

◆ Revisão Integrativa da Literatura

GANHOS EM SAÚDE RESULTANTES DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA MOBILIZAÇÃO PRECOCE DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

HEALTH GAINS RESULTING FROM NURSING INTERVENTIONS IN EARLY MOBILIZATION OF THE PERSON WITH CEREBRAL VASCULAR ACCIDENT

BENEFICIOS DE SALUD RESULTANTES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN TEMPRANA DE LA PERSONA CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Diogo Gonçalves¹, Rogério Ferrinho Ferreira²[0000-0001-5180-2036], João Vítor Vieira³[0000-0002-3905-4802], Maria Margarida Goes⁴[0000-0001-6017-6874], Teresa Mestre⁵[0000-0003-3175-5708]

¹Enfermeiro, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja.

²PhD, Professor Coordenador do Instituto Politécnico de Beja: Departamento de Saúde.

³MSc, Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Beja: Departamento de Saúde.

⁴MSc, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Beja: Departamento de Saúde.

⁵MSc, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Beja: Departamento de Saúde.

Corresponding Author: ferrinho.ferreira@ipbeja.pt

Resumo:

Objetivo: Identificar os ganhos em saúde resultantes das intervenções dos cuidados de enfermagem na mobilização precoce da pessoa com AVC. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura, envolvendo as bases de dados científica MEDLINE Complete e CINAHL Complete, pelas plataformas EBSCOhost, onde foram selecionados critérios de inclusão, de forma a dar resposta à pergunta PICO previamente delineada. **Resultados:** Após a realização da pesquisa foram inicialmente identificados 48 artigos, dos quais 6 cumpriam os critérios de inclusão e exclusão definidos. Decorrente das intervenções em cuidados de enfermagem foram identificados ganhos no bem-estar e autocuidado, na recuperação funcional, na diminuição do internamento hospitalar e na mortalidade. **Conclusão:** As intervenções de enfermagem na mobilização precoce da pessoa com acidente vascular cerebral são fundamentais no bem-estar e autocuidado e recuperação funcional das pessoas acometidas por AVC.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Acidente vascular cerebral; Ganhos em Saúde.

Abstract:

Objective: To identify the health gains resulting from nursing care interventions in the early mobilization of people with stroke. **Methods:** Integrative literature review, involving the scientific databases MEDLINE Complete and CINAHL Complete, by the EBSCOhost platforms, where inclusion criteria were selected, in order to answer the PICO question previously outlined. **Results:** After conducting the research, 48 articles were initially identified, of which 6 met the defined inclusion and exclusion criteria. As a result of interventions in nursing care, gains in well-being and self-care, functional recovery, decreased hospital stay and mortality were identified. **Conclusion:** Nursing interventions in the early mobilization of people with stroke are fundamental to the well-being and self-care and functional recovery of people affected by stroke.

Keywords: Nursing care; Stroke; Health Gains

Introdução

As alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas demonstraram uma grande mudança tanto em Portugal como no resto da Europa, no que diz respeito ao envelhecimento da população.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), Portugal encontrava-se em 2013 com o 5º índice de envelhecimento mais alto da União Europeia. Os dados da PORDATA de 2019 revelam que Portugal tinha um índice de envelhecimento de 161,3%, ou seja, aproximadamente, 161 idosos por cada 100 jovens. A evolução foi progressiva, sendo que em 1993 existia um índice de envelhecimento de 96,02% e em 2003 de 117,84% (PORDATA, 2019).

As projeções para o futuro acerca do envelhecimento divulgadas em 2013 pela *World Population Ageing* salientaram o facto de que em 23 anos, de 1990 a 2013, a população mundial com idade igual ou superior a 60 anos subiu de 9,2% para 11,7%, e estimou-se que em 2050 os números atinjam os 21,1% (INE, 2015).

A maior longevidade e o decréscimo da natalidade têm revelado um aumento progressivo do índice de envelhecimento (DGS, 2006). Acontece que a maioria das doenças encontradas em idades mais avançadas não são transmissíveis, mas sim dependentes dos comportamentos saudáveis ou não que as pessoas mais velhas utilizaram ao longo da vida (World Health Organization [WHO], 2015).

As doenças que apresentaram maior taxa de mortalidade em Portugal no ano de 2017 foram as cerebrovasculares com 29,4%, seguidas dos tumores malignos e ainda das doenças do aparelho respiratório. Como maior causa de morte em Portugal encontra-se o AVC com uma taxa de mortalidade de 10,2%, assim como a maior taxa de incapacidade funcional, segundo os dados de 2017 (INE, 2019). Do total de mortes consequentes das doenças cerebrovasculares, 93,4% foram pessoas com idade acima dos 65 anos e 82,9% tinham mais de 75 anos. Encontra-se uma grande prevalência de mortalidade na população mais envelhecida sendo 105,1 mortes por cada 100 mil habitantes entre os 64 e 74 anos, 479,7 entre os 75 e os 84 anos e 1930, 9 dos 85 ou mais anos. Em relação à Europa, Portugal apresenta-se como o país com maior taxa de mortalidade na Europa Ocidental (Sociedade Portuguesa de Cardiologia [SPC], 2019).

A distribuição da incidência anual para o AVC em 2017 foi de 165 utentes por cada 100 mil habitantes. Comparando com o ano anterior, 2016, existiu um aumento, uma vez que o número de casos acima dos 75 anos também aumentou (Rodrigues, Batista e Silva; 2019). A nível europeu, estima-se que exista um aumento da incidência de AVC de 1,1 milhão para 1,5 milhão por ano, entre 2000 e 2025. Os dados revelam ainda que há uma maior taxa de

incidência nos países da Europa Oriental, comparada aos países da Europa Ocidental (Buchan, Baclami e Arba, 2013).

