

Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente

Influence of rehabilitation nursing care on the recovery of functional independence of the patient

Influencia de los cuidados de rehabilitación en enfermeira em la independencia funcional del paciente

Andreia Maria Novo Lima¹, Maria Salomé Martins Ferreira²,
Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins³, Carla Sílvia Fernandes⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. **Método:** estudo descritivo-correlacional, quantitativo, transversal e com amostragem não probabilística de tipologia acidental. Critérios de inclusão: medida independência funcional ≤ 90 e doentes sujeitos à imobilidade. Critérios de exclusão: portadores de doenças neoplásicas e com alterações do estado de consciência. Para a coleta de dados foi utilizado questionário sócio demográfico e a Escala MIF. **Resultados:** os dados da amostra (n=40), revelam uma média de idades de 76,4 anos, na sua maioria mulheres (57,5%), casadas (55%), com o primeiro ciclo de escolaridade (70%), e estiveram sujeitos em média a 49,6 dias de imobilidade. A independência funcional teve uma melhoria significativa da 1^a (46,69) para a 2^a avaliação (94,61). **Conclusão:** a imobilidade tende a prejudicar a qualidade de vida e saúde da pessoa, exigindo intervenção profissional. Essas pessoas sob cuidados de enfermeiros de reabilitação, recuperaram 36,98% da sua independência funcional.

¹Enfermeira de Reabilitação. Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal. Email: alima2358@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7535-9040> **Autor principal** – Endereço para correspondência: Rua da Travessa n.º235, 4905-650 Vila de Punhe, Portugal.

²Enfermeira de Reabilitação. Doutora em Psicologia da Saúde. Professora Adjunta. Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo, Portugal. Email: salomeferreira@ess.ipvc.pt ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1685-9891>

³Enfermeira de Reabilitação. Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. Email: mmartins@esenf.pt ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1527-9940>

⁴Enfermeira de Reabilitação. Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. Email: carlasilviaf@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7251-5829>



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

Descritores: Enfermagem; Reabilitação; Área de Dependência-Independência; Pessoas Acamadas.

ABSTRACT

Objective: to know the influence of rehabilitation nursing care on the recovery of functional independence of the patient. **Method:** descriptive-correlational, quantitative, cross-sectional study with non-probability sampling of accidental typology. **Inclusion criteria:** functional independence measure ≤ 90 and patients subject to immobility. **Exclusion criteria:** patients with neoplastic diseases and altered state of consciousness. For data collection, a sociodemographic questionnaire and the MIF Scale were used. **Results:** The sample data ($n = 40$) reveal an average age of 76.4 years, mostly women (57.5%), married (55%), with the first level of education (70%), and were subject to 49.6 days of immobility on average. Functional independence improved significantly from the 1st (46.69) to the 2nd assessment (94.61). **Conclusion:** immobility tends to impair the person's quality of life and health, requiring professional intervention. These people under the care of rehabilitation nurses, recovered 36.98% of their functional independence.

Descriptors: Nursing; Rehabilitation; Dependency-Independence Area; Bedridden people.

RESUMEN

Objetivo: conocer la influencia de los cuidados de rehabilitación en enfermería en la recuperación de la independencia funcional de pacientes sujetos a inmovilidad. **Método:** estudio descriptivo-correlacional, cuantitativo, transversal y muestreo no probabilístico de tipología accidental en pacientes sometidos a inmovilidad. **Criterios de inclusión:** Medida de Independencia Funcional (MIF) ≤ 90 y pacientes sujetos a inmovilidad. **Criterios de exclusión:** pacientes con enfermedades neoplásicas y estado alterado de conciencia. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la Escala MIF. **Resultados:** los datos de la muestra ($n = 40$) revelan una edad promedio de 76,48 años, en su mayoría mujeres (57,5%), casadas (55%), 70% con el primer ciclo de educación, y estaban en promedio sujetos a 49,60 días de inmovilidad. La independencia funcional mejoró significativamente de la primera (46,69) a la segunda evaluación (94,61). **Conclusión:** la inmovilidad tiende a perjudicar la calidad de vida y salud de la persona, lo que requiere intervención profesional. Estas personas bajo el cuidado de enfermeras de rehabilitación recuperaron el 36,98% de su independencia funcional.

