



REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

VOL. 7, Nº 1

Artigo original reportando investigação clínica ou básica

DOI - 10.33194/rper.2024.366 | Identificador eletrónico – e366

Data de receção: 05-09-2023; Data de aceitação: 20-02-2024; Data de publicação: 21-02-2024

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM E O AUTOCUIDADO ANDAR NO ADULTO EM CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DESCRITIVO E CORRELACIONAL

*NURSING INTERVENTION AND SELF-CARE WALKING IN ADULTS IN A HOSPITAL SETTING:
A DESCRIPTIVE AND CORRELATIONAL STUDY*

*INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y AUTOCUIDADO DE LA MARCHA EN ADULTOS EN EL
CONTEXTO HOSPITALARIO: ESTUDIO DESCRITIVO Y CORRELACIONAL*

Salomé Sobral Sousa¹ ; Sara Valente¹ ; Marisa Lopes¹ 

Sílvia Ribeiro¹ ; Nuno Abreu¹ ; Eduardo Alves¹ 

¹ Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Autor Correspondente: Salomé Sobral Sousa, salome.sobral.sousa@gmail.com

Como Citar: Sobral Sousa S, Valente S, Lopes M, Ribeiro S, Abreu N, Alves E. Intervenção de enfermagem e o autocuidado andar no adulto em contexto hospitalar: um estudo descritivo e correlacional. Rev Port Enf Reab [Internet]. 21 de Fevereiro de 2024 [citado 25 de Fevereiro de 2024];7(1):e366. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/366>

FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

www.rper.pt

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

www.aper.pt

A equipa editorial da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/about/editorialTeam>

A equipa de revisores da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/revisores>



Este trabalho encontra-se publicado com a Licença Internacional Creative Commons.
Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0. Direitos de Autor (c) 2023 Revista Portuguesa
de Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Introdução: O internamento hospitalar está associado a baixos níveis de mobilidade, com impacto na capacidade para andar, sobretudo nas populações mais idosas. Este estudo tem como objetivo identificar a relação entre as intervenções de enfermagem no domínio da marcha em contexto hospitalar e o autocuidado andar.

Metodologia: Estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e correlacional com dados dos registos clínicos dos enfermeiros relativos a pessoas internadas com diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio do andar.

Resultados: A amostra é predominantemente idosa (média 65,99 anos, Desvio Padrão 16,73) e dependente no andar (69,7%). De 6546 participantes, 1142 (17,4%) apresentavam como diagnóstico de admissão patologias do foro musculoesquelético, 916 (14%) lesões de causa externa e 903 (13,8%) doenças do sistema circulatório. As intervenções de enfermagem no domínio da marcha realizaram-se em serviços de Medicina Interna (22,9%), Ortopedia (17,9%) e Neurocirurgia (13,1%). Durante o tempo de internamento hospitalar, cada participante recebeu em média 24 intervenções de enfermagem (DP 50,37), sendo o “assistir no andar”, a mais frequente (47%). Sob as intervenções no domínio da marcha, 92,15% dos participantes mantiveram ou melhoraram a sua capacidade para andar ($p < 0,001$). Os programas especializados para a capacitação na marcha foram aplicados em 6,5% dos participantes, dos quais 7,9% adquiriram esta capacidade ainda no hospital. A aquisição da competência para andar com auxiliar de marcha verificou-se em 28% dos participantes que necessitaram do equipamento adaptativo ($p < 0,001$). Dos participantes, 88,8% receberam alta para domicílio. Pessoas independentes na marcha à data de alta estiveram internadas menos 1,44 dias ($p = 0,006$).

Conclusão: Neste estudo, as intervenções de enfermagem no domínio da marcha estão associadas à manutenção e recuperação dos níveis de funcionalidade durante a hospitalização, não sendo possível isolar o efeito de outras variáveis.

Descritores: Marcha; Autocuidado; Hospitais; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Hospitalisation is associated with low levels of mobility, with an impact on the ability to walk, especially in older populations. This study aims to identify the relationship between nursing interventions in the gait domain in the hospital and the self-care walking.

Methodology: Quantitative, retrospective, descriptive and correlational study with data from the clinical records of nurses at a university hospital

related to inpatient with nursing diagnoses and interventions related to selfcare walking.