Atualmente o AVC ocupa o 2º lugar na lista de doenças com maior taxa de mortalidade no mundo. É estimado que em 2030, cerca de 7,8 milhões de pessoas morrerão devido a um episódio de AVC. No entanto, esta taxa tem vindo a diminuir tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (Almeida, Jucá & Castro, 2018). Em cinco anos, entre 2012 e 2017, o AVC foi a doença do aparelho circulatório que mais diminuiu a taxa de mortalidade, passando de 128,8 mortes por 100 mil habitantes para 109,4 mortes (INE, 2019). O AVC pode ter várias consequências na mobilidade. A hemiplegia ou a hemiparesia são a principal causa de incapacidade nas pessoas acometidas por AVC. Na hemiplegia verifica-se uma paralisia no hemicorpo afetado, enquanto que na hemiparesia se verifica uma diminuição da força muscular e da sensibilidade do hemicorpo afetado (Menoita, 2012).

Após o AVC, a pessoa primeiramente apresenta um estado de flacidez que pode durar horas ou dias, seguida na maior parte das vezes por um quadro espástico. A hipertonicidade muscular da pessoa impede de se mover corretamente. A espasticidade faz com que a pessoa tenha dificuldade no controle do movimento voluntário. O padrão espástico é caracterizado pelo envolvimento dos músculos anti gravíticos, flexores dos membros superiores e extensores dos membros inferiores (DGS, 2010; Menoita, 2012). Estas alterações inibem a pessoa de realizar movimentos e posturas normais, fundamentais para a realização de atividades funcionais, como o rolar, o sentar, o manter a posição ortostática, a marcha e a realização das AVD's (Menoita, 2012).

As estratégias de intervenção devem ser ajustadas à situação da pessoa com AVC. Nelas, inclui-se atividades como o posicionamento, as mobilizações e variadas atividades terapêuticas (Menoita, 2012).

O posicionamento correto, deitado ou sentado, a realização de exercícios de mobilidade, o levantar e a marcha têm como principal objetivo contrariar o padrão espástico, característico do AVC (Menoita, 2012). Dos posicionamentos realizados no leito, os preconizados para a adoção do padrão antiespástico são o decúbito dorsal, o decúbito lateral para o lado afetado e o decúbito lateral para o lado sã (Menoita, 2012; OE, 2013).

A mobilização passiva da pessoa com AVC deve ser realizada logo que apresente estabilidade hemodinâmica. A mobilização precoce, considerada como a saída da pessoa do leito nas primeiras 24 horas, pode diminuir o risco das complicações relacionadas com a imobilidade e melhorar significativamente a capacidade funcional das pessoas com AVC (Vieira, Sousa & Braga, 2017; Silva et al., 2013). A DGS (2010) defende ainda que logo que a pessoa esteja hemodinamicamente estável deve ser iniciada a reabilitação, realizando nas primeiras 24 horas mobilização passiva dos membros afetados pelo menos 3 vezes por dia.

Alguns estudos referem que a mobilização deve ser iniciada entre as 24 e as 72 horas após AVC, no entanto deve-se ter em conta vários determinantes como a estabilidade hemodinâmica, o lado da lesão, a disponibilidade para a reabilitação e a motivação, colaboração, adequação e capacidade da pessoa (Silva, Nascimento & Brito, 2013). Além de reduzir complicações após AVC, a mobilização precoce aumenta a capacidade de realizar as restantes AVD's e a autoestima da pessoa (Silva et al., 2013).

A prática de exercícios de mobilização no leito é fundamental para a evolução de estímulos sensoriais e circulatórios, evitando o aparecimento de limitações articulares. Os movimentos devem ser realizados lentamente e com velocidade constante, de forma a não ocorrer excitabilidade do tónus muscular (Menoita, 2012). Assim, tal como acontece com a ajuda realizada na mudança de decúbitos, o enfermeiro deve instruir o utente acerca do procedimento que irá realizar, de forma a entender quais as capacidades do utente e qual será a sua colaboração. A realização de exercícios de mobilização deve estar associada a algumas atividades terapêuticas: facilitação cruzada, indução de restrições, rolar sobre ambos os lados na cama, ponte, rotação controlada da anca, automobilização e carga no cotovelo (Menoita, 2012).

A facilitação cruzada consiste na utilização do membro não afetado para realizar as atividades através da linha média dos hemicorpos. Este tipo de atividade reforça a recuperação bilateral, assim como estimula a ação voluntária, a sensibilidade e o reflexo postural dos músculos do lado afetado (Menoita, 2012). Já a indução de restrições baseia-se na recuperação dependente do uso e do desuso, ou seja, o membro afetado é forçado a exercer atividade. Os objetivos desta intervenção é o treino intensivo do membro afetado, restringindo o membro menos afetado (Menoita, 2012).

Após a realização de posicionamentos no leito em que a pessoa não colabora, esta passa a realizar atividades terapêuticas que promovam o autocuidado. Estas atividades são baseadas no desenvolvimento do lactente normal, de forma a que a pessoa estabeleça uma coordenação da postura e do movimento. Rolar na cama é a primeira atividade a realizar com a pessoa que sofre AVC, pois favorece o início do autocuidado e o alinhamento corporal, diminui a espasticidade extensora dos membros, reeduca o reflexo postural e estimula a ação voluntária dos músculos e da sensibilidade (Alcobia, Ferreira, Soares & Vieira, 2019; Menoita, 2012).