Descriptores: Enfermería; Rehabilitación; Área de Dependencia-Independencia; Personas Encamadas.

INTRODUÇÃO

A imobilidade é o resultado da supressão dos movimentos corporais de uma ou várias articulações. Felizmente, com a evolução do

conhecimento técnico-científico na área da saúde, recorre-se cada vez menos à prescrição da restrição da mobilidade como coadjuvante do processo terapêutico, sendo necessária, logo que possível, a

mobilização precoce. Este cuidado, diminui substancialmente a eventualidade do aparecimento de fenômenos associados à inatividade. No entanto, em determinadas situações, como no caso do internamento na unidade de cuidados intensivos, em alguns tipos de fraturas e em algumas patologias, especialmente do foro cardíaco, hepática e neurológico, essa evicção não é possível¹⁻³. Este aspecto assume particular importância na pessoa idosa, uma vez que, devido à degradação fisiológica normal dos processos corporais e às comorbilidades⁴, têm maior propensão para desencadear efeitos nefastos da imobilidade, sendo necessário um plano de reabilitação, logo que possível.

Associado ao envelhecimento, está o comprometimento do desempenho neuromuscular, evidenciado pela fraqueza muscular, pela lentificação dos movimentos, pela perda da força muscular e pela fadiga muscular precoce^{5,6}. Apesar do envelhecimento progredir a uma velocidade variável de acordo com o indivíduo, em geral, o declínio começa durante a terceira década de vida, e acelera a partir dos 60 anos,

essencialmente ao nível da taxa metabólica basal, o total de água no organismo, o débito cardíaco em repouso, a perfusão renal e a capacidade pulmonar total⁷. Muito do decréscimo destas funções pode estar relacionado com o descondicionamento e o desuso, sendo o idoso, o mais propenso a apresentar lesões patológicas nos mais diversos sistemas orgânicos⁸.

A imobilidade decorrente dos processos inerentes ao envelhecimento ou do repouso prolongado no leito é definida como a degradação de todos os sistemas corporais, acarretando sérios problemas de saúde, assim como custos económicos elevados⁸. Segundo os dados do Ministério da Saúde (PT), acredita-se que a falta de mobilidade seja responsável pelo aparecimento ou agravamento de patologias, como a diabetes mellitus e de alguns casos de cancro, bem como de patologias cardiovasculares e mortes. Em Portugal, cerca de 14% das mortes, estão associadas à imobilidade, sendo este valor superior à média mundial (10%)⁹.

Pacientes em repouso por um período de 7 a 10 dias, reduz 30% da força muscular total. E, por cada

semana de imobilização completa no leito o doente perde 20% da sua força muscular, atingindo 50% a partir de quatro semanas¹⁰.

Assim, a maioria dos doentes sujeitos a imobilidade, apresentam alterações da força muscular, podendo estas alterações serem consideradas, desde situações ligeiras a quadros graves de fraqueza generalizada. Quanto maior o comprometimento da força muscular, maior é o grau de dependência do doente¹¹.

A alteração da mobilidade pode resultar de doenças neurológicas, desnutrição, problemas orto-traumatológicos, dor intensa, envelhecimento, doenças cardíacas, alterações psicológicas, doenças respiratórias, défices neuro sensoriais¹² e situações de pós-operatório. Mesmo nos adultos saudáveis, os efeitos da imobilidade prolongada e atrofia por desuso são, muitas vezes persistentes e necessitam de reabilitação física intensiva para permitir o regresso ao seu nível basal de funcionamento.

Atualmente, a reabilitação é reconhecida como uma componente fundamental no processo saúde-doença e no cuidado social de pessoas

com deficiência ao longo de todo o ciclo vital^{13,14}. A sociedade valoriza de tal forma a independência, que quando se depara com uma pessoa com deficiência e/ou dependência, a visão muda drasticamente. Se o indivíduo se mostrar independente, terá potencial para exercer o seu papel social e produtivo na sociedade, deixando a ideia de representar um peso social e financeiro.

O enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação, inserido em equipe multidisciplinar, colabora ativamente com os demais profissionais dos setores da saúde e da comunidade, construindo, executando e partilhando o processo de enfermagem, com a finalidade de alcançar níveis de excelência no processo de reabilitação. A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) salienta o papel deste especialista em todo o ciclo vital, na promoção de ações orientadas para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação/reintegração da pessoa, facilitando a socialização e fundamentalmente a dignidade e unicidade^{15,16}.

Ciente da importância da temática pretende-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais os ganhos na independência funcional do paciente sujeito a imobilidade quando alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação? com o objetivo de conhecer a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente.

METODO

O estudo caracteriza-se como descritivo-correlacional e longitudinal, de natureza quantitativa e amostragem não probabilista, de tipologia accidental. Os participantes foram selecionados, independentemente do diagnóstico ou motivo de internamento e dos antecedentes pessoais, mas que apresentassem uma Medida de Independência Funcional (MIF) ≤ 90 e estivessem sujeitos a imobilidade. 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, com valor < 11 .

A coleta de dados foi efetuada

no período de setembro de 2013 a janeiro de 2014, após a admissão dos pacientes no serviço de Medicina Interna, de um hospital de médio porte a norte de Portugal. Este hospital possui 180 leitos, com uma unidade de cuidados intensivos, além de outros serviços, como cirurgia, pediatria, obstetria, ginecologia, ortopedia, gastroenterologia, unidade de dia e consultas externas. Dos 62 pacientes, apenas 40 reuniam todos os critérios de inclusão definidos.

A coleta envolveu dois momentos distintos, sendo a primeira, avaliação efetuada no primeiro contato entre os pacientes e o enfermeiro de reabilitação. A segunda avaliação, foi efetuada no último dia de contato do paciente com o enfermeiro de reabilitação antes da alta. Sendo que, durante todo o internamento, em uma média de 11 dias (com um mínimo de cinco e máximo de 20 dias), os pacientes foram submetidos a um programa de reabilitação de acordo com as suas necessidades.

Foi utilizado um questionário sociodemográfico e a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)¹⁷. O questionário sociodemográfico permitiu 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.

A MIF é uma escala que avalia o desempenho do indivíduo na realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes a seis subescalas: Auto-cuidado que é dividida em seis itens (alimentação; higiene pessoal; banho; vestir metade superior; vestir metade inferior; utilização do vaso sanitário), Controle de Esfíncteres em dois itens (controle de urina; controle das fezes), Mobilidade - transferências em três itens (leito; cadeira; cadeira de rodas; vaso sanitário; banheira; chuveiro), Locomoção em dois itens (marcha/cadeira de rodas; escadas), Comunicação em dois itens (compreensão; expressão) e Cognição Social em três itens (Interação social; Resolução de problemas; Memória). A pontuação de cada item varia de um a sete, de acordo com o grau de dependência: sete corresponde a

independência completa, seis a independência modificada, cinco à necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, quatro a ajuda mínima, ou seja o doente realiza mais de 75% da tarefa, três a ajuda moderada, sendo que o doente realiza mais de 50% da tarefa, dois a ajuda máxima, em que o doente realiza mais de 25% da tarefa, um a ajuda total, ou seja o doente tem que ser substituído em toda a tarefa.

A MIF total pode ser dividida em quatro 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)¹⁸.

Os dados foram tratados através do programa estatístico Statistical Package Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Foi aplicado o teste Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade de distribuição, teste t de Student para amostras emparelhadas para testar a hipótese e o teste de Correlação de Pearson para correlacionar as variáveis da escala, uma vez que estas apresentaram

normalidade de distribuição.

No estudo, a MIF apresentou um Alfa de Cronbach total de 0.964, com valores nas suas subescalas compreendidos entre 0.960 e 0,966, o que traduz um bom índice de fidelidade. Relativamente às variáveis em estudo, foi assumido como variável dependente, a independência funcional, e como variável independente, os cuidados de enfermagem de reabilitação.