Results: The sample refers to a predominantly elderly population (mean age 65,99 years (Standard Deviation 16,73)) and dependent on walking (69,7%). Of 6546 participants, 1142 (17,4%) had musculoskeletal pathologies as their admission diagnosis, 916 (14%) external cause injuries and 903 (13,8%) diseases of the circulatory system. Nursing interventions in the field of gait were carried out in Internal Medicine (22,9%), Orthopedics (17,9%) and Neurosurgery (13,1%) department. While in hospital, each participant received an average of 24 nursing interventions (SD 50.37), with “assisting with walk” being the most frequent (47%). Under nursing interventions in the gait domain, 92,15% of participants maintained or improved their ability to walk ($p < 0,001$). Specialized programs for gait training were applied to 6,5% of the participants, of which 7,9% acquired this ability while still in the hospital. The acquisition of competence to walk with a walking aid was verified in 28% of the participants who needed the adaptive equipment ($p < 0,001$). 88,8% participants were discharged home. Gait independency participants at discharge were hospitalized for less than 1,44 days ($p = 0,006$).

Conclusion: In this study, nursing interventions in the gait domain were associated with maintaining and recovering levels of functionality during hospitalisation, although it was not possible to isolate the effect of other variables.

Descriptors: Gait; Self Care; Hospitals; Nursing Care

RESUMEN

Introducción: La hospitalización se asocia a bajos niveles de movilidad, con un impacto en la capacidad para caminar, especialmente en las poblaciones de mayor edad. Este estudio tiene como objetivo identificar la relación entre las intervenciones de enfermería en el dominio de la marcha en el contexto hospitalario y lo autocuidado caminar.

Metodología: Estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y correlacional con datos de las historias clínicas de enfermeras de un hospital universitario sobre personas hospitalizadas con diagnósticos e intervenciones de enfermería en el ámbito del autocuidado de la marcha.

Resultados: La muestra es predominantemente de edad avanzada (edad media 65,99 años (Desviación Estandar 16,73)) y dependiente de la marcha (69,7%). De 6546 participantes, 1142 (17,4%) tenían como diagnóstico de ingreso patologías musculoesqueléticas, 916 (14%) lesiones de causa externa y 903 (13,8%) enfermedades del sistema circulatorio. Las intervenciones de enfermería en el ámbito de la marcha fueron realizadas en los servicios

de Medicina Interna (22,9%), Ortopedia (17,9%) y Neurocirugía (13,1%). Durante la estadía hospitalaria, cada participante recibió en promedio 24 intervenciones de enfermería (SD 50.37), en que “asistir a caminar” la más frecuente. Bajo las intervenciones de enfermería en el dominio de la marcha, el 92,15% de los participantes mantuvieron o mejoraron su capacidad para caminar ($p < 0,001$). Se aplicaron programas especializados de entrenamiento de la marcha al 6,5% de los participantes, de los cuales el 7,9% adquirió esta habilidad estando aún en el hospital. La adquisición de la competencia para caminar con andador fue verificada en el 28% de los participantes que necesitaron el equipo adaptativo ($p < 0,001$). 88,8% de los participantes fueron dados de alta. Las personas independientes el día del alta estuvieron hospitalizadas menos de 1,44 días ($p = 0,006$).

Conclusión: En este estudio, las intervenciones de enfermería en el dominio de la marcha se asociaron con el mantenimiento y la recuperación de los niveles de funcionalidad durante la hospitalización, aunque no fue posible aislar el efecto de otras variables.

Descriptor: Marcha; Autocuidado; Hospitales; Atención de Enfermería

INTRODUÇÃO

A capacidade para andar é um importante indicador de saúde sendo amplamente reconhecido como um sinal vital funcional^(1, 2). Nos últimos anos, vários estudos têm encontrado relações significativas entre o desempenho na marcha e resultados como a mortalidade, a morbidade e a qualidade de vida⁽³⁻⁵⁾. Uma melhor capacidade para andar está associada também a uma redução sustentada dos custos dos cuidados de saúde^(6, 7).

O internamento hospitalar é um acontecimento comum que surge em diferentes fases da vida da pessoa, devido a uma doença súbita, a um evento cirúrgico ou à agudização de uma condição crónica. Essa experiência pode, no entanto, ter um impacto significativo na capacidade funcional, sobretudo nas populações mais vulneráveis. Existe ampla evidência de que a hospitalização produz perda de funcionalidade, agravamento na capacidade de deambulação e necessidade de ajuda para a realização das atividades da vida diária, representando uma ameaça à vida independente após a alta⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Garantir os níveis de atividade física e períodos de marcha durante a hospitalização é uma forma de inverter estes resultados. Programas de marcha assistida aplicados em idosos durante o internamento hospitalar, melhoraram significativamente a sua capacidade de andar à data da alta^(11, 12). Uma revisão tipo scoping aferiu que os programas de marcha no hospital têm impacto em indicadores

clínicos e não clínicos, podendo estar associados a uma melhoria funcional e a uma redução do tempo de internamento de um a três dias⁽¹³⁾.