A ponte é um exercício que assume um papel essencial para o aumento da capacidade funcional da pessoa, ajudando-o na realização de vários autocuidados como a higiene (banho no leito), uso do sanitário (utilização de arrastadeira para eliminação vesical e/ou intestinal) e o vestir. Os objetivos da realização da ponte são a prevenção da rotação externa e espasticidade em extensão do membro inferior afetado, a ativação da musculatura do lado

afetado, facilitação da elevação da bacia, estimulação da sensibilidade postural e fortalecimento muscular com o intuito de progressão para a posição ortostática e marcha (Alcobia et al., 2019; Menoita, 2012).

À medida que a pessoa começa a ganhar independência funcional, passa a realizar exercícios de mobilização sem ajuda, quer deitada quer sentada. Neste tipo de exercícios, a utilização de um espelho ajuda a pessoa a integrar o lado afetado no seu esquema corporal, corrigindo assim as alterações posturais (DGS, 2010).

A automobilização dos membros superiores tem como objetivos ajudar a pessoa a integrar o lado afetado como parte do seu corpo e a controlar o padrão antiespástico do membro superior afetado, através da extensão e abdução dos dedos, extensão do cotovelo e elevação da articulação escapulo umeral. Trata-se de um exercício que pode ser realizado com a pessoa com as mãos entrelaçadas (Alcobia et al., 2019; Menoita, 2012).

As estratégias de intervenção de mobilidade são fundamentais para a evolução no quotidiano (Menoita, 2012).

A progressão para levantar deve ser realizada o mais precoce possível, assim que a pessoa apresente estabilidade hemodinâmica. Após ser iniciado, a recuperação deve evoluir para treinos de equilíbrio, estáticos ou dinâmicos, transferências, marcha e atividades mais complexas como subir escadas (OE, 2013).

O treino de marcha deve ser iniciado, logo que a pessoa consiga ficar na posição ortostática e com equilíbrio. Deve ser realizado por pequenos e frequentes períodos de tempo (Alcobia et al., 2019; Menoita, 2012). O enfermeiro deve averiguar a segurança do ambiente ao redor do leito e definir metas de repouso. Com o intuito de promover a independência, força e confiança, a pessoa beneficia da utilização de auxiliares de marcha como o andarilho e bengala (Alcobia et al., 2019; Coelho, Barros & Sousa, 2017).

A primeira meta funcional é a marcha da pessoa com AVC. O treino regular da marcha e das restantes intervenções ajudarão ao retorno da locomoção, padrão automático e independência funcional, assim como à realização das restantes AVD's (Alcobia et al., 2019; Menoita, 2012).

A independência da pessoa que sofre um AVC é um fator determinante para a qualidade de vida. Utilizar estratégias que aumentem a capacidade funcional influenciará positivamente o seu estado funcional (Rangel, Belasco & Diccini, 2013).

Objetivo

Identificar os ganhos em saúde resultantes das intervenções dos cuidados de enfermagem na mobilização precoce da pessoa com acidente vascular cerebral.

Métodos

Aspetos éticos

Não foi solicitado parecer a uma Comissão de Ética, dado tratar-se de um estudo secundário. A formulação do problema respeitou os princípios da clareza, precisão e objetividade, permitindo que os resultados se assumam como uma mais valia para os cuidados de enfermagem, com benefícios para as pessoas com a problemática do acidente vascular cerebral. Na extração e análise dos estudos selecionados houve a preocupação de agir em defesa do princípio do respeito pelos resultados obtidos por esses investigadores. Na referenciação dos diferentes autores respeitaram-se as normas das boas práticas académicas e científicas.

Tipo de Estudo

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com o propósito de resumir o conhecimento sobre o objeto de estudo e por inerência, contribuir para a compreensão e incorporação das evidências na prática clínica. Os procedimentos metodológicos utilizados envolveram as seguintes etapas: 1) identificação da pergunta de partida; 2) definição de critérios de inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a extrair dos estudos; 4) análise dos artigos incluídos; 5) apresentação e discussão dos resultados e 6) síntese do conhecimento.

Procedimentos metodológicos

Na formulação da pergunta de investigação utilizou-se a metodologia PI[C]OD: população (P), tipo de intervenção (I), as comparações (C), o resultado - outcome (O) e o tipo de estudo – design (D). De forma, a dar resposta ao objetivo anteriormente delineado e que serviu como fio condutor para a presente revisão integrativa da literatura foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais os ganhos em saúde (Outcomes) resultantes das intervenções dos cuidados de enfermagem na mobilização precoce (Intervention) da pessoa com acidente vascular cerebral (Population)?

Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos com metodologias quantitativas e/ou qualitativas, publicados na sua íntegra (*full-text*), em Português ou Inglês, na área da enfermagem e que permitiam responder à questão norteadora anteriormente referida, inseridos nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE complete, com referências disponíveis e data de publicação entre janeiro de 2015 e maio de 2020. Considerou-se como critérios de exclusão, artigos sem relação com a temática em estudo, com metodologia ambígua, com datas de publicação anteriores a 2015 e repetidos em ambas as bases de dados.

Após a formulação da pergunta de investigação seguiu-se a colheita de dados sobre o tema em estudo que decorreu durante o mês de maio de 2020 nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete através da plataforma EBSCOhost. Os descritores utilizados na pesquisa foram os seguintes: “Nursing”, “Nursing care”, “Nursing Intervention”, “Early Mobilization”, “Early Rehabilitation”, “Early Mobilisation”, “Early Mobilize”, “get up in bed”, “raise”, “lifting”, “stroke”, “cerebrovascular accident”, “cva”, “cerebral vascular event” e “cve”.