De acordo com as normas de Helsínquia, após o parecer favorável da instituição, as pessoas envolvidas no estudo ou os seus substitutos legais, deram o seu consentimento, onde expressam a liberdade de escolha na participação no estudo proposto, sendo-lhes garantida a confidencialidade, privacidade e anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra apresentou uma média de idades de 76,4 anos, a maioria (70%) com o primeiro ciclo, do sexo feminino 57,5% e com o estado civil de casados/união de fato (55%). No que concerne à proveniência a grande maioria veio diretamente do seu domicílio/lar (90%), enquanto que

os restantes 10%, foram transferidos de outro hospital. Quanto aos motivos de internamento, a maioria (n=26) era do foro neurológico.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. Portugal, 2014. (n=40)

Variáveis	n	%
Idade(anos) (Média; Máximo-Mínimo)	76,48; 36-98	
Nível de Escolaridade		
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
Gênero		
Masculino	17	42,5
Feminino	23	57,5
Estado Civil		
Casado	22	55,0
Solteiro	6	15,0
Viúvo	11	27,5
Divorciado	1	2,5
Diagnósticos		
Foro Neurológico	26	65,0
Foro cardíaco	8	20,0
Foro Respiratório	11	27,5
Foro Metabólico	8	20,0
Foro Ortopneumológico	1	2,5
Foro Hematológico	4	10,0
Proveniência		
Domicílio/Lar	36	90,0
Transferidos de outros hospitais	4	10,0

No que concerne à idade, os participantes apresentaram uma média de idades de 76,48 anos, pelo que se destaca a população idosa, tal como salienta a literatura⁴⁻⁶.

Relativamente às habilitações literárias mais comum era que os doentes da amostra apresentavam o primeiro ciclo (70,0%), a menos frequente era o ensino secundário

(0,0%) e cerca de 5,0% tinha o ensino superior, salientando que apesar de não ser uma amostra representativa, estes últimos apresentaram maior recuperação da sua independência funcional.

No que respeita ao género verifica-se que predomina o sexo feminino em relação ao sexo masculino, e tratando-se de uma amostra com uma média de idades de 76,48 anos, portanto idosos, provavelmente este fato resulta da esperança média de vida em Portugal ser maior nas mulheres do que nos homens¹⁹. As mulheres vivem mais tempo, mas com piores condições de saúde²⁰.

Os indivíduos da amostra estiveram em média, sujeitos a 49,6 dias de imobilidade. Quanto à medida de independência funcional verificou-se que, em média, esta aumentou da primeira para a segunda avaliação, o que significa que, em média em todas as subescalas, os doentes recuperaram a sua independência.

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

significativos ($p=0,000$) para todas as subescalas da MIF. Relativamente à MIF, na primeira avaliação observou-se que a média total era de 46,69 e que na segunda passou para 94,61. Isto demonstra que os doentes entre a primeira e a segunda avaliação recuperaram independência funcional, com significância estatística ($p=0,000$).

Verificou-se que os pacientes que vinham do domicílio/lar recuperaram mais e que os que tinham prestador de cuidados recuperaram menos. Os pacientes institucionalizados são os que recuperaram menos, sendo estes as pessoas que têm prestador de cuidados informal.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a significância de independência funcional, na 1ª e na 2ª avaliação.

MIF	Med	Dp	Med	Dp	T	P
Auto-cuidados	12,5	5,7	30,3	6,8	19,9	0,000
Controle esfíncter	4,3	2,3	10,9	3,2	12,7	0,000
Mobilidade -Transf	6,2	2,3	14,3	3,9	14,4	0,000
Locom	3,1	1,1	7,6	2,7	10,5	0,000
Comunic	8,3	3,4	12,5	2,5	8,5	0,000
Cognição Social	12,1	5,5	18,8	3,9	8,7	0,000
TOTAL	46,6	17,8	94,6	19,7	18,6	0,000

Nota: Transf= transferências; Loc= locomoção, Comunic= comunicação

Constatou-se que este fato poderá estar relacionado com a substituição do doente nas atividades de vida diárias por parte dos prestadores de cuidados, tornando-se um bloqueio ao restabelecimento da independência. Existe uma associação significativa entre as limitações na participação do autocuidado e maior risco de morbidades e comorbidades, destacando-se desta forma a importância do poder

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 Autocuidado, maior o Controle de Esfínteres, 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

Tabela 3 - Distribuição da significância das variáveis de MIF.