Este estudo tem como objetivo identificar a relação entre as intervenções de enfermagem e o autocuidado andar, em contexto hospitalar. Pretende dar resposta à questão norteadora - Qual a relação entre as intervenções no âmbito da marcha desenvolvidos por enfermeiros e o autocuidado andar durante o internamento hospitalar?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de cariz quantitativo, retrospectivo, descritivo e correlacional elaborado com dados do registo clínico dos enfermeiros, dos serviços de internamento de um centro hospitalar e universitário da região norte de Portugal. Definiram-se como critérios de inclusão todos os internamentos de pessoas com idade igual, ou superior, a 18 anos, que ocorreram no intervalo temporal de 01/01/2021 a 31/12/2022, com diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio do autocuidado andar. Os dados foram fornecidos pelo serviço de sistemas de informação e gestão da instituição. A análise estatística descritiva e inferencial foi realizada com recurso ao IBM SPSS®, considerando-se um limiar de significância de 0.05% para os testes de hipóteses efetuados.

O grau de dependência da pessoa no autocuidado andar foi aferido pela conjugação do juízo clínico do enfermeiro e da utilização do formulário de autocuidado de Hernani Duque, integrado no sistema de informação. A pontuação obtida classifica a capacidade para andar em quatro graus: independente, dependente em grau reduzido, grau moderado e grau elevado. Na operacionalização da variável, os graus de dependência foram agrupados em dois níveis: independente e dependente. Por sua vez, o compromisso para andar com auxiliar de marcha compreende uma avaliação dicotómica da eficácia da marcha com a utilização de um produto de apoio (andarilho, canadianas, tripé, entre outros), classificado em: sem compromisso e com compromisso.

Recolheram-se informações relativas ao score da primeira avaliação (momento 1 - M1), aquando definição do diagnóstico e da última avaliação de enfermagem (momento 2 - M2), realizada após a implementação de intervenções de enfermagem no domínio da marcha e antes da alta clínica. Nos casos em que existiu apenas uma avaliação, assumiu-se que a capacidade para andar em M2 foi igual a M1.

Foram recolhidos dados relativos às intervenções de enfermagem do tipo avaliar, assistir, supervisionar, incentivar, ensinar, instruir e treinar a andar, com e sem auxiliar de marcha. Os diagnósticos de admissão foram agrupados pelas categorias definidas pela Classificação Internacional de Doenças ICD-10.

Durante o estudo respeitaram-se as normas éticas e direitos dos participantes, atendendo ao que está subjacente à Declaração de Helsínquia na Convenção de Oviedo. Foi obtida a autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do centro hospitalar. De forma a garantir o anonimato dos participantes, os dados demográficos e clínicos foram anonimizados, codificados, inseridos e analisados num programa informático.

RESULTADOS

Dos 11.190 episódios identificados, 4.644 foram excluídos por não garantirem conformidade com os critérios de inclusão. A descrição da amostra é representada na tabela 1.

Tabela 1 - Descrição da amostra

Variáveis	
Idade (anos) Média (DP) Mediana Moda	65,99 (16,73) 68 76
Sexo n (%) Mulheres Homens	3299 (50,4%) 3247 (49,6%)
Tempo de internamento (dias) Média (DP) Mediana Moda	12,75 (20,68) 5,75 1,03
Tipo de admissão n (%) Programada Urgência	3172 (48,5%) 3374 (51,5%)
Proveniência n (%) Consulta externa Urgência Outras proveniências Exterior	3096 (47,3%) 3245 (49,6%) 72 (1,1%) 133 (2%)
Destino n (%) Domicílio Outro Hospital Falecido	5810 (88,8%) 493 (7,5%) 243 (3,7%)

A amostra é constituída por 6546 episódios de internamento, provenientes do serviço de urgência (49,6%) e da consulta externa (47,3%). As idades dos participantes variaram entre os 18 e os 101 anos, sendo a média de 65,99 (DP 16,73) anos, correspondendo predominantemente a uma população idosa. Observou-se uma distribuição equitativa do sexo dos participantes (49,6% homens Vs 50,4% mulheres). A média de dias de internamento foi de 12,75 (DP 20,68) dias, apesar de existir uma variação entre 1 e 369 dias. A tabela 2 apresenta a distribuição dos participantes pelos serviços de internamento.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por serviços de internamento

Serviço	n	%
Medicina interna	1502	22,9
Ortopedia	1173	17,9
Neurocirurgia	859	13,1
Otorrinolaringologia	652	10
Oftalmologia	582	8,9
Cirurgia geral	492	4,5
Neurologia	295	4,5
Cirurgia de especialidades	281	4,3
Infeciologia	192	2,9
Outros	165	2,5
Cardiologia	144	2,2
Urgência	98	1,5
Urologia	63	1
Nefrologia	48	0,7

