de definição consensual do que constitui mobilização adequada [13]. Grande coorte associou maior mobilização pós-operatória a menor ocorrência de complicações combinadas após cirurgias de grande porte [14]. O íleo pós-operatório, por sua vez, responde melhor a medidas multimodais de recuperação do que a qualquer intervenção isolada [15].

Discussão

Descreveu-se o papel da fisioterapia na função respiratória, na mobilização precoce e na

O ensaio que combinou interrupção diária da sedação com fisioterapia e terapia ocupacional precoces em pacientes ventilados mostrou melhor estado funcional na alta e menor duração do delirium [16]. Revisão sistemática com metanálise confirmou que eventos adversos durante a mobilização e a reabilitação de pacientes críticos são infrequentes quando há critérios adequados de seleção e monitorização [17]. No âmbito das recomendações formais, as diretrizes de recuperação acelerada para cirurgia colorretal eletiva incluem a mobilização precoce entre as medidas do cuidado perioperatório [18].

No eixo do declínio funcional, a incapacidade adquirida na internação não é um epifenômeno inevitável do envelhecimento, mas um evento em boa parte prevenível, associado a processos hospitalares que restringem a mobilidade e a insultos que se acumulam ao longo dos dias de repouso [19]. Evidências mais recentes ampliam o conceito ao mostrar que o descondicional hospitalar tem também dimensão cognitiva, não se limitando à perda física [20].

Revisão sistemática mostrou que a fragilidade é preditor consistente de morbimortalidade pós-operatória em idosos cirúrgicos, muitas vezes superior à idade cronológica isolada [21]. Quanto às estratégias de preparo pré-operatório, revisões sobre pré-habilitação em cirurgia abdominal sugerem ganho de capacidade funcional pré-operatória e possível redução de complicações e de tempo de internação, sobretudo quando o exercício integra programas multimodais [22,23].

prevenção do declínio funcional do paciente com obstrução intestinal. De modo geral, o conjunto

das evidências sugere benefícios, sobretudo para intervenções estruturadas dirigidas a esses desfechos, mas nenhum estudo foi conduzido na população-alvo, o que impõe interpretar os achados como transferência de evidência, e não como demonstração direta de efeito.

A convergência mais consistente refere-se aos mecanismos. A população que chega ao bloco por obstrução intestinal tende a concentrar simultaneamente alta probabilidade de comprometimento respiratório e baixa reserva funcional. Essa convergência torna a atuação fisioterapêutica teoricamente pertinente, pois seus alvos (reexpansão pulmonar, higiene brônquica, controle da dor ao respirar e restauração precoce da mobilidade) coincidem com os mecanismos que produzem o dano. Reconhecer a diversidade de trajetórias, que vai da brida única no adulto jovem à obstrução maligna no idoso, é essencial para evitar recomendações uniformes que ignoram o contexto clínico.

As divergências concentram-se na magnitude do efeito e no recurso empregado. Do ponto de vista das técnicas, a leitura crítica desaconselha a fixação em um recurso único. O posicionamento adequado, que consiste em evitar o decúbito dorsal estrito e favorecer o decúbito elevado e a sedestação, reduz a compressão diafragmática e melhora a relação ventilação-perfusão de maneira simples e de baixo custo. A esse posicionamento associam-se manobras de expansão pulmonar, padrões ventilatórios com ênfase inspiratória e o ciclo ativo da respiração para depuração de secreções, selecionados conforme a apresentação de cada paciente, e não aplicados como pacote fixo. A discrepância entre os resultados favoráveis das intervenções estruturadas [7,10] e os resultados menos consistentes dos recursos isolados [8,9] sugere que o benefício depende menos de um dispositivo específico do que da organização do cuidado.

A transferência desse corpo de evidências para a obstrução intestinal esbarra no contexto. Quase todos esses estudos foram conduzidos em cirurgias eletivas, com pacientes preparados e, muitas vezes, em programas estruturados de recuperação. O paciente com obstrução, ao contrário, chega em regime de urgência, sem janela para pré-habilitação respiratória e frequentemente já hipoventilando pela distensão e pela dor. Isso desloca o eixo da atuação para a fase pós-operatória imediata e para o manejo conservador, e recomenda prudência ao assumir que a magnitude do benefício observada em cenários eletivos se reproduza integralmente aqui. Entre as técnicas respiratórias, cabe notar que a própria mobilização, como sentar, ficar de pé e caminhar, aumenta os volumes pulmonares de forma fisiológica, aproximando os campos respiratório e motor da reabilitação.