Os descritores foram procurados na plataforma EBSCOhost com a seguinte ordem:

- [(Nursing interventions) or (Nursing care) or (Nursing)] AND
- [(Early Mobilization) or (Early Rehabilitation) or (Early Mobilisation) or (Early Mobilize) or (get up in bed) or (raise) or (lifting)] AND
- [(Stroke) or (cerebrovascular accident) or (cva) or (cerebral vascular event) or (cve)]

A seleção dos estudos envolveu a avaliação do título e análise do resumo de modo a verificar se os artigos cumpriam os critérios de inclusão e de exclusão. Quando estes não se revelaram esclarecedores, procedeu-se à leitura na íntegra do artigo de forma a minimizar a perda de estudos importantes. Foram identificados 48 artigos nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete através da plataforma EBSCOhost. A avaliação dos artigos processou-se em duas fases, sendo que numa primeira fase foram selecionados 10 artigos após a leitura dos títulos, e numa segunda fase após leitura dos resumos justificou-se o potencial de 8 artigos. Destes, foram selecionados 6 artigos que respondiam à questão de investigação e cumpriam os critérios de inclusão e exclusão (Figura 1).

A análise crítica dos artigos centrou-se na apreciação dos níveis de evidência. Foram utilizados os contributos de Melnyk e Fineout-Overholt (2005), com a finalidade de identificar os diferentes tipos de produção de conhecimento que estão implícitos nos estudos. Estes consideram os seguintes níveis de evidência:

- Nível I – Revisões sistemáticas (meta-análises, linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas);
- Nível II – Estudos experimentais;
- Nível III – Estudos quase experimentais;
- Nível IV – Estudos não experimentais;
- Nível V – Relatórios de avaliação de programas/revisões de literatura;
- Nível VI – Opiniões de autoridades/painéis de consenso.

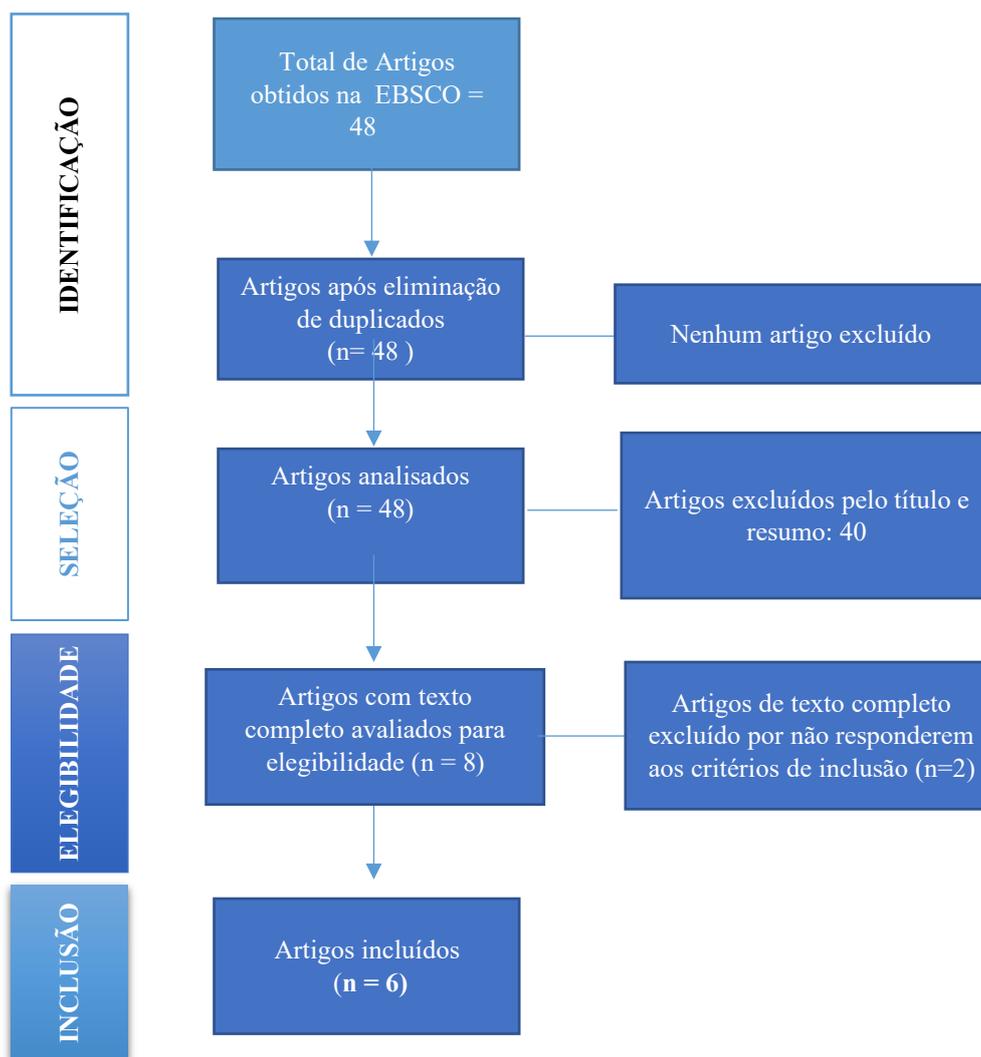


Figura 1 – Diagrama PRISMA para a apresentação da metodologia de pesquisa.