Como se pode observar os participantes com intervenções de enfermagem no âmbito do autocuidado andar estiveram internadas maioritariamente nos serviços de medicina interna (22,9%), ortopedia (17,9%) e neurocirurgia (13,1%). A tabela 3 apresenta a distribuição dos participantes por diagnóstico de admissão.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes por diagnóstico de admissão

Admissão por patologia	n	%
Sistema músculo esquelético	1142	17,4
Lesões de causa externa e trauma	916	14
Sistema circulatório	903	13,8
Neoplasias	696	10,5
Doenças dos olhos	504	7,7
Sistema respiratório	498	7,6
Contactos com serviços de saúde	344	5,3
Sistema digestivo	342	5,2
Doenças dos ouvidos	256	3,9
Doenças metabólicas	210	3,2
Doenças infecciosas	198	3
Sistema Nervoso	185	2,8
Sistema génito urinário	162	2,5
Doenças da pele	77	1,2
Sinais/sintomas não definidos	60	0,9
Doenças hematológicas	24	0,4
Malformações congénitas	21	0,3
Doenças mentais	18	0,3

Os diagnósticos de admissão mais frequentes foram as patologias do foro musculoesquelético (17,4%), lesões de causa externa (14%) e doenças do sistema circulatório (13,8%). As malformações congénitas e as doenças mentais, ambas com 0,3%, foram as categorias com menor representatividade nos programas de marcha.

Relativamente aos cuidados de enfermagem no domínio do autocuidado andar foram registadas 156511 intervenções, correspondendo a uma média de 24 intervenções (DP 50,37) por participante, no período de internamento. As intervenções mais frequentes foram o “assistir no andar” e o “avaliar o andar”. Os registos de enfermagem demonstraram que as intervenções dirigidas ao prestador de cuidados neste domínio foram menos frequentes (Tabela 4).

Tabela 4 – Intervenções de Enfermagem no domínio do autocuidado andar

Intervenção de enfermagem	n	%
Avaliar o andar	28631	18,3
Incentivar a andar	2874	1,8
Assistir no andar	73494	47
Avaliar o andar com auxiliar de marcha	8981	5,7
Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha	2603	1,7
Providenciar dispositivo adaptativo para andar	758	0,5
Incentivar o andar com auxiliar de marcha	7776	5
Assistir no andar com auxiliar de marcha	14848	9,5
Avaliar capacidade para executar técnica de adaptação para andar	3097	2
Ensinar sobre técnica de adaptação para andar	1674	1,1
Instruir a andar	2831	1,8
Treinar o andar	2446	1,6
Instruir a andar com auxiliar de marcha	3113	1,9
Treinar a andar com auxiliar de marcha	3268	2,1
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no andar	21	0,01
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha	53	0,03
Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar	30	0,02
Treinar o prestador de cuidados para assistir no andar	13	0,01

Na avaliação da capacidade para andar, no M1, existiam 30,3% (n=1531) pessoas independentes e 69,7% (n=3515) dependentes na marcha, por sua vez, no M2, existiam 33,4% (n=1687) e 66,3% (n=2959), respetivamente. A análise da variância entre a primeira e a última avaliação mostra que 13,99% (n=706) melhoraram, 7,85% (n=396) agravaram e 78,16% (n=3944) mantiveram o seu estado. O teste t para amostras emparelhadas encontra diferenças significativas nos níveis de dependência dos participantes, nos dois momentos $t(5045)=8,028$; $p<0,001$. O número de intervenções realizadas não demonstrou associação estatisticamente significativa com a variação da dependência no autocuidado andar ($F=1,43$; $gl=1$; $p=0,233$).

No que se refere ao destino após a alta, 88,8% (n=4484) dos participantes receberam alta para domicílio e 6,72% (n=339) foram transferidas para outro hospital, dos quais 84,96% (n=288) apresentavam dependência no andar. A dependência dos participantes no M2 mostrou associação significativa com o destino após a alta ($F=170,892$; $gl=3$; $p<0,001$), portanto as pessoas que têm alta para outra instituição hospitalar são mais dependentes.

Simultaneamente, foi analisada a relação entre o tempo de internamento e a capacidade para andar à data de alta. A média do tempo de internamento das pessoas independentes é de 12,01 dias (DP 19,76), enquanto as pessoas com dependência na marcha estiveram internadas em média 13,45 dias (DP 22,127). Esta diferença de 1,44 dias revela significado estatístico $t(5044)=2,259$; $p=0,006$.