	Auto-Cuidados		Controle de Esfíncter		Mobilidade-Transf		Locom		Comunic		Cognição Social	
	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.	C. Pear.	Sig.
Auto-Cuidados	-----	-----	0,77**	0,0	0,63**	0,0	0,64**	0,0	0,22	0,16	0,29	0,06
Controle de Esfínteres	0,77**	0,0	-----	-----	0,52**	0,0	0,44**	0,0	0,22	0,15	0,31	0,05
Mobilidade-Transferência	0,63**	0,0	0,52**	0,0	-----	-----	0,71**	0,0	0,12	0,43	0,02	0,87
Locomoção	0,64**	0,0	0,44**	0,0	0,71**	0,0	-----	-----	0,14*	0,38	0,04*	0,76
Comunic.	0,22	0,16	0,22	0,15	0,12*	0,43	-0,14*	0,38	-----	-----	0,90**	0,0
Cognição Social	0,29	0,06	0,31	0,05	0,02	0,87	-0,04*	0,76	0,90**	0,0	-----	

Nota: Transf=transferência, Locom=locomoção, Comunic=comunicação. **Correlação é significativa no nível 0,01; *Correlação é significativa para o nível 0,05.

terapêutico da participação do doente no autocuidado²¹.

Da análise da correlação para todas as subescalas da MIF, verificou-se que estas se correlacionam positivamente entre si, e se verificada

não se correlacionam significativamente com as restantes: Autocuidado (p=0,169); Controle de Esfínteres (p=0,155); Mobilidade-Transferências (p=0,430) e Locomoção (p=0,387), no entanto, entre si, elas

correlacionam-se significativamente ($p=0,000$).

Da primeira para segunda avaliação, 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), respectivamente.

No total da escala MIF os doentes recuperaram 36,98% 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 com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e confirma a Hipótese em estudo.

Analisando cada uma das subescalas da MIF, constatou-se que houve aumento estatisticamente significativo, sendo que a subescala que mais aumentou foi a de Controle de Esfíncteres (46,92%) seguida de Autocuidados (42,50%), e a que menos aumentou foi a de Comunicação (29,78%), conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Percentagem de ganhos entre a 1.^a e a 2.^a avaliação no independência funcional da amostra.

MIF	Itens	Inter	1 ^a	2 ^a	G
	n ^o	Pont	Med	Med	%
Auto-Cuidados	6	6 - 42	12,5	30,3	42,5
Controle de Esfíncteres	2	2 - 14	4,3	10,9	46,9
Mobilidade-Transf	3	3 - 21	6,2	14,3	38,8
Locomoção	2	2 - 14	3,1	7,6	31,7
Comunic	2	2 - 14	8,3	12,5	29,7
Cognição Social	3	3 - 21	12,1	18,8	32,1
TOTAL	18	38-126	46,6	94,6	36,9

Nota: Inter=intervalos de variação, Pont=pontos, Med=média, G=ganhos, Transf=transferência, Comunic=comunicação.

Em um estudo²¹ realizado com doentes internados no serviço de medicina, concluiu-se que a hospitalização promove alterações na dependência dos indivíduos, identificando-se 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 da independência, relativamente à pré-admissão. Portanto, o episódio de internamento, por si só trouxe dependência à pessoa. No presente estudo, encontrando-se os doentes

nas mesmas condições, verificou-se que os doentes apresentaram alterações positivas na recuperação da sua independência funcional, relativamente ao momento que antecedeu a hospitalização, e que nenhuma das variáveis sociodemográficas influenciaram essa recuperação, o que nos leva a considerar que a diferença poder-se-á atribuir à intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A enfermagem de reabilitação, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), dirige-se às pessoas em todas as fases do ciclo vital e trata-se de 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 qualidade²².