É preciso, entretanto, delimitar o que a mobilização pode e o que não pode fazer. A deambulação favorece o retorno da motilidade e a recuperação funcional, mas não desobstrui mecanicamente uma alça bloqueada por brida ou tumor; nas obstruções mecânicas, é medida de suporte e prevenção de complicações do imobilismo, e não tratamento da causa. Confundir esses planos pode gerar tanto expectativas irreais quanto insistência inadequada na mobilização de um paciente que, na verdade, necessita de intervenção cirúrgica. A evidência de segurança acumulada em terapia intensiva [17] atenua o receio de mobilizar um abdome distendido, com sonda e acessos, que frequentemente atrasa a saída do leito mais do que o justificado.

A transposição para a obstrução intestinal exige ajustes. No manejo conservador, a mobilização precisa conciliar-se com a sonda nasogástrica, a dor e a distensão, o que na prática significa progressão gradual, do sentar à beira do leito à transferência para a poltrona e à deambulação assistida,

guiada por tolerância e com atenção à hipotensão ortostática após período prolongado deitado. No pós-operatório de laparotomia, somam-se cautelas relacionadas à ferida e à eventual instabilidade hemodinâmica. A ausência de protocolos específicos para essa população é uma lacuna concreta: o que se faz, em geral, é adaptar recomendações de cirurgia eletiva [18] e de terapia intensiva, solução razoável, mas não substitutiva de evidência direcionada.

No eixo funcional, a interpretação dos achados aponta para a prevenção. O paciente com baixa reserva muscular prévia é o que mais perde com o acamamento e o que mais se beneficia de intervenção precoce, ainda que também seja o mais vulnerável a intercorrências durante a mobilização. Nesse subgrupo, a articulação entre fisioterapia e nutrição é decisiva, pois o exercício sem oferta proteica adequada tem efeito limitado sobre a massa muscular. Para o doente com obstrução, cujo internamento pode alternar jejum, tentativas de realimentação e, por vezes, reintervenções, o risco de alta funcional pior do que a admissão é concreto [19,20].

Nada disso ocorre isoladamente. O cuidado do paciente com obstrução é, por natureza, multiprofissional: o cirurgião define o momento de operar, a enfermagem maneja sonda e balanço hídrico, a nutrição conduz a transição do jejum à dieta e a fisioterapia articula função respiratória e mobilidade. A integração dessas frentes, que inclui analgesia que permita respirar e mover-se, retirada oportuna de dispositivos que ancoram ao leito e metas diárias de mobilização compartilhadas, é o que converte intervenções pontuais em prevenção efetiva do declínio.

Do ponto de vista clínico, ainda que a evidência específica seja limitada, alguns princípios podem orientar a atuação fisioterapêutica na

obstrução intestinal, sempre de forma individualizada. Recomenda-se avaliação fisioterapêutica desde a admissão, com atenção ao padrão respiratório, à ausculta e à tolerância à dor; posicionamento e sedação assim que clinicamente seguros, evitando o decúbito dorsal estrito; exercícios respiratórios e, quando indicadas, tosse assistida e técnicas de higiene brônquica; mobilização progressiva, do exercício ativo no leito à transferência para a poltrona; e deambulação precoce quando houver estabilidade hemodinâmica e dor controlada. Essas medidas devem estar integradas à analgesia, à enfermagem, à equipe cirúrgica e à nutrição, com metas funcionais diárias compartilhadas.

A mobilização e a progressão de carga devem ser adiadas ou conduzidas com cautela diante de instabilidade hemodinâmica, sinais de sofrimento ou isquemia intestinal, dor não controlada, vômitos persistentes, risco iminente de indicação cirúrgica ou deterioração clínica. Nesses cenários, o foco desloca-se para medidas de baixo risco, como posicionamento, exercícios respiratórios e prevenção de complicações do imobilismo, até que a condição clínica permita avançar. Essas orientações não constituem protocolo rígido: refletem prudência clínica enquanto a evidência direta não se estabelece.