As intervenções especializadas para a capacitação na marcha integraram 9,36% (n=329) dependentes na marcha. Analisando M2, 7,9% (n=26) das pessoas adquiriram capacidade para executar a técnica de adaptação para andar durante o período de internamento, mantendo 92,1% (n=303) a necessidade de continuidade de cuidados após a alta hospitalar. Verifica-se significado estatístico na análise da variância da capacitação para andar entre os dois momentos de avaliação ($Z=-4,849$; $p<0,001$). As pessoas que adquiriam esta capacidade estiveram internadas, em média, mais 1,725 dias do que as que mantiveram a necessidade de continuidade de cuidados, apesar desta diferença não ter atingido significância estatística $t(353)=-0,647$; $p=0,538$.

Perante uma mudança da condição clínica, pode surgir a necessidade de utilização de produtos de apoio para a mobilidade. Durante o internamento hospitalar, verificou-se existência de um maior compromisso na primeira avaliação comparativamente à última - em M1 existiam 73,13% (n=215) participantes com compromisso e 26,87% (n=79) sem compromisso para andar com auxiliar de marcha, enquanto em M2 existiam 58,8% (n=167) e 43,2% (n=127), respetivamente, uma diferença com significância estatística $t(293)=6,766$; $p<0,001$. As

intervenções especializadas para a capacitação no andar com auxiliar de marcha foram identificados em 2,7% (n=134) participantes.

Das pessoas que necessitaram de auxiliar de marcha 77,21% (n=227) receberam alta para domicílio e 19,73% (n=58) foram transferidas para outro hospital. Destas últimas, 72% (n=42) mantiveram necessidade de assistência para andar com produtos de apoio. Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre o compromisso para andar com auxiliar de marcha e o destino após a alta ($F=7,511$; $gl=1$; $p=0,007$). Embora não atingindo significância estatística $t(292)=0,927$; $p=0,063$, os participantes que à data de alta eram competentes no andar com auxiliar de marcha estiveram, em média, internadas mais 2,1 dias do que as que mantiveram compromisso.

DISCUSSÃO

Este estudo procurou identificar a relação entre as intervenções de enfermagem e o autocuidado andar, tendo verificado que as intervenções no domínio da marcha estão associadas à manutenção e recuperação dos níveis de funcionalidade das pessoas durante a hospitalização.

Andar é uma atividade básica de vida⁽¹⁴⁾ e a capacidade para andar um fator chave para a independência funcional⁽¹⁵⁾. A hospitalização tem sido associada a um agravamento na condição física, à perda de marcha independente, pelos baixos níveis de mobilidade e pelos períodos de repouso no leito^(10, 11, 16). Estes dados são aferidos pela avaliação dos níveis de atividade dos doentes em internamento de agudos, em que apenas um, dos 450 minutos observados foi passado em ortostatismo ou a andar⁽¹⁷⁾. A redução do número de passos entre as primeiras e as últimas 24 horas de hospitalização foi também associada a um risco quatro vezes maior de morte nos 2 anos após a alta⁽¹⁸⁾. Esta realidade tem implicações sobretudo na população mais idosa. A incapacidade associada ao internamento hospitalar ocorre em aproximadamente um terço das pessoas com mais de 70 anos de idade, podendo ser desencadeada mesmo quando a doença que exigiu a hospitalização é tratada com sucesso⁽¹⁹⁾. Nesta população, a imobilização pode ainda aumentar a complexidade da doença primária ou trauma, traduzindo-se num problema maior do que o motivo que conduziu à admissão⁽²⁰⁾.

Neste estudo, verificou-se que os serviços onde mais se desenvolveram programas de marcha foram os serviços de medicina interna, de ortopedia e de neurocirurgia, prevalecendo patologias do foro musculoesquelético, lesões de causa externa e doenças do sistema circulatório. O relatório anual de acesso aos cuidados de saúde constata que, no ano de 2019, os problemas do sistema circulatório foram uma das

três principais causas de internamento e as especialidades de ortopedia e neurocirurgia destacaram-se no volume de procura de cuidados de saúde⁽²¹⁾. Nestes contextos, a literatura apresenta evidência da importância dos programas de marcha durante o internamento, demonstrando uma melhoria da capacidade funcional em idosos internados em serviços de medicina^(11, 12), a uma redução do tempo de internamento em neurocirurgia^(22, 23) e mais altas para casa em pessoas internadas em ortopedia⁽²⁴⁾.