No estudo de Macêdo²³ aplicaram a MIF e concluíram que houve evolução positiva entre o

momento inicial e final de avaliação e na análise de cada subescala, constataram que houve uma maior evolução do Auto-Cuidado, Locomoção e Comunicação, após a implementação de um programa de reabilitação. No presente estudo a subescala da Comunicação foi a que menos evoluiu, o que nos pressupõem acrescentar que os enfermeiros de reabilitação devem direcionar a atenção/investigação para esta vertente e implementar intervenções de enfermagem que visem habilitar esta capacidade²⁴.

Correlacionando as várias subescalas da MIF verificou-se 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 constata-se 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 fato de que um doente confuso ou que não comunique pode recuperar a mobilidade e locomoção, corroborando o estudo dos autores²⁵.

Uma vez que os dados foram colhidos no mesmo serviço hospitalar, os doentes da amostra estiveram sujeitos ao mesmo número de doentes por enfermeiro e aos mesmos cuidados da equipe multidisciplinar. De salientar que, nenhum destes doentes recebeu intervenção do técnico de fisioterapia.

De acordo com os resultados obtidos, concluiu-se que os doentes sujeitos a imobilidade, que beneficiaram dos cuidados de enfermagem de reabilitação recuperaram 38,03% da sua independência funcional. Ressalta-se que nenhum dos dados colhidos influenciou esta recuperação, chegando à conclusão de que, o enfermeiro de reabilitação fez a diferença nesta recuperação.

CONCLUSÃO

A reabilitação visa potenciar a recuperação e reintegração do indivíduo, diminuindo a deficiência, a incapacidade e a desvantagem. Nesta

perspetiva, o sucesso da reabilitação depende da continuidade dos cuidados, da coordenação dos mesmos e da inter-relação entre a equipe multidisciplinar, o doente, a família e a comunidade.

Os idosos são as pessoas mais propensas a desenvolverem os processos patológicos inerentes à imobilidade, sendo as doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, uma importante causa de imobilidade. Em média os doentes estiveram sujeitos a 49,6 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 fato pode ser explicado porque os doentes que possuíam menos dias de imobilidade apresentavam na primeira avaliação um score superior na MIF, tendo, portanto menos a recuperar.

Os resultados revelaram que os doentes sujeitos a imobilidade, depois da intervenção do enfermeiro de reabilitação, recuperaram 36,98% da sua independência e onde se constatou maior impacto foi no Controle de Esfíncteres e nos

autocuidados, no entanto ainda existe um longo caminho para se conseguir os mesmos resultados na Comunicação.

Tendo em conta os resultados obtidos, estes mostram 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.

As limitações do estudo prendem-se essencialmente com uma amostra reduzida e com a escassez de estudos recentes publicados nesta área. Sugere-se a realização de um estudo com maior número de participantes, para obter maior representatividade.

Não concluindo, porque muito ainda há a efetuar na prática, enfatiza-se a importância de inclusão dos cuidados de enfermagem de reabilitação em todos os serviços, de forma autônoma e independente, visando a integralidade do plano terapêutico e melhores resultados (acolhimento-vínculo-acesso-cuidado),

especialmente aos pacientes que demandem multirecursos assistenciais no restabelecimento da saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira CAAC. Qualidade de vida do doente com cirrose hepática [dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2013. 211 p.
2. Henriques GCCC. Reabilitação e cirurgia cardíaca - Revisão sistemática da literatura [dissertação]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de saúde; 2016. 123 p.
3. Fábio SRC, Coletto FA, Neto OMP, Okubo PCMI, Moro CHC, Martins SCO. Rotinas no AVC - Pré-Hospital e Hospitalar. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
4. Edelmuth SVCL, Sorio GN, Sprovieri FAA, Gali JC, Peron SF. Comorbidades, intercorrências clínicas e fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados por fatura de quadril. Rev Bra de Ortop. 2018; 53(5):543-551.
5. Piredda M, Bartiromo C, Capuzzo MT, Matarese M, Marinis MG.