Resultados e discussão

No sentido de responder à pergunta colocada de início, efetuou-se a leitura dos diversos artigos selecionados, tendo em vista a análise do seu conteúdo. Os resultados dessa análise encontram-se expostos no Quadro 1.

Quadro 1- Resultados da Revisão da Literatura

Autores, Método e Nível de Evidência	Objetivos	Resultados
<p>Li, Zhang, Wang & Wen (2018)</p> <p>Método: Meta-análise/Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Nível de Evidência: I</p>	<p>Explorar o efeito da mobilização precoce e o seu impacto no prognóstico em utentes com AVC.</p>	<p>Os resultados da meta-análise comprovam a existência de relação entre a mobilização precoce e a capacidade funcional, avaliada através do índice de Barthel. Estes revelaram que a mobilização precoce aumenta a capacidade funcional do utente.</p> <p>Relativamente ao tempo de internamento hospitalar, verificou-se que utentes que realizaram mobilização precoce tiveram em média menos 2 dias de internamento do que o grupo de controlo.</p>
<p>Arnold, Dinkins, Mooney, Freeman, Rawal, Heckman & Davis (2015)</p> <p>Método: Estudo observacional prospetivo.</p> <p>Nível de Evidência: IV</p> <p>Participantes: 18 utentes com idade média de 69 anos que realizaram trombólise endovenosa após terem sofrido AVC</p>	<p>Avaliar se a mobilização precoce, considerada entre as 13 e as 24 horas após trombólise endovenosa é tolerada em utentes com AVC isquémico. Analisar se existe segurança neste tipo de reabilitação.</p>	<p>Todos os utentes foram colocados sentados de lado na cama. Destes, 13 foram colocados de pé ao lado da cama, 8 passaram da cama para uma cadeira e 8 deambularam. Dos 18 utentes, 17 não apresentam descida da tensão arterial após passarem de decúbito dorsal para sentado e 15 utentes não apresentaram descida da tensão arterial após passarem de sentado para a posição ortostática. Nenhum utente teve complicações de risco graves (frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto (bpm), hemorragias, palidez, diaforese, ansiedade intensa, dor síncope, hemorragia intracraniana</p>

<p>isquémico e que realizaram mobilização precoce.</p>		<p>ou agravamento dos défices neurológicos).</p>
<p>Langhorne, Collier, Bate, Thuy & Bernhardt (2018)</p> <p>Método: Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Nível de Evidência: I</p>	<p>Determinar se a mobilização precoce, ou seja, o mais cedo possível e até às 48 horas, tem benefícios para a reabilitação das pessoas com acidente vascular cerebral comparando com os cuidados realizados usualmente.</p>	<p>Verificou-se que os participantes que realizaram mobilização precoce tiveram em média um valor mais alto do índice de Barthel, em comparação com os participantes do grupo de controlo.</p> <p>Todos os estudos relataram que a mobilização precoce leva a um tempo médio de internamento menor.</p> <p>Verificou-se que não existe evidência significativa de se desenvolver complicações com a mobilização precoce.</p> <p>A mobilização precoce 24 horas após AVC demonstrou uma probabilidade menor de um mau resultado ou de morte nos 3 meses seguintes ao AVC.</p>
<p>Nozoe, Yamamoto, Kobayashi, Kanai, Shinichi & Mase (2018)</p> <p>Método: Estudo de coorte</p> <p>Nível de evidência: IV</p> <p>Participantes: 21 utentes com AVC.</p>	<p>Identificar os efeitos da mobilização precoce na variação da frequência cardíaca em utentes com AVC.</p>	<p>Dos 21 utentes, 7 apresentavam deterioração neurológica e 14 não. Após a mobilização, não existiu diferenças para tensão arterial, frequência cardíaca e atividade nervosa parassimpática. Houve uma diferença superior na atividade nervosa parassimpática no grupo com deterioração neurológica em comparação com o grupo sem deterioração neurológica, ou seja, uma atividade nervosa simpática é maior no grupo com deterioração neurológica. Para uma avaliação</p>

		após 3 meses, dois utentes deixaram de ser acompanhados, sendo apresentada uma avaliação de apenas 19 utentes. Foram indicadas melhorias no score da escala de Rankin modificada para resultados entre 0 e 2 em 8 utentes com deterioração neurológica e em 2 utentes sem detioração neurológica.
<p>McGlinchey, James, McKevitt, & Sackley (2020)</p> <p>Método: Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Nível de Evidência: I</p>	<p>Avaliar as intervenções de reabilitação tanto na melhoria da função física como em complicações relacionadas com a imobilidade no AVC.</p>	<p>Foram incluídos nesta Revisão Sistemática da Literatura 20 intervenções de reabilitação diferentes para 28 estudos. Verificou-se o seguinte:</p> <p>Função sensoriomotor: na fase subaguda após o AVC existiu evidência de alta qualidade de que num curso de 6 semanas de estimulação neuromuscular elétrica para os extensores do punho não existiu melhoria em comparação com a terapia habitual.</p> <p>Atividades de Vida Diárias: neste grupo, entre a fase aguda e a subaguda com mobilização precoce e frequente (cerca de 6,5 vezes por dia) dentro das 24 horas após AVC, não existiu melhoria significativa após 3 meses comparado com a terapia habitual que seria mobilização iniciada passadas 24 horas, mas com uma média de 3 vezes por dia. Já na fase subaguda a tardia, existiu evidência de qualidade moderada</p>