O envelhecimento da população é uma inevitabilidade a que os sistemas de saúde devem preparar-se para dar resposta. Em Portugal a esperança média de vida é de 80,96 anos⁽²⁵⁾, ligeiramente superior à apresentada na União Europeia, no entanto a esperança de vida saudável aos 65 anos é de apenas 7 anos⁽²⁶⁾. Tal significa que nos anos subsequentes existe um aumento da utilização de cuidados de saúde, incluindo a hospitalização⁽²⁷⁾. Por outro lado, o recenseamento de 2021, corroborou que a principal dificuldade reportada pelos idosos é andar⁽²⁵⁾. Neste estudo, numa população com necessidades de cuidados no âmbito da marcha, a média de idades dos participantes foi de 65,99 anos e a idade mais frequente foi de 76 anos, correspondendo a uma população envelhecida.

Compreender as necessidades de saúde integradas na complexidade das pessoas mais idosas exige uma abordagem de cuidados inovadora não centrada apenas na doença⁽¹¹⁾. Os programas de incentivo à mobilidade que incluem marcha, representam estratégias de intervenção face a uma elevada incidência de incapacidade iatrogénica⁽²⁸⁾.

Neste estudo, durante o período de internamento hospitalar, cada participante foi alvo de cerca de 24 intervenções de enfermagem no domínio da marcha, refletindo investimento destes profissionais no autocuidado andar. A maioria dos participantes apresentavam dependência para andar na primeira avaliação, verificando-se o efeito positivo das intervenções, pelo não agravamento e redução dos níveis de dependência ao longo do internamento. Apenas 7,85% dos participantes aumentaram o nível de dependência na marcha, o que pode ser justificado por estados de saúde mais agravados^(13, 29, 30) ou pela necessidade de programas de marcha especializados⁽¹¹⁾. Estes dados sugerem a importância de manter a sensibilização dos enfermeiros para garantir os níveis de mobilidade dos doentes, uma vez que a marcha é em alguns contextos, negligenciada em detrimento de outros cuidados^(12, 31).

Durante muito tempo, caminhar foi considerado um processo automático, de controlo inferior, dependente da função de músculos, reflexos e amplitude articular. Atualmente, estudos demonstram que a marcha é controlada por processos cognitivos envolvendo uma rede neuronal complexa, essenciais para permitir a caminhada em circunstâncias

desafiadoras, mas também durante as condições habituais da vida quotidiana⁽¹⁵⁾. Programas de treino motor, têm potencial para melhorar a marcha, o equilíbrio e a cognição⁽³²⁻³⁴⁾. Os resultados deste estudo revelam que à data de alta hospitalar, as pessoas independentes apresentaram menor tempo de internamento comparativamente com as pessoas dependentes na marcha, sublinhando a importância de uma avaliação sistemática da capacidade para andar e o investimento nos processos de capacitação. A adoção de programas de treino de marcha especializados durante o internamento, embora num reduzido número de participantes, relacionou-se com a aquisição da competência para andar, com ou sem auxiliar de marcha, estando associado a um aumento do tempo de estadia hospitalar entre 1,7 e 2,1 dias. Achados semelhantes foram obtidos noutros estudos, sugerindo que o tipo de programas de reabilitação e o processo individual de recuperação determinam um tempo de internamento superior, com vista à maximização da capacidade para andar^(29, 30). O aumento do tempo de internamento não pode ser apenas justificado pela implementação de programas de marcha, uma vez que não foi possível isolar o seu efeito, representando esta outra das limitações deste estudo.

Na última avaliação, antes data de alta, a maioria dos participantes que apresentaram dependência para andar e/ ou compromisso para andar com auxiliar de marcha, teve alta para outra instituição hospitalar, depreendendo-se uma necessidade de continuidade de cuidados a vários níveis, incluindo a marcha. Estes resultados corroboram que a perda de competências e a deterioração da condição de saúde causadas pela idade e pela imobilização favorecem a alta hospitalar para outras instituições^(35, 36). Por sua vez, uma melhor capacidade para andar traduz-se numa menor necessidade de cuidados após a alta, uma vez que a dependência neste autocuidado assume um papel preponderante no processo de cuidar⁽³⁷⁾ [t.workflow": "Documents"]. Neste sentido, e sabendo que um limiar de 400 passos diários é preditor de alta para domicílio⁽⁴²⁾, os programas de reabilitação da marcha potenciam a ida para casa após o internamento⁽²⁴⁾. Os mesmos resultados foram obtidos nesta pesquisa em que 88,8% dos participantes sujeitos a programas de marcha tiveram alta para o domicílio, resultando numa menor necessidade de transição de cuidados para outras instituições e, conseqüentemente, menor custo global para o sistema de saúde.