Quanto às lacunas do conhecimento, permanecem sem resposta questões básicas: qual a magnitude real do benefício da mobilização precoce no paciente com obstrução intestinal; qual a segurança da mobilização em abdômenes muito distendidos e sob sonda; e qual o conjunto mínimo de intervenções respiratórias que agrega valor nesse contexto específico. São necessários ensaios que testem protocolos fisioterapêuticos definidos especificamente para a obstrução intestinal, distinguindo manejo conservador de pós-operatório e estratificando por etiologia e fragilidade; desfechos funcionais padronizados e centrados no paciente;

e avaliação formal de segurança da mobilização precoce nesse cenário.

Como limitações, o delineamento narrativo, já descrito nos Métodos, implica seleção orientada pelo julgamento dos autores, o que a expõe a viés. A limitação principal, contudo, é da própria literatura: não foram identificados estudos de intervenção fisioterapêutica que tivessem pacientes com obstrução intestinal como população-alvo. Em consequência, a maior parte das recomendações apoia-se em evidência indireta, proveniente de cirurgia abdominal e gastrointestinal, terapia

intensiva, programas de recuperação acelerada e coortes de idosos hospitalizados, e em inferência fisiopatológica. Esses contextos compartilham mecanismos com a obstrução, mas dela diferem em urgência, distensão abdominal, jejum prolongado e trajetória clínica, e apresentam grande heterogeneidade de populações e intervenções. Por isso, não é possível estimar com precisão a magnitude real do benefício das intervenções fisioterapêuticas especificamente na obstrução intestinal, o que impõe cautela às inferências aqui apresentadas.

Conclusão

A literatura analisada não identificou estudos diretos de intervenção fisioterapêutica em pacientes com obstrução intestinal. Entretanto, esses pacientes concentram fatores relacionados ao comprometimento respiratório e ao declínio funcional, e intervenções fisioterapêuticas estruturadas apresentam resultados favoráveis em populações correlatas. Há, portanto, plausibilidade clínica para a atuação fisioterapêutica integrada ao cuidado multiprofissional, desde que a transferência das evidências seja prudente, individualizada e orientada pela condição clínica. A fisioterapia não trata a obstrução mecânica, mas pode atuar sobre suas repercussões respiratórias, motoras e funcionais. Estudos prospectivos específicos são necessários para estabelecer protocolos e estimar diretamente a magnitude dos benefícios nessa população.

Declaração de uso de inteligência artificial

Os autores declaram que utilizaram ferramenta de inteligência

artificial generativa como apoio em etapas de redação, especificamente na revisão de linguagem, na organização e padronização do texto e na formatação do manuscrito. A ferramenta foi empregada para aumentar a clareza e a consistência da redação e para reduzir o tempo dedicado a tarefas de edição. A definição do tema, a interpretação dos achados e as conclusões couberam exclusivamente aos autores. Não houve geração de dados, de resultados ou de conclusões por inteligência artificial. Todo o conteúdo foi revisado, verificado e validado integralmente pelos autores, que assumem total responsabilidade pela integridade e pela exatidão do manuscrito.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Coutinho RVS, Damiani FC, Borges MEO, Cavasola LM; *Redação do manuscrito:* Damiani FC, Borges MEO, Nogueira LL, Cavasola LM; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Coutinho RVS, Damiani FC, Borges MEO, Nogueira LL, Cavasola LM.