		<p>de que terapia adicional aos membros inferiores em simultâneo com reabilitação física habitual, realizadas nas primeiras 29 semanas, apresenta melhoria na independência dos utentes estudados. Na fase crónica, as intervenções realizadas numa residência sénior não apresentaram resultados significativos para a independência do utente comparando com os cuidados usuais.</p> <p>Capacidade de andar: para esta intervenção apenas existiu um estudo com evidência de qualidade moderada que revelou uma melhoria da capacidade de andar após terapia adicional dos membros inferiores até às 20 semanas, em comparação com terapia usual.</p> <p>Atividade física em geral: apenas um estudo teve evidência de alta qualidade sendo que já foi referido anteriormente. Numa residência sénior não existiu melhoria da atividade física em geral após as intervenções de mobilidade.</p> <p>Função dos membros superiores e inferiores: com evidência de qualidade moderada um estudo da fase subaguda a tardia, demonstrou que existe melhoria com terapia adicional dos membros superiores ou inferiores, em conjunto com a</p>
--	--	--

		<p>reabilitação física habitual regular realizada por 20 semanas, após 6 meses.</p> <p>Qualidade de vida: existiram dois estudos com moderada e alta qualidade de evidência. Na fase subaguda a tardia não existiu melhoria significativa da qualidade de vida, com terapia adicional nos membros superiores e inferiores nas primeiras 20 semanas, após 6 meses de AVC. Na fase crónica existiu também evidências de que não existe melhoria após a realização de intervenções de mobilização durante 3 meses em comparação com os cuidados habituais.</p> <p>Das intervenções descritas foram ainda citadas complicações existentes:</p> <p>Depressão: um estudo de alta qualidade na fase crónica referiu que as intervenções de mobilização durante 3 meses na residência sénior não apresentava melhoria para a depressão.</p> <p>Mortalidade: um estudo de alta qualidade de evidência realça que não existe maior taxa de mortalidade num espaço de 3 meses, caso se realize mobilização precoce e frequente nas primeiras 24 horas após AVC, em comparação com os cuidados</p>
--	--	---

		habituais que seria a mobilização após as 24 horas de AVC.
<p>Bernhardt, Churilov, Ellery, Collie, Chamberlain, Langhorne, Lindley, Moodie, Dewey, Thrift, & Donnan (2016)</p> <p>Método: Estudo randomizado controlado.</p> <p>Nível de Evidência: II</p> <p>Participantes: 2104 participantes, dos quais 2083 foram acompanhados durante 3 meses.</p>	<p>Fornecer orientações práticas de qual o tempo, a frequência e quantidade de mobilização precoce após AVC.</p>	<p>Verificou-se que quanto maior o tempo entre o AVC e a primeira mobilização, menor será a probabilidade de a pessoa apresentar melhorias. Constatou-se ainda que o aumento da frequência de mobilizações aumentou a probabilidade de um bom resultado em 13%, bem como da possibilidade de caminhar sozinho por 50 metros em 66%. O estudo observou que pessoas entre os 76,3 e 86,1 anos com NIHSS inferior ou igual a 4,5 que tinham sessões de mobilização inferior ou igual 13,5 minutos por dia, distribuídos em várias sessões curtas, contribuiu para um bom resultado. Salienta-se ainda que utentes que realizaram mais de 13,5 minutos diários, mas que mantiveram um maior número de sessões por dia, favoreceu um resultado melhor que aqueles que realizaram menos sessões diárias. O aumento da frequência das sessões também revelou um bom resultado para a diminuição da taxa de mortalidade em 20%.</p>

Após a apresentação dos artigos selecionados, segue-se a discussão dos mesmos. que terá por base o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001). O Quadro 2 sintetiza os achados que emergem da sua análise.

Quadro 2- Ganhos resultantes da intervenção dos cuidados de enfermagem na mobilização precoce na pessoa com acidente vascular cerebral

Categorias	Indicadores
Bem-estar e o autocuidado	- Melhora a capacidade funcional (Li et al., 2018; Langhorne et al., 2018; McGlinchey et al., 2020; Nozoe et al., 2018; Bernhardt et al., 2016); - Melhoria na capacidade de andar (McGlinchey et al., 2020).
Recuperação funcional	- Favorece a recuperação funcional da pessoa, sem complicações de risco graves (Arnold et al., 2015; McGlinchey et al., 2020; Bernhardt et al., 2016; Langhorne et al., 2018); - Melhoria na função dos membros superiores e inferiores (McGlinchey et al., 2020).
Internamento hospitalar	- Reduz o tempo de internamento hospitalar (Li et al., 2018; Langhorne et al., 2018).
Mortalidade	- Não Aumenta a taxa de Mortalidade (Mc Glinchey et al., 2016; Li et al., 2018; Langhorne et al., 2018; Bernhardt et al., 2016).

Bem-estar e Autocuidado

O aumento da capacidade funcional para a realização de AVD's encontra-se descrito em 4 dos artigos selecionados, através da avaliação com índice de Barthel. Li et al. (2018) demonstraram que a mobilização precoce aumenta a independência para as AVD's. Isto reflete uma maior independência nas atividades de vida diárias das pessoas após AVC. Langhorne et al. (2018) corroboram estas evidências e acrescentam que o início da primeira mobilização seria aproximadamente 24 horas após AVC para que existisse um bom resultado. Nozoe et al. (2018) apenas refere melhoria da independência funcional a longo prazo. Existe a incerteza de qual o tempo, a frequência e quantidade de mobilização a realizar para que esta intervenção seja avaliada como favorável para a pessoa com AVC. Bernhardt et al. (2016), primeiramente apresentaram resultados ineficazes acerca da mobilização precoce relatando que esta, com mais intensidade e frequência não trazia benefícios para as pessoas com AVC. Porém, este novo relatório do estudo ajuda-nos a compreender que se aumentarmos a frequência com se realiza as sessões de mobilização e mantivermos constantes o tempo para o início da primeira mobilização e a quantidade diária, existe maior probabilidade de encontrarmos melhores resultados. Ao manterem a quantidade diária