A integração de programas de marcha no plano de cuidados relaciona-se com a melhoria da condição clínica das pessoas, sobretudo idosas, potenciando uma maior autonomia. Este facto é inquestionavelmente promotor da redução sustentada do consumo de cuidados de saúde e dos custos que lhe estão associados, no entanto, neste estudo os ganhos económicos inerentes aos programas de marcha foram

de difícil mensuração. Evidencia-se, assim, a necessidade de mais estudos, em contextos específicos, que permitam validar estes resultados e estimar o efeito destes programas.

CONCLUSÃO

Andar é uma atividade básica de vida e um importante indicador de saúde. O envelhecimento está associado a menores níveis de mobilidade, podendo este problema ser agravado pelo declínio funcional durante a hospitalização. As intervenções de enfermagem no domínio da marcha surgem como uma estratégia para colmatar a incapacidade iatrogénica associada ao internamento.

Este estudo mostrou que as pessoas submetidas a estes programas são sobretudo idosas, com patologias do foro musculoesquelético, lesões de causa externa e doenças do sistema circulatório, internadas nos serviços de medicina interna, ortopedia e neurocirurgia. As pessoas independentes na marcha à data de alta ficaram menos tempo hospitalizadas e as intervenções no domínio da marcha realizadas por enfermeiros mostraram efeitos mensuráveis significativos na manutenção e melhoria da capacidade para andar, ao longo do internamento. A maioria das pessoas teve alta para o domicílio, verificando-se uma associação entre o destino após a alta e a dependência na marcha.

A capacidade de andar é já considerada um sinal vital funcional. Dada a importância deste indicador, sugere-se a avaliação sistemática da capacidade para andar em todos os doentes internados e a intervenção nos processos de capacitação, pelos enfermeiros, a fim de garantir a manutenção dos níveis de mobilidade durante o internamento, a maximização da capacidade funcional e maior número de altas obtidas para casa, inferindo-se uma redução dos custos dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Middleton A, Fritz SL, Lusardi M. Walking Speed: The Functional Vital Sign. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2015;23(2):314-22.
- Fritz S, Lusardi M. White paper: “walking speed: the sixth vital sign”. *J Geriatr Phys Ther*. 2009;32(2):46-9.
- Perera S, Patel KV, Rosano C, Rubin SM, Satterfield S, Harris T, et al. Gait Speed Predicts Incident Disability: A Pooled Analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71(1):63-71.
- Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait Speed and Survival in Older Adults. *JAMA*. 2011;305(1):50-8.
- Van de Vyver C, Velghe A, Baeyens H, Baeyens J-P, Dekoninck J, Van Den Noortgate N, et al. Can usual gait speed be used as a prognostic factor for early palliative care identification in hospitalized older patients? A prospective study on two different wards. *BMC Geriatrics*. 2020;20(1):499.
- Wohlrab M, Klenk J, Delgado-Ortiz L, Chambers M, Rochester L, Zuchowski M, et al. The value of walking: a systematic review on mobility and healthcare costs. *European Review of Aging and Physical Activity*. 2022;19(1):31.
- Perkins AJ, Clark DO. Assessing the association of walking with health services use and costs among socioeconomically disadvantaged older adults. *Prev Med*. 2001;32(6):492-501.
- Mudge AM, McRae P, Hubbard RE, Peel NM, Lim WK, Barnett AG, et al. Hospital-Associated Complications of Older People: A Proposed Multicomponent Outcome for Acute Care. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(2):352-6.
- King B, Bodden J, Steege L, Brown CJ. Older adults experiences with ambulation during a hospital stay: A qualitative study. *Geriatr Nurs*. 2021;42(1):225-32.
- Rodrigues C, Mendonça D, Martins MM. Functional trajectories of older acute medical inpatients. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020;30(4):260-8.
- Gazineo D, Godino L, Decaro R, Calogero P, Pinto D, Chiari P, et al. Assisted Walking Program on Walking Ability in In-Hospital Geriatric Patients: A Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(3):637-43.
- Hamilton AC, Lee N, Stilphen M, Hu B, Schramm S, Frost F, et al. Increasing Mobility via In-hospital Ambulation Protocol Delivered by Mobility Technicians: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Hosp Med*. 2019;14(5):272-7.
- Alves Sobral Sousa ES, Valente S, Lopes M, Ribeiro S, Abreu N, Alves E. O impacto de programas de reabilitação da marcha no tempo de internamento hospitalar – Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2023;6(1):e313.
- Fricke J. Activities of daily living. La Trobe. Chapter. . International Encyclopedia of Rehabilitation. New York Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). 2010.
- Mirelman A, Shema S, Maidan I, Hausdorff JM. Chapter 7 - Gait. In: Day BL, Lord SR, editors. *Handbook of Clinical Neurology*. 159: Elsevier; 2018. p. 119-34.
- S. Ryan Greysen, Patel MS. Annals for Hospitalists Inpatient Notes - Bedrest Is Toxic—Why Mobility Matters in the Hospital. *Annals of Internal Medicine*. 2018;169(2):HO2-HO3.
- Kuys SS, Dolecka UE, Guard A. Activity level of hospital medical inpatients: an observational study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(2):417-21.
- Ostir GV, Berges IM, Kuo Y-F, Goodwin JS, Fisher SR, Guralnik JM. Mobility Activity and Its Value as a Prognostic Indicator of Survival in Hospitalized Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013;61(4):551-7.
- Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-Associated Disability: “She Was Probably Able to Ambulate, but I’m Not Sure”. *JAMA*. 2011;306(16):1782-93.
- Fletcher K. Immobility: geriatric self-learning module. *Med-surg Nurs*. 2005;14(1):35-7.
- Ministério da Saúde. Relatório Anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa2019.
- Elsarrag M, Soldozy S, Patel P, Norat P, Sokolowski JD, Park MS, et al. Enhanced recovery after spine surgery: a systematic review. *Neurosurgical Focus FOC*. 2019;46(4):E3.
- Rupich K, Missimer E, O’Brien D, Shafer G, Wilensky EM, Pierce JT, et al. The Benefits of Implementing an Early Mobility Protocol in Postoperative Neurosurgical Spine Patients. *AJN The American Journal of Nursing*. 2018;118(6):46-53.