Referências

1. ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from

the World Society of Emergency Surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg.* 2018;13:24. doi:10.1186/s13017-018-0185-2

2. Eze VN, Parry T, Boone D, Mallett S, Halligan S. Prognostic factors to identify resolution of small bowel obstruction without need for operative management: systematic review. *Eur Radiol.* 2024;34(6):3861-3871. doi:10.1007/s00330-023-10421-9
3. Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ. Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. *JAMA.* 2007;297(16):1772-1774. doi:10.1001/jama.297.16.1772-b
4. Parry SM, Puthuchearu ZA. The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extrem Physiol Med.* 2015;4:16. doi:10.1186/s13728-015-0036-7
5. Pelosi P, Quintel M, Malbrain MLNG. Effect of intra-abdominal pressure on respiratory mechanics. *Acta Clin Belg.* 2007;62(Suppl 1):78-88.
6. Miskovic A, Lumb AB. Postoperative pulmonary complications. *Br J Anaesth.* 2017;118(3):317-334. doi:10.1093/bja/aex002
7. Pasquina P, Tramèr MR, Granier JM, Walder B. Respiratory physiotherapy to prevent pulmonary complications after abdominal surgery: a systematic review. *Chest.* 2006;130(6):1887-1899. doi:10.1378/chest.130.6.1887
8. do Nascimento Junior P, Módolo NSP, Andrade S, Guimarães MMF, Braz LG, El Dib R. Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2):CD006058. doi:10.1002/14651858.CD006058.pub3
9. Ireland CJ, Chapman TM, Mathew SF, Herbison GP, Zacharias M. Continuous positive airway pressure (CPAP) during the postoperative period for prevention of postoperative morbidity and mortality following major abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(8):CD008930. doi:10.1002/14651858.CD008930.pub2
10. Boden I, Skinner EH, Browning L, 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
11. Forgiarini Junior LA, Carvalho AT, Ferreira TS, Monteiro MB, Bosco AD, Gonçalves MP. Atendimento fisioterapêutico no pós-operatório imediato de pacientes submetidos à cirurgia abdominal. *J Bras Pneumol.* 2009;35(5):455-459. doi:10.1590/S1806-37132009000500011
12. Soares SMTP, Nucci LB, da Silva MMC, Campacci TC. Pulmonary function and physical performance outcomes with preoperative physical therapy in upper abdominal surgery: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2013;27(7):616-627. doi:10.1177/0269215512471063
13. Willner A, Teske C, Hackert T, Welsch T. Effects of early postoperative mobilization following gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis. *BJS Open.* 2023;7(5):zrad102. doi:10.1093/bjsopen/zrad102
14. Turan A, Khanna AK, Brooker J, et al. Association between mobilization and composite postoperative complications following major elective surgery. *JAMA Surg.* 2023;158(8):825-830. doi:10.1001/jamasurg.2023.1122

15. Bragg D, El-Sharkawy AM, Psaltis E, Maxwell-Armstrong CA, Lobo DN. Postoperative ileus: recent developments in pathophysiology and management. *Clin Nutr.* 2015;34(3):367-376. doi:10.1016/j.clnu.2015.01.016
16. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2009;373(9678):1874-1882. doi:10.1016/S0140-6736(09)60658-9
17. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, et al. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit: systematic review with meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(5):766-777. doi:10.1513/AnnalsATS.201611-843SR
18. Gustafsson UO, Scott MJ, Hübner M, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: 2018. *World J Surg.* 2019;43(3):659-695. doi:10.1007/s00268-018-4844-y
19. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: “she was probably able to ambulate, but I’m not sure”. *JAMA.* 2011;306(16):1782-1793. doi:10.1001/jama.2011.1556
20. Chen Y, Almirall-Sánchez A, Mockler D, Adrion E, Domínguez-Vivero C, Romero-Ortuño R. Hospital-associated deconditioning: not only physical, but also cognitive. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2022;37(3):1-13. doi:10.1002/gps.5687
21. Lin HS, Watts JN, Peel NM, Hubbard RE. Frailty and post-operative outcomes in older surgical patients: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2016;16(1):157. doi:10.1186/s12877-016-0329-8
22. Waterland JL, McCourt O, Edbrooke L, et al. Efficacy of prehabilitation including exercise on postoperative outcomes following abdominal cancer surgery: a systematic review and meta-analysis. *Front Surg.* 2021;8:628848. doi:10.3389/fsurg.2021.628848
23. Amirkhosravi F, Allenson KC, Moore LW, et al. Multimodal prehabilitation and postoperative outcomes in upper abdominal surgery: systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2024;14(1):16012. doi:10.1038/s41598-024-66633-6



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.