constante, dividindo-a em várias sessões mais curtas, os autores concluíram também, numa análise durante 3 meses, que existe melhoria dos valores da escala de Rankin modificada. No que diz respeito à capacidade de andar da pessoa com AVC, é descrito no estudo de McGlinchey et al. (2020), que as intervenções adicionais realizadas aos membros superiores e inferiores revelaram, durante 20 semanas, uma maior capacidade e independência na deambulação. De realçar, que após 6 meses esses ganhos não se mantiveram face à interrupção das intervenções a esse nível. Contudo, pode-se observar que esta prática beneficia a independência funcional da pessoa após AVC.

Recuperação Funcional

Existe a dúvida se a mobilização precoce traz benefícios para os utentes sem acarretar complicações adversas. O estudo de Arnold et al. (2015) vem desmistificar a incerteza em relação à segurança e viabilidade existente na mobilização precoce. Numa análise com médicos e enfermeiros referenciada pelos autores, 85% descreveu ter medo da ocorrência de possíveis quedas e 74% medo de possíveis alterações neurológicas na mobilização precoce após a trombólise. Apesar dos relatos de algumas respostas adversas, o estudo de Arnold et al. (2015) demonstra que a mobilização precoce após AVC isquémico com trombólise endovenosa é segura e viável. Existiu uma percentagem de 72% de utentes que conseguiram realizar a primeira mobilização nas primeiras 24 horas após trombólise. No entanto, existe escassez de resultados em relação à mobilização antes das 24 horas após AVC. Merece destaque o estudo de Arnold et al. (2015), que considera não existirem contraindicações à mobilização antes das 24 horas após AVC.

Apesar de ser um resultado positivo para a segurança e viabilidade da mobilização precoce, foi necessário identificar qual o tempo e frequência para que exista redução da dependência dos utentes. Essas conclusões foram obtidas no estudo de Bernhardt et al. (2016), onde se preconiza a realização de sessões de mobilização mais curtas e mais frequentes. Langhorne et al. (2018) sugerem ainda que para um resultado mais favorável o tempo ideal de início de mobilização após AVC seria aproximadamente 24 horas após a sua ocorrência.

É ainda de salientar que, apesar da mobilização precoce prevenir complicações relacionadas com a imobilidade (quedas, espasticidade, tromboembolismo), o principal foco dos estudos não foi perceber se existe evidência de menores complicações com a realização das intervenções precoces, mas sim encontrar evidências de ganhos/melhorias com a realização das mesmas após AVC.

No que diz respeito aos complementos existentes no processo de recuperação dos utentes, o estudo de McGlinchey et al. (2020) refere melhorias na utilização de intervenções adicionais

aos membros superiores e inferiores em comparação com as intervenções realizadas habitualmente.

Internamento Hospitalar

Os estudos evidenciam que a prática da mobilização precoce tem benefícios na redução do tempo de internamento hospitalar da pessoa com AVC. No estudo de Li et al. (2018) defende-se que o tempo de permanência é 2 dias inferior ao grupo de controlo, enquanto que Langhorne et al. (2018) consideram em média 1,44 dias inferiores ao grupo de controlo.

Taxa de Mortalidade

A taxa de mortalidade ainda é pouco evidenciada nos estudos descritos. Apesar de se poder considerar que é um resultado positivo não existir diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da taxa de mortalidade decorrente da aplicação de um programa de mobilização precoce, nos estudos que integraram a revisão da literatura de Langhorne et al. (2018), Li et al. (2018) e McGlinchey et al. (2020), considera-se que são necessários mais resultados que identifiquem a possível evidência. Isto acontece porque as sessões de mobilização precoce apresentadas nas revisões são intensivas, ou seja, frequentes e de alta intensidade. De realçar que Bernhardt et al. (2016) concluíram que o aumento das frequências com sessões de mobilização curtas diminuiu o risco de morte em 20%.

Limitações do estudo

As limitações desta revisão integrativa da literatura prendem-se essencialmente com a heterogeneidade dos estudos selecionados e com os diferentes métodos utilizados. De salientar ainda como limitação, a não inclusão de bases de indexação da produção de instituições de ensino superior, nomeadamente no que diz respeito a dissertações.

Contribuições para a Enfermagem

Esta revisão assume-se como uma abordagem para a compreensão desta problemática. A síntese da produção científica no período definido permitiu identificar ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem na mobilização precoce da pessoa com acidente vascular cerebral e constituiu um importante contributo para a reflexão sobre esta problemática e a relevância dos cuidados prestados pelo enfermeiro, visando a implementação de estratégias de intervenção profissional em prol da qualidade dos cuidados à pessoa, em contexto hospitalar.

Estudos futuros devem ter uma abordagem empírica, de natureza experimental, que permitam verificar o efeito de um programa de mobilização precoce de acordo com um protocolo definido

a nível hospitalar. Consideramos que uma abordagem experimental, envolvendo controle, randomização e manipulação da variável independente (programa de mobilização precoce) em sujeitos com acidente vascular cerebral são uma garantia para a qualidade metodológica de uma investigação que permita analisar o seu efeito na capacidade funcional das pessoas com acidente vascular cerebral.