24. Pinskiy M, Lubovsky O, Kalichman L. The effect of a preoperative physical therapy education program on short-term outcomes of patients undergoing elective total hip arthroplasty: A controlled prospective clinical trial. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2021;55(4):306-10.
25. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação : Resultados definitivos. Lisboa: INE; 2022.
26. Observatório Português do Sistemas de Saúde. E AGORA? Relatório de Primavera 2022. 2022.
27. Kashiwagi DT. Geriatric inpatient care: what should hospital clinicians know? *Hospital Practice.* 2020;48(sup1):1-2.
28. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(8):674-81.
29. Imamura M, Mirisola AR, Ribeiro FdQ, De Pretto LR, Alfieri FM, Delgado VR, et al. Rehabilitation of patients after COVID-19 recovery: An experience at the Physical and Rehabilitation Medicine Institute and Lucy Montoro Rehabilitation Institute. *Clinics.* 2021;76.
30. Lura DJ, Venglar MC, van Duijn AJ, Csavina KR. Body weight supported treadmill vs. overground gait training for acute stroke gait rehabilitation. *Int J Rehabil Res.* 2019;42(3):270-4.
31. Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarneri A, Barelli P, Zambiasi P, et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med.* 2015;10(6):693-702.
32. Fritz NE, Cheek FM, Nichols-Larsen DS. Motor-Cognitive Dual-Task Training in Persons With Neurologic Disorders: A Systematic Review. *J Neurol Phys Ther.* 2015;39(3):142-53.
33. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Sáez de Asteasu ML, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019;179(1):28-36.
34. Sáez de Asteasu ML, Martínez-Velilla N, Zambom-Ferraresi F, Casas-Herrero Á, Izquierdo M. Role of physical exercise on cognitive function in healthy older adults: A systematic review of randomized clinical trials. *Ageing Res Rev.* 2017;37:117-34.
35. Sarabon N, Rosker J. Effects of Fourteen-Day Bed Rest on Trunk Stabilizing Functions in Aging Adults. *Biomed Res Int.* 2015;2015:309386.
36. Guedes LPCM, Oliveira MLCd, Carvalho GdA. Deleterious effects of prolonged bed rest on the body systems of the elderly - a review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2018;21.
37. Limão RP, Martins RML. Efetividade de programas de enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência.* 2021;5(8):1-10.

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Concetualização: SSS, SV, SR, ML, NA, EA

Curadoria dos dados: SSS, SV, SR, ML

Análise formal: SSS, SV, SR, ML

Investigação: SSS, SV, SR, ML

Metodologia: SSS, SV, SR, ML

Administração do projeto: SSS, SV, SR, ML

Recursos: SSS, SV, SR, ML, NA, EA

Software: SSS, SV, SR, ML, NA, EA

Supervisão: SSS, SV

Validação: SSS, SV, SR, ML

Visualização: SSS, SV, SR, ML, NA, EA

Redação do rascunho original: SSS, SV, SR, ML

Redação - revisão e edição: SSS, SV, SR, ML, NA, EA

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Comissão de Ética:

Autorizado pela comissão de ética do Centro Hospitalar e Universitário de Santo António com o registo 2022.085 (067-DEFI/068-CE)