

Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada

Validation of nursing interventions for patients with spinal cord injury and impaired physical mobility
Validación de intervenciones de enfermería para pacientes con lesiones de médula espinal y problemas de movilidad física

Leonardo Tadeu de Andrade¹, Tânia Couto Machado Chianca^{II}

¹ Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Unidade Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Submissão: 20-06-2011 Aprovação: 22-07-2013

RESUMO

Estudo descritivo, que objetivou validar as intervenções propostas na Classificação das Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico de *Mobilidade física prejudicada* em adultos com lesão medular, a partir das opiniões de enfermeiros experts em reabilitação. A amostra foi composta por 54 enfermeiros que foram questionados sobre o quanto julgavam essenciais as intervenções para a solução daquele diagnóstico. Um questionário foi aplicado junto aos enfermeiros que trabalham na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Dentre as 46 intervenções pesquisadas, 17 (37%) foram consideradas essenciais e deveriam ser implementadas; outras 15 (32,6%) foram consideradas complementares e 14 (30,4%) não deveriam ser utilizadas e poderiam ser descartadas. As intervenções de enfermagem não descritas na classificação e sugeridas por 22 enfermeiros (40,7%) foram: Cuidado com Órteses: Manutenção; e Cuidado com Órteses: Prevenção.

Descritores: Enfermagem em Reabilitação; Traumatismos da Medula Espinal; Processos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This is a descriptive study that aimed to validate the nursing interventions proposed in the Nursing Interventions Classification for the diagnosis of *Impaired physical mobility* in adults with sequels of spinal cord injury, based on opinions of experts in rehabilitation about each intervention proposed. The sample consisted of 54 nurses who were asked about how they consider the interventions for the nursing diagnosis. A questionnaire was administered to nurses who work at the Sarah Network of Rehabilitation Hospitals. Among the 46 interventions studied, 17 (37%) were considered essential and should be implemented; others 15 (32.6%) were considered complementary, and 14 (30.4%) should not be used and could be discarded. Nursing interventions not described in the classification and suggested by 22 nurses (40.7%) were: Care with Orthoses: Maintenance; and Care with Orthoses: Prevention.

Key words: Rehabilitation Nursing; Spinal Cord Injuries; Nursing Process; Nursing Care.

RESUMEN

Estudio descriptivo que tuvo como objetivo validar las intervenciones propuestas en la Clasificación de Intervenciones de enfermería para el diagnóstico de la *Movilidad física disminuida* en adultos con lesión de la médula espinal, según las opiniones de expertos en enfermería de rehabilitación. La muestra estuvo conformada por 54 enfermeras a quién se preguntó o que pensaban sobre las intervenciones esenciales para la solución de ese diagnóstico. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario aplicado a enfermeras que trabajan en la Red Sarah de Hospitales de Rehabilitación. Entre las 46 intervenciones estudiadas, 17 (37%) se consideran esenciales y deben ser implementadas, otras 15 (32,6%) fueron consideradas complementarias y 14 (30,4%) no se deben utilizar y podrían ser descartadas. Las intervenciones de enfermería no descritas en la clasificación y sugeridas por 22 enfermeras (40,7%) fueron las siguientes: Cuidado con Órteses: Mantenimiento; y Cuidado con Órteses: Prevención.

Palabras clave: Enfermería en Rehabilitación; Traumatismos de la Médula Espinal; Procesos de Enfermería; Atención de Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE Leonardo