Considerações finais

Com esta revisão integrativa da literatura constatámos quais os ganhos das intervenções realizadas pelos Enfermeiros através da mobilização precoce na pessoa com AVC, sejam eles relacionados com a recuperação sensoriomotora ou com a diminuição de possíveis complicações.

A mobilização precoce é bastante discutida por parte dos profissionais de saúde. O medo de existir alguma complicação (aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão intracraniana, etc.) impede que os profissionais muitas vezes realizem a mobilização o mais precocemente possível.

Pode-se observar que os resultados do estudo apontam para ganhos no bem-estar e autocuidado, na recuperação funcional, na diminuição do tempo de internamento hospitalar e com repercussões na mortalidade.

Maioritariamente conclui-se que a mobilização precoce poderá ter vantagens na independência da realização das AVD's, assim como para a diminuição do tempo de internamento hospitalar da pessoa com AVC. Estas conclusões poderão ajudar também a uma melhor gestão dos cuidados de Enfermagem prestados, de forma a que sejam mais eficientes e organizados.

Foram também relatados outros ganhos como a melhoria da capacidade funcional, de andar e dos membros inferiores e superiores através de intervenções adicionais. Todavia, os principais resultados que se pensava obter, ou seja, a diminuição da taxa de mortalidade e um valor inferior na escala de Rankin modificada, não obtiveram dados significativos, maioritariamente.

A realização de sessões de mobilização mais curtas e mais frequentes poderão contribuir para uma diminuição da taxa de mortalidade, assim como uma diminuição no score da escala de Rankin modificada. Novos dados acerca do tempo por sessão e do tempo adequado para a primeira mobilização após AVC, poderão vir a relatar mais ganhos tanto para a qualidade de vida do utente como para a prevenção de complicações.

Referências

- Alcobia, A. Ferreira, R., Soares, M. & Vieira, J. (2019). Nursing rehabilitation for elderly people with committed floor. *Journal of Aging & Innovation*, 8(2): 28-43. Retrieved from: <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5252/1/Jo%C3%A3o%20Vieira%20-%20Idosos%20com%20Andar%20Comprometido.pdf>
- Almeida, W., Jucá, R. & Castro, S. (2018). Epidemiologia do acidente vascular cerebral em Fortaleza: um levantamento de dados de 10 anos a partir do DATASUS. Artigo. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Recuperado de http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39675/1/2018_art_wsalmeyda.pdf.
- Arnold, S. M., Dinkins, M., Mooney, L. H., Freeman, W. D., Rawal, B., Heckman, M, G. & Davis, O. A. (2015). Very Early in Stroke Patients Treated with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24 (6). 1168-1173. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.01.007>.
- Bernhardt, J., Churilov, L., Ellery, F., Collier, J., Chamberlain, J., Langhorne, P., Lindley, R.,... & Donnan, G. (2016). Prespecified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Neurology*, 86 (23). 2138-2145. Retrieved from: Doi: [10.1212/WNL.0000000000002459](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002459).
- Buchan, A. M., Baclami, J. S. & Arba, F. (2013). Epidemiologia da prevenção do Acidente Vascular Cerebral. In: Spence, J. D. & Barnett H. J. M. *Acidente Vascular Cerebral: Prevenção, Tratamento e Reabilitação* (2-21). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. In: C. Vieira & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Destaque. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Causas de morte 2017*. Destaque. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=345373282&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Langhorne, P., Collier, J., Bate, P., Thuy, M. & Bernhardt, J. (2018). Very Early versus Delayed mobilisation after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10 (CD006187). Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006187.pub3>.
- Li, Z., Zhang, X., Wang, K. & Wen, J. (2018). Effects of Early Mobilization after Acute Stroke: a Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27 (5). 1326-1337. Retrieved from: DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.12.021.
- McGlinchey, M., James, J., McKevitt, C., Douiri, A. & Sackley, C. (2020). The Effect of rehabilitation interventions on physical function and immobility-related complications in severe stroke: a systematic review. *BMJ Open Journals*, 10. e033642. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033642>.
- Melnik, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Making the case for evidencebased practice. In: Melnik, B. M. & Fineout-Overholt, E., *Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice* (3-24). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Nozoe, M., Yamamoto, M., Kobayashi, M., Kanai, M., Kubo, H., Shimada, S. & Mase, K. (2018). Heart Rate Variability During Early Mobilization in Patients with Acute Ischemic Stroke. *European Neurology*, 80. 50-54. DOI: 10.1159/000492794.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: OE. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf.
- PORDATA (2019). *Indicadores de Envelhecimento*. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>.
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2010) *Acidente Vascular Encefálico: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Rangel, E., Belasco, A. & Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Ata Paulista de Enfermagem*, 26 (2). 205-212. Retrieved from: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a16.pdf>.
- Rodrigues, A., Batista, I. & Silva, S. (2019). *Médicos-Sentinela: o que se fez em 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Retrieved from: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/6422/1/INSA_Relatorio_Medicos-Sentinela-2017.pdf.
- Silva, D., Nascimento, C. & Brito, E. (2013). Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura. *Revista Neurociência*, 21 (4). 620-627. Retrieved from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/891revisao.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2019) *Atlas de Cardiologia da Sociedade Europeia de Cardiologia: Resumo dos dados relativos a Portugal* (2 ed.) Lisboa: SPC. Retrieved from: https://spc.pt/wp-content/uploads/2020/01/SPC_atlas_cardiologia_emenda.pdf.
- Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. In: C. Vieira & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465-474). Loures: Lusodidacta.
- World Health Organization (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: OMS. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6.