- Nursing care dependence in the experiences of advanced cancer impatientes. *Eur j of oncol nurs.* 2016; 20(2):125-132.
6. Wibelinger LM, Schneider RH, Tonial A, Oliveira G, Klein B, Capitânio. Avaliação da força muscular (torque muscular) de flexores e extensores de joelho em indivíduos idosos socialmente ativos. *RBCEH.* 2009; 6(2):284-292.
 7. Phipps W. (2009). *Enfermagem médico-cirúrgica - conceitos e prática clínica.* 8.^a ed. Loures: Lusociência; 2009.
 8. Ordem dos Enfermeiros (OE). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão 2015.* Lisboa: Lusodidacta; 2016.
 9. Ministério da Saúde. *Retrato da saúde.* Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
 10. Sabinelli M, Maioral DC, Falcão ALE, Kosour C, Dragosavac D, Lima NMFV. The effects of orthostatism in adult intensive care unit patients. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012; 24(1):64-71.
 11. Mendes, R.; Chaves, C. Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos: A situação no Hospital Amato Lusitano. *Rev saúde amato lusitano.* 2012; 31:6-12.
 12. Ordem dos Enfermeiros (OE). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013.
 13. Andrade LT, Araújo EG, Pimenta AKR, Soares DM, Machado CTC. Papel da Enfermagem na reabilitação física. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(6):1056-1060.
 14. Ordem dos Enfermeiros (OE). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
 15. Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016.* Porto; 2010 [acesso em 2019 set. 25]. Disponível em: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
 16. Preto LSR, Gomes JRL, Novo AFM, Mendes MER, Molina JG. Efeitos de um programa de reabilitação no aptidão funcional de idosos institucionalizados. *Referência.* 2016; 5(8):55-63.

17. Laíns J. Sistema uniformizado de dados para reabilitação médica. Coimbra; 1991 [acesso em 2019 set. 25]. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/541>
18. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. São Paulo; 2004 [acesso em 2019 set. 25]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/099b/2c7f18d14c453b5b859784bdf3d6bb63133c.pdf>
19. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Esperança de vida á nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001). Lisboa; 2019 [acesso em 2019 out. 26]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal>
20. Campos A. Portuguesas vivem cada vez mais tempo, mas com menos saúde. Lisboa; 2019 [acesso em 2019 out. 26]. Disponível em: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/2214/2/TM_2015_EEMarciaRainhaAnexos.pdf
21. Petronilho F. Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. 1.^a ED. Coimbra: Formasau, 2012.
22. Januário JC. Resultados das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra [dissertação]. Coimbra: Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra; 2013. 102 p.
23. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Regulamento n.º 350, 2.^a série, n.º 119, de 22 jun. 2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. [internet] 2015 [acesso em 2019 Set 25]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
24. Benvegna AB, Gomes LA, Souza CT, Cuadros TBB, Pavão LW, Ávila SN. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral. Rev Ciênc Saúde. 2008; 1(2):71-77.
25. Fernandes CA, Gomes, JÁ, Magalhães BM, Lima AMN. Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação

- portuguesas - scoping review. J health NPEPS. 2019; 4(1):282-301.
26. Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com deficit cognitivo. Acta paul enferm. 2012; 25(3):358-363.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Lima AMN, Ferreira MSM.
- **Desenvolvimento:** Lima AM, Lima AMN, Ferreira MSM.
- **Redação e revisão:** Lima AM, Lima AMN, Ferreira MSM, Martins MMFPS, Fernandes CS.

Como citar este artigo: Lima AMN, Ferreira MSM, Martins MMFPS, Fernandes CS. Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. J Health NPEPS. 2019; 4(2):28-43.

Submissão: 10/06/2019

Aceito: 21/10/2019

Publicado: 01/12/2019