



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A REABILITAÇÃO E A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO DOENTE SUJEITO A IMOBILIDADE

Andreia Maria Novo Lima

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Andreia Maria Novo Lima

A REABILITAÇÃO E A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO DOENTE SUJEITO A IMOBILIDADE

II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Junho de 2014

Resumo

A imobilidade poderá ser entendida como um grave problema de saúde pública, uma vez que aqueles que dela sofrem apresentam ou podem vir a apresentar sérios danos na sua saúde, acrescentando que esta impede em grande medida a independência do doente na realização das suas atividades de vida diárias.

O enfermeiro de reabilitação, integrado numa equipa multidisciplinar, pelas suas competências específicas, tem um papel fundamental para que a pessoa obtenha um desempenho seguro e com o máximo de independência possível, em especial nas atividades de vida diárias, e na reintegração na família, na sociedade como membro ativo, intervindo essencialmente na otimização do desempenho para o autocuidado.

Centrado no paradigma quantitativo de investigação, foi efetuado o presente estudo descritivo - correlacional e longitudinal, pretendendo-se conhecer a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do doente, sujeito a imobilidade.

A amostra incluiu 40 doentes internados num serviço de medicina, todos sujeitos a cuidados de enfermagem de reabilitação. Os dados foram colhidos através da aplicação de um questionário sociodemográfico, da Escala MIF e da Escala de NEECHAM.

Verificou-se que a média de idades foi de 76,48 anos, na sua maioria mulheres (57,5%), casados (55%), 70% com o primeiro ciclo, e em média estiveram sujeitos a 49,60 dias de imobilidade.

Constatamos através dos resultados obtidos que os doentes sujeitos a cuidados de enfermagem de reabilitação, recuperaram 38,03% da sua independência, sendo que nenhuma das características sociodemográficas e clínicas influenciou esta recuperação. De todas as atividades de vida avaliadas onde se verificou maior impacto da intervenção dos cuidados de reabilitação foi no Controlo de Esfíncteres (46,92%) seguida de Auto-cuidados (42,50%). A atividade de vida onde se verificou menor ganho foi a Comunicação (29,78%).

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de os doentes sujeitos a imobilidade, poderem beneficiar da intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação quer nos serviços onde são internados, assim como na comunidade onde os mesmos estão inseridos.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Independência, imobilidade

Abstract

Immobility can be considered as a serious public health problem, as the ones who suffer from it may experience serious damage to their health, and it can significantly reduce the patient's independence in the realization of his daily activities.

The rehabilitation nurse, within a multidisciplinary team, due to his/her specific abilities plays a fundamental role in the life of the patient who may regain safe performance and maximum independence especially in his daily life activities, and in the reintegration into the family and society as an active member, resulting in the improvement of the patient's self-care.

Based on the quantitative investigation paradigm, the present descriptive-correlational and longitudinal study was developed in order to investigate the rehabilitation nursing care influences in the recovery of the functional independence of the patients who suffer from immobility.

The sample includes 40 patients hospitalized in medicine service, all of them provided with rehabilitation nursing care. The data is based on a wide sociodemographic questionnaire, using the MFI Scale and the NEECHAM Scale.

It has been found that the average age was 76,48 years, the majority were women (57,5%), the majority were married (55%), 70% had elementary school qualifications, and patients experienced an average of 49,60 days of immobility.

Through the results we found that the patients provided with rehabilitation nursing care recovered 38,03% of their independence, and that none of the sociodemographic parameters or clinical characteristics had influenced this recovery. From all the evaluated life activities, the most significant impact of the rehabilitation nursing care was the control of sphincters (46,92%) followed by self-care (42,50%). The life activity where there was the least improvement was communication (29,78%).

The obtained results show that all patients with immobility could benefit from rehabilitation nursing care while hospitalized as well as in the community of which they are part of.

Key words: Nursing, Rehabilitation, independence, immobility

Agradecimentos

As palavras tornam-se sempre insuficientes quando com elas queremos dizer o que nos vai para além da alma...do espírito...como agora...Assim agradeço... Em primeiro lugar, aos meus pais, dedico esta mensagem a vocês que sempre estiveram ao meu lado nas horas de desespero e nas horas de satisfação, sem dúvida estas últimas existiram por estar perto de vocês. Agradeço incondicionalmente a vossa voz de conforto, o vosso “mimo” do qual me habituei desde muito cedo e que não me vejo a viver sem ele... Agradeço-vos o colo em dias de mau humor... Agradeço-vos por acreditarem em mim e nas minhas capacidades. Vocês são e serão sempre os meus grandes ídolos.

Ao meu marido pelo entendimento/cumplicidade e respeito que sempre demonstrou pela minha necessidade de investimento profissional e ao meu filho pelo companheirismo, pois desde que começou a perceber e a reconhecer a importância e satisfação que dou e tenho pela minha profissão – a Enfermagem, acompanhou-me sem birras, amuos ou outro tipo de comportamentos próprios de uma criança e pelo interesse e orgulho que demonstra ter pelo meu desempenho profissional.

À Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira pela seriedade e rigor na orientação do presente trabalho e pelo constante apoio, compreensão e amizade.

À minha sempre AMIGA Sónia Carina, pela sua presença incondicional, assim como à Sónia Sousa, Diana Sousa, Catarina Barreiras e Jacinta Pisco, pelo apoio prestado ao longo de todo este processo.

Aos enfermeiros do serviço onde foi efetuada a colheita de dados, em especial ao Sr.^o Enfermeiro Chefe António Vintém, pelo empenho na referenciação de doentes.

A todos os doentes que aceitaram participar neste projeto e comigo partilharam as suas experiências.

Finalmente, o meu agradecimento a todos os que, de forma direta ou indireta me apoiaram em todos os momentos deste percurso.

O presente trabalho é dedicado a todos os doentes sujeitos a imobilidade.

“Na verdade, todo o problema – depois de resolvido – parece muito simples. A grande vitória, que hoje parece fácil, foi o resultado de uma série de pequenas vitórias que passaram despercebidas...”

Paulo Coelho

Sumário:

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Dedicatória

Pensamento

Índice de figuras

Índice de tabelas

Índice de gráficos

Abreviaturas

Siglas

Introdução	25
PARTE I – FASE CONCEPTUAL	27
1. UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	29
2. DA MOBILIDADE Á IMOBILIDADE: UM PROBLEMA DE SAÚDE	33
2.1.Causas da imobilidade	35
2.2. Consequências da imobilidade	36
2.2.1. Consequências da imobilidade ao nível do sistema cardiovascular	37
2.2.2. Consequências da imobilidade ao nível do sistema respiratório	38
2.2.3. Consequências da imobilidade ao nível do sistema gastrointestinal	38
2.2.4. Consequências da imobilidade ao nível do sistema urinário	39
2.2.5. Consequências da imobilidade ao nível do sistema metabólico	40
2.2.6. Consequências da imobilidade ao nível do sistema nervoso	40
2.2.7. Consequências da Imobilidade ao nível do sistema tegumentar	41
2.2.8. Consequências da imobilidade ao nível do sistema músculo-esquelético	41
3. A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL: UMA VIDA COM QUALIDADE	43
4. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS...UM MODELO DE ENFERMAGEM	47
4.1. O Modelo de Atividades de Vida Diárias de Roper, Logan & Tierney	47
4.1.1. As doze atividades de vida diárias	50
5. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA ABORDAGEM DO DOENTE COM IMOBILIDADE	55
PARTE II – FASE METODOLÓGICA	65
1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	69
2. METODOLOGIA	71
2.1. Pertinência do estudo	71

2.2. Objetivos do Estudo, Questões de Investigação e Hipóteses	72
2.3. Etapas e procedimentos do estudo	73
2.4. Variáveis	75
2.5. Amostra	75
2.6. Recolha de dados	76
2.7. Instrumentos de recolha de dados	78
2.8. Características psicométricas dos instrumentos	78
2.8.1. Questionário sociodemográfico e clínico	78
2.8.2. Escala de NEECHAM	79
2.8.3. Escala de Medida de Independência Funcional	80
PARTE III – FASE EMPÍRICA	85
1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	87
1.1. Caracterização sociodemográfica	88
1.2. Caracterização do estado clínico da amostra	89
2. ANÁLISE INFERENCIAL	97
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	103
CONCLUSÕES	111
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	127
ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO ÉTICA	129
ANEXO B – ESCALA DE NEECHAM	133
ANEXO C – ESCALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	137
APÊNDICES	141
APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	143
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO	147
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	151

Índice de figuras

Fig. 1 - Estrutura etária da população portuguesa, 1960,1981,2005 e 2025	29
Fig. 2 – Competências do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação	60
Fig. 3 – Etapas do estudo	74
Fig. 4 – Seleção da amostra	77

Índice de tabelas

Tabela 1 - Resultados da Consistência interna da escala NEECHAM, na amostra em estudo (N=40)	80
Tabela 2 – Resultados da Consistência interna da escala MIF, na amostra em estudo (N=40)	83
Tabela 3 – Distribuição de média de idades da amostra	88
Tabela 4 – Distribuição da amostra relativamente ao nível de escolaridade	88
Tabela 5 – Distribuição da amostra relativamente ao sexo	89
Tabela 6 – Distribuição da amostra relativamente ao estado civil	89
Tabela 7 – Distribuição da amostra relativamente aos diagnósticos de internamento	90
Tabela 8 – Distribuição da amostra relativamente ao foro diagnóstico de internamento a que pertence	91
Tabela 9 – Distribuição da amostra relativamente aos antecedentes pessoais	91
Tabela 10 – Distribuição da amostra relativamente ao tempo de imobilidade	93
Tabela 11 – Distribuição da amostra relativamente ao estado confusional	94
Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo o estado confusional, na 1. ^a e na 2. ^a avaliação, para cada subescala da NEECHAM	94
Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo a independência funcional, na 1. ^a e na 2. ^a avaliação, para cada subescala da MIF	95
Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo a Significância da Independência Funcional, na 1. ^a e na 2. ^a avaliação	98
Tabela 15 – Distribuição da Significância entre a proveniência dos doentes, prestadores de cuidados e a MIF	98
Tabela 16 – Distribuição da Significância entre o tempo de imobilidade e o estado confusional com a MIF	99
Tabela 17 – Distribuição da Significância do estado confusional, na 1. ^a e na 2. ^a avaliação nas subescalas da NEECHAM	99
Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo a Significância da Independência Funcional na 1. ^a e na 2. ^a avaliação	100
Tabela 19 – Percentagem de ganhos entre a 1. ^a e a 2. ^a avaliação na Independência Funcional da amostra	101
Tabela 20 - Distribuição da Significância das variáveis da MIF	102

Abreviaturas

C. Sper. – Correlação de Serman

Sig. - Significância

Siglas

ACTH – Adrenocorticotropic Hormone

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias;

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM II – Diabetes Mellitus tipo II

Dp – Desvio padrão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

FA – Fibrilação Auricular

GH – Growth Hormone

H1 – Hipótese 1

H2 – Hipótese 2

H3 – Hipótese 3

HBP – Hipertrofia Benigna da Próstata

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRC – Insuficiência Renal Crónica

ISPOR – Internacional Society for Pharmacoeconomics and out comes Research

MFI – Measure of Functional Independence

MIF – Medida de Independência Funcional

NEECHAM - Neelon and Champagne Confusion Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PTH – Parathyroid Hormone

SPSS – Statistical Package for the Social Science

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Introdução

A imobilidade é o resultado da supressão dos movimentos corporais de uma ou mais articulações, impedindo continuamente a pessoa de desempenhar as suas atividades de vida diárias.

São já conhecidos os efeitos nefastos da imobilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2013), e na prática clínica assistimos cada vez menos à prescrição da restrição da mobilidade, como coadjuvante do processo terapêutico.

Este aspeto torna-se particularmente importante na pessoa idosa, uma vez que estes, devido ao seu estado fisiológico, têm maior propensão para desencadear todos os efeitos secundários da imobilidade de uma forma mais súbita.

O envelhecimento é um fenómeno que abrange a população a nível mundial, portanto, o aumento do número de idosos eleva consideravelmente a possibilidade de aparecimento de doenças crónicas/degenerativas e concomitantemente o acometimento ao aleitamento. No entanto, este não é o único motivo que leva á imobilidade, pois as causas são multifatoriais, sendo as mais frequentes as do foro neurológico e musculoesquelético.

A reabilitação em doentes sujeitos a imobilidade é urgente, no sentido de as ajudar a readquirir as funções físicas, psicológicas e sociais, prevenindo o desenvolvimento da síndrome de imobilidade. A enfermagem de reabilitação pretende dar ênfase à recuperação ao nível das atividades de vida diárias, na mobilidade, na comunicação, na deglutição, nos défices cognitivos e nas relações sociais. O modelo de Roper, Logan & Tierney é amplo e flexível, permitindo um enquadramento do processo de enfermagem em qualquer área profissional, fazendo uso da capacidade máxima das funções da pessoa de modo a permitir que os doentes sejam participantes produtivos da vida familiar e comunitária.

Considerando que, um trabalho de investigação nasce do desejo que o investigador manifesta em estudar determinado tema, normalmente algum problema com que se depara diariamente, a presente escolha recaiu sobre a reabilitação do doente sujeito a imobilidade, uma vez que nos confrontamos com as incapacidades, necessidades e complicações que estes doentes apresentam devido às suas limitações. A problemática em estudo emergiu da nossa prática clínica no sentido em que trabalhamos diretamente com doentes vítimas de imobilidade. Sendo assim, gostávamos de ver este assunto aprofundado e verificar se os cuidados do enfermeiro de reabilitação têm impacto na recuperação da independência funcional dos doentes sujeitos a imobilidade.

Tal como refere Fortin (2009) a investigação trata-se de um instrumento crucial, para resolver problemas ligados ao mundo real e à prática baseada na evidência científica, como um caminho a seguir para a excelência dos cuidados. No papel de enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação, consideramos pertinente conhecer qual o impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação no aumento da independência funcional do doente sujeito a imobilidade. Desta forma, o presente estudo tem como finalidade contribuir para a valorização da importância do impacto dos cuidados do enfermeiro de reabilitação na recuperação da independência funcional do doente sujeito a imobilidade.

Optámos por um estudo descritivo-correlacional e longitudinal no sentido de explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis em estudo, com o intuito de descrever essas mesmas relações, fazendo uso de uma metodologia de natureza quantitativa.

O trabalho encontra-se estruturado em 3 partes: a primeira refere-se ao enquadramento conceptual, onde foram descortinados conceitos fundamentais para a compreensão do estudo, a segunda ao enquadramento metodológico, onde delineamos o desenho do estudo e a terceira onde apresentamos e efetuamos a discussão dos resultados obtidos.

Este relatório termina com a síntese das conclusões do estudo. De salientar que este percurso de investigação constituiu um extraordinário momento de aprendizagem em todas as suas fases, tanto pelos resultados obtidos como pelo processo de investigação em si.

1. UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Ao envelhecimento dos seres humanos, está inerente o comprometimento do desempenho neuromuscular, evidenciado pela fraqueza muscular, pela lentificação dos movimentos, pela perda da força muscular e pela fadiga muscular precoce. Segundo a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2005, p. 53) o envelhecimento é caracterizado como um

“processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estadios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada”.

Como consequência destas alterações, muitos idosos apresentam limitações funcionais para caminhar, levantar-se, manter o equilíbrio postural e prevenir quedas, manifestando dificuldades na execução das Atividades de Vida Diárias (AVD's), levando-os muitas vezes à incapacidade e, por sua vez ao aleitamento.

A população portuguesa com mais de 65 anos, segundo os censos, aumentou de 16,4% (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2001) para 19% (INE, 2011). Encontrando-nos em fase de mudança em que a pirâmide populacional se transforma, invertendo a sua posição, tal como podemos constatar na fig. 1.

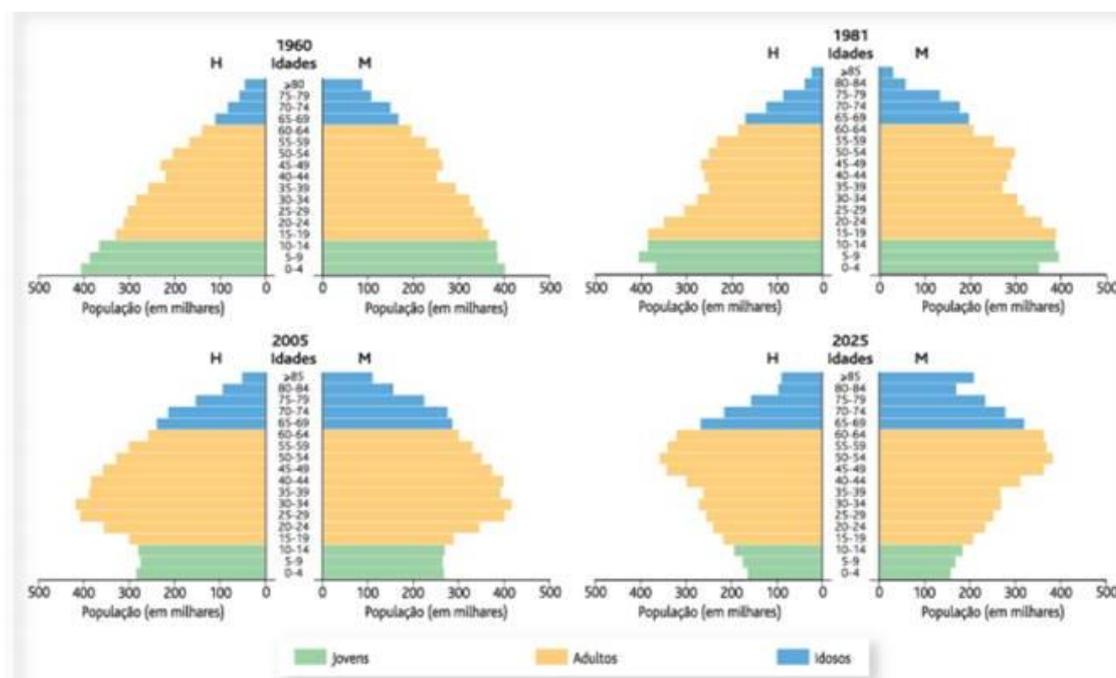


Fig. 1 - Estrutura etária da população portuguesa, 1960,1981,2005 e 2025

Fonte: WWW: <http://geoportugal.wordpress.com/estrutura-etaria-da-populacao/>

Já Dinis (1997) alegava que esta alteração na população portuguesa se deve, sobretudo:

- à diminuição da taxa de natalidade, em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente, ou seja a grande maioria dos casais, só têm um filho, dando lugar ao aumento dos adultos e dos idosos. Associa-se este declínio a vários fatores, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho, à utilização dos métodos contraceptivos, assim como o despertar para os encargos acrescidos decorrentes de uma família numerosa.

- ao aumento da esperança de vida, resultante da melhoria das condições sociais e tecnológicas, dos avanços da medicina preventiva, curativa e reabilitadora.

Pinto (2006) corrobora Dinis, salientando que o aumento da população idosa surge devido ao considerável declínio da fecundidade, acompanhado do declínio da mortalidade e conseqüentemente aumento da esperança de vida. A luta pelo aumento da esperança de vida tem constituído um grande desafio à medicina a nível mundial, este aumento poderá constituir um progresso real da sociedade, “se não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida” (Pinto, 2006, p.74). Para tal torna-se um grande desafio à medicina, manter as funções vitais da pessoa a um nível que lhe permita viver com qualidade. Esta questão merece uma reflexão aprofundada do ponto de vista da saúde, não esquecendo o significado da palavra saúde, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é o completo bem-estar físico, mental e social. Portanto, o conceito de saúde transcende a ausência de doenças, sendo definida como o nível de eficácia funcional e metabólica de um organismo a nível micro (celular) e macro (social).

No mundo ocidental, com a chegada da industrialização presencia-se ao desaparecimento dos modelos de família baseados na economia da terra. O trabalho oriundo da referida industrialização conduz à estratificação e segregação etárias: os que aprendem, os que produzem e aqueles que saíram do ciclo produtivo, onde se incluem os idosos. A pessoa idosa perde desta forma o seu papel de transmissor transgeracional do saber e da cultura, face a uma economia de mercado onde só o lucro interessa. Na sociedade dos nossos dias, as pessoas com mais de 65 anos são pagas para ficarem inativas, surgindo concomitantemente problemas sociais, nomeadamente os de rejeição, afastamento, internamento, residencialismo e negligência, com as conseqüências que daí advêm, tanto na imagem que a sociedade tem dos idosos, assim como a imagem que os próprios idosos têm de si mesmos. Desta forma, vai sendo progressivamente construída a categoria social da velhice (Costa, 1999) e tal como refere Martins (2002, p. 1) “a sociedade moderna marginalizou, os idosos dando prioridade a valores ligados à produtividade, rentabilidade, consumo excessivo, face aos quais, as pessoas com 65

anos não estão em condições de competir”, descartando valores como a transmissão transgeracional da cultura do nosso país, sentimentos de respeito, entre outros. “Os idosos são assim votados ao esquecimento e solidão e, conseqüentemente, à marginalização” (Martins, 2002, p. 1). Outrora ser-se velho era ser-se sábio, existindo ainda culturas em que o idoso é visto desta forma, como um conselheiro, devido à sua experiência de vida carregada de sabedoria, era a memória das gerações.

Tendo isto em linha de conta torna-se crucial tomar medidas que voltem a colocar os idosos no colmo dos agregados familiares, onde seja permitido entrecruzar várias gerações, facultando referências e valores universais na fase de construção da personalidade e modelação do carácter às crianças e adolescentes (Grande, 1994). De acordo com Martins (2002, p. 1) “isto não custa assim tanto. Basta que cada um comece a fazer a sua parte, porque na realidade envelhecer é também ir aprendendo outra forma de viver...”.

Embora o envelhecimento progrida a uma velocidade variável de indivíduo para indivíduo, em geral, o declínio começa durante a terceira década de vida, e acelera a partir dos 60 anos, nomeadamente: ao nível da taxa metabólica basal, o total de água no organismo, o débito cardíaco em repouso, a perfusão renal e a capacidade pulmonar total (Phipps [et al.], 2003), e muito do decréscimo destas funções pode estar relacionado com o descondicionamento e o desuso, sendo portanto o idoso das pessoas, o mais propenso a apresentar lesões patológicas em diversos sistemas orgânicos (Boechat [et al.], 2012).

Campos (2014) refere que as mulheres portuguesas vivem cada vez mais tempo, mas com menos saúde, contrariamente aos homens que vivem menos, mas com mais qualidade. A mesma autora acrescenta que “conseguimos adiar a morte, mas não a doença” (Campos, 2014, p. 3). Cabral e Ferreira (2013) salientam que à medida que a idade aumenta a maioria das pessoas confronta-se com problemas decorrentes da falta de autonomia e dependência de outros, nomeadamente das redes sociais e familiares.

“O envelhecimento acentua os riscos da vulnerabilidade do estado de saúde; do isolamento social e da solidão propriamente dita; da dependência não só física e mental, como também económica; e, finalmente, aumenta o risco da estigmatização em relação aos «velhos», seja a discriminação excludente ou o preconceito paternalista” (Cabral e Ferreira, 2013, p. 12).

Com o envelhecimento da população, surge simultaneamente o aumento da prevalência das doenças crónicas e incapacitantes, constituindo este facto um problema de saúde pública. Tal como acrescenta Ramos (2003, p. 793) “as doenças diagnosticadas num indivíduo idoso geralmente não admitem cura e, se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, tendem a apresentar complicações e sequelas que

comprometem a independência e a autonomia do paciente”, contudo tal como refere Diogo (2000, p. 3) “a independência na realização das AVD’s é de grande importância na vida das pessoas pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa dependente e dos seus familiares”.

Guerreiro, ex-coordenadora da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados citada por Campos (2014, p. 3) fomenta que “quanto mais aumenta a longevidade”, mais os indicadores de saúde pioram. A longevidade aumenta a fragilidade, a dependência, as doenças crónicas, as demências, as fraturas, os cancros, entre outros.

Desta forma, torna-se fundamental um bom entendimento dos efeitos nefastos da imobilidade, só assim o técnico de saúde poderá contribuir para resolver, tratar ou minimizar os problemas dos indivíduos (Huber; Wells, 2009), permitindo-lhes recuperar a independência funcional perdida ou ajustá-la às possibilidades físicas que o doente apresenta.

A maioria das pessoas só se apercebe da importância da mobilidade quando por alguma razão são impedidas de se movimentar livremente, ou dentro do quadro funcional anterior ao acontecimento. O movimento é fundamental à sobrevivência física e mental dos indivíduos...

2. DA MOBILIDADE À IMOBILIDADE: UM PROBLEMA DE SAÚDE

Corpo e movimento constituem uma unidade que funciona através de energia. Assim, corpo, energia e movimento não funcionam isoladamente, não haverá movimento sem corpo e muito menos uma eficaz utilização da energia. O movimento é o “ato de mover ou de se mover”, é a “mudança de posição no espaço em função do tempo; deslocação; mudança de lugar ou de posição” (Dicionário de Língua Portuguesa, 2010, p. 1093).

Para além de um significado expressivo, o movimento corporal, tem também um significado existencial. O corpo é a condição humana de inserção no mundo, uma vez que “é a partir das experiências motoras que se realiza o conhecimento corporal, que se compreende e interioriza o sentir, condição indispensável para a construção da própria existência” (Malho, 2003, p. 50).

Assim sendo, mobilidade é um dos fenómenos mais importantes e valorizados por todos os seres humanos. Para Tomey e Alligood (2004) a capacidade de se movimentar é uma das características de todos os seres vivos, mas a capacidade de mover o corpo livremente é uma atividade essencialmente humana.

Segundo a CIPE (OE, 2011, p. 62), o movimento corporal é um “processo do Sistema Musculoesquelético: Movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações”. Nesta perspetiva, vida é então movimento... o movimento é crucial para garantir as necessidades básicas, tais como: alimentar-se, vestir-se, lavar-se, arranjar-se, etc...como também para realizar as necessidades psicossociais mais elevadas, ou seja aquelas que completam o que consideramos ser: a qualidade de vida.

Tal como referido anteriormente, o homem só se apercebe da importância de se movimentar livremente, quando por algum motivo fica inibido de o realizar, tendo em conta, a abordagem holística da mobilidade, o movimento tem parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais (OE, 2013), constituindo-se desta forma, fundamental para a vida e saúde da pessoa.

O ser humano foi desenhado para ser móvel, principalmente porque 40% do nosso organismo é composto por músculos esqueléticos e para que haja a manutenção deste sistema músculo-esquelético e conseqüentemente a manutenção do bom funcionamento dos órgãos internos, somos dependentes da atividade física (Boechat [et al.], 2012). O organismo foi idealizado para resistir aos efeitos da gravidade na posição vertical, sendo que a posição horizontal por um longo período, corresponde a uma posição que anormalmente o corpo não está habituado, o que pode acarretar para o organismo lesões reversíveis e outras que poderão ser irreversíveis (Huber; Wells, 2009).

Segundo a OMS (2002), alguns estudos epidemiológicos que relacionam a atividade física e a saúde, demonstram que a utilização continuada de programas de exercício físico melhoram, não só a capacidade física e a aparência, mas também baixam os lípidos sanguíneos, a tensão arterial, melhoram a densidade óssea, a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina. Desta forma, torna-se particularmente importante implementar estes programas à pessoa idosa, uma vez que se tratam de pessoas reconhecidamente mais vulneráveis aos efeitos nefastos da imobilidade.

Tal como já foi referido anteriormente, a mobilidade funcional, pode ser alterada na sequência do envelhecimento humano e como consequência de situações físicas e/ou clínicas resultantes de determinadas patologias, lesões ou cirurgias. Apesar desta situação de imobilidade poder acarretar para o doente repercussões negativas para a sua saúde, em algumas situações de traumatismo, fraturas ou doenças agudas, o repouso por um curto período de tempo poderá ter um efeito benéfico no tratamento, sendo por vezes até fundamental (OE, 2013).

Corcoran citado por Cazero e Peres (2010, p. 150) refere que “a imobilização limitada de algumas partes do corpo pode ser necessária para o tratamento de uma lesão, mas a imobilização do corpo todo pode ser mais prejudicial que a doença em si”. Assim sendo, podemos concluir que o repouso prolongado pode dar origem a sérios danos à saúde do indivíduo, devendo por este motivo ser bem ponderada a sua prescrição. Segundo os dados do Relatório Mundial da Saúde, está previsto que a falta de mobilidade seja, por si só, responsável por 10-16% dos casos de diabetes mellitus e de alguns casos de cancro, bem como por 22% dos casos de doença cardíaca isquémica e ainda uma proporção de 5-10% de mortes (OMS, 2002).

Segundo Redondo citado por Boechat, Manhães e Filho (2012), por repouso entende-se um período de 7 a 10 dias, de 12 a 15 dias, já se pode considerar uma imobilização e a partir de 15 dias corresponde a um decúbito de longa duração. De acordo com o mesmo autor, por cada semana de imobilização completa no leito o doente perde de 10 a 20% da sua força muscular inicial e acrescenta que a partir das 4 semanas, cerca de 50% da sua força muscular pode estar perdida.

Num estudo realizado por Mendes e Chaves (2012) que teve como objetivo conhecer as alterações da mobilidade que afetam os doentes com alta da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), chegaram à conclusão que cerca de 90% dos doentes da amostra, desenvolveram alterações da força muscular, podendo estas alterações serem consideradas desde situações ligeiras a quadros graves de fraqueza generalizada, contudo os resultados desta investigação revelam ausência de limitações na mobilidade

articular. Segundo os mesmos autores quanto maior o comprometimento da força muscular, maior é o grau de dependência do doente, sendo que na data da alta um número significativo de doentes (80%) apresentava um grau de dependência total ou grave.

Na mesma perspectiva, Scaaf [et al.] (2008) estudaram as alterações funcionais manifestadas na primeira semana após a alta da UCI. Concluindo que, na generalidade, os doentes apresentam limitações funcionais significativas, nomeadamente na autonomia que demonstram para a realização das AVD's, 67% encontravam-se muito dependentes, 15% apresentava uma dependência moderada e 9% uma dependência ligeira, sendo a marcha uma das limitações mais frequentes, pois 73% dos doentes não conseguia deambular sem ajuda.

Januário (2013), num estudo realizado com doentes internados no serviço de medicina, constatou que a hospitalização por si só promove alterações no estado de saúde dos indivíduos, concluindo que no momento da admissão existem alterações negativas significativas, relativamente ao momento que antecedeu a hospitalização, acrescentando que no momento da alta existem alterações positivas relativamente à admissão, contudo existem perdas relativamente à pré-admissão. Portanto, o episódio de internamento por si só trouxe dependência à pessoa, independentemente da causa que motivou o internamento.

Uma situação continuada de imobilidade acarreta um conjunto de sinais e sintomas, designados síndrome de imobilidade, em que a pessoa pode apresentar: deficit cognitivo avançado, rigidez articular e contraturas múltiplas, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal e úlceras de pressão. Esta situação remete-nos para o quadro descrito pelo Dr. Richard Ascher, em 1947 "Olhe o paciente estendido na cama. Parece uma figurinha patética. O sangue coagulado em suas veias, a cal escoando de seus ossos, as fezes amontoando em seu cólon, a carne de seu traseiro apodrecendo, a urina vazando de sua bexiga dilatada e o espírito evaporando de sua alma" (in Moraes, Marino e Santos, 2010).

A gravidade das lesões provocadas pela imobilidade é variável e, frequentemente, progressivo. Portanto, importa conhecer as causas que levam a pessoa, a uma situação de aleitamento e atuar antecipadamente, através da promoção da saúde do indivíduo.

2.1. Causas da imobilidade

Segundo Carnevalli citada pela OE (2009), as causas de imobilidade, podem ser subdivididas em 4 áreas, sendo elas de ordem: física, emocional, intelectual e social.

De ordem física são aquelas que podem surgir devido à condição física da pessoa, das suas necessidades terapêuticas e/ou de se manter num espaço restrito. As de ordem emocional podem emergir de situações de tensão emocional que podem levar a um estado de paralisia emocional. Por sua vez, as causas de ordem intelectual são aquelas que surgem devido à falta de conhecimentos relativamente à doença e concomitantemente ao processo de reabilitação, limitações na capacidade de aprendizagem, patologias que afetam o processo de pensamento e crenças e valores da cultura da pessoa que a impedem de compreender a doença e o respetivo tratamento. Por último, podemos assinalar também as causas de ordem social, que são aquelas que podem surgir devido a restrições nos padrões de interação social normal da pessoa, submetendo-a ao isolamento, como consequência da sua doença, da natureza do tratamento, da acessibilidade aos cuidados de saúde e da resposta pessoal ao processo de doença.

Para além destes fatores a OE (2013) acrescenta que a alteração da mobilidade resulta das seguintes causas: doenças neurológicas, desnutrição, problemas ortotraumatológicos, dor intensa, envelhecimento, doenças cardíacas, alterações do foro psicológico, doenças respiratórias, doenças crónicas e défice neuro sensorial.

São portanto variadíssimos os motivos que concorrem para submeter a pessoa a uma imobilidade que lhe trará consequências cada vez mais graves para a sua saúde, e é neste sentido que a OE (2013, p. 23) alerta todos os profissionais para que

“quando uma pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo, ou a totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento, podem ocorrer, num período de tempo mais ou menos longo, complicações decorrentes dessa imobilidade em cada um dos sistemas orgânicos”.

Torna-se assim crucial a prevenção da imobilidade, constituindo-se este facto um grande desafio para todos os enfermeiros em geral mas em particular para os enfermeiros de reabilitação.

2.2. Consequências da imobilidade

A imobilidade pode alterar o estado emocional do indivíduo, independentemente da causa que a motivou, podendo despoletar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional, isolamento social e é possível que, com a imobilidade prolongada, uma pessoa normal e saudável desenvolva contraturas da musculatura da coluna vertebral e dos membros, fraqueza muscular, osteoporose, alterações das características

morfológicas, bioquímicas e biomecânicas de vários componentes das articulações sinoviais, além de alterações cardiovasculares (Boechat [et al.], 2012).

De acordo com Fan [et al.] (2009), o compromisso da mobilidade física, decorrente de uma doença, traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento, tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas. Mesmo nos adultos saudáveis, os efeitos da imobilidade prolongada e atrofia por desuso são, por si só, muitas vezes persistentes e precisam de reabilitação física intensiva para permitir o regresso ao seu nível basal de funcionamento.

O repouso no leito por um período prolongado afeta, portanto todos os sistemas orgânicos de uma forma global e holística, nomeadamente ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, geniturinário, gastrointestinal, nervoso central, metabólico e músculo-esquelético.

2.2.1. Consequências da imobilidade ao nível do sistema cardiovascular

No doente sujeito a imobilidade, pode ocorrer uma diminuição do volume líquido em circulação, aumento da concentração de sangue nos membros inferiores e diminuição da resposta autónoma, como resultado do défice do retorno venoso, seguido da diminuição do débito cardíaco, que por sua vez se reflete na diminuição dos valores da tensão arterial e consequentemente hipotensão ortostática. Verifica-se assim, um aumento da sobrecarga cardíaca, aumentando consequentemente o consumo de oxigénio. O volume sistólico poderá diminuir cerca de 15%, após duas semanas de repouso no leito, como resposta da diminuição do volume sanguíneo. O sangue torna-se mais viscoso e mais concentrado, podendo registar-se valores de hipercaliémia, aumentando assim, consideravelmente a probabilidade de formação de trombos e êmbolos. Associando a falta de mobilidade, a posição horizontal, a estase venosa nos membros inferiores e a diminuição do fluxo sanguíneo, aumenta abruptamente o risco de trombose venosa profunda (OE, 2013).

De acordo com Hoeman (2000) após um período longo de imobilidade, a frequência cardíaca aumenta cerca de um batimento por minuto a cada dois dias, repercutindo-se em valores de frequência cardíaca, dentro dos parâmetros reconhecidos como taquicardia. Regra geral, a frequência cardíaca de uma pessoa ativa aumenta cerca de 13% ao passar da posição horizontal para a posição vertical. Contudo, após três dias de imobilidade, a resposta cardíaca, para a mudança das referidas posições, aumenta para

32%, depois de uma semana aumenta para 62% e depois de seis semanas de repouso no leito, aumenta para valores que rondam os 89%.

2.2.2. Consequências da imobilidade ao nível do sistema respiratório

As alterações pulmonares iniciais resultam do movimento restrito do tórax quando em decúbito e de alterações induzidas pela gravidade na perfusão do sangue nas diferentes partes do pulmão. Quando as pressões venosas e hidrostática, decorrentes da gravidade, são aumentadas em partes diferentes do pulmão, a perfusão também aumenta, provocando um desequilíbrio entre perfusão e ventilação. Os mecanismos responsáveis por esse desequilíbrio podem incluir diminuição da elasticidade do diafragma, redução progressiva da amplitude do movimento torácico e respiração mais superficial com subsequente aumento da frequência respiratória. Desta forma, os movimentos respiratórios tornam-se mais superficiais e rápidos, o que, associados à ineficácia do revestimento ciliar e à fraqueza dos músculos abdominais que reduzem a efetividade da tosse facilita a acumulação de secreções, predispondo a pessoa a um quadro de infecção respiratória (OE, 2013).

Segundo Hoeman (2000), a mudança da posição de pé para um decúbito, resulta numa redução de cerca de 2% na capacidade vital, de 7% na capacidade pulmonar total, de 19% no volume residual e de 30% na capacidade residual funcional. Contudo, após um repouso prolongado no leito a capacidade vital e a capacidade de reserva funcional podem ser reduzidas de 25 a 50%. A redução da capacidade funcional poderá terminar numa atelectasia passiva, devido à incapacidade, provocada pela debilidade muscular e pelos decúbitos, de expansão completa do tórax, restringindo desta forma a expansão completa do pulmão, permitindo apenas uma respiração de pequenos volumes (Presto e Damázio, 2009). Por sua vez a acumulação de secreções, devido à ineficácia ciliar e da tosse, pode repercutir-se numa obstrução, conhecida como atelectasia de absorção e/ou numa pneumonia de estase (Scanlan, Wilkins e Stoller, 2009), constituindo estas as complicações respiratórias mais frequentes.

2.2.3. Consequências da imobilidade ao nível do sistema gastrointestinal

A imobilidade pode provocar alterações nas três principais funções do sistema gastrointestinal: ingestão, digestão e eliminação.

Quanto à ingestão, a pessoa sujeita a imobilidade, apresenta um aumento da atividade catabólica, levando à deficiência proteica, que por sua vez aumenta a probabilidade da pessoa desenvolver edemas periféricos e anorexia.

Na digestão, após um período prolongado de repouso no leito, aumenta a estimulação do sistema nervoso autónomo, que poderá repercutir-se em distensão gástrica, dispepsia e estase gástrica.

Relativamente à eliminação, a imobilidade promove a diminuição do peristaltismo intestinal, diminuindo a velocidade de absorção dos nutrientes promovendo a obstipação e conseqüentemente a flatulência e ainda formação de fecalomas. Neste contexto, a OE (2013, p. 27) refere que,

“a alteração na rotina da eliminação intestinal, a alteração da posição em que defeca e a perda de privacidade, também predispõem a pessoa à obstipação e às suas conseqüências, tais como: cefaleias, distensão abdominal, fecalomas, flatulência, desidratação, alterações da respiração, entre outras”.

Hoeman (2000) corrobora alegando que o stress promovido pela imobilidade estimula continuamente o sistema nervoso parassimpático, originando a estase gástrica, a distensão gástrica, dispepsia, anorexia, diarreia ou obstipação.

2.2.4. Conseqüências da imobilidade ao nível do sistema urinário

A falta de mobilidade aliada ao facto da pessoa permanecer a maior parte do seu tempo no leito, dificulta a drenagem da urina, uma vez que a ação da gravidade não pode dar o devido contributo, sendo também mais difícil aumentar a pressão abdominal, o que promove a estase urinária, fatores estes que associados ao aumento da excreção de iões, contribui para a formação de litíase. A estase urinária e a formação de litíase são um meio perfeito para a proliferação bacteriana, sendo comum a ocorrência de infeções do trato urinário em doentes sujeitos a imobilidade (Hoeman, 2000).

Acrescente-se ainda o facto de que a imobilidade enfraquece todos os músculos corporais, nomeadamente os músculos abdominais e o diafragma, também são afetados. Desta forma, com a debilidade destes músculos, acompanhada do relaxamento incompleto dos músculos do soalho pélvico, poderá surgir uma situação de retenção urinária ou um esvaziamento incompleto da bexiga (DeLisa, 2002), situação que gera grande desconforto e dor obrigando por vezes a uma algaliação, técnica invasiva que aumenta o risco de infeção.

2.2.5. Consequências da imobilidade ao nível do sistema metabólico

De acordo com a CIPE (OE, 2011, p.62)

“metabolismo é o somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, geração de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais relacionadas com a distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal, atividade hormonal ou digestão”.

O metabolismo divide-se em anabolismo e catabolismo, sendo necessário o equilíbrio entre estes dois grupos, que têm funções distintas, mas que em conjunto se completam.

A imobilidade propicia o predomínio do catabolismo, estimulando um balanço negativo de nitrogénio, cálcio, enxofre, sódio, potássio, fósforo, entre outros iões. Surgem então situações resultantes deste desequilíbrio como: a intolerância aos hidratos de carbono, a diabetes, a hipercalciúria, a hiponatrémia. Surgem também alterações hormonais, como o aumento sérico da hormona paratiroideia (PTH), a diminuição androgénica durante a espermatogénese, a diminuição dos níveis de somatropina (GH), da adrenocorticotrófica (ACTH) e da produção de catecolaminas (DeLisa, 2002).

2.2.6. Consequências da imobilidade ao nível do sistema nervoso

O sistema nervoso tem como grande função comandar, coordenar e interpretar as alterações da pessoa com o meio em que esta se insere. Devido à privação sensorial e psicossocial, a pessoa sujeita a imobilidade poderá apresentar uma grande variedade de alterações ao nível do sistema nervoso. Independentemente do quadro clínico que motive a imobilidade, ou seja o aleitamento, a diminuição da estimulação cognitiva durante um longo período leva à perda das funções mentais superiores, promovendo o que se pode denominar de desuso cognitivo. Assim, a pessoa pode apresentar quadros de confusão, desorientação, ansiedade, depressão e alteração do seu padrão de sono (OE, 2013).

Kottke e Lehmann citados pela OE (2013, p. 30) referem que a imobilidade promove alterações do equilíbrio, da coordenação e das capacidades, portanto

“o julgamento, habilidades para a solução de problemas e aprendizagem, a memória, habilidades psicomotoras e grau de alerta, podem ficar comprometidos. O comprometimento preceptivo pode ser encontrado mesmo após sete dias de imobilização (...); falta de concentração e motivação, depressão (...), coordenação reduzida, podem afetar drasticamente a habilidade do paciente de alcançar o nível mais alto de funcionamento e independência”.

2.2.7. Consequências da Imobilidade ao nível do sistema tegumentar

A ausência de mobilidade propícia um aumento do tempo de contacto da pessoa com as superfícies de apoio tal como: a cama, as cadeiras ou cadeirões, os mais diversos tipos de almofadas, entre outras. Como tal, este contacto provoca um aumento da pressão direta sobre os tecidos moles, forças de deslizamento e fricção, o que por sua vez poderá culminar no aparecimento de úlceras de pressão.

Conforme a European Pressure Ulcer Advisory Panel e o National Pressure Ulcer Advisory Panel citados pela OE (2013, p. 31) a úlcera de pressão

“é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associados factores contribuintes e de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido”.

Por sua vez, a CIPE (OE, 2011, p. 79), define úlcera de pressão como um “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”.

Assim, percebemos que as úlceras de pressão constituem um grave problema de saúde por causarem um enorme sofrimento (tanto ao nível físico como psicológico) para o seu portador e sua família ou cuidadores informais, pelas repercussões a nível da morbilidade e mesmo mortalidade, e por fim pelos importantes encargos financeiros que acarreta nos sistemas familiares e de saúde.

2.2.8. Consequências da imobilidade ao nível do sistema músculo-esquelético

O sistema músculo-esquelético é, normalmente, o mais afetado pelas alterações da mobilidade, surgindo uma diminuição da contração muscular e consequentemente perda de força e da massa muscular, o que promove atrofia, aparecimento de contraturas e osteoporose. Num estudo realizado por Clavet [et al.] citados por Mendes e Chaves (2012), sobre a incidência de contraturas articulares depois de um longo período na UCI, concluíram que 39% dos doentes desenvolveram pelo menos uma contratura e que 34% desenvolveram pelo menos uma contratura geradora de uma limitação funcional significativa. Os mesmos autores acrescentam ainda que cerca de um terço dos doentes internados por mais de duas semanas na referida unidade desenvolvem várias contraturas articulares e que cerca de um quarto tem alta hospitalar com contraturas graves, as quais interferem gravemente no desempenho das AVD's.

A imobilidade leva à diminuição da síntese de proteína muscular, do catabolismo muscular e naturalmente diminuição da massa muscular, particularmente nos membros inferiores. Estudos experimentais recentes com voluntários saudáveis denotam que a diminuição da massa muscular, inicia-se nas primeiras horas de repouso no leito em 22% dos indivíduos, resultando em cerca de 4-5% de perda de força muscular por cada semana de aleitamento (Fan [et al.], 2009).

O repouso prolongado potencia mecanismos bioquímicos que promovem o aumento da proteólise e diminuição da síntese de proteínas, repercutindo-se em alterações estruturais e metabólicas do músculo que se expressam em perda de massa muscular. Estudos com indivíduos saudáveis mostraram uma perda de 1% a 1,5% da força do quadríceps para cada dia de repouso no leito (Fan [et al.], 2009). De acordo com estes resultados, Vilas [et al.] (2006) num estudo efetuado com doentes internados na UCI chegaram à conclusão que a fraqueza muscular é atualmente considerada, o distúrbio neurológico mais comum nesses doentes, para além disto o osso reage a estímulos mecânicos como a contração muscular e a força da gravidade, portanto quando a pessoa se encontra em repouso no leito, a força exercida pela gravidade diminui cerca de 83%, o que associado à diminuição da força muscular, vai promover a perda progressiva da densidade mineral óssea, o que conduz inevitavelmente ao aparecimento da osteoporose e conseqüentemente ao aumento da probabilidade de ocorrência de fraturas (DeLisa, 2002). Aveiro [et al.] (2004) no estudo que efetuaram com mulheres portadoras de osteoporose referem que esta patologia tem um grande impacto na qualidade de vida e grau de independência destas mulheres, sendo importante implementar o mais precocemente possível, um programa de exercícios adequado. Após a implementação do referido programa, concluíram que a força muscular das extremidades inferiores, a caminhada e a flexibilidade, são necessárias para manter o equilíbrio, sendo este fundamental para a prevenção de quedas e concomitantemente fraturas.

Relativamente às articulações, quando o doente é acometido à imobilidade, o líquido sinovial torna-se menos fluido e existe a proliferação do tecido fibroso e gorduroso, promovendo a formação de aderências entre as superfícies intra-articulares (DeLisa, 2002).

Todas as complicações oriundas da imobilidade, descritas anteriormente originam alterações na capacidade de o doente desenvolver as suas AVD's de forma independente, necessitando na maioria das vezes de ajuda ou mesmo substituição para a satisfação das necessidades humanas básicas.

3. A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL: UMA VIDA COM QUALIDADE

Segundo Oliveira [et al.] (2008) a independência funcional caracteriza-se pela autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do dia-a-dia da sua vida assegurando desta forma a possibilidade deste viver sozinho no seu domicílio. Assim pode considerar-se que os indivíduos atingem o nível de independência quando não necessitam de ajuda de outra pessoa para o desempenho das suas atividades de vida. Ao longo da vida, por doença ou devido ao envelhecimento a pessoa pode ficar dependente de outros, perdendo, portanto a sua independência funcional, a qual permite a qualquer pessoa a realização das tarefas do dia-a-dia. Segundo Cabrita (2004), a autonomia e a independência diminuem progressivamente com o envelhecimento, constituindo estes fatores bons indicadores de saúde e qualidade de vida das pessoas. Se as pessoas se mantiverem independentes, terão menos dificuldades e conseqüentemente serão menos dependentes da sua família e da sociedade. Rodriguez (2008) acrescenta que a definição de dependência salienta a perda de capacidades físicas e mentais, sendo, portanto extremamente importante a valorização da independência de cada um, uma vez que esta acarreta conseqüências a vários níveis da vida da pessoa e da sociedade.

A dependência surge associada a questões de prevalência de doenças crónicas, principalmente na pessoa idosa. Lage (2005, p. 7) afirma que “a doença, em particular a doença crónica, tem um efeito directo na capacidade dos indivíduos para satisfazer as actividades de vida diárias e manter condições de vida independente”, no entanto as doenças crónicas podem ou não ser incapacitantes, dependendo da forma como todo o processo é acompanhado, quer pela própria pessoa, quer pelos profissionais envolvidos no processo.

Desta forma, é imprescindível avaliar os diferentes níveis de independência funcional do indivíduo, tornando-se um objetivo fundamental para a planificação adequada dos cuidados de saúde.

É importante lembrar que “a independência na realização das AVD's é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa e dos seus familiares” (Andrade [et al.], 2010, p. 1058)

O contexto de avaliação funcional tem constituído parte integrante do processo de enfermagem, que sempre avaliou as capacidades dos doentes satisfazerem as suas necessidades pessoais.

Tal como acrescenta a OE (2012, p. 16) os cuidados de enfermagem são caracterizados por “englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de atuação:

- a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
- b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
- c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;
- d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados”.

Hayes (2000) afirma que a avaliação da função baseada em objetivos válidos e mensuráveis é um valor importante para o doente e para as instituições de saúde, contribuindo significativamente para o processo interdisciplinar. Esta avaliação toma especial relevância na prática da Enfermagem de Reabilitação, em que a atuação do enfermeiro especialista se direciona para a manutenção/recuperação da função atendendo à avaliação da função efetuada anteriormente, pois a dependência não pode ser vista como um estado permanente, mas antes como um processo dinâmico, cuja evolução se pode modificar, prevenir ou diminuir, recorrendo a uma intervenção adequada.

O INE (2000) e o Instituto de Saúde Ricardo Jorge, em conjunto levaram a cabo um estudo, para a população portuguesa sobre a esperança de vida sem incapacidade física. No referido estudo foram considerados cinco tipos de esperança de vida: esperança de vida sem incapacidade física de nenhum tipo, sem incapacidade para a locomoção, sem incapacidade funcional, sem incapacidade que restrinja a atividade, sem incapacidade para a comunicação e ainda esperanças de vida sem incapacidade para a audição, visão e para falar. Na análise dos respetivos dados verificaram que as mulheres apresentam uma esperança média de vida superior à dos homens em todos os grupos etários, no entanto a sub-mortalidade masculina é compensada por uma percentagem de anos sem incapacidade física de longa duração e de qualquer tipo, comparativamente às mulheres. Constataram ainda que a incapacidade funcional aumenta com a idade.

Tendo o referido em conta, o objetivo dos cuidados de saúde deve deixar de ser apenas prolongar a vida, mas principalmente o de manter a independência funcional da pessoa, promovendo a sua autonomia durante o maior tempo possível.

Na atualidade é prática comum dos serviços de reabilitação a utilização de vários instrumentos de avaliação para documentar deficiências, desempenho nas AVD's e qualidade de vida. A combinação destes instrumentos visa a avaliação dos componentes críticos que constroem a vida ativa independente.

Deste modo, neste estudo, o significado atribuído à independência funcional diz respeito à independência da pessoa na realização das atividades de vida diárias contempladas no Modelo de Enfermagem de Roper, Logan & Tierney.

4. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS...UM MODELO DE ENFERMAGEM

A realidade, assim como as circunstâncias em que vivemos, remetem-nos para a procura de explicações. Temos a constante necessidade de atribuir significados a tudo o que nos rodeia e para isso procuramos as teorias e os modelos. Cowan citado por Graveto e Silva (2014), refere que um modelo é uma explicação simplificada de um sistema, ou seja, uma forma de descrever o que se faz e o que se pode fazer.

Um modelo representa a estruturação da realidade de uma disciplina, uma abstração e uma conceção, uma forma de entender e de estruturar uma realidade dando-lhe sentido. As teorias resultam dos modelos e são elaboradas conforme a ótica que se tem da ciência, proporcionando os conhecimentos necessários à construção de um saber e constituem expressões qualificadas que distinguem a área do saber, descrevendo, explicando e demonstrando (Adam, 1994).

4.1. O Modelo de Atividades de Vida Diárias de Roper, Logan & Tierney

Para Tomey e Alligood (2004), os modelos teóricos não são a teoria, mas estes, podem contribuir para organizar e estruturar as estratégias de atuação, fazendo com que estas assentem nos seus sistemas abstratos dos conceitos globais que apresentam.

Nancy Roper nasceu no Reino Unido em 29 de Setembro de 1918. Após terminar os seus estudos obrigatórios, em 1936, iniciou três anos de estudo, num Hospital de crianças, onde obteve o título de Registered Sich Children's Nurse. Nesta altura abraçou o desafio, fazendo-se elemento da Associação de Estudantes do Royal College of Nursing. Efetuou um programa de formação em enfermagem com o título de Registered General Nurse. Mais tarde, foi convocada para o serviço militar desvanecendo aí as suas opções profissionais. Assim, cumpriu o serviço militar exercendo um cargo de docência.

Em 1950 obteve o Teaching Diploma pela Universidade de Londres, exercendo a docência durante quinze anos. Neste período investigou a formação em enfermagem nos Estados Unidos e no Canadá. Editou vários dicionários e em 1963 passou a ser professora autónoma dedicando-se a escrever, ler e refletir sobre a Enfermagem como observadora do sempre mutante panorama do exercício profissional, editando, administrando e investigando.

Em 1967 publicou a primeira edição atribuindo-lhe o nome de "Principles of Nursing in process contex". Em 1970 foi nomeada membro da Universidade de Edimburgo, onde

aproveitou para fazer um mestrado em filosofia. Dedicou-se então a investigar o núcleo de cuidados de enfermagem, desenhando um modelo de vida e um modelo de enfermagem derivado desse modelo. Esta monografia foi publicada em 1976, iniciando-se assim a prestação de cuidados, tendo em conta este modelo.

O modelo inicial de Nancy Roper foi reformulado em 1980, pela respetiva autora e mais duas colegas, também elas enfermeiras, Winifred Logan e Alison Tierney. A sua reformulação transformou-o num modelo mais completo e mais adaptado às necessidades da prática dos cuidados de Enfermagem.

Para Roper uma enfermeira deve ser consciente da individualidade vital de cada indivíduo, o que quer dizer é que este deve ter presente os seguintes objetivos: prevenir os problemas potenciais que podem converter-se em reais; minimizar ou resolver os problemas reais; enfrentar positivamente os problemas que não se podem resolver; prevenir o reaparecimento dos problemas; enfrentar positivamente a morte e o estado agónico do doente e a dor da família. Roper citada por Acosta (2006) acrescenta que existem fatores que influenciam o conhecimento, as atitudes e a conduta do indivíduo tais como: os biológicos, os psicológicos, os socioculturais, os ambientais e os socioeconómicos. A autora defende ainda que tais fatores estão intimamente relacionados com a duração da vida nas fases de desenvolvimento pré-natal, primeira infância, infância, adolescência, idade adulta e terceira idade, resultando num continuum de dependência/independência.

Roper, Logan e Tierney desenvolveram o conceito de Virgínia Henderson citada por Person e Vaughan (1992, p. 56) onde expressa que:

“a função específica da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou são, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte pacífica) e que ele executaria sem ajuda, se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso de modo a ajudá-lo a ganhar a independência o mais rapidamente possível”,

num modelo que se centra nas atividades que os indivíduos praticam para viver. Sendo assim, existem três conceitos que vale a pena definir, pois o indivíduo, neste modelo, transita de dependência para a independência, de acordo com a idade, as circunstâncias e o ambiente. Os conceitos subjacentes a este modelo são: a progressão ao longo da vida, o continuum de dependência/independência e as atividades de vida.

Em relação ao período de vida considera-se que a vida começa na concepção e acaba na morte: “À medida que a pessoa se ocupa no processo de viver, a sua posição na vida vai influenciar a sua capacidade de independência” (Pearson e Vaughan, 1992, p. 57).

No que diz respeito ao continuum de dependência/independência “move-se de forma dinâmica e é afectado por uma série de factores (...) adultos maduros, de 30 anos, podem encontrar-se no extremo da independência em praticamente todas as atividades de vida, mas podem tornar-se dependentes em caso de doença ou acidente” (Pearson e Vaughan, 1992, p. 58).

Segundo este modelo, o indivíduo tem um objetivo que é ser independente nas atividades de vida durante o seu percurso de vida. Quando esta independência é colocada em causa, seja por que motivo for, então necessita dos cuidados de enfermagem. A essência da Enfermagem tem como grande missão procurar que o indivíduo recupere ou mantenha a máxima independência nas atividades de vida ou que lhe seja ensinado a saber enfrentar a sua dependência, facilitando a realização das mesmas, de forma independente e administrar tratamentos com o intuito de diminuir ou eliminar os sintomas de doença e consequentemente levar à recuperação da independência.

Este modelo delinea a forma de atuação a ser seguida pelo enfermeiro com o intuito de promover a independência, devendo este primeiro fazer uma apreciação do doente, identificar os problemas do mesmo e descrever os resultados esperados, planejar os cuidados, executá-los e finalmente avaliar (estado do doente).

Este modelo identifica três tipos de atividades, todas elas interrelacionadas entre si e com doze atividades de vida. Esses tipos de atividades são: atividades preventivas – as que se preocupam em prevenir o que pode alterar a vida por exemplo: doenças ou acidentes; atividades de conforto – as que se realizam com a finalidade de proporcionar bem-estar físico, psíquico e social; atividades pesquisadoras – as que se realizam para adquirir conhecimentos, experiências e respostas a novos problemas.

Na fase de apreciação do processo de cuidados o objetivo do enfermeiro é definir o que o doente pode ou não fazer em cada uma das atividades de vida, partindo da perspectiva física, psicológica e sociológica. A estrutura para a apreciação é feita pelas doze atividades de vida. O enfermeiro e o doente devem discutir cada uma delas, definindo a sua rotina habitual e ver que obstáculos existem para a realização da mesma, pois estes constituem uma barreira à independência.

Na fase diagnóstica do processo de enfermagem e de acordo com Leite e Faro (2005) é efetuado um exame físico pormenorizado acompanhado de entrevista ao doente ou prestador informal de cuidados. Durante esta apreciação vão-se registando as atividades que o doente realiza de forma independente e as que necessita de ajuda, assim como outras situações que deverão ser monitorizadas/vigiadas e desta forma serão norteadas as intervenções de enfermagem.

Após a identificação dos focos de atenção do doente e do planeamento das respetivas intervenções, passa-se à intervenção propriamente dita. As intervenções de enfermagem são um conjunto de atividades estruturadas, logo o profissional desenvolve-as tendo em conta a globalidade, quer da pessoa, quer do contexto onde este se insere.

O plano de cuidados estabelecido para o doente, deve ser realista, expressar as suas necessidades e ter como objetivo o doente conseguir a máxima independência possível, nas AVD's ou aceitar as dependências que apresenta, no entanto, antes de ser implementado o plano de cuidados deve ser negociado com o doente para que ele concorde com a forma como vai atingir os objetivos e com a calendarização das intervenções.

Como já foi anteriormente referido, o continuum dependência/independência é um componente do modelo, pois considera que, para cada uma das AVD's, cada pessoa tem um diferente nível de dependência/independência que está também em variação contínua. Independência é, portanto, a capacidade da pessoa para realizar as suas AVD's, num padrão que lhe é pessoal e socialmente aceitável, sem ajudas de outros (Cavalcante [et al.], 2012).

No presente estudo será apenas desenvolvido um dos componentes do presente modelo - as atividades de vida, uma vez que foram principalmente exploradas no seu contexto.

4.1.1. As doze atividades de vida diárias

O Modelo de Enfermagem de Roper, Logan & Tierney define doze atividades de vida básicas. Existem estadios em que o indivíduo ainda não pode ou já não pode realizar algumas dessas atividades. As doze atividades citadas por Pearson e Vaughan (1992, p.58) são: “manter um ambiente seguro; respirar; eliminar; controlar a temperatura corporal; trabalhar e divertir-se; dormir; comunicar; comer e beber; higiene pessoal e vestir-se; movimentar-se; exprimir a sexualidade; morrer”. Cada atividade é vista como integrando as componentes físicas ou fisiológicas, social e psicológica. É importante ressaltar que, essas atividades relacionam-se entre si, portanto, alterações numa das atividades levará conseqüentemente a modificações no desempenho das restantes.

Seguindo a conceção deste modelo, o conceito de atividade de vida é utilizado num sentido lato, pois na realidade cada uma das atividades tem várias dimensões e dependem de vários fatores.

De seguida serão então descritas cada uma das AVD's definidas por Roper, Logan e Tierney e citadas por Pearson e Vaughan (1992):

Manter um ambiente seguro – Muitas são as especificidades desta atividade, contudo pode-se explicar de forma sucinta. Nela podem ser incluídas todas as ações pessoais, laborais e políticas que permitam prevenir potenciais riscos, diminuir a influência de fatores externos ou promover a adaptação da pessoa ao seu meio. Refere-se, portanto a atividades de prevenção e de pesquisa em relação à segurança na realização das atividades de vida. Pode englobar fatores ambientais como o mobiliário e a habitação, fatores sensoriais como conseguir ouvir o trânsito que se aproxima ou cheirar o gás, fatores pessoais relacionados com os comportamentos pessoais em relação à saúde tais como fumar e por fim, fatores psicológicos como os medos não justificados ou comportamentos irracionais.

Como consequência de uma doença aguda/crónica ou acidente, é necessário proceder a adaptações no meio em que a pessoa vive, com o intuito de colmatar as dificuldades vivenciadas, promovendo desta forma a independência dos doentes, colaborando com os familiares no cuidado à pessoa, proporcionando desta forma uma melhor qualidade de vida (Tomey; Alligood, 2004).

Respirar – É uma das atividades essenciais à sobrevivência e que, em condições naturais, o fazemos inconscientemente. O enfermeiro deverá registar os ciclos respiratórios, observar a coloração da pele e mucosas, assim como as características da respiração. Todas as alterações respiratórias deverão ser identificadas, assim como comportamentos considerados nocivos, como por exemplo fumarem (Tomey e Alligood, 2004).

Eliminar – Refere-se às funções intestinais e vesicais e são essenciais para o normal funcionamento orgânico. Estas funções podem sofrer alterações, por doença ou mudanças de hábitos de vida que influenciam o padrão normal da pessoa como, mudanças nos hábitos alimentares, utilização de certos medicamentos, stress ou mesmo mudança de ambiente. O enfermeiro deve conhecer o padrão de eliminação habitual do doente e posteriormente efetuar o registo diário dos mesmos, no sentido de vigiar/monitorizar a sua função normal e tomar medidas necessárias para o restabelecimento desse mesmo padrão (Tomey; Alligood, 2004).

Controlar a temperatura do corpo – O sistema de termorregulação permite a manutenção de uma temperatura base que é fundamental ao equilíbrio físico, perante alterações que possam surgir devem ser tomadas as medidas necessárias para o seu restabelecimento para os padrões de referência. Devem ser conhecidas as estratégias

utilizadas pela pessoa para o aquecimento ou arrefecimento natural, assim como outros hábitos que possam interferir com esta atividade de vida (Tomey; Alligood, 2004).

Para Roper, citada por Tomey e Alligood (2004) vários são os fatores que contribuem para as variações da termorregulação, tais como: ingestão de comida, algumas drogas (cafeína e nicotina), a prática de exercício físico, as emoções, os níveis hormonais, as normas socioculturais, assim como o nível económico.

Trabalhar e distrair-se – De uma forma geral, subtraindo às 24h diárias, o tempo necessário para descansar (dormir), normalmente as pessoas dividem o restante tempo, entre o trabalho, as atividades diárias e os momentos de lazer.

Trabalhar contribui não só para a sobrevivência económica, mas também para a realização pessoal. O fruto do trabalho permite às pessoas poder melhorar a sua qualidade de vida, bem como ter a possibilidade de procurar novas formas de lazer (Tomey; Alligood, 2004). Porém, as dificuldades da vida atual obrigam, ao trabalho contínuo e à não vivência de momentos de descontração, ou na maioria dos casos, pessoas sem trabalho, e conseqüentemente à falta de meios de subsistência, o que promove tensão e mal-estar, que por vezes pode ser geral.

Dormir – É fundamental para manter o equilíbrio do ciclo vital. Mas, difere de pessoa para pessoa de acordo com a sua predisposição biológica, aspetos ambientais e os acontecimentos de vida, sendo crucial conhecer os processos envolvidos no que diz respeito ao ciclo de sono, hábitos e costumes diários, incluindo a utilização de medicamentos (Tomey; Alligood, 2004).

Comunicar – Faz parte do relacionamento humano comunicar, o que permite a socialização e a convivência com o mundo. Deve-se estar consciente de todos os processos envolvidos no ato de comunicar e principalmente, das várias formas de comunicação. Porém, o elemento mais importante neste processo não é a própria pessoa, mas sim a relação interpessoal, pois a pessoa para ser compreendida, tem também ela de se perceber e entender como se relaciona com os outros. É através da comunicação entre enfermeiro, doente e família que são identificadas as necessidades das pessoas implicadas no processo, assim como as dificuldades e estabelecidas as formas usuais de comunicação e interação social do doente. É crucial que se identifique os obstáculos da comunicação como: a má visão e audição, pois só assim se poderá efetivar uma comunicação eficaz (Tomey; Alligood, 2004).

Comer e beber – É uma atividade essencial à sobrevivência, mas também está intimamente ligada a padrões socioculturais e estilos de vida. No caso de doença é uma das atividades de vida primeiramente afetada, pois a pessoa poderá ter necessidade de

ajuda para adquirir os alimentos, para se alimentar ou para providenciar as necessárias adaptações ao tipo de alimentação. O enfermeiro avalia, portanto, o estado nutricional do doente e averigua os aspetos culturais relacionados com o comer e beber, assim como os alimentos preteridos ou preferidos. Os hábitos de comer englobam atos físicos como a capacidade para cozinhar sem ajuda e a mastigação (Tomey; Alligood, 2004).

Higiene pessoal e vestir-se – O enfermeiro procura saber a frequência habitual do banho e identifica as dificuldades presentes para manter a independência. O estado da pele, unhas e cabelos também devem ser observados. Deverão ser também considerados os contextos culturais para que sejam respeitados os princípios e valores de cada pessoa, como ser singular e com a sua individualidade (Tomey; Alligood, 2004).

O enfermeiro é o profissional de saúde que está mais próximo do doente, é ele que se encontra em permanente contacto. A cumplicidade, a relação empática estabelecida entre os dois, permite-lhe despir o corpo de quem cuida. De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 1998) o respeito pela intimidade da pessoa está explícito no artigo 86.º do Código Deontológico dos Enfermeiros. Este tem como principal objetivo orientar o enfermeiro para os sentimentos de pudor e “inferioridade” inerentes à pessoa, tendo o dever de respeitar a sua intimidade, salvaguardando sempre nos cuidados ao corpo, a privacidade e a intimidade.

Movimentar-se – A capacidade de se movimentar está envolvida nas tarefas mais básicas da vida quotidiana. É uma das atividades de vida fundamentais para a realização das outras atividades. Assim, é essencial ser definido o grau de mobilidade e registar a atividade diária habitual do doente. Deve também ser registado se o doente permanece apático ou relutante à mobilização. Importa conhecer o padrão habitual de mobilidade do doente e analisar o potencial de reabilitação do mesmo.

São várias as ameaças que podem surgir relativamente a esta atividade de vida, sejam por processos naturais, como por consequência do envelhecimento, acidente, doença aguda ou por progressão de uma doença incurável ou degenerativa (Tomey; Alligood, 2004).

Exprimir a sexualidade – Nesta atividade está envolvida toda a vida de um ser humano, desde a sua conceção, crescimento como criança, desenvolvimento adolescente, formação da própria identidade, a forma de desenvolvimento da vida sexual, a capacidade de relacionamento com o próximo, a constituição de uma família, o parto, a vivência da sexualidade no envelhecimento (Tomey; Alligood, 2004).

Pode incluir a atividade sexual de doentes com determinadas situações clínicas ou deficiências e a expressão da masculinidade ou feminilidade tais como: maquilhar-se ou vestir-se.

Uma doença pode ter consequências, que podem ser passageiras ou permanentes, que alteram completamente a vida social e afetiva do doente. O enfermeiro deve permitir que o doente expresse as suas dúvidas e medos, e deverá ajudá-lo a encontrar alternativas para a adaptação à sua nova forma de estar. A sexualidade é frequentemente desprezada quando se está doente, uma vez que a prioridade é a sobrevivência. Ainda existem muitos tabus em relação à sexualidade, isto mesmo quando falamos de profissionais de saúde a cuidar da sexualidade da pessoa doente. Ainda se denotam muitas dificuldades por parte dos profissionais em abordar este tema com os doentes, uma vez que na maioria dos casos, ainda têm falta de vontade com a sua própria sexualidade.

Morrer – Para a sociedade atual morrer é o antónimo de vida. Esta anda de mãos dadas com o medo, é alimentada pela angústia, traz consigo sofrimento e leva do mundo terreno quem mais se ama deixando quem cá fica mergulhado numa profunda tristeza. Assim, simplesmente não falar sobre o assunto, fingir que existe a possibilidade da imortalidade, permite-nos viver numa eterna atitude de negação. A educação e os contextos culturais são determinantes na postura que cada um assume perante a morte. Esta atividade de vida preconiza conhecer, quando indicado, os pensamentos, sentimentos, emoções, valores e opiniões do doente sobre a sua morte (Tomey; Alligood, 2004).

No desenvolvimento do nosso estudo optamos por aplicar este modelo, uma vez que o que nos propusemos a estudar não é mais do que o continuum dependência/independência dos doentes sujeitos a imobilidade, nas atividades de vida e como refere Acosta (2006) este modelo pode adaptar-se a qualquer situação de enfermagem e aplicar-se como promoção ou manutenção da saúde, prevenção da doença, para ajudar a morrer dignamente, em qualquer grupo etário, para qualquer estado de dependência ou de independência e para qualquer tipo de situação cultural, social e político-económica.

5. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA ABORDAGEM DO DOENTE COM IMOBILIDADE

A enfermagem de reabilitação não tem uma história recente, pois já Florence Nightingale, em 1859, deixou documentado, quais as intervenções de enfermagem apropriadas para o cuidado e reabilitação das pessoas que foram lesionadas na guerra. Contudo, esta demarcou-se entre os anos 1940 e 1950, com a conceção de unidades especializadas em reabilitação física (Faro; Rodrigues, in Andrade [et al.], 2010). Como refere Faro (2006, p.129) “trata-se de uma especialidade, na área de saúde, a qual aborda o indivíduo em constante interacção com a sociedade, seu meio ambiente”.

Nos dias de hoje, a reabilitação é reconhecida, como um componente fundamental no processo saúde-doença e no cuidado social de pessoas com deficiência (Andrade [et al.], 2010). Segundo Diogo, citado por Oliveira (2008), a visão da sociedade muda drasticamente sobre uma pessoa portadora de deficiência, quando esta apresenta um bom nível de independência na realização das AVD's. Se o indivíduo se mostrar independente, terá potencial para exercer o seu papel social e produtivo na sociedade, deixando de parte a ideia de representar um peso social e financeiro. Sendo assim, torna-se fácil imaginar as vivências psicológicas e perceber alguns dos comportamentos dessas pessoas, pois para além de terem que aceitar a sua nova condição de vida, têm de aprender a lidar com a aceitação por parte da sociedade.

Tendo isto em conta, a enfermagem de reabilitação procura que o indivíduo mantenha ou recupere a sua independência nas atividades de vida, ensinando/instruindo/treinando a forma de enfrentar a sua dependência, fazendo uso de meios de adaptação no sentido de facilitar ao indivíduo a realização dessas atividades de forma independente, promovendo estratégias para recuperar ou tornar-se independente. Desta forma, podemos referir que o processo de reabilitação trata-se de um grande desafio, tanto para o doente como para o enfermeiro especialista, pois este envolve componentes atitudinais, psico-sócio-espirituais, e mesmo económicas e políticas (Faro, 2006).

O enfermeiro de reabilitação, inserido numa equipa multidisciplinar, colabora ativamente com os restantes profissionais, com outros setores da saúde e com a comunidade, construindo, executando e compartilhando o processo de enfermagem orientado para as necessidades da pessoa, com o objetivo de alcançar níveis de excelência no processo de reabilitação implementado. Tal como salienta a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) (2010, p. 1) este enfermeiro especialista tem como “missão promover acções para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito

de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos utentes, família e comunidade, a sua socialização, a sua dignidade”. A literatura é consensual quando salienta que a presença do enfermeiro de reabilitação, como membro da equipa multidisciplinar, influencia consideravelmente a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que os doentes depositam nele a sua confiança e aceitam os ensinamentos, por ele efetuados. Assim sendo, no sentido de impulsionar o programa de reabilitação, a este cabe a promoção de um ambiente confortável, a prestação de cuidados eficazes e baseados na ética profissional (Andrade [et al.], 2010). Gai, Guimarães e Gomes (2009) analisaram o papel da reabilitação vestibular no tratamento da instabilidade postural dos idosos e, conseqüentemente, na prevenção de quedas, chegando à conclusão que a reabilitação melhora o equilíbrio corporal, bem como alivia os sintomas vestibulares, melhorando a velocidade e a qualidade da marcha. Os mesmos autores defendem que nos idosos é necessário efetuar exercícios que trabalhem a força, a resistência muscular e a flexibilidade.

A OMS define a reabilitação como: “o uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração” (Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2009, p. 11) e o acesso à reabilitação consiste, portanto, num direito fundamental da pessoa. Tendo este princípio em linha de conta a APER acrescenta que a atuação do enfermeiro de reabilitação contempla intervenções de prevenção e tratamento, tanto em situações de doença, aguda ou crónica contribuindo estas “para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de actividades de vida diárias, ensino sobre a optimização ambiental, utilização de ajudas técnicas” (APER, 2010, p. 1). Ainda na mesma linha de pensamento, Waters, citado por Andrade [et al.] (2010, p. 1057) “a reabilitação pode ser descrita como um processo para permitir a restauração das capacidades numa pessoa com deficiências, de forma a possibilitar a optimização das funções físicas, psicológicas e sociais ao nível anterior da lesão”. Num sentido mais lato e numa definição holística do termo, “a reabilitação inclui a promoção da saúde, a prevenção e redução da deficiência, incapacidade e desvantagem, onde as potencialidades pré-existentes no paciente são restauradas e é proporcionada uma oportunidade para uma vida com melhor qualidade, retorno da auto-estima e da independência” (Faro, in Andrade [et al.], 2010, p. 1057).

O conceito de cuidar em reabilitação, tal como refere Hesbeen (2003) não pode ser confundido com a expressão “tomar conta de”, pois se assim for pode ser integrado num

campo reducionista e desresponsabilizador, do que é efetivamente cuidar de alguém, mas deve ser ostentado como forma de valor, ser acessível a toda a gente, dando lugar ao ser humano, enquanto pessoa singular, aberta ao conhecimento e com espaço de liberdade para a reflexão e para a ação do cuidar sobre o outro.

A enfermagem de reabilitação, sendo uma área de especialização dentro da enfermagem, segue os mesmos princípios norteadores no seu processo assistencial especializado. Assim, segundo o regulamento n.º 125/2011 (regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação), o enfermeiro especialista em cuidados de enfermagem de reabilitação

“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Diário da República, 2011, p. 8658)

A reabilitação deverá ser entendida e implementada em qualquer local, seja em hospitais, centros de saúde, unidades de cuidados continuados e domicílios. Tal como salienta o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Ministério da Saúde, 2010) a evolução do acesso aos cuidados de saúde é diretamente influenciada pelo sistema nacional de saúde, sendo extremamente necessário verificar a articulação existente entre diversas instituições de saúde, assim como a intersectorialidade, pois a acessibilidade aos cuidados, nomeadamente os cuidados de reabilitação, também é relevante para a credibilidade do sistema de saúde, pois quando este não oferece respostas adequadas quando é necessário, não é seguro nem efetivo para os respetivos utilizadores.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro de reabilitação deverá integrar projetos e programas de saúde escolar e intervenção comunitária, particularmente nos cuidados domiciliários, intervindo para além dos cuidados diretos ao doente, na avaliação das condições habitacionais e na orientação para as alterações que considera necessárias na estrutura física da habitação, na formação nas empresas e em organizações públicas, nas autarquias, poderá garantir as condições necessárias ao nível arquitetónico, nomeadamente no que respeita às acessibilidades e ao nível da segurança social, poderá contribuir na avaliação das necessidades de ajudas técnicas (APER, 2010).

No que concerne aos cuidados continuados integrados, os enfermeiros de reabilitação “têm o perfil adequado para ser o profissional capaz de promover e potencializar a

capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens” (APER, 2010, p.3).

Relativamente aos cuidados hospitalares a APER (2010) refere que a prática do enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação é determinante na prevenção de complicações e no desenvolvimento da independência funcional e conseqüentemente qualidade de vida da pessoa e família, intervindo nas disfunções do foro neurológico, respiratório, cardíaco, ortopédico, traumatológico, sendo portanto crucial a sua presença nas unidades de AVC (Acidente Vascular Cerebral), serviços de medicina, cardiologia, pneumologia, neurologia e neurocirurgia e em serviços com grande número de pessoas idosas e/ou dependentes.

É importante exercer a reabilitação trabalhando o binómio doente/família, na “busca pela qualidade no desempenho das atividades de vida diárias, para viver com o mínimo de dependência e com dignidade” (Faro, 2006, p. 129). É necessário procurar a qualidade de vida e não a quantidade. Num estudo levado a cabo por Aragão, Dantas e Dantas (2002) com 114 mulheres com idade superior a 60 anos, concluíram que as mulheres com autonomia nas AVD's possuem melhor qualidade de vida e que quanto melhor a resistência muscular, melhor a autonomia no desempenho dessas atividades.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Ministério da Saúde, 2010, p. 26) “o envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico, o aumento progressivo da esperança média de vida e, conseqüentemente, dos anos de vida sem saúde e do aumento da dependência funcional significam necessidades adicionais de cuidados”, às quais o enfermeiro de reabilitação tem que dar resposta, principalmente nas áreas que lhe competem.

A APER é objetiva quando descreve os ganhos em saúde adicionais que a população poderá obter, com os contributos da prestação de cuidados do enfermeiro de reabilitação, em qualquer âmbito (centros de saúde, unidades de cuidados continuados ou hospitais) enumerando-os:

- “- Diminuição da necessidade de recursos aos cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência;
- Diminuição do número de episódios de internamento;
- Diminuição da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados;
- Aumento do nível de independência das pessoas e das famílias;
- Diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inactividade, como úlceras de pressão, infecções respiratórias, infecções urinárias, deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular;

- Diminuição do consumo de medicamentos;
- Aumento da dependência funcional e social;
- Diminuição da morbidade;
- Diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio;
- Adequação do ambiente, habitação, com menor dependência sócio-económica;
- Optimização da reintegração do utente no seio familiar e social” (APER, 2010, p. 4)

A reabilitação, assim como tudo na vida segue uma sequência, ou seja ela tem um princípio, um meio e um fim, impedindo que o doente e a sua família sejam expostos a intermináveis tratamentos, percebendo qual o máximo de recuperação do doente, tendo em conta o estilo de vida e as suas condições clínicas (Faro, 2006). Torna-se fundamental tal como refere Hayes (2000) a concetualização e determinação do desempenho funcional, pois estes são centrais para a natureza e direção do planeamento, execução e avaliação dos cuidados de reabilitação, salientando que a avaliação funcional pode ser vista como uma extensão dos componentes tradicionais da avaliação em enfermagem, oferecendo uma fonte essencial na perspetiva de uma vida independente e consciente das potencialidades do doente.

Segundo a visão do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação “a excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática”, uma vez que “previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (OE, 2011, p. 3) e principalmente na orientação da pessoa para um padrão de vida independente, compatível com as suas limitações. De acordo com Costa (2009) no que concerne à hospitalização, a grande maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos, as quais são as maiores consumidoras de cuidados de saúde, comparativamente com população em geral. Estas pessoas, não necessitam de uma intervenção dirigida imediatamente para a cura da situação aguda, mas sim de uma nova abordagem que integre o sistema de saúde e de segurança social, direcionada para a pessoa, com necessidade de apoio nas AVD’s e nos cuidados de reabilitação e reinserção na comunidade, na vertente dos cuidados continuados e de proximidade, de forma personalizada.

Considerando o doente sujeito a imobilidade, como alguém que apresenta a maioria das suas AVD’s alteradas, cabe ao enfermeiro especialista em cuidados de enfermagem de

reabilitação fazer com que estas alterações se dissipem e a pessoa percorra o caminho de regresso à sua independência, contudo, estes doentes não recebem apenas a intervenção dos enfermeiros especialistas em cuidados de enfermagem de reabilitação, mas também a intervenção dos enfermeiros de cuidados gerais, de acordo com as suas competências, tal como apresentamos em figura elaborada para este estudo (Fig. 2).

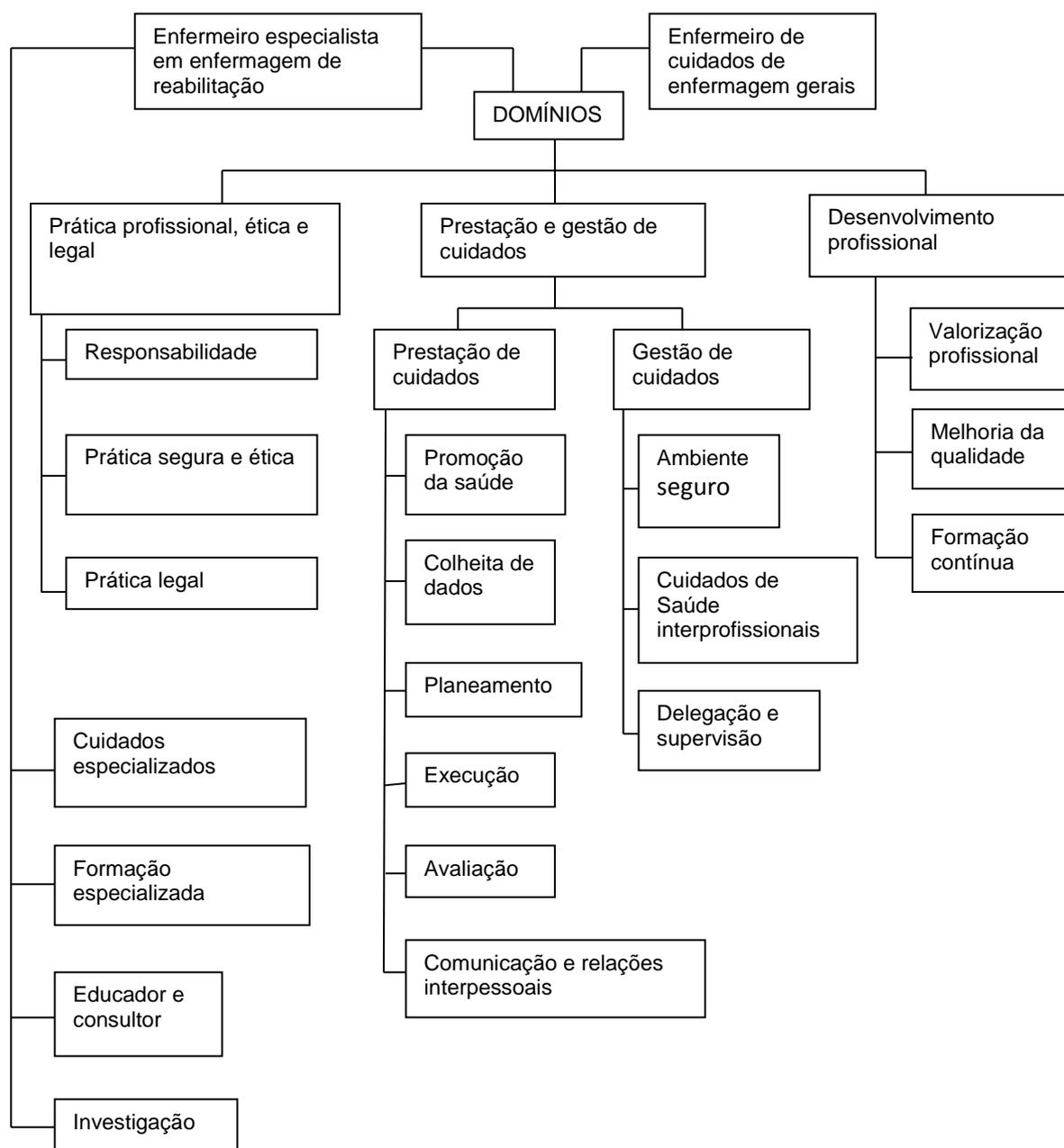


Fig. 2 – Competências do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação

As intervenções do enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação são variadíssimas, e no âmbito dessas intervenções utiliza técnicas específicas, prescreve produtos de apoio e intervém ativamente na educação para a saúde das pessoas em todas as fases do ciclo vital e em todos os contextos da prática de cuidados, onde desempenha as suas funções, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do doente no seio da comunidade onde está inserido, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (OE, 2011).

Na mesma linha de pensamento dos autores supracitados, Rocha (2008) refere que compete ao enfermeiro especialista em reabilitação:

- organizar e desenvolver programas de enfermagem de reabilitação orientados para as necessidades de autocuidado do utente inserido na comunidade, resultante de deficiência, incapacidade ou doença e organizando-os numa perspetiva global;
- prestar cuidados individualizados aos vários níveis de prevenção, na promoção da autonomia e independência funcional, dando ênfase à minimização dos efeitos nefastos provocados pelas deficiências e desvantagens apresentadas ou adquiridas;
- intervir nas equipas multidisciplinares, fazendo uso dos seus conhecimentos científicos e os outros saberes para intervir no planeamento e implementação dos cuidados continuados no domicílio e na integração da pessoa na família e comunidade;
- ser orientador no que se refere à reabilitação das pessoas portadoras de doenças do foro respiratório, orto-traumatológico, visando principalmente a satisfação das necessidades de oxigénio, alimentação, hidratação, eliminação, sexualidade, comunicação e locomoção;
- demonstrar capacidade de liderança na gestão dos cuidados de enfermagem e instituições relativamente aos cuidados no âmbito da especialidade de enfermagem de reabilitação;
- demonstrar capacidade no planeamento e organização da formação em serviço e nos processos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e de saúde, nomeadamente utilizando e dinamizando a equipa multidisciplinar, promovendo uma intervenção interativa, em que todos são beneficiados no processo, incluindo os profissionais implicados.

Tendo em conta todos os pressupostos até então abordados, o doente sujeito a imobilidade tem assim um longo caminho a percorrer na sua recuperação funcional, contudo se for aplicado o mais precocemente possível um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação o caminho de regresso à independência poderá ser uma

realidade. Assim, em âmbito hospitalar, logo que o doente dê entrada, o enfermeiro especialista em cuidados de enfermagem de reabilitação deve atuar na prevenção de úlceras de pressão, vigilância de posturas corretas, iniciar mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas de todos os membros, iniciar treinos vesicais e intestinais e fazer despiste das alterações da deglutição, entre os outros cuidados, pois este “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que auxilia pacientes com doenças agudas e crônicas a maximizar seu potencial funcional e independência física, emocional, social” (Faro, 2006, p. 130).

Ricardo (2012) realizou um estudo com doentes vítimas de AVC, cujo principal objetivo era verificar a evolução do grau de dependência dos doentes no internamento e após a alta (até à primeira consulta), com a intervenção do enfermeiro de reabilitação, tendo concluído que o aumento da idade influencia diretamente o grau de dependência no momento da consulta e que existe evolução funcional nos doentes, no período de internamento, e esta segue a mesma tendência desde a alta até à consulta. O autor refere que no momento da admissão as pessoas autónomas eram 3,7% da amostra, tendo verificado que na alta este valor aumentou para 19,2% e na primeira consulta para 31,5%.

Por sua vez, Lima-Costa, Loyola Filho e Matos (2007), realizaram um estudo com pessoas idosas e concluíram que a manutenção da autonomia do doente nas AVD's é um dos indicadores, considerados mais importantes para um envelhecimento bem-sucedido, portanto é fundamental manter a reabilitação como uma constante ao longo de todo o ciclo vital.

Segundo Leal (2001) ao reeducar e treinar as AVD's deve-se ter como princípio básico deixar o indivíduo realizar sozinho as suas tarefas na medida do que lhe é possível e com segurança, para obter maior autonomia e autoestima. Contudo, o enfermeiro de reabilitação deve ter em conta que por vezes um esforço exagerado pode provocar irritação, levando conseqüentemente a sentimentos de desmotivação e frustração. O sentimento de frustração pode ser prejudicial ao processo de reabilitação acarretando por vezes regressão e não progressão.

Como foi anteriormente referido, segundo o modelo de AVD's, o enfermeiro tem o papel de ajudar o doente a executar as suas AVD's sempre que estas estejam alteradas, e o doente não as consiga realizar sozinho. São diversas as atividades alteradas no indivíduo sujeito a imobilidade que carecem dos cuidados do enfermeiro especialista em cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente manter um ambiente seguro, comunicar, mover-se, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se.

A imobilidade trata-se de uma entidade complexa que acarreta implicações a todos os níveis na vida da pessoa. Minimizar os seus efeitos implica o diagnóstico precoce e o planeamento das intervenções que tenham como grande objetivo a prevenção das complicações, a manutenção ou a recuperação da independência funcional, o que se traduzirá em ganhos importantes para a qualidade de vida dessa pessoa e consequente redução dos dias de internamento (OE, 2013). Faro (2006, p. 131) acrescenta que

“a reabilitação deve ser precoce no que tange a prevenção de incapacidades e a promoção da saúde. Quanto ao tratamento, tal precocidade se faz fundamental, também, ao se delimitar as incapacidades como um estado, ou seja, se temporárias, permanentes, progressivas buscando compensá-las para a melhor independência possível. Reabilitação se faz junto à família, a cuidadores, ao paciente”.

Para cada uma das complicações, causadas pela imobilidade, a intervenção apropriada é o movimento, pois tal como referem Huber e Wells (2009, p. 5)

“o movimento irá redistribuir a pressão, de forma a que uma área na pele não comece a ceder (...) irá encorajar ou facilitar a respiração profunda e uma higiene pulmonar adequada, para prevenir acumulação de líquidos e o desenvolvimento de pneumonia (...) irá ajudar a colocar a tensão apropriada no osso, prevenindo uma absorção anormal do cálcio, que leva à osteoporose (...) irá estimular a circulação sanguínea e o retorno venoso nas extremidades, prevenindo a formação de trombozes ou êmbolos pulmonares (...) irá ajudar a manter as fibras musculares e a prevenir a atrofia do músculo (...) irá promover uma sensação de independência e aptidão.”

Assim, a grande meta do tratamento precoce é reduzir a mortalidade e a morbilidade, ou seja, evitar as complicações decorrentes da imobilidade. A prevenção da imobilidade deve ser preconizada, evitando-se portanto o repouso prolongado no leito. Quando necessário, a imobilização deve estar limitada à parte do corpo lesionada com necessidade de repouso e logo que seja possível deverá ser iniciada a sua mobilização, fazendo uso das mais diversificadas formas/técnicas.

Um programa de reabilitação deve ser implementado logo que o doente reúna condições para o fazer, caso contrário, o regresso à sua condição física anterior poderá ficar em causa.

Com o objetivo de prevenir ou de minimizar as alterações fisiológicas provenientes da imobilidade, o enfermeiro de reabilitação recorre:

- à estimulação sensorial e psicossocial;
- aos exercícios musculares ativos, ativos-assistidos e isométricos;
- aos posicionamentos adequados e exercícios de amplitude articular;

- ao levante e marcha progressivos;
- às técnicas de cinesiterapia respiratória;
- à nutrição e ingesta hídrica apropriada;
- aos cuidados de higiene e conforto;
- ao treino nas AVD's.

No que se refere à hospitalização Butler citado por Diogo (2000) refere que durante este período, na maioria dos casos a inatividade é imposta, o que promove o aumento da perda funcional, gerando portanto um ciclo vicioso no qual, principalmente o idoso se torna menos capaz de desenvolver as atividades de vida, promovendo desta forma o risco de adquirir problemas físicos adicionais.

Sendo assim, a reabilitação deverá ser entendida como um processo contínuo, que deverá ser iniciado durante o período de hospitalização, prevenindo desta forma, as complicações associadas à imobilidade, como descrito anteriormente, recorrendo aos variadíssimos posicionamentos e aos exercícios terapêuticos, às transferências, ao treino de marcha e à mobilidade em cadeira de rodas, tal como salienta Hoeman (2000).

Oliveira (2011) desenvolveu um estudo com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa de reabilitação no equilíbrio e na mobilidade funcional de idosos sedentários, onde concluiu que estes, após a intervenção, apresentaram uma melhoria significativa na mobilidade funcional e no equilíbrio. Para tratar ou prevenir o quadro causado pela imobilidade, toda a equipa multidisciplinar, assim como os familiares ou prestadores de cuidados informais, têm que ser implicados no processo de reabilitação, pois só assim terá continuidade dos cuidados no domicílio, pois tal como refere Vilas [et al.] (2006) a recuperação completa dos doentes sujeitos a imobilidade, poderá demorar alguns meses ou até um ano, após iniciar um programa de reabilitação, sendo portanto impossível manter o indivíduo internado durante todo este período.

Deste modo, no presente estudo, o tratamento de reabilitação implementado, teve em conta as necessidades individuais de cada doente sujeito a imobilidade, com objetivo de este adquirir a máxima independência funcional possível, na realização das atividades de vida diárias.

Percorrido um caminho inicial de alguma fundamentação teórica e reflexão sobre a problemática em estudo, é reconhecida a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos doentes sujeitos a imobilidade.

A investigação é a busca sistemática duma resposta a questões sobre factos concretos e sobre as relações entre esses factos (Fortin, 2009), é uma infinidade de questões que são colocadas, no dia-a-dia da vida de cada pessoa, a exigir resposta e justificação.

É indiscutível a necessidade de investigação no desenvolvimento de qualquer área do conhecimento e de qualquer profissão, cujas práticas assentem em bases científicas. A Enfermagem não é, exceção.

Pode-se afirmar que a investigação em enfermagem foi e é imprescindível na sua evolução como ciência e profissão, visando a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, pois tal como refere Fortin (2009), a investigação é um contributo excepcional para o desenvolvimento profissional, tendo em conta que cada profissão deverá ser capaz de facultar aos seus profissionais, conhecimentos teóricos sobre os quais assentará a sua prática, promovendo a execução de serviços de qualidade às pessoas e comunidade.

Os métodos de investigação harmonizam-se com os mais diversificados fundamentos filosóficos que são capazes de suportar as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 2009). Assim, nesta parte serão apresentadas as questões metodológicas do presente estudo, mais especificamente a, justificação e objetivos do mesmo, questões de investigação e hipóteses, tipo de estudo, variáveis em estudo, amostra, procedimentos de recolha de dados, instrumento de recolha de dados e ainda características psicométricas dos instrumentos utilizados.

1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Os conceitos imanam da problemática, pois “conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de reformular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo” (Fortin, 2009, p. 39). Assim, entendemos que deviam ser definidos os seguintes conceitos:

Doente sujeito a imobilidade – Pessoa que devido a uma ou várias causas se encontra sem movimento, não sendo capaz de se deslocar ou mobilizar no espaço (OE, 2009).

Independência Funcional – Total capacidade funcional, sendo que a capacidade funcional é dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades (Guimarães [et al.], 2004).

Cuidados do Enfermeiro de Reabilitação – São intervenções especializadas direccionadas para a saúde e para a doença, aguda ou crónica, que contribuem para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social da pessoa, minimizando as incapacidades, nomeadamente, através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de AVD's, ensino sobre a otimização ambiental e da utilização de ajudas técnicas (APER, 2010).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos descrever a metodologia utilizada desde a questão de partida, objetivos de estudo, questões de investigação, hipóteses, amostra, recolha de dados e tratamento dos mesmos.

A questão da problemática central é aquela em volta da qual gira toda a investigação. Esta é bem definida e enquadrada por Quivy & Campenhoudt (1992, p. 89) que nos diz que é a “abordagem ou perspectiva teórica que decidimos adoptar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida. É uma maneira de interrogar os fenómenos estudados”.

Ao enfermeiro de reabilitação, como técnico integrante de uma equipa multidisciplinar, cabe identificar os problemas que afetam a pessoa e ajudar a determinar metas a curto e longo prazo participando na elaboração de um programa de reabilitação.

Assim, surge a questão de partida, “Que influência têm os cuidados dos enfermeiros de reabilitação na independência funcional do doente sujeito a imobilidade?”

2.1. Pertinência do estudo

Havendo um aumento da esperança de vida, e conseqüentemente aumento de doentes portadores de doenças crónicas, o número de indivíduos com risco ou mesmo imobilidade instalada, tem aumentado e vai continuar a aumentar o que exige uma maior atenção para a sua prevenção, tratamento e reabilitação eficazes. Segundo Pinto (2006, p. 74) é crucial estarmos atentos e intervirmos atempadamente “caso contrário continuaremos a ser meros espectadores do processo de envelhecimento, sem conseguirmos perceber o que o distingue, ou dita, ao longo da vida sucessos diferentes no envelhecimento”.

A bibliografia atual tem salientado que a reabilitação é a área de cuidados ao doente que se centra em ajudá-lo a atingir a máxima independência e uma qualidade de vida aceitável em termos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e profissionais. A reabilitação não está orientada para a cura, mas para tornar possível que os doentes vivam da forma mais plena, incluindo a independência para a execução das AVD's. A necessidade de reabilitação pode resultar de qualquer tipo de deficiência, incluindo os associados a traumatismos e a doença aguda ou crónica (Healy e Monahan, 2007).

Tendo como principal preocupação atingir os objetivos por nós delineados, tornou-se imprescindível encontrar uma metodologia que pudesse conduzir a um resultado eficaz. Assim, a escolha dos métodos a utilizar no nosso estudo, recaiu naqueles que melhor permitiam compreender a natureza do fenómeno que pretendíamos estudar.

Uma vez que foi nosso propósito saber que influência têm os cuidados de enfermagem de reabilitação na independência funcional do doente sujeito a imobilidade, optámos pela realização de um estudo descritivo-correlacional e longitudinal, baseado numa estratégia de metodologia de investigação de natureza quantitativa.

O presente estudo inseriu-se no âmbito da **metodologia quantitativa**, uma vez que utilizámos escalas como instrumentos de colheita de dados e tal como referem Polit & Hugler (1995, p. 18), esta “envolve a colecta sistemática de informação numérica, normalmente condições de controlo, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos”. Optámos por um **Estudo longitudinal**, uma vez que segundo Sousa, Driessnack e Mendes (2007), os dados são colhidos em diferentes momentos ao longo do tempo, sendo que no presente estudo a colheita de dados foi efetuada em dois momentos distintos a cada doente. Trata-se também de um estudo **descritivo-correlacional**, porque tal como refere Sousa, Driessnack e Mendes (2007) o investigador descreve as variáveis e as relações que ocorrem naturalmente entre elas, sendo que Fortin (2009, p. 244) acrescenta que “este tipo de estudo permite determinar quais são as variáveis associados ao fenómeno estudado” e que “as relações que foram descobertas entre as variáveis poderão servir para a formulação de hipóteses” para futuras investigações.

Considerando o exposto anteriormente, o nosso estudo tratou-se de um estudo de nível II uma vez que pretendíamos descrever fenómenos e encontrar relações entre variáveis.

2.2. Objetivos do Estudo, Questões de Investigação e Hipóteses

É através dos objetivos do estudo, que o investigador define claramente o que pretende efetuar no decurso da investigação para responder à pergunta de partida (Ribeiro, 1999).

Assim, o objetivo geral deste estudo era avaliar a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na independência funcional do doente sujeito a imobilidade. Para esclarecer o verdadeiro propósito deste estudo foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Caraterizar o padrão funcional do doente sujeito a imobilidade;

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas do doente sujeito a imobilidade;
- Identificar os ganhos na independência funcional do doente sujeito a imobilidade quando, para além dos cuidados de enfermagem gerais, recebem também cuidados de enfermagem de reabilitação.

De acordo com Talbot citado por Fortin (2009, p. 101), “as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada”.

Perante a problemática expressa, várias questões se colocam:

- Qual o padrão funcional do doente sujeito a imobilidade?
- Será que as características sociodemográficas e clínicas interferem na mobilidade dos doentes?
- Quais os ganhos na independência funcional do doente sujeito a imobilidade quando alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação?

Sabendo que a hipótese, tal como diz Fortin (2009, p. 102), “é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis”, foram definidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1) - Espera-se que as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade), a proveniência e o prestador de cuidados interfiram na recuperação da independência funcional;

Hipótese 2 (H2) – Espera-se que o tempo de imobilidade e o estado confusional interfiram na recuperação da independência funcional;

Hipótese 3 (H3) - Espera-se que os doentes sujeitos a imobilidade apresentem ganhos na sua independência funcional após a intervenção do enfermeiro de reabilitação;

2.3. Etapas e procedimentos do estudo

Fortin (2009) considera que, para a execução de qualquer projeto de investigação, torna-se indispensável dispor de procedimentos empíricos controlados, uma vez que as opções metodológicas exigem uma reflexão, para que as escolhas efetuadas se apresentem adequadas ao estudo em causa. A mesma autora refere ainda que a investigação pode

incidir sobre uma variedade de fenómenos e requer o acesso a diversos métodos de colheita de dados. Deste modo a natureza da investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar, do mesmo modo que a escolha do método se faz das variáveis e da estratégia de análise estatística considerada.

Para Fortin (2009, p. 132) “O desenho de investigação é o plano criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” e serve como bússola na orientação do caminho traçado para o alvo da investigação. Assim, para além de tentar responder às questões de investigação, o desenho teve como objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podiam influenciar os resultados do estudo.

Elaboramos para o presente estudo, o seu desenho, o qual apresentamos na figura 3. Ao longo do qual foi efetuada uma aprofundada pesquisa bibliográfica com o intuito de conhecer o estado da arte.

Numa primeira etapa identificaram-se os doentes que fizeram parte da amostra. A estes foi efetuado o pedido do consentimento informado, após o qual foram aplicados os instrumentos escolhidos para a colheita de dados. Os dados recolhidos foram tratados através do aplicativo informático, Statistical Package for the Social Science (SPSS) 22, sendo então elaborado o relatório tendo por base toda a informação recolhida.

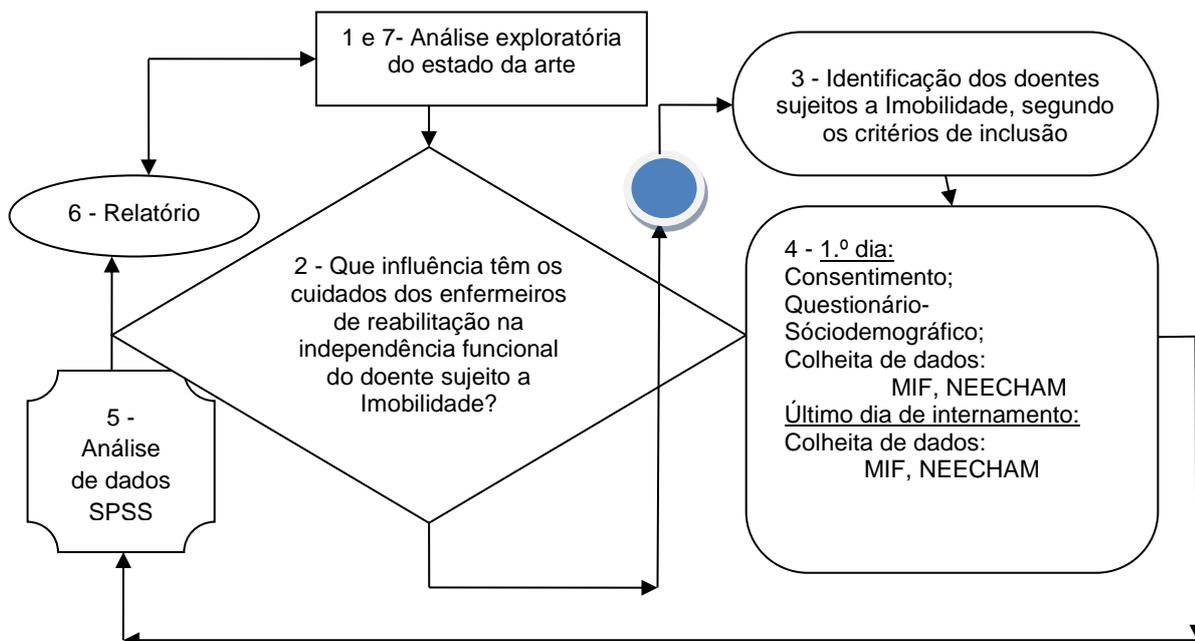


Fig. 3 – Etapas do estudo

As etapas do percurso da presente investigação encontram-se sob forma de Cronograma de Atividades no Apêndice A.

2.4. Variáveis

Segundo Gil (1995, p. 36), “uma variável é tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos segundo os casos particulares” podendo “ser classificada em duas ou mais categorias” e para Fortin (2009) as variáveis podem ser compreendidas como qualidades ou características do objeto do estudo e são passíveis de se alterar com o tempo.

As variáveis do presente estudo foram escolhidas de forma precisa, em função do quadro teórico, sendo agrupadas em: variáveis de atributo, variável dependente e variável independente.

Segundo Fortin (2009) as variáveis de atributo referem-se às características geralmente demográficas da população em estudo e no presente estudo estas variáveis são: idade, nível de escolaridade, sexo, estado civil, proveniência, prestador de cuidados, tempo de imobilidade, diagnóstico de internamento e antecedentes pessoais.

A variável dependente é aquela que está sujeita ao efeito da variável independente (Fortin, 2009) e varia à medida que o investigador modifica as condições de investigação. Assim, como variável dependente deste estudo definimos a independência funcional.

A variável independente é aquela que vai influenciar a variável dependente (Fortin, 2009) e neste estudo assumimos como variável independente, os cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes. A operacionalização desta variável passou pela identificação das necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo por base as várias dimensões (subcategorias da MIF). Depois de identificadas, eram definidas as ações específicas, prestados os cuidados de enfermagem de reabilitação e elaborados os registos em plano de cuidados.

2.5. Amostra

A obtenção da amostra, para o nosso estudo, foi possível através de um conjunto de procedimentos, desde a definição da população alvo até ao estabelecimento do contacto

com a instituição onde foi efetuada a colheita de dados e os doentes, que constituíram a população da referida amostra.

Assim, logo que o problema em estudo foi selecionado, documentado pela fundamentação teórica e inserido no contexto apropriado, caracterizamos a população estabelecendo critérios de seleção para a mesma, determinando a amostra e o seu tamanho. A nossa amostra é a porção da população alvo que está ao nosso alcance e acessível ao nosso projeto de investigação (Fortin, 2009). Assim, decidimos optar por uma amostragem não probabilística, que de acordo com Fortin (2009) se trata de uma técnica de seleção, na qual, cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de inclusão na amostra. Foi também de tipologia acidental, uma vez que “os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso” (Fortin, 2009, p. 208). Desta forma, selecionámos os doentes que - foram internados no serviço de Medicina, da unidade de saúde escolhida para a realização do estudo, local onde o mesmo decorreu. Os doentes foram selecionados, independentemente do diagnóstico ou motivo de internamento e dos antecedentes pessoais, mas que apresentassem os seguintes critérios de inclusão:

- Medida de Independência Funcional (MIF) ≤ 90 ;
- Doentes sujeitos a imobilidade;

Neste estudo foram excluídos todos os doentes portadores de doenças neoplásicas e com alterações do estado de consciência em que, depois de aplicada a Escala de Coma de Glasgow esta fosse inferior a 11.

2.6. Recolha e tratamento de dados

De acordo com as normas de Helsínquia, as pessoas envolvidas no estudo ou os seus substitutos legais, devem dar o seu consentimento (Apêndice B), onde expressam a liberdade de escolha na participação como amostra no estudo proposto, assim como a Instituição onde os dados foram colhidos (Anexo A), sendo-lhes garantida a confidencialidade, privacidade e anonimato.

A recolha de dados foi efetuada no período de Setembro de 2013 a Janeiro de 2014 da forma como podemos verificar na figura 4, elaborada para o presente estudo.

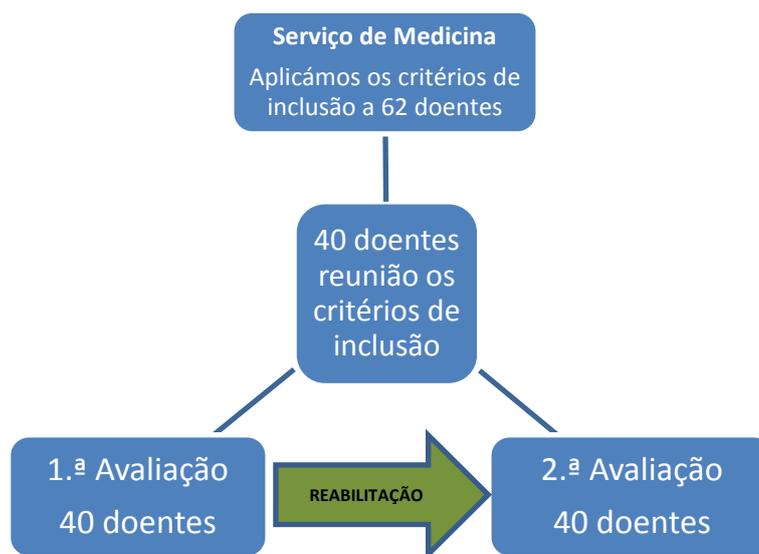


Fig.4 – Seleção da amostra

Após a admissão dos doentes no serviço de Medicina, aplicámos os critérios de inclusão da amostra a 62 doentes. Desses doentes apenas 40 reuniam todos os critérios de inclusão definidos. Todos eles depois de serem informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, aceitaram participar no estudo.

A colheita de dados foi realizada em dois momentos distintos. A 1.ª avaliação foi efetuada no primeiro contacto entre os doentes e o enfermeiro de reabilitação, após terem aceitado participar no estudo.

O segundo momento de colheita de dados, ou seja a 2.ª avaliação, foi efetuada no último dia de contacto do doente com o enfermeiro de reabilitação, antes da alta sendo que durante todo o internamento, numa média de 11 dias (com um mínimo de 5 e um máximo de 20 dias), os doentes foram submetidos a um programa de reabilitação de acordo com as suas necessidades.

Os dados foram colhidos pelo investigador, uma vez que os instrumentos de colheita de dados deveriam ser preenchidos por um enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação e no momento no local onde a colheita de dados foi efetuada, apenas o investigador, como enfermeiro especialista na área, se encontrava disponível para o fazer.

Relativamente ao tratamento dos dados, utilizámos o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) 22, tratando-se de um software aplicativo, que permite o trabalho estatístico de questões do âmbito das ciências sociais, sendo que os dados

foram posteriormente apresentados em função dos resultados obtidos através do referido programa.

Assumimos 0,05, na análise estatística, como valor de significância para os resultados dos testes aplicados, excluindo a existência de associações/diferenças quando este valor for superior.

2.7. Instrumentos de recolha de dados

No que concerne aos instrumentos utilizados e tendo em conta os objetivos do estudo, as questões de investigação, as hipóteses delineadas e as características da amostra, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico (Apêndice C), criado tendo em consideração os objetivos do estudo (Lima e Ferreira, 2013);
- Escala de NEECHAM, Anexo B (Neves, Silva e Marques, 2011);
- Escala de Medida de Independência Funcional, Anexo C (Laíns, 1991);

2.8. Características psicométricas dos instrumentos

Neste ponto descrevemos as características dos instrumentos utilizados no presente estudo, nomeadamente as características psicométricas encontradas na amostra.

2.8.1. Questionário sociodemográfico e clínico

Este questionário foi elaborado pelas investigadoras do presente estudo (Lima e Ferreira, 2013), permitindo-nos recolher informações acerca das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo. Este questionário incluiu os seguintes itens: idade, nível de escolaridade, sexo, estado civil, proveniência, existência ou não de prestador de cuidados, tempo de imobilidade, diagnóstico de internamento, antecedentes pessoais e destino no momento da alta.

2.8.2. Escala de NEECHAM

A The Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM) foi criada como um instrumento para os enfermeiros avaliarem a confusão diariamente. Tal como referem Neves, Silva e Marques (2011, p. 108) “esta escala permite o diagnóstico de acordo com a dimensão multidimensional do fenómeno, sendo uma escala observacional que apresenta bons níveis de consistência interna, sensibilidade e especificidade”. Deste modo, torna-se crucial traduzi-la e adaptá-la transculturalmente para a realidade portuguesa permitindo a obtenção de dados.

A tradução e adaptação cultural da escala NEECHAM foi efetuada por Neves, Silva e Marques em 2011 com base nas normas da International Society for Phamacoeconomics and outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation (Wild [et al], 2005).

A NEECHAM Confusion Scale é uma escala baseada na observação e contempla 9 itens, dividindo-se em três subescalas: processamento, comportamento e controlo fisiológico. Esta escala requer a avaliação dos sinais vitais e da oximetria de pulso. Os scores variam entre 0 (resposta mínima) a 30 (função normal), em que os valores representam 4 grandes grupos: ≤ 19 , estado confusional agudo moderado a grave; 20 a 24, pacientes moderadamente confuso; 25 a 26, grupo de risco para desenvolver confusão; e 27 a 30, pacientes normais.

Terminada a sua tradução, a escala foi aplicada a 530 doentes. No sentido de observar as propriedades psicométricas do instrumento, realizaram os testes de Alfa de Cronbach e a correlação interna para observar a relação entre cada item da escala e análise fatorial para testar a validade de constructo. Na análise do alfa de Cronbach da escala NEECHAM, observaram uma elevada consistência interna (0,916).

Versão do estudo

Apresentamos de seguida os valores de fidelidade da nossa amostra, uma vez que esta escala está validada para português.

Fidelidade

Para avaliar a consistência interna da NEECHAM, calculámos o coeficiente de Alfa de Cronbach para cada subescala.

O Alfa de Cronbach da NEECHAM total (Tabela 1) é de 0,870, sendo que nas suas subescalas o valor é compreendido entre 0,828 e 0,882.

Tabela 1 - Resultados da Consistência interna da escala NEECHAM, na amostra em estudo (N=40)

NEECHAM (Subescalas)		Alfa de Cronbach
Processamento	Atenção	0,833
	Ordem	0,833
	Orientação	0,828
Comportamento	Aparência	0,863
	Motor	0,849
	Verbal	0,840
Controle fisiológico	Estabilidade das funções vitais	0,878
	Estabilidade de saturação de oxigênio	0,882
	Controlo de continência urinária	0,876
TOTAL		0,870

Segundo a tabela podemos constatar que todas as variáveis apresentam um Alfa de Cronbach elevado o que significa que a amostra em estudo apresenta um bom índice de fidelidade.

2.8.3. Escala de Medida de Independência Funcional

A Escala de Medida de Independência Funcional teve origem na década de 1980 e foi desenvolvida pelo Departamento de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de Nova York, em Buffalo (Guzzo, 2008). A MIF é amplamente utilizada e aceita como medida de avaliação funcional nos Estados Unidos e internacionalmente. Este instrumento foi traduzido para português por Jorge Laíns em 1991 (Laíns, 1991), mas desconhece-se a sua fiabilidade.

Segundo Benvegnu [et al]. (2008, p. 72) é “importante ressaltar que a MIF não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos”. O mesmo autor afirma ainda que a MIF é provavelmente o mais amplo instrumento para mensurar a independência funcional. É um instrumento recente, preciso e universal, sendo um indicador de base da importância da independência funcional, que pode ser modificado durante a

reeducação/readaptação demonstrando assim os efeitos ou os resultados do programa de reabilitação. Guzzo (2008) acrescenta que a MIF deve ser utilizada especialmente em doentes internados.

Segundo o estudo efetuado por Chumney [et al]. (2010), a MIF foi projetada para permitir que os médicos pudessem acompanhar as mudanças na independência funcional dos seus doentes desde o início dos cuidados de reabilitação. Segundo os mesmos autores, esta escala desde que foi criada, tem sido amplamente utilizada nomeadamente nos doentes com alteração do seu grau de dependência, como é o caso de doentes com AVC, lesões traumáticas cerebrais, cancro e lesões na medula espinal. No entanto, este instrumento poderá ser utilizado independentemente das sequelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras apresentadas pelos doentes (Benvegnu, 2008 e Riberto [et al.],2004).

A escolha desta escala em relação a outras, para o mesmo efeito, deve-se ao facto, de a mesma incluir todas as vertentes das AVD's, podendo assim abordar o doente de uma forma holística.

A elaboração deste instrumento teve como objetivo mensurar a capacidade funcional, fazendo uso de um instrumento com sete níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência. Assim esta escala avalia o desempenho do indivíduo na realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes a 6 subescalas: Auto-cuidado que é dividida em 6 itens (A – Alimentação; B – Higiene Pessoal; C – Banho; D – Vestir metade superior; E – Vestir metade inferior; F – Utilização do vaso sanitário), Controle de Esfíncteres em 2 itens (G – Controle de urina; H – Controle das fezes), Mobilidade – transferências em 3 itens (I – Leito, cadeira, cadeira de rodas; J – Vaso sanitário; K – Banheira, chuveiro), Locomoção em 2 itens (L – Marcha/cadeira de rodas; M – Escadas), Comunicação em 2 itens (N – Compreensão; O – Expressão) e Cognição Social em 3 itens (P – Interação social; Q – Resolução de problemas; R – Memória). Dos 18 itens, 13 avaliam as funções motoras (de A a M) e 5 avaliam as funções cognitivas (de N a R). A pontuação de cada item varia de 1 a 7, de acordo com o grau de dependência: 7 corresponde a independência completa, 6 a independência modificada, 5 à necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, 4 a ajuda mínima, ou seja o doente realiza mais de 75% da tarefa, 3 a ajuda moderada, sendo que o doente realiza mais de 50% da tarefa, 2 a ajuda máxima, em que o doente realiza mais de 25% da tarefa, 1 a ajuda total, ou seja o doente tem que ser substituído em toda a tarefa. A MIF total pode ser dividida em 4 subescores, consoante a pontuação total obtida: 18 pontos (dependência completa); 19 – 60 pontos (dependência modificada, tendo assistência até 50% da tarefa); 61 – 103 pontos (dependência modificada, tendo

assistência até 25% da tarefa); 104 – 126 pontos (independência completa). Cada item é analisado pela soma de cada subescala e quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência, sendo que quanto maior o somatório das referidas subescalas, maior grau de independência (Riberto [et al.], 2004).

Num estudo de validação da MIF, efetuado por Riberto [et al.] (2004), foram incluídos 253 pacientes dos quais 103 apresentavam lesões encefálicas e 150 apresentavam lesões medulares, a serem submetidos a cuidados de reabilitação em regime de ambulatório, concluíram que, a MIF (versão brasileira), demonstrou validade convergente para as tarefas motoras, enquanto, para as cognitivas só nas lesões encefálicas é que demonstrou validade.

Versão do estudo

Apresentamos de seguida os valores de fidelidade da nossa amostra, uma vez que esta escala está validada para português.

Fidelidade

Para avaliar a consistência interna da MIF, calculámos o coeficiente de Alfa de Cronbach para a escala total e para cada subescala.

O Alfa de Cronbach da MIF total (Tabela 2) é de 0,964, sendo que nas suas subescalas o valor é compreendido entre 0,960 e 0,966.

Tabela 2 - Resultados da Consistência interna da escala MIF, na amostra em estudo (N=40)

MIF (Subescalas)	Alfa de Cronbach	
Autocuidado	Alimentação	0,961
	Higiene Pessoal	0,960
	Banho	0,960
	Vestir metade superior	0,960
	Vestir metade inferior	0,960
	Utilização do vaso sanitário	0,961
Controle de Esfíncteres	Controle de urina	0,962
	Controle de fezes	0,961
Mobilidade – Transferências	Leito/cadeira/cadeira de rodas	0,962
	Vaso sanitário	0,962
	Banheira/chuveiro	0,962
Locomoção	Marcha/cadeira de rodas	0,964
	Escadas	0,966
Comunicação	Compreensão	0,962
	Expressão	0,961
Cognição Social	Interação social	0,961
	Resolução de problemas	0,961
	Memória	0,961
TOTAL	0,964	

Segundo a tabela podemos constatar que todas as variáveis apresentam um Alfa de Cronbach elevado o que significa que a amostra em estudo apresenta um bom índice de fidelidade.

PARTE III – FASE EMPÍRICA

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados dos dados recolhidos de forma a dar resposta às questões de investigação e às hipóteses formuladas.

Esta apresentação inicia-se pela caracterização da amostra ao nível sociodemográfico tal como: idade, nível de escolaridade, sexo e estado civil, seguindo-se a caracterização do estado clínico, incluindo diagnósticos de internamento, antecedentes pessoais, tempo de imobilidade, estado confusional e independência funcional.

Antes de passarmos ao teste das hipóteses, efetuámos o teste de normalidade de distribuição para a amostra, pois para se aplicar o teste estatístico adequado, torna-se fundamental avaliar a normalidade da amostra, porque perante uma distribuição de dados normal, os testes a aplicar deverão ser paramétricos, caso não haja uma distribuição normal, então dever-se-á aplicar os testes não paramétricos (Martins, 2011).

No presente estudo a normalidade de distribuição foi analisada através do teste Shapiro-Wilk e após a sua aplicação verificamos que existe normalidade de distribuição na escala de MIF com Shapiro-Wilk de 0,969; $p=0,330$ e na escala de NEECHAM com Shapiro-Wilk de 0,966; $p=0,261$. Não existe normalidade de distribuição nas variáveis sociodemográficas que apresentamos de seguida:

Variável “idade”, Shapiro-wilk de 0,882; $p=0,001$; “nível de escolaridade” Shapiro-Wilk de 0,626; $p=0,000$; “sexo” Shapiro-Wilk de 0,629; $p=0,000$; “estado civil” Shapiro-Wilk de 0,739; $p=0,000$; “proveniência” Shapiro-Wilk de 0,541; $p=0,000$; “prestador de cuidados” Shapiro-Wilk de 0,0629; $p=0,000$; “tempo de imobilidade” Shapiro-Wilk de 0,659; $p=0,000$.

No que concerne à hipótese 1 optámos por aplicar o teste de Spearman, uma vez que as variáveis não apresentaram distribuição normal e este aplica-se em variáveis intervalares como alternativa ao teste de correlação de Pearson, quando neste último se viola a normalidade (Pereira, 2004). Relativamente à variável “sexo” como era pretendida uma avaliação da associação entre esta e a independência funcional, também foi utilizado o teste de Spearman visto tratar-se de uma variável dicotómica.

Na hipótese 2 utilizámos dois testes distintos recorrendo ao teste de Spearman para o tempo de imobilidade, uma vez que esta variável apresentou distribuição não normal e ao teste de Pearson, para a escala NEECHAM, por esta apresentar normalidade de distribuição. O teste de Pearson é considerado um procedimento estatístico de correlação que determina o grau de associação entre as variáveis (Pereira, 2004),

Para testar a hipótese 3 usámos o teste t de Student para amostras emparelhadas, pois estamos a comparar dois momentos distintos e a variável dependente é do tipo quantitativo. Segundo Pereira (2004, p.136) este teste “compara as médias de duas variáveis para o mesmo grupo”. O mesmo foi aplicado pelo facto de a variável em estudo nesta hipótese apresentar distribuição normal, sendo este um pressuposto inerente à sua aplicação.

1.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra deste estudo foi composta por 40 indivíduos (N=40), que apresentaram uma média de idades de 76,48 anos, tal como podemos verificar na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de média de idades da amostra

Idade	Amostra (N=40) (Média)	Desvio Padrão (Dp)	Intervalo de variação
Amostra Total	76,48	13,678	36-98

Relativamente ao nível de escolaridade verificámos que a maioria dos indivíduos (70%) tinha 1º ciclo, tal como podemos constatar na Tabela 4 e no gráfico 1.

Tabela 4 - Distribuição da amostra relativamente ao nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	Amostra (N)	Percentagem (%)
Nenhum	6	15,0
1º Ciclo	28	70,0
2º Ciclo	2	5,0
3º Ciclo	2	5,0
Secundário	0	0,0
Superior	2	5,0

No nosso estudo predominou o sexo feminino, constituindo-se 57,5% dos casos, assim como podemos verificar na tabela 5 e no gráfico 2.

Tabela 5 - Distribuição da amostra relativamente ao sexo

Sexo	Amostra (N)	Percentagem (%)
Masculino	17	42,5
Feminino	23	57,5

Quanto ao Estado Civil, na amostra total a maioria dos indivíduos eram casados/união de facto (55%), como podemos analisar na tabela 6 e no gráfico 3.

Tabela 6 – Distribuição da amostra relativamente ao estado civil

Estado Civil	Amostra (N)	Percentagem (%)
Casado	22	55,0
Solteiro	6	15,0
Viúvo	11	27,5
Divorciado	1	2,5

No que concerne à Proveniência, vieram, a grande maioria, diretamente do seu Domicílio/Lar (90%) enquanto que, os restantes (10%), foram transferidos do Hospital de Braga.

Quanto à existência de prestadores de cuidados, 57,5% já apresentavam prestadores de cuidados, sendo eles amigos, assistentes operacionais (aqueles que se encontravam institucionalizados), esposa ou marido, filhos, netos, sobrinhos e vizinhos.

1.2. Caracterização do estado clínico da amostra

Em relação aos diagnósticos de internamento a amostra apresentou-se muito variável com patologias do foro respiratório, cardíaco, neurológico, metabólico, ortotraumatológico e hematológico. Ressaltou que, a maioria dos doentes (N= 26) era do foro

neurológico. Tal como referido na parte teórica, do presente relatório, muitas são as causas que acometem o doente à imobilidade, assim como podemos constatar nos resultados obtidos.

Apresentamos na tabela 7 de forma descritiva o número de casos, por diagnóstico de internamento, sendo que alguns doentes apresentavam mais do que um diagnóstico.

Tabela 7 – Distribuição da amostra relativamente aos diagnósticos de internamento

Diagnósticos de internamento	N.º de casos
AVC isquémico	11
AVC hemorrágico	5
Insuficiência cardíaca	5
Insuficiência respiratória	4
Cirurgia cardíaca	2
Encefalopatia hepática	1
Pneumonia	5
Fratura do ramo isquiático	1
Desidratação	1
Doença de Parkinson	2
Traumatismo craneoencefálico	2
Meningite	3
Anemia	4
Reação alérgica	1
Mal formação de Chiari	1
Esclerose múltipla	1
Epilepsia	1
Insuficiência renal aguda	4
Insuficiência renal crónica	1
Edema agudo do pulmão	2
Enfarte agudo do miocárdio	1

De seguida apresentamos a Tabela 8, onde são descortinadas as percentagens de diagnósticos, no que concerne ao foro neurológico, foro cardíaco, foro respiratório, foro metabólico, foro orto-traumatológico e foro hematológico. De salientar que, a maioria dos doentes, apresentavam mais do que um diagnóstico de internamento, vindo estes, na maioria dos casos, a pertencer a foros diagnósticos diferentes.

Tabela 8 – Distribuição da amostra relativamente ao foro diagnóstico de internamento a que pertence

Diagnósticos	Amostra (N)	Percentagem (%)
Foro Neurológico	26	65,0
Foro Cardíaco	8	20,0
Foro Respiratório	11	27,5
Foro Metabólico	8	20,0
Foro Ortotraumatológico	1	2,5
Foro Hematológico	4	10,0

Relativamente aos antecedentes pessoais, tal como nos diagnósticos de internamento, estes são muito diversos. Apresentamos na tabela 9 de forma descritiva o número de casos por antecedente, sendo que alguns doentes apresentavam vários antecedentes associados.

Tabela 9 – Distribuição da amostra relativamente aos antecedentes pessoais

Antecedentes pessoais	N.º de casos
Alcoolismo	1
Aneurisma cerebral	2
AVC	10
Pace-Maker	1
Hipertensão Arterial (HTA)	16
Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP)	8

Apneia do sono	2
Fibrilhação Auricular (FA)	5
Dislipidemia	8
Nefrolitíase	1
Osteoartrose do joelho	1
Cirrose hepática	1
Doença de Parkinson	5
Diabetes Mellitus tipo II (DM II)	8
Retinopatia e nefropatia diabética	2
Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)	2
Insuficiência Renal Crônica (IRC)	2
Insuficiência cardíaca	8
Doença osteoarticular	2
Hipotiroidismo	1
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	4
Anemia	2
Hipoalbuminemia	1
Artrite	1
Fratura da coluna lombar	1
Esclerose múltipla	1
Gastrite	1
Colangite litíásica	1
Talassemia	1
Insuficiência venosa dos membros inferiores	1
Edema Agudo do Pulmão (EAP)	1
Traumatismo Craneo-Encefálico (TCE)	1
Prótese do ombro	1

Obesidade	2
Cirurgia cardíaca	1
Oligofrenia	1
Epilepsia	1
Coxartrose	1
Pancreatite aguda	1
Patologia depressiva	1
Pneumonia	1
Hipotiroidismo	1
Prostatectomia	1
Cistectomia	1
Diverticulose cólica	1

Quanto ao tempo de imobilidade os indivíduos da amostra estiveram em média, sujeitos a 49,60 dias de imobilidade, variando o período de 1 dia até 180 dias, com um desvio padrão de 63,08 (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra relativamente ao tempo de imobilidade

	Amostra (N=40) (Média)	Desvio Padrão (Dp)	Intervalo de variação
Tempo de Imobilidade	49,60	63,082	1-180

No que concerne ao Estado Confusional, dos indivíduos da amostra, podemos constatar que, na 1.ª avaliação 52,5% dos indivíduos apresentava uma confusão moderada a severa, enquanto, na 2ª avaliação 85% apresentava-se não confuso, tal como podemos observar na tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição da amostra relativamente ao estado confusional

Escala de NEECHAM	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	N	%	N	%
Confusão moderada a severa	21	52,5	1	2,5
Confusão ligeira ou início de desenvolvimento	9	22,5	3	7,5
Não confuso, mas com alto risco	5	12,5	2	5,0
Não confuso	5	12,5	34	85,0

Através da tabela 12 apresentamos as estatísticas descritivas, dos valores obtidos pela nossa amostra para as subescalas da NEECHAM, relativamente aos intervalos de variação, entre os valores mínimos e máximos, média e respetivos desvios-padrão, na 1.ª e na 2.ª avaliação. Ao analisarmos esta tabela podemos verificar que, a média aumentou para cada subescala da NEECHAM, da 1.ª para a 2.ª avaliação, o que significa que, os doentes melhoraram em cada um dos parâmetros, ficando portanto menos confusos, tal como nos indica a tabela anterior.

Tabela 12 – Distribuição a amostra segundo o estado confusional, na 1.ª e na 2.ª avaliação, para cada subescala da NEECHAM

NEECHAM	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	(Média)	(Dp)	(Média)	(Dp)
Processamento	9,50	3,289	13,35	1,511
Intervalo de Variação	3 – 14		7 – 14	
Comportamento	5,58	2,551	8,98	1,230
Intervalo de Variação	0 – 10		4 – 10	
Controlo Fisiológico	4,18	1,338	5,50	0,906
Intervalo de Variação	1 – 6		3 – 6	
TOTAL	19,25	6,159	27,83	3,121
Intervalo de Variação	8 – 30		14 – 30	

Na tabela 13 apresentamos as estatísticas descritivas, para todas as subescalas da MIF, quanto aos intervalos de variação, os valores máximos e mínimos, as médias e os

desvios padrão para a 1.^a avaliação e para 2.^a avaliação. Efetuando a análise desta tabela e do gráfico 4, verificamos que, em média, todas as subescalas da MIF aumentaram da 1.^a para a 2.^a avaliação, o que significa que, em média em todas as subescalas, os doentes recuperaram a sua independência.

Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo a independência funcional, na 1.^a e na 2.^a avaliação, para cada subescala da MIF

MIF (subescalas)	1 ^a Avaliação		2 ^a Avaliação	
	(Média)	(Dp)	(Média)	(Dp)
Auto-Cuidados	12,5	5,724	30,35	6,833
Intervalo de Variação	6 – 30		12 – 42	
Controlo de Esfíncteres	4,33	2,314	10,90	3,296
Intervalo de Variação	2 – 10		2 – 14	
Mobilidade-Transferências	6,20	2,366	14,33	3,990
Intervalo de Variação	3 – 12		6 – 21	
Locomoção	3,18	1,130	7,63	2,771
Intervalo de Variação	2 – 7		2 – 14	
Comunicação	8,38	3,499	12,55	2,591
Intervalo de Variação	2 – 14		4 – 14	
Cognição Social	12,10	5,565	18,85	3,997
Intervalo de Variação	3 – 21		6 – 21	
TOTAL	46,68	17,895	94,60	19,790
Intervalo de Variação	18 – 88		36 – 126	

2. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados passamos à análise inferencial que consiste em “inferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica de onde foram obtidas as amostras” (Marôco, 2007, p. 55). Para isso recorreremos a testes estatísticos, por forma a verificar as relações existentes entre as variáveis na amostra (Fortin, 2009).

Uma vez que se tratou de um estudo longitudinal procedemos à avaliação das relações na diferença entre a 1ª e a 2ª avaliação.

Face ao referido anteriormente, encontram-se em seguida os resultados das hipóteses testadas.

H1 - Espera-se que as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade), a proveniência e o prestador de cuidados interfiram na recuperação da independência funcional;

Como é possível verificar na tabela 14, relativamente à idade verificamos que esta se correlaciona negativamente com a MIF, sem significância ($p=0,287$), o que nos indica que, a idade não influencia a recuperação da independência funcional dos doentes da nossa amostra.

Quanto ao nível de escolaridade, constatamos que este se correlaciona de forma positiva não significativa ($p=0,474$) entre o nível de escolaridade e a recuperação da independência funcional. Verificamos que, quanto maior o nível de escolaridade maior a recuperação da independência funcional.

Quanto ao sexo certificamos que há uma correlação negativa não significativa ($p=0,872$) entre o sexo e a recuperação da independência funcional. Assim podemos afirmar que os doentes do sexo masculino recuperaram mais.

Quanto ao Estado Civil, este correlaciona-se de forma negativa não significativa ($p=0,800$) com a recuperação da independência funcional. Sendo assim, os doentes casados ou em união de facto recuperaram mais independência do que os solteiros, viúvos ou divorciados.

Tabela 14 – Distribuição da Significância entre as características sociodemográficas e a MIF

	Idade		Nível de Escolaridade		Sexo		Estado Civil	
	C. Spear.	Sig.	C. Spear.	Sig.	C. Spear.	Sig.	C. Spear.	Sig.
MIF	-0,173	0,287	0,117	0,474	-0,026	0,872	-0,041	0,800

A correlação é significativa para o nível 0,05

Tendo em atenção a proveniência dos doentes verificamos que existe uma correlação negativa não significativa ($p=0,642$) entre a proveniência e a recuperação da independência funcional. Pode-se então concluir que os doentes provenientes do domicílio recuperaram mais.

Quanto ao prestador de cuidados podemos afirmar que os doentes que não tinham prestador de cuidados recuperaram mais independência funcional, tendo em conta que o prestador de cuidados se correlaciona de forma negativa, não significativa (0,352), com a recuperação da independência funcional.

Conclui-se assim, da análise deste quadro, que nenhuma das características sociodemográficas influencia a recuperação da independência funcional (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição da Significância entre a proveniência dos doentes, prestadores de cuidados e a MIF

	Proveniência		Prestador de Cuidados	
	C. Spearman	Sig.	C. Spearman	Sig.
MIF	-0,076	0,642	-0,151	0,352

A correlação é significativa para o nível 0,05

H2 – Espera-se que o tempo de imobilidade e o estado confusional interfiram na recuperação da independência funcional;

Tendo em conta a nossa amostra, verificamos que quanto mais tempo de imobilidade os doentes tinham, mais recuperaram, sendo que se correlacionam de forma positiva mas esta relação não é significativa ($p=0,378$).

Analisando o quadro abaixo podemos constatar que o estado confusional influencia a recuperação da independência funcional de forma positiva (0,263) mas não significativa ($p=0,101$).

A tabela 16 permite confirmar a informação anteriormente referida.

Tabela 16 – Distribuição da Significância entre o tempo de imobilidade e o estado confusional com a MIF

	Tempo de Imobilidade		NEECHAM	
	C. Spearman	Sig.	C. Pearson	Sig.
MIF	0,143	0,378	0,263	0,101

A correlação é significativa para o nível 0,05

Relativamente à NEECHAM, a média total na 1ª avaliação foi de 19,25 (considerado estado confusional agudo moderado a grave) e na 2ª de 27,83 (considerado pacientes normais), demonstrando-nos que, os doentes recuperaram do estado confusional, sendo esta estatisticamente significativa tanto para o total da escala, como para cada subescala ($p=0,000$), conforme podemos observar na tabela 17.

Tabela 17 – Distribuição da Significância do estado confusional, na 1.ª e na 2.ª avaliação, nas subescalas da NEECHAM

NEECHAM	1ª Avaliação		2ª Avaliação		Teste t	
	(Média)	(Dp)	(Média)	(Dp)	t	P
Processamento	9,50	3,289	13,35	1,511	-8,434	0,000
Intervalo de Variação	3 – 14		7 – 14			
Comportamento	5,58	2,551	8,98	1,230	-9,602	0,000
Intervalo de Variação	0 – 10		4 – 10			
Controlo Fisiológico	4,18	1,338	5,50	0,906	-6,605	0,000
Intervalo de Variação	1 – 6		3 – 6			
TOTAL	19,25	6,159	27,83	3,121	-10,719	0,000
Intervalo de Variação	8 – 30		14 – 30			

A correlação é significativa para o nível 0,05

H3 - Espera-se que os doentes sujeitos a imobilidade apresentem ganhos na sua independência funcional após a intervenção do enfermeiro de reabilitação;

Os resultados obtidos evidenciaram que há diferença no nível de independência funcional entre os dois momentos de avaliação, sendo estes, estatisticamente significativos para

todas as subescalas da MIF. Relativamente à MIF, na 1ª avaliação observamos que a média total era de 46,68 e que na 2ª avaliação passou para 94,60. Isto indica-nos que os doentes entre a 1.ª e a 2.ª avaliação recuperaram independência funcional, com significância estatística ($p=0,000$).

Constatamos ainda que em todas as subescalas da MIF houve um aumento da média na independência funcional, com significância estatística ($p=0,000$), tal como apresentamos na tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo a Significância da Independência Funcional, na 1.ª e na 2.ª avaliação

MIF (subescalas)	1ª Avaliação		2ª Avaliação		Teste t	
	(Média)	(Dp)	(Média)	(Dp)	T	P
Auto-Cuidados	12,5	5,724	30,35	6,833	-19,900	0,000
Intervalo de Variação	6 – 30		12 – 42			
Controlo de Esfínteres	4,33	2,314	10,90	3,296	-12,736	0,000
Intervalo de Variação	2 – 10		2 – 14			
Mobilidade-Transferências	6,20	2,366	14,33	3,990	-14,462	0,000
Intervalo de Variação	3 – 12		6 – 21			
Locomoção	3,18	1,130	7,63	2,771	-10,543	0,000
Intervalo de Variação	2 – 7		2 – 14			
Comunicação	8,38	3,499	12,55	2,591	-8,552	0,000
Intervalo de Variação	2 – 14		4 – 14			
Cognição Social	12,10	5,565	18,85	3,997	-8,754	0,000
Intervalo de Variação	3 – 21		6 – 21			
TOTAL	46,68	17,895	94,60	19,790	-18,687	0,000
Intervalo de Variação	18 – 88		36 – 126			

A correlação é significativa para o nível 0,05

Para além de estatisticamente significativos os ganhos na independência funcional na tabela 19, podemos constatar que esses ganhos em termos de percentagem, são realmente avultados, verificando-se maiores valores nas subescalas de controlo de esfíncteres (46,92%) seguida da dos auto-cuidados (42,50%) e da mobilidade-transferências (38,81%). A subescala que apresentou menores valores foi a da comunicação (29,78%). Tal como referido anteriormente estes cálculos foram efetuados tendo em conta o n.º de itens que cada subescala da MIF possui. A subescala Auto-Cuidados tem 6 itens (podendo obter um máximo de 42 e um mínimo de 6 pontos), a subescala Controlo de Esfíncteres este tem 2 itens (podendo obter um máximo de 14 e um mínimo de 2 pontos), a sub-escala Mobilidade-Transferências tem 3 itens (podendo obter um máximo de 21 e um mínimo de 3 pontos), a Locomoção tem 2 itens (podendo obter um máximo de 14 e um mínimo de 2 pontos), a Comunicação tem 2 itens (podendo obter um máximo de 14 e um mínimo de 2 pontos) e a Cognição Social tem 3 itens (podendo obter um máximo de 21 e um mínimo de 3 pontos). No que concerne ao total da escala esta pode compreender valores que podem oscilar entre os 18 e os 126 pontos.

Tabela 19 – Percentagem de ganhos entre a 1.^a e a 2.^a avaliação na Independência Funcional da amostra

	Itens das subescalas	Intervalos de variação	1. ^a Avaliação	2. ^a Avaliação	Ganhos
MIF (subescalas)	N.º	Pontos	(Média)	(Média)	%
Auto-Cuidados	6	6 - 42	12,5	30,35	42,50
Controlo de Esfíncteres	2	2 - 14	4,33	10,90	46,92
Mobilidade-Transferências	3	3 - 21	6,20	14,33	38,81
Locomoção	2	2 - 14	3,18	7,63	31,78
Comunicação	2	2 - 14	8,38	12,55	29,78
Cognição Social	3	3 - 21	12,10	18,85	32,14
TOTAL	18	38 - 126	46,68	94,60	38,03

Efetuamos uma correlação entre as subescalas da MIF, mediante a aplicação de teste de correlação de Pearson, uma vez que estas variáveis apresentam normalidade de distribuição.

Ao analisarmos a tabela 20 verificamos que todas as subescalas da MIF se correlacionam positivamente entre si, e se verificada uma alteração, ao nível de cada uma das variáveis, que compõem a referida escala, todas as outras variáveis se alteram, o que significa que quanto maior o nível de Auto-Cuidado maior o Controlo de Esfíncteres, a Mobilidade-Transferências e a Locomoção, sendo estes valores estatisticamente significativos. Contudo o mesmo não se verifica para a Comunicação e a Cognição Social, pois estas subescalas não se correlacionam significativamente com as restantes: Auto-Cuidado ($p=0,169$); Controlo de Esfíncteres ($p=0,155$); Mobilidade-Transferências ($p=0,430$) e Locomoção ($p=0,387$), no entanto, entre si, elas correlacionam-se significativamente ($p=0,000$).

Podemos então concluir que os auto-cuidados, o controle de esfíncteres a mobilidade-transferências e a locomoção correlacionam-se entre si de forma positiva e com elevado grau de significância e correlacionam-se com a comunicação e a cognição social de forma não significativa. A comunicação e a cognição social correlacionam-se entre si com elevado grau de significância.

Tabela 20 – Distribuição da Significância das variáveis da MIF

	Auto-Cuidados		Controlo de Esfíncteres		Mobilidade-Transferências		Locomoção		Comunicação		Cognição Social	
	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.
Auto-Cuidados	-----	-----	0,773**	0,000	0,630**	0,000	0,640**	0,000	0,222	0,169	0,293	0,066
Controlo de Esfíncteres	0,773**	0,000	-----	-----	0,524**	0,001	0,449**	0,004	0,229	0,155	0,310	0,051
Mobilidade-Transferências	0,630**	0,000	0,524**	0,001	-----	-----	0,716**	0,000	-0,128	0,430	0,026	0,876
Locomoção	0,640**	0,000	0,449**	0,004	0,716**	0,000	-----	-----	-0,140*	0,387	-0,048*	0,767
Comunicação	0,222	0,169	0,229	0,155	-0,128*	0,430	-0,140*	0,387	-----	-----	0,902**	0,000
Cognição Social	0,293	0,066	0,310	0,051	0,026	0,876	-0,048*	0,767	0,902**	0,000	-----	-----

* A correlação é significativa para o nível 0,05; ** A correlação é significativa no nível 0,01

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de apresentarmos os resultados obtidos, importa agora efetuar a interpretação dos mesmos, procedendo à sua discussão e apreciação crítica, comparando-os entre si e com o quadro teórico de referência, para permitir uma melhor compreensão. A discussão dos resultados é efetuada tendo em consideração os objetivos do estudo e as hipóteses por nós formuladas. São destacados neste item os resultados mais relevantes procurando, sempre que possível, a sua justificação, fazendo uso do quadro teórico.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a influência dos cuidados do enfermeiro de reabilitação na independência funcional do doente sujeito a imobilidade. Com este estudo pretendemos contribuir para que os cuidados do enfermeiro de reabilitação sejam reconhecidos como benéficos na recuperação funcional dos doentes sujeitos a imobilidade. Este estudo pretendeu ainda dar resposta a três questões específicas: conhecer o padrão funcional do doente sujeito a imobilidade; averiguar as características sociodemográficas e clínicas do doente sujeito a imobilidade e conhecer os ganhos na independência funcional do doente sujeito a imobilidade quando, para além dos cuidados de enfermagem gerais, tem também a intervenção dos enfermeiros especialistas em cuidados de reabilitação. Durante a elaboração deste estudo foram tidas em consideração todas as AVD's referidas anteriormente no Modelo de Nancy Roper, Logan & Tierney.

Com o intuito de dar resposta ao objetivo de caracterizar o padrão funcional do doente sujeito a imobilidade, verificamos que, na 1.^a avaliação os doentes da nossa amostra apresentaram em média um score de 46,68 na Escala da MIF, o que significa que os doentes sujeitos a imobilidade, apresentam uma dependência modificada, tendo necessidade de assistência até 50% das tarefas, ou seja, nas atividades de vida diárias.

Considera-se pertinente abordar alguns aspetos relativos à caracterização da amostra ao nível sociodemográfico, do contexto clínico, do tempo de imobilidade, do estado confusional e da independência funcional, sendo de seguida efetuada a discussão destes itens em função das hipóteses formuladas.

H1 - No que concerne à idade, os doentes tinham idades compreendidas entre os 36 e os 98 anos, perfazendo uma idade média de cerca de 76,48 anos. Assim, podemos referir que, a grande maioria das pessoas apresentava idades superiores a 65 anos, destacando-se, a população idosa. Estes resultados vão de encontro aos dados dos censos, do INE (2011), nos quais realçam o fenómeno do envelhecimento demográfico. Entre 2001 e 2011 verificou-se uma diminuição acentuada da população jovem (entre os

0 e os 14 anos de idade) de cerca de 5,1% e da população jovem em idade ativa (entre os 15 e os 24 anos) de 22,5%. Aumentou 19,4% a população idosa (pessoas com mais de 65 anos), assim como a população com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, que aumentou cerca de 5,3%. Assim, e conforme salienta o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005), a estimativa para os próximos tempos é de que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa com mais de 65 anos, ou seja os idosos, aumentem, já que também é expectado o aumento da incidência e prevalência de doenças de evolução prolongada, acarretando dependência aos seus portadores. Bonita citado por Matos (2008) corrobora que a dependência aumenta entre os 65 e os 90 anos de idade, indo de encontro à média de idades da nossa amostra. Ainda, Lima-Costa, Loyola Filho e Matos (2007), realizaram um estudo que salienta, que com o avançar da idade o número de pessoas acamadas aumenta.

No que se prende às habilitações literárias, a situação mais comum era que os doentes da nossa amostra detinham, o 1.º ciclo (70%), a menos frequente era o ensino secundário (0,0%), e cerca de 5 % apresentava ensino superior, salientando que apesar de não ser representativo para a amostra estudada, estes últimos apresentaram maior recuperação da sua independência funcional.

Relativamente ao sexo verifica-se que predomina o sexo feminino com 57,5% em relação ao sexo masculino com 42,5% dos casos. Este facto poder-se-á explicar, porque tal como referido no quadro teórico a esperança média de vida é superior nas mulheres, uma vez que a média de idades encontrada na nossa amostra, conforme foi anteriormente referido é de 76,48 anos.

Num estudo levado a cabo por Lourenço (2011) em que pretendeu estudar a capacidade funcional dos idosos internados no hospital, chegou à conclusão que a idade média era de 82 anos, sendo que a faixa etária predominante foi entre 80 a 84 anos, maioritariamente homens e com o 1.º ciclo incompleto. Neste estudo apenas os resultados do sexo é que não corroboram os resultados do nosso estudo.

Ao nível do estado civil destacaram-se os indivíduos casados (55%), seguido dos viúvos (27,5%) e dos solteiros (15%).

Quando correlacionamos as características sociodemográficas com a recuperação da independência funcional, verificamos que nenhuma influência esta recuperação. Contudo, apesar de não ser significativos estes resultados, observamos que os mais velhos recuperam menos, os que têm maior nível de escolaridade, os do sexo masculino e os casados ou em união de facto recuperam mais. Relativamente ao sexo, um estudo realizado pela socióloga Fernandes em conjunto com outros especialistas citado por

Campos (2014) chegaram à conclusão que as mulheres vivem mais tempo do que os homens, mas apresentam piores condições de saúde. Duca, Silva e Hallal (2009) constataram no seu estudo que, quanto maior a idade maior a incapacidade para as atividades de vida diária, indo de encontro ao que verificamos no nosso estudo. Verificamos que os doentes que vinham do domicílio recuperaram mais e que os que tinham prestador de cuidados recuperaram menos. Verificamos também que os doentes institucionalizados são os que apresentam prestador de cuidados e que são os que recuperaram menos independência funcional. Isto pode dever-se ao facto de os prestadores de cuidados substituírem os doentes e não permitirem que estes se tornem mais autónomos. A interpretação destes resultados leva a considerar a importância da avaliação funcional através de instrumentos de medidas válidos, assim como a promoção do autocuidado.

Kalisch, Lee e Dabney (2013), efetuaram uma revisão da literatura em que incluíram trinta e seis estudos, que pretendiam conhecer as consequências da imobilidade durante o internamento hospitalar. Os autores supracitados chegaram à conclusão que a imobilidade a nível físico, promove sintomas de dor, contribuindo para o aumento do risco de vir a desenvolver trombose venosa profunda, principalmente dos membros inferiores. Concluíram ainda que a nível psicológico a maioria dos doentes apresenta ansiedade, humor depressivo, angústia, diminuição do conforto e satisfação e a nível social apresentam diminuição da qualidade de vida e da independência. Relativamente aos resultados organizacionais, os autores concluíram que a imobilidade aumenta o tempo de internamento, assim como a mortalidade e os custos com a saúde.

Num estudo levado a cabo por Ueda e Shimada citado por Petronilho (2012), existe uma associação significativa entre as limitações na participação do autocuidado e maior risco de morbilidades, destacando desta forma a importância do poder terapêutico da participação da pessoa no autocuidado. É de realçar a importância desta participação nos doentes institucionalizadas, pois a participação nas atividades como a higiene, o vestir-se, o ir ao sanitário, o alimentar-se, constitui uma oportunidade para estes decidirem, exercendo o comando e efetuando algo pelos seus próprios meios, permitindo-lhes vivenciarem sentimentos de satisfação e realização pessoal, uma vez que são “desnudados” do seu ambiente domiciliário e, portanto poderão encontrar-se numa situação mais suscetível emocionalmente.

O diagnóstico de internamento predominante foi AVC Isquémico (11 casos), 16 doentes tinham como antecedente HTA e 10 AVC, sendo que 8 doentes tinham também HBP, Dislipidémia, DM II e Insuficiência Cardíaca. Como podemos verificar as doenças cardiovasculares são uma importante causa de imobilidade, tal como referem Dantas,

Bello, Barreto e Lima (2013) num levantamento realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde as doenças cardiovasculares, hipertensão, AVC, diabetes, entre outras são as patologias que mais afetam a população idosa. Um estudo levado a cabo por Alves [et al] (2007) revela que ser hipertenso aumenta em 39% a probabilidade do idoso ser dependente nas atividades de vida diárias. Por sua vez, Rodrigues [et al] (2008) estudaram a morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos, sendo a maioria mulheres, com as patologias de hipertensão arterial, dislipidemia, artrose, artrite, diabetes e chegaram à conclusão que as que, interferiram mais nas AVD's foram o AVC, catarata e osteoporose, corroborando com os resultados do nosso estudo. A Direção Geral de Saúde (2001) salienta que o AVC é um grave problema de saúde pública em Portugal, constituindo a principal causa de morte no nosso país e a principal causa de incapacidade nas pessoas com mais idade. Ferro e Pimentel (2006) acrescentam que o AVC é também uma das patologias que mais frequentemente causa internamento hospitalar. Assim, a maioria dos doentes da nossa amostra apresentavam patologias do foro neurológico (65%), incluindo nestes valores todos os doentes vítimas de AVC, uma vez que apesar de as causas que o motivam serem do foro cardiovascular, as suas consequências são consideradas do foro neurológico. Os restantes diagnósticos, que motivaram o internamento apresentaram uma expressão mais baixa, nomeadamente os diagnósticos do foro respiratório (27,5%), do foro cardíaco e metabólico (20%), do foro hematológico (10%) e do foro orto-traumatológico (2,5%). Estes dados corroboram com os autores consultados, entre eles Petronilho (2012) que realça que 67,4% dos estudos associam o fenómeno do autocuidado e a independência para a sua realização com os processos patológicos, sendo que a grande maioria destas patologias se referem a doenças crónicas, dando ênfase às doenças cardiovasculares e respiratórias, como a DPOC.

Kawasaki (2004), ao avaliar a capacidade funcional de idosos hospitalizados, fazendo uso da MIF, no momento de admissão, no momento da alta e um mês após a alta, salienta que as patologias mais frequentes são as doenças do foro cardiovascular, seguidas das patologias do foro respiratório, assim como podemos constatar no nosso estudo.

H2 - Em média os doentes estiveram sujeitos a 49,60 dias de imobilidade, sendo que 17,5% dos doentes estiveram 180 dias imóveis. Redondo citado por Boechat, Manhães e Filho (2012) realça que por repouso entende-se um período de 7 a 10 dias, de 12 a 15 dias, já se pode considerar uma imobilização e a partir de 15 dias corresponde a um decúbito de longa duração, portanto na nossa amostra constatamos que em média os doentes estiveram sujeitos a um decúbito de longa duração e que segundo o mesmo

autor, por cada semana de imobilização completa no leito o doente perde cerca de 10 a 20% da sua força muscular inicial, sendo que a partir das 4 semanas, cerca de 50% da sua massa muscular pode estar perdida. A este facto acrescem todas as consequências que advém de um decúbito de longa duração, como alterações ao nível do sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal, sistema metabólico, sistema tegumentar e sistema músculo-esquelético, tal como foi documentado na parte teórica do presente relatório.

O estado confusional é avaliado pela Escala de NEECHAM e na nossa amostra os doentes passaram de confusão moderada a severa (52,5%) a não confuso (85%).

Analisando as características clínicas, verificamos que os doentes com maior tempo de imobilidade recuperaram mais independência funcional, isto pode ser explicado porque os que tinham menos dias de imobilidade apresentavam na 1ª avaliação um score superior na MIF, tendo assim menos pontos da escala para recuperar. Verificamos ainda que o estado confusional não influencia a recuperação da independência funcional, contudo quanto menos confusos os doentes estão mais recuperam a sua independência funcional, não sendo este dado estatisticamente significativo para a nossa amostra.

H3 - Tal como referido anteriormente, no nosso estudo os doentes na 1ª avaliação apresentavam um score total médio de 46,68 e na 2ª avaliação este score passou para 94,60, o que significa que os doentes passaram de dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa (19-60 pontos) para uma dependência modificada, com uma assistência até 25% (61-103 pontos), respetivamente. No total da Escala MIF os doentes recuperaram **38,03%** da sua independência funcional, sendo este aumento estatisticamente significativo, dando assim resposta ao objetivo de identificação dos ganhos na independência funcional do doente sujeito a imobilidade quando, para além dos cuidados de enfermagem gerais, têm também a intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Analisando cada uma das subescalas da MIF, verificamos que houve um aumento estatisticamente significativo em todas, sendo que a subescala que mais aumentou foi a de Controlo de Esfíncteres (46,92%) seguida de Auto-Cuidados (42,50%), e a que menos aumentou foi a de Comunicação (29,78%).

Januário (2013), num estudo realizado com doentes internados no serviço de medicina, constatou que a hospitalização por si só promove alterações no estado de saúde dos indivíduos, concluindo que no momento da admissão existem alterações negativas significativas, relativamente ao momento que antecedeu a hospitalização, acrescentando que no momento da alta existem alterações positivas relativamente à admissão, contudo existem perdas relativamente à pré-admissão. Portanto, o episódio de internamento por si

só trouxe dependência à pessoa, independentemente da causa que motivou o internamento. No nosso estudo, apresentando-se os doentes nas mesmas condições, constatamos que os doentes apresentaram alterações positivas na recuperação da sua independência funcional, relativamente ao momento que antecedeu a hospitalização, o que nos leva a considerar que a diferença poder-se-á atribuir à intervenção do enfermeiro de reabilitação. Na mesma linha de pensamento Ricardo (2012) realizou um estudo com doentes vítimas de AVC, cujo principal objetivo era verificar a evolução do grau de dependência dos doentes no internamento e após a alta (até à primeira consulta), com a intervenção do enfermeiro de reabilitação, tendo concluído que o aumento da idade influencia diretamente o grau de dependência no momento da consulta e que existe evolução funcional nos doentes, no período de internamento, e esta segue a mesma tendência desde a alta até à consulta. O autor refere que no momento da admissão as pessoas autónomas eram 3,7% da amostra, tendo verificado que na alta este valor aumentou para 19,2% e na primeira consulta para 31,5%.

A enfermagem de reabilitação é considerada pela OE (2011) como uma área de intervenção da enfermagem de excelência e de referência, pois previne, recupera e ambiciona habilitar de novo os doentes, vítimas de doença súbita ou descompensação da doença crónica, que provoquem défice funcional, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas. Os objetivos são melhorar a função e promover a independência funcional da pessoa, permitindo-lhe viver com mais qualidade. Assim tal como foi realçada a sua importância no presente estudo, a MIF é considerada segundo Hayes (2000) um instrumento de avaliação da capacidade funcional que apresenta medidas uniformes para descrever o nível de incapacidade, assim como de critério para a admissão, para a alta e para o conhecimento dos ganhos em saúde.

Num estudo realizado por Benvegnu [et al] (2008) onde aplicaram a MIF concluíram que houve evolução positiva entre o momento inicial e final de avaliação e na análise de cada subescala verificaram que houve uma maior evolução do Auto-Cuidado, Locomoção e Comunicação. Contudo, contrariamente, no nosso estudo observou-se que a comunicação foi a subescala que menos evoluiu. O nosso estudo sugere que os enfermeiros de reabilitação devem incidir mais os seus cuidados sobre este item. Outro estudo levado a cabo por Nir, Zolotogorsky e Sugarman (2004), revelou que houve um aumento significativo nas diferentes variáveis, funcional e emocional da reabilitação a curto e longo prazo, corroborando com os resultados obtidos no nosso estudo.

Correlacionando as várias subescalas da MIF verificamos que todas se correlacionam de forma significativa exceto a comunicação e a cognição social, o que significa que quando há uma alteração numa das variáveis as outras também sofrem alteração. Analisando as

correlações entre a comunicação e a cognição social, entre si e com as outras subescalas verificamos que estas se correlacionam de forma significativa entre si e que se correlacionam de forma negativa com a locomoção. A correlação entre a comunicação e a mobilidade-transferência também é negativa o que significa que quanto mais mobilidade os doentes têm menos comunicam. Isto poderá dever-se ao facto de que um doente confuso ou que não comunique pode recuperar a mobilidade e locomoção, corroborando com o que verificamos na correlação com o estado confusional onde observamos que a confusão não influencia a recuperação. Num estudo realizado por Macedo [et al] (2012) verificaram que apesar dos idosos possuíam défice cognitivo, estes eram independentes funcionalmente, o que de certa forma corrobora com os resultados por nós obtidos.

Uma vez que os dados foram colhidos no mesmo serviço hospitalar, os doentes da nossa amostra estiveram sujeitos ao mesmo rácio de enfermeiros por doente, aos mesmos cuidados médicos, sociais, psicológicos, espirituais e de reabilitação sendo que foi sempre a mesma enfermeira a prestar cuidados de enfermagem de reabilitação. Nenhum destes doentes teve intervenção do técnico de fisioterapia.

De acordo com os resultados obtidos verificamos que os doentes sujeitos a imobilidade, que beneficiaram dos cuidados de enfermagem de reabilitação recuperaram 38,03% da sua independência funcional. De ressaltar no nosso estudo que nenhum dos dados colhidos influenciou esta recuperação, podendo assim afirmar-se que o enfermeiro de reabilitação fez a diferença nesta recuperação, pois tal como refere a OE (2011) este enfermeiro especialista na área da enfermagem de reabilitação, previne, recupera e habilita de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que promovam défice funcional, recorrendo à maximização das capacidades funcionais das pessoas potenciando, desta forma, o seu rendimento e desenvolvimento.

CONCLUSÕES

Do desafio de questionar e de compreender, surge a Investigação. Esta dinâmica consciencializa a interligação entre o saber fazer na profissão e, simultaneamente, contribuir para clarificar o campo da competência da Enfermagem, nomeadamente da Enfermagem de Reabilitação.

Concluir um trabalho, especialmente um trabalho de investigação, fez sobressair uma dualidade de sentimentos inigualável. Por um lado, surge a satisfação do dever cumprido de algo que durante muito tempo pareceu muito distante e difícil de alcançar, e por outro, emerge alguma inquietação provocada pela constatação de que muito ainda há por esclarecer sobre a temática.

A reabilitação visa potenciar a recuperação e reintegração do indivíduo, diminuindo a deficiência, incapacidade e desvantagem. O processo de reabilitação é único e pessoal que de forma alguma se inicia e termina no hospital e muito menos numa clínica de reabilitação. Este deverá construir-se mentalmente e fisicamente como um conjunto de comportamentos, que o indivíduo deverá adotar até ao final dos seus dias. Nesta perspetiva, o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde, utente, família e comunidade (Martins, 2002).

Procedemos no capítulo anterior à apresentação dos resultados, análise e discussão dos mesmos e passamos agora a apresentar as principais conclusões do estudo seguidas das limitações do mesmo.

Na nossa amostra o doente sujeito a imobilidade apresentava um padrão funcional em que detinham uma dependência modificada, tendo necessidade de assistência até 50% das tarefas de vida diárias.

Observamos que a média de idades era de 76,48 anos, na sua maioria mulheres (57,5%), casados (55%) e 70% têm o 1º ciclo.

As doenças cardiovasculares são uma importante causa de imobilidade, sendo o AVC, a principal causa de imobilidade no nosso estudo. Em média os doentes estiveram sujeitos a 49,60 dias de imobilidade, sendo considerado já um decúbito de longa duração. As características clínicas demonstraram que os doentes com maior tempo de imobilidade recuperaram mais independência funcional, contudo este facto poderá ser explicado porque os doentes que tinham menos dias de imobilidade apresentavam na 1.ª avaliação um score superior na MIF tendo, portanto menos a recuperar.

No que concerne a estado confusional, este não influenciou a recuperação da independência funcional, contudo quanto menos confusos os doentes estavam mais recuperaram a sua independência.

Os resultados revelaram que os doentes sujeitos a imobilidade, depois da intervenção do enfermeiro de reabilitação, recuperaram 38,03% da sua independência, sendo que nenhuma das características sociodemográficas, proveniência, prestador de cuidados, características clínicas, tempo de imobilidade e estado confusional influenciou esta recuperação.

Podemos salientar que a independência funcional teve um aumento significativo em todas as dimensões da Escala de MIF quando comparamos a 1.^a avaliação e a 2.^a avaliação, ou seja o momento do primeiro contato com o enfermeiro de reabilitação e o último contato, normalmente no dia da alta.

De todas as atividades de vida avaliadas onde se verificou maior impacto da intervenção dos cuidados de reabilitação foi no Controlo de Esfíncteres (46,92%) seguida de Auto-Cuidados (42,50%). A que menos aumentou foi a de Comunicação (29,78%). Estes resultados sugerem que estes enfermeiros deveriam investir mais na área da comunicação, uma vez que esta constitui uma das atividades de vida do doente, sendo também importante para uma melhoria da sua funcionalidade com vista à qualidade de vida do mesmo.

Tendo em conta os resultados obtidos, estes percebem que os cuidados do enfermeiro de reabilitação poderão traduzir-se em ganhos em saúde, tais como: diminuição do número de dias de internamento; diminuição do número de reinternamentos; maior autonomia nas AVD's; maior independência funcional e que pode levar a uma considerável melhoria na qualidade de vida.

A realização deste trabalho de investigação tornou-se um momento de aprendizagem único, porque neste momento podemos afirmar que atingimos todos os objetivos a que nos propusemos para a realização deste estudo. Adquirimos conhecimentos ao nível de investigação quantitativa, nomeadamente na utilização do aplicativo SPSS e no tratamento dos dados estatísticos. Aprofundamos conhecimentos na área da realização de investigação científica e ao nível da pesquisa bibliográfica de estudos em bibliotecas on-line.

A inexperiência na elaboração deste tipo de trabalhos, aliada à limitação do tempo, resultante da necessidade de conciliação de várias tarefas inerentes, tanto à vida pessoal como profissional, assim como a escassa bibliografia relacionada com as atividades de vida diárias designadamente no doente sujeito a imobilidade, foram as principais

dificuldades sentidas durante a sua elaboração e que condicionaram de certa forma, uma maior abrangência na abordagem da problemática que nos propusemos estudar.

Não concluindo, porque muito ainda há a efetuar na prática, ressaltam deste estudo algumas sugestões que parecem pertinentes salientar, tais como a necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação em todos os serviços, principalmente nos turnos da manhã e da tarde que visem a prestação destes cuidados a todos os doentes que deles necessitem.

É necessário produzir conhecimentos científicos, continuar na procura de respostas, no sentido de compreender a necessidade da prática da enfermagem de reabilitação, para que todos os doentes tenham acesso a este tipo de cuidados. Sendo assim, e após realizarmos o nosso estudo, achámos pertinente efetuar algumas sugestões para investigações futuras. Depois de refletirmos sobre todo o processo de investigação por que passamos, as dúvidas que surgiram e os resultados obtidos consideramos que seria enriquecedor num próximo estudo:

- Conhecer o comportamento dos prestadores de cuidados perante a dependência dos doentes;
- Identificar quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação nas áreas da comunicação e da cognição social, assim como efetuar a respetiva avaliação;
- Avaliar a independência funcional e a qualidade de vida da pessoa sujeita a imobilidade, antes e depois da intervenção do enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação;
- Conhecer a perspetiva dos doentes relativamente aos cuidados do enfermeiro de reabilitação, depois da implementação de um programa de reabilitação.

Outra razão para estimular a continuidade dos estudos sobre reabilitação prende-se com os limites do nosso estudo, nomeadamente amostra reduzida, a colheita de dados ter sido efetuada pelo investigador (podendo causar enviesamento dos dados) assim como a escassez de estudos recentes publicados nesta área. Sugerimos portanto novas investigações nesta área, com um número mais avultado de doentes, de forma que a sua representatividade seja generalizada para a população em geral.

Terminamos, salientando que muito há a fazer e a investigar nesta área específica da imobilidade e da independência funcional, contudo não podemos deixar de nos felicitar pelos resultados obtidos, pois acreditamos que de qualquer forma estes foram importantes para o início da compreensão deste fenómeno, ainda tão complexo.

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA, C. Nancy Roper. **Modelo de Enfermería**. [Em linha]. San Carlos, 2006. [Consultado em 11 Abr. 2013]. Disponível na www: <URL: <http://www.monografias.com/trabajos34/nancy-roper/nancy-roper.shtml>>;

ADAM., E. – **Ser enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN: 978-972-929-586-7

ALVES, L. [et al.] – **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil**. [Em linha]. Rio de Janeiro, 2007. [Consultado em 27 Abr. 2014]. Disponível na www: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019

ANDRADE, L. [et al.] – **Papel da Enfermagem na reabilitação física**. [em linha]. Brasília, 2010. [Consultado em 22 Jan. 2014]. Disponível na www: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>>

ARAGÃO, J.; DANTAS, E.; DANTAS, B. – **Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso**. [Em linha]. Rio de Janeiro, 2002. [consultado em 27 Abr. 2014]. Disponível na www: http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/22743_RLM_autonomia_Rev3_2002_Portugues.pdf

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO - **Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. [Em linha]. Lisboa: APER, 2010. [Consultado em 11 Abr. 2013]. Disponível na www: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf

AVEIRO, M. [et al.] – **Efeitos de um programa de actividade física no equilíbrio e na força muscular do quadríceps em mulheres osteoporóticas visando uma melhoria na qualidade de vida**. [Em linha]. Brasília, 2004. [Consultado em 17 Mar. 2014]. Disponível na www: http://www.aleixo.com/arquivos/artigos_ptg/Efeitos%20de%20um%20programa%20de%20atividade%20f%C3%ADsica%20no%20equil%C3%ADbrio%20e%20na%20for%C3%A7a%20muscular%20do%20quadr%C3%ADceps%20em%20mulheres%20osteopor%C3%B3ticas%20visando%20uma%20melhoria%20na%20qualidade%20de%20vida.pdf

BENVEGNO, A. [et al.] – **Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral.** [Em linha]. Porto Alegre, 2008. [Consultado em 27 Abr. 2014]. Disponível na [www: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4115/3652](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4115/3652)

BOECHAT, J.; MANHÃES, F.; FILHO, R. – **O Imobilismo no Idoso e sua Repercussão na Sistema Musculoesqueléticos.** [Em linha]. Niterói, 2012. [Consultado em 27 Abr. 2014]. Disponível na [www: http://www.aninter.com.br/ANAIS%20%20CONITER/GT11%20Informa%E7%E3o,%20educa%E7%E3o%20e%20tecnologias/O%20IMOBILISMO%20NO%20IDOSO%20E%20SUAS%20REPERCUSS%C3%20NO%20SISTEMA%20MUSCULOESQUEL%C9TICO.pdf](http://www.aninter.com.br/ANAIS%20%20CONITER/GT11%20Informa%E7%E3o,%20educa%E7%E3o%20e%20tecnologias/O%20IMOBILISMO%20NO%20IDOSO%20E%20SUAS%20REPERCUSS%C3%20NO%20SISTEMA%20MUSCULOESQUEL%C9TICO.pdf)

BOECHAT, Júlio [et al.] – A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. **Revista Científica Internacional.** Rio de Janeiro. ISSN 1679-9844. Vol. 1, nº 5 (2012), p. 89 -193;

CABRITA, Maria – o Idoso a autonomia e a acessibilidade. **Servir.** Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 52, n.º5 (2004), p. 212-220.

CABRAL, M.; FERREIRA, P. – **O envelhecimento em Portugal. Trabalho, Reforma, Lazer e Redes Sociais.** [Em linha]. Lisboa, 2013 [Consultado em 22 Jan. 2014]. Disponível na [www: http://www.ffms.pt/upload/docs/envelhecimento-activo_qD9h1QM-u0a6cpVzHYdAmw.pdf](http://www.ffms.pt/upload/docs/envelhecimento-activo_qD9h1QM-u0a6cpVzHYdAmw.pdf)

CAMPOS, A. **AS portuguesas têm uma esperança de vida que é das maiores do mundo, mas desfrutam de menos anos saudáveis do que as mulheres dos países mais bem classificados da europa. Uma diferença que pode chegar a uma década.** [Em linha]. Lisboa, 2014 [Consultado em 22 Jun. 2014] Disponível na [www: http://www.ulisboa.pt/wp-content/uploads/Portuguesas-vivem-cada-vez-mais-tempo-mas-com-menos-sa%C3%BAde.pdf](http://www.ulisboa.pt/wp-content/uploads/Portuguesas-vivem-cada-vez-mais-tempo-mas-com-menos-sa%C3%BAde.pdf)

CAVALCANTE, K. [et al.]. Educação em saúde para deficientes visuais: enfoque nas actividades de vida. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador. ISSN 0102-5430. Vol. 26, nº 1 (2012), p. 437-445;

CAZERO, A. P.; PERES, P. A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos. ISSN: 0104-4931. Vol. 18, nº 2 (2010), p. 149-167.

CHUMNEY, Douglas [et al.] – **Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population: Systematic review**. [Em linha]. Baltimore, 2010. [Consultado em 11 Abr. 2013]. Disponível na www: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/10/471/abschumney.html>

COSTA, M. – A interface do hospital com os cuidados continuados integrados. In CAMPOS, L. [et al.] – **Governança dos hospitais**. Alfragide: Casa das Letras, 2009.

COSTA, M. – **Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-07-7

DANTAS, C.; BELLO, F; BARRETO, K.; LIMA, L. – **Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência**. [Em linha]. Brasília, 2013. [Consultado em 20 Abr. 2014]. Disponível na www: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600016&script=sci_arttext

DELISA, J. – **Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas**. São Paulo: Manole, 2002.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – **Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consultado em 20 Nov. 2013]. Disponível na www: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0865808659.pdf

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA – **Acordo ortográfico o antes e o depois**. Porto: Porto Editora, 2010.

DINIS, C – **Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro**. Coimbra: Faculdade de Medicina de Coimbra, 1997. Dissertação de Mestrado.

DIOGO, Maria – **O papel da enfermeira na reabilitação do idoso.** [Em linha]. Ribeirão Preto, 2000. [Consultado em 20 Nov. 2013]. Disponível na www: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12437.pdf>

DUCA, D; SILVA, G.; HALLAL, M. – **Como está a independência dos idosos para a realização de atividades de vida diária?** [Em linha]. Pelotas, 2009 [Consultado em 22 Jan. 2014]. Disponível na www: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0034-89102009010600001

FAN, E. [et al.] – **Critical Illness Neuromyopathy and Muscle Weakness in Patients in the Intensive Care Unit.** [Em linha]. Estados Unidos, 2009 [Consultado em 22 Jan. 2014]. Disponível na www: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638746>.

FARO, A. – **Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber.** [Em linha]. São Paulo, 2006. [Consultado em 19 Abr. 2014]. Disponível na www: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>

FERRO, J.; PIMENTEL, J. – **Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento.** Lisboa: Lidel, 2006. ISBN 978-972-757-368-4.

FORTIN, M. – **Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação.** Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GAI, Juliana; GUIMARÃES, Renato; GOMES, Lucy. **Reabilitação vestibular no idoso com instabilidade postural.** [Em linha]. Rio de Janeiro, 2009. [Consultado em 26 Fev. 2014]. Disponível na www: <URL:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=604022&indexSearch=ID>

GIL, A. C. - **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4.^a ed. São Paulo: Atlas, 1995. ISBN 85-224-0725-8.

GRANDE, Nuno – Linhas mestras para uma política nacional de terceira idade. **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica.** Lisboa. N.º 68, p.6-10 (1994).

GRAVETO, João; SILVA, Margarida. **Modelo Conceptual Versus Modelo Oculto para a (na) Prática da Enfermagem.** [Em linha]. Lisboa, 2014. [Consultado em 26 Fev. 2014].

Disponível na www:

<URL:http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id_revistaartigo=11&id_revista=6

GUIMARÃES, L. [et al.] -Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociências.** Lavras. ISSN 0104-3579. Vol. 12, nº 3 (2004);

GUZZO, R. – **Análise comparativa da medida de independência funcional verbal e vivenciada em pacientes com hemiplegia por Acidente Vascular Cerebral.** [Em linha] São Paulo, 2008. [Consultado em 08 Jan. 2014] Disponível na www: <http://www.scribd.com/doc/41961042/mif>

HAYES, M. – Avaliação Funcional. In: HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN972-8383-13-4. p. 161-172

HEALY, Christine; MONAHAN, Frances, D – *Reabilitação e Doença Crónica.* In: MONAHAN, F.G.; [et al.] – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença.** 8ª ed. Volume I. Loures: Lusodidacta, 2007. ISBN 978-989-8075-22-2. p. 135-158

HESBEEN, W. – **A Reabilitação: Criar Novos Caminhos.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda., 2003. ISBN 972-8383-43-6.

HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo esperados.** Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-44.

HUBER, Frances; WELLS, Chris – **Exercícios Terapêuticos – Planeamento do tratamento para Progressão.** Loures: Lusoditacta, 2009. ISBN 978-989-8075-11-6

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Actualidades do INE. O Envelhecimento em Portugal. **Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas.** [Em

linha]. Lisboa, 2001. [Consultado em 9 Mar. 2013]. Disponível na www: <URL: http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf;

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Destaque do INE. Esperanças de vida sem incapacidade físicas de longa duração.** [em linha]. Lisboa, 2000. [consultado em 9 Mar. 2013]. Disponível na www: URL: <http://www.ine.pt>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Censos 2011: resultados provisórios.** [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consultado em 9 Mar. 2013]. Disponível na www: URL:<http://www.ine.pt> >

JANUÁRIO, José – **Resultados das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra.** [Em linha]. Coimbra, 2013. [Consultado em 17 Mar. 2014]. Disponível na www: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23246/1/Jos%C3%A9%20Carlos%20Janu%C3%A1rio_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20_%5BMGES%5D-%5B2013%5D.pdf

KALISH, B.; LEE, S.; DABNEY, B. - **Outcomes of inpatient mobilization: a literature review.** [Em linha]. Michigan, 2013. [Consultado em 17 Junho. 2014]. Disponível na www: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028657>

KAWASAKI, K. **Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso.** Dissertação de Mestrado, em Enfermagem. Universidade estadual de Campinas. Campinas: Faculdade de Ciência Médicas, 2004.

LAGE, Isabel – Saúde do Idoso: Aproximação ao seu estado de saúde. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 16, n.º195 (2005), p. 6-12.

LAÍNS, J. **Sistema uniformizado de dados para reabilitação médica.** [Em linha]. Coimbra, 1991. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na www: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Guia%20SUDRM.pdf>

LEAL, F. – Intervenção de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In: **Enfermagem em Neurologia.** Coimbra: Formasau, 2001. ISBN 972-8485-18-2. p. 129-151

LEITE, Valéria; FARO, Ana. **O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora.** [Em linha]. Aguiar, 2005. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na www: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf>;

LIMA-COSTA, M.; FILHO, A.; MATOS, D. – **Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** [Em linha]. Rio de Janeiro, 2007. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na www:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000021

LOURENÇO, T. **Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba.** [Em linha]. Curitiba, 2011. [Consultado em 17 Abr. 2014]. Disponível na www:
<http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTACAOTANIALOUREN%C3%87O.pdf>

MACÊDO, A. [et al.] – **Avaliação funcional de idosos com deficit cognitivo.** [Em linha]. Mato Grosso, 2012 [Consultado em 20 Fev. 2014]. Disponível na www:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300007

MALHO, M. – **A criança e a cidade. Independência de mobilidade e representações sobre o espaço urbano.** [Em linha]. Lisboa, 2003 [Consultado em 20 Fev. 2014]. Disponível na www:
http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628ed529c42d_1.pdf

MARÔCO, J. – **Análise estatística: com utilização do SPSS.** 3.^a Ed. Lisboa: Silabo, 2007.

MARTINS, C. – **Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, Interpretar e Redigir.** 1.^a Ed. Braga: Psiquilíbrios, 2011.

MARTINS, R. – **Envelhecimento Demográfico.** [Em linha]. Viseu, 2002. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na www: http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26_23.htm

MATOS, C. – **As habituais alterações no quotidiano da família face à ocorrência de um Acidente Vascular Cerebral junto de um dos seus elementos.** [Em linha]. Porto,

2008 [Consultado em 21 de Jan. 2014] Disponível na www:
<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1037/3/13480.pdf>

MENDES, R.; CHAVES, C. – **Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos: A situação no Hospital Amato Lusitano.** [Em linha]. Castelo Branco, 2012. [Consultado em 21 Jan. 2014]. Disponível na www:
http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6459/artigo_original_1.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Cuidados de Saúde Hospitalares.** [Em linha]. Lisboa, 2010. [Consultado em 21 Jan. 2014]. Disponível na www:
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/plano%20nacional%20sa%C3%BAde%202011-2016%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/plano%20nacional%20sa%C3%BAde%202011-2016%20(3).pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. **Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração.** [Em linha]. Lisboa, 2005. [Consultado em 21 Jan. 2014]. Disponível na www: <URL:
http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio_preliminar.pdf>.

MORAES, E.; MARINO, M.; SANTOS, R. **Principais síndromes geriátricas.** [Em linha]. Minas Gerais, 2010. [Consultado em 15 Abr. 2014]. Disponível na www:
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/s%C3%ADndromes+geri%C3%A1tricas.pdf>

NEVES, H.; SILVA, A.; MARQUES – **Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM.** [Em linha]. Coimbra, 2011. [Consultado em 27 Jan. 2014]. Disponível na www:
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100011

NIR, Z.; ZOLOTOGORSKY, Z.; SUGARMAN, H. – **Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke.** [Em linha]. Beer Sheva, 2004. [Consultado em 27 Jan. 2014]. Disponível na www:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15213476>

OLIVEIRA, C. – **Eficácia de exercícios pendulares no equilíbrio e na mobilidade de idosos sedentários atendidos em um ambulatório geriátrico.** [Em linha]. Porto Alegre,

2011. [Consultado em 27 Jan. 2014]. Disponível na [www: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3687/1/000432102Texto%2bCompleto-0.pdf](http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3687/1/000432102Texto%2bCompleto-0.pdf)

OLIVEIRA, M. [et al.]. **Independência funcional e satisfação em pacientes com amputação transfemoral**. [Em linha]. Assis Gurgacz, 2008. [Consultado em 19 Abr. 2013]. Disponível na [www: http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Fisioterapia/independencia_funcional_e_satisfacao_em_pacientes_com_amputacao_transfemural.pdf](http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Fisioterapia/independencia_funcional_e_satisfacao_em_pacientes_com_amputacao_transfemural.pdf);

OMS – **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: World Health Organization, 2002. ISBN: 972-675-082-2;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **CIPE – VERSÃO 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN:92-95040-36-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **CIPE – VERSÃO 2.0**. Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação**. [Em linha]. Lisboa, 2013. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na [www: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa: Comissão Instaladora da Ordem dos Enfermeiros, 1998 .

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular**. Série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na [www: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20(2).pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE E ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. [Em linha]. Lisboa, 2012. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na www: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. - **Modelos para o Exercício de Enfermagem**. Lisboa: ACEPS, 1992. ISBN 0-433-24902-1.

PEREIRA, Alexandre – **SPSS guia prático de utilização**. 5.^a Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2004. ISBN: 972-618-342-1.

PETRONILHO, F. . **Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem**. 1.^a Ed. Coimbra: Formasau, 2012. ISBN 978-989-8269-17-1.

PHIPPS, W. [et al.] - **Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica**. Vol. 1. Loures: Lusociência, 2003. ISBN972-8383-65-7.

PINTO, A. M. – **Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal**. [Em linha]. Coimbra, 2006. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na www: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20268/1/Reflex%C3%A3o%20sobre%20o%20envelhecimento%20em%20Portugal%28Geriatrics%20EdPort%202006%29.pdf>.

POLIT, D.; HINGLER, B. P. -**Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-x

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dgs. Direcção de Serviços de Planeamento – Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001.

PRESTO, B.; DAMÁZIO, L. – **Fisioterapia Respiratória**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2009. ISBN: 978-85-352-3060-4.

QUIVY, R.; CHAMPENHOUDT, L. V. - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2^a ed. Lisboa: Cradiva, 1992. ISBN 972-662-275-1.

RAMOS, L. **Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projecto Epidoso, São Paulo**. [Em linha]. Rio de

Janeiro, 2003. [Consultado em 15 Abr. 2014]. Disponível na www: <URL: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>

RIBEIRO, C. A. [et al.] - **Frequência da síndrome de imobilidade em uma enfermaria de geriatria.** [Em linha]. São Paulo, 2011. [Consultado em 17 Abr. 2013]. Disponível na www: <http://geriatriag.dominiotemporario.com/doc/frequenciaimobilidade.pdf>.

RIBEIRO, J. – **Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde.** Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8489-44-5.

RICARDO, Rui – **Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação.** Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, 2012. Tese de Mestrado.

RIBERTO, M. [et al.] – **Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional.** [Em linha]. São Paulo, 2004 [Consultado em 26 de Jan. 2014] Disponível na www: http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/1F0E3DA D99908345F7439F8FFABDFFC4/acta_vol_11_num_02_72-76.pdf

ROCHA, B. **Reabilitar: Quem, o Quê e Onde. Enf. Reabilitação: dos cuidados gerais aos cuidados específicos.** [Em linha]. Vila Nova de Gaia, 2008 [Consultado em 22 Jan. 2014]. Disponível na www: <http://www.slideshare.net/belmirorochoa/enfermagem-de-reabilitao>

RODRIGUES, R. [et al]. **Morbilidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos.** Em linha]. São Paulo, 2008. [Consultado em 25 Abr. 2014]. Disponível na www: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400017

RODRIGUEZ, Bibiana – Cuidar a los ancianos dependientes o apostar por su independencia? **Rol de Enfermería.** Barcelona. ISSN 0210-5020. Ano 31, n.º9 (2008), p. 35-38.

SCAAF, V. [et al.]. **Poor functional status immediately after discharge from na intensive care unit.** [Em linha]. Amsterdão, 2008. [Consultado em 25 Abr. 2014]. Disponível na www: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19031208>

SCANLAN, T.; WILKINS, R.; STOLLER, J. – **Fundamentos da Terapia Respiratória de Egan.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. ISBN 85-204-0987-3.

Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes – **Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa.** Coimbra: Secção de Medicina Física e de Reabilitação da UEMS, 2009.

SILVA, Emanuel – **Reabilitação após o AVC.** Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 2010. Tese de Mestrado Integrado em Medicina.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C.-Revisão dos desenhos da pesquisa relevantes para enfermagem: parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 15, nº 3 (2007).

TOMEY, M.; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem.** Loures: Lusodidacta, 2004. ISBN: 978-972-838-374-9.

VILAS, E. [et al.] – **Síndrome neuromuscular adquirido en el paciente crítico.** [Em linha]. Barcelona, 2006. [Consultado em 21 Jan. 2014]. Disponível na www: <URL:<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17927329>

WILD, D. [et. al.] – **Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation.** [Em linha]. Oxford, 2005 [Consultado em 22 Jan. 2014]. Disponível na www: http://www.ispor.org/workpaper/research_practices/PROTranslation_Adaptation.pdf

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO ÉTICA



COMISSÃO de ÉTICA

Autizado
Maria do Céu Faia
Enfermeira Directora
19/08/2013

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, para a realização de um projeto de investigação, sendo a investigadora, **Andreia Maria Novo Lima**, Enfermeira Graduada em Enfermagem de Reabilitação, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, cujo tema é: **“Reabilitação e a Independência Funcional do Doente submetido a Imobilidade”**.

Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido projeto.

A Comissão de Ética reunida em 08 de Julho de 2013

O Presidente da C. E.


.....
(Dr. António Rodrigues)

ULSAM, EPE

Sede Social: Estrada de Santa Luzia – VIANA DO CASTELO - N.I.P.C. 508 786 193 Capital Estatutário: 35 422 000,00 €-
Endereço postal: Rua José Espregueira, 126 – 4901-871 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 – Linha Azul: 258 828 888

ANEXO B – ESCALA DE NEECHAM

NEECHAM Confusion Scale

NÍVEL I – PROCESSAMENTO	
PROCESSAMENTO – ATENÇÃO: (Atenção – Alerta - Reacção)	
4	Atenção/alerta total: responde imediata e correctamente à chamada pelo nome ou toque – olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma normal.
3	Atenção/alerta diminuída ou aumentada: atenção diminuída quer à chamada, toque ou a estímulos ambientais ou hiper-alerta, hiperactivo a estímulos/objectos circundantes.
2	Atenção/alerta inconstante ou inadequada: requer chamada ou toque repetidos para obter/manter contacto visual/atenção; capaz de reconhecer objectos/estímulos, embora possa adormecer entre estímulos.
1	Atenção/alerta perturbada: abre olhos em resposta a sons ou toque; pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contacto ou pode mostrar-se retraído/agressivo.
0	Despertar/resposta deprimida: pode ou não abrir os olhos; só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos; incapaz de reconhecer contacto.
PROCESSAMENTO – ORDEM: (Reconhecimento – Interpretação - Acção)	
5	Capaz de obedecer a uma ordem complexa: "Ligue a luz de chamar os enfermeiros" (Tem de procurar o objecto, reconhecê-lo e executar a ordem).
4	Resposta lenta a ordem complexa: requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/executar a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.
3	Capaz de obedecer a uma ordem simples: "Levante a mão ou o pé Sr." (Usar apenas 1 parte do corpo).
2	Incapaz de obedecer a uma ordem directa: obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual – bebe do copo colocado perto da boca. Responde de forma calma ao contacto, tranquilização ou segurar a mão do enfermeiro.
1	Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente: responde com expressões faciais atordoadas ou assustadas, e/ou resposta de afastamento/resistência, comportamento hiper/hipoactivo; não responde a leve apertar de mão pelo enfermeiro.
0	Hipoactivo, letárgico: respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais.
PROCESSAMENTO – ORIENTAÇÃO: (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/discurso)	
5	Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa: processos do pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequados. Memória de curto prazo intacta.
4	Orientado em relação às pessoas e ao espaço: distúrbio mínimo na memória/recorção, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequadas; pode ser repetitivo, necessária estimulação para manter o contacto. Geralmente coopera.
3	Orientação inconsistente: voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns, poderá sofrer alucinações ou ilusões. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de protecção cognitivos cooperantes).
2	Desorientado e memória/recorção perturbada: orientado para si próprio/reconhece a família. Poderá questionar acções do enfermeiro ou recusar pedidos/procedimentos (comportamentos de protecção cognitivos de resistência). Conteúdo da conversação/pensamento perturbado. Ilusões e/ou alucinações são comuns.
1	Desorientado, reconhecimento perturbado: reconhece, de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objectos. Sons/discurso inadequados.
0	Processamento de estímulos deprimido: resposta mínima a estímulos verbais.
NÍVEL 2 – COMPORTAMENTO	
COMPORTAMENTO – APARÊNCIA:	
2	Controla a postura, mantém a aparência, higiene: vestido e arranjado de forma adequada, asseado, limpo. Postura na cama/cadeira normal.
1	Postura ou aparência alteradas: algum desarranjo na roupa/cama ou aparência pessoal, ou alguma falta de controlo de postura, posição.
0	Postura e aparência anormais: desarrumação, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.

COMPORTAMENTO – MOTOR:			
4	Comportamento motor normal: movimento, coordenação e actividade adequados, capaz de descansar tranquilamente na cama, movimento de mãos normal.		
3	Comportamento motor lentificado ou hiperactivo: quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (mãos/braços cruzados ou sobre o peito ou ao longo do corpo) ou hiperactivo (mexer para cima/baixo, agitado). Pode ter tremores nas mãos.		
2	Movimento alterado: inquieto ou com movimentos rápidos. Movimentos manuais parecem anormais – apanhar objectos da cama ou da coberta, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.		
1	Movimentos inapropriados, disruptivos: puxar tubos, tentar passar por cima das grades de protecção, acções intencionais frequentes.		
0	Movimentos deprimidos: movimentos limitados a não ser que seja estimulado; movimentos de resistência.		
COMPORTAMENTO – VERBAL:			
4	Inicia discurso de forma adequada: capaz de conversar, consegue iniciar e manter uma conversa. Discurso normal para problema diagnosticado, tom de voz normal.		
3	Início de discurso limitado: respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tom de voz pode ser anormal e o ritmo pode ser lento.		
2	Discurso inadequado: pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.		
1	Discurso/sons perturbados: sons/tom alterados. Balbucia, grita, diz palavras ou está anormalmente em silêncio.		
0	Sons anormais: grunhidos ou outros sons distorcidos. Não há discurso claro.		
NÍVEL 3 – CONTROLO FISIOLÓGICO			
AVALIAÇÕES FISIOLÓGICAS:			
Valores registados:		Normal	Períodos de apneia/bradipneia presentes?
Temp.		36 - 37°	1 = sim; 0 = não;
TA sist.		100 - 160	Prescrita terapia de oxigénio?
TA diast.		50 - 90	0 = não; 1 = sim, mas desligado; 2 = sim, ligado no momento;
Freq. Card.		60 - 100	
Reg.	Irreg.		
Ciclos Resp.		14 - 22 (contar 1 min.)	
Sat. O ₂		93% ou superior	
ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS: (Contar anomalias da TA sist. e/ou TA diast. como um valor; contar Ritmo Cardíaco anormal e/ou irregular como um; contar apneia e/ou respiração anormal como um; e temperatura anormal como um.)			
2	TA, RC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular		
1	Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal		
0	Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais		
ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO:			
2	Sat. O ₂ normal (93% ou superior)		
1	Sat. O ₂ entre 90% e 92% ou está a receber oxigénio		
0	Sat. O ₂ abaixo de 90%		
CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA:			
2	Mantém o controlo da bexiga		
1	Incontinente nas últimas 24 horas ou tem penny-rose		
0	Incontinente no momento, ou necessita de algaliação intermitente ou permanente ou tem anúria		
<input type="checkbox"/>	Pontuação NÍVEL 1: Processamento (0 - 14 pontos)		
<input type="checkbox"/>	Pontuação NÍVEL 2: Comportamento (0 - 10 pontos)		
<input type="checkbox"/>	Pontuação NÍVEL 3: Controlo fisiológico (0 – 6 pontos)		
<input type="checkbox"/>	NEECHAM TOTAL: (0 - 30 pontos)		
		Pontuação total:	Indica:
		0-19	Confusão moderada a severa
		20-24	Confusão ligeira ou início de desenvolvimento
		25-26	Não confuso, mas com alto risco
		27-30	Não confuso

ANEXO C – ESCALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF

DATA: (___ / ___ / ___)

Níveis	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
Dependência Modificada	5 – Supervisão 4 – Ajuda Mínima (indivíduo > = 75%) 3 – Ajuda Moderada (indivíduo > = 50%) 2 – Ajuda máxima (indivíduo > = 25%) 1 – Ajuda Total (indivíduo > = 0%)	AJUDA

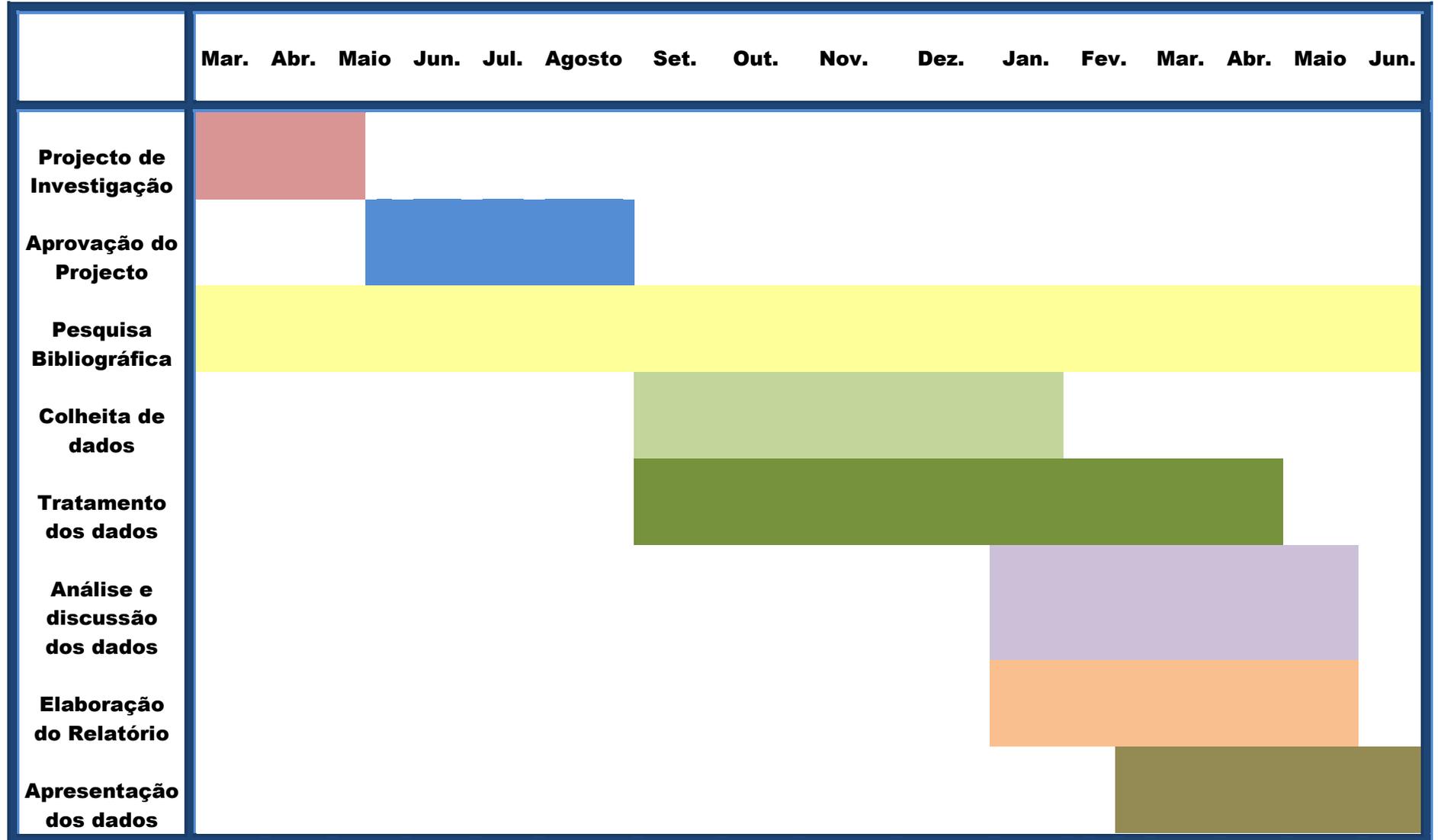
AUTO –CUIDADO	1.º dia		último dia	
A – Alimentação				
B – Higiene Pessoal				
C – Banho				
D – Vestir metade superior				
E – Vestir metade inferior				
F – Utilização do vaso sanitário				
CONTROLE DE ESFÍNCTERES	1.º dia		último dia	
G – Controle da Urina				
H – Controle das fezes				
MOBILIDADE – Transferências	1.º dia		último dia	
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas				
J – Vaso sanitário				
K – Banheira, chuveiro				
LOCOMOÇÃO	1.º dia		último dia	
L – Marcha/ cadeira de rodas	m c	—	m c	—
M - Escadas				
COMUNICAÇÃO	1.º dia		último dia	
N – Compreensão				
O – Expressão				
COGNIÇÃO SOCIAL	1.º dia		último dia	
P – Interação Social				
Q – Resolução de problemas				
R – Memória				
TOTAL =				
Nota: não deixe nenhum item em branco: se não possível de ser testado marque 1.				

“Medida de independência Funcional - MIF” - Este estudo foi conduzido por: State University of New York at Buffalo – School of Medicine, Department of Rehabilitation Medicine (tradução, para o português, de Jorge Laíns - SMFR / HUC - Coimbra, 1991)

APÊNDICES

APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES



APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO



Um Estudo com Doentes sujeitos a Imobilidade

Consentimento Informado

Dissertação de Mestrado – “Os cuidados do enfermeiro de reabilitação têm impacto na independência funcional do doente sujeito a imobilidade”.

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado(a) sobre o presente estudo, que será realizado sob a orientação da Professora Doutora Salomé Ferreira da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e aceito participar, através do preenchimento dos respetivos formulários.

Fui também informado(a) que a minha participação tem um caráter voluntário, podendo desistir a qualquer momento.

As respostas aos instrumentos utilizados são estritamente confidenciais e todos os dados serão codificados e só serão utilizados exclusivamente para este estudo.

Viana do Castelo, ___ de _____ de 2013

Assinatura do(a) participante
ou seu substituto legal

Assinatura do Investigador

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

ID:

DATA DA 1ª AVALIAÇÃO 1.º dia	DATA DA 2ª AVALIAÇÃO último dia de internamento	Nº DE DIAS ENTRE A 1ª E A 2ª AVALIAÇÃO

CARATERIZAÇÃO DA PESSOA SUJEITA A IMOBILIDADE

Este questionário tem como objectivo conhecer as características sócio-demográficas da população, no sentido de compreender todos os fatores associados ao seu problema atual, ou seja a Imobilidade. Peço-lhe que responda com sinceridade a todos os itens, pois as respostas são confidenciais.

1. **Idade (anos):** _____

2. **Nível Escolaridade:** Nenhum 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Ensino Secundário Ensino Superior

3. **Sexo:** Masculino Feminino

4. **Estado Civil:** Casado/União facto Solteiro Viúvo Divorciado

5. **Proveniência:** Domicilio Lar Outro _____

6. **Prestador de Cuidados:** Não Sim, Qual: _____

7. **Tempo de imobilidade:** _____

8. **Diagnóstico de internamento:** _____

9. **Antecedentes pessoais:** _____

10. **Destino no momento da alta:**
 - RNCCI;
 - Domicilio;
 - Institucionalização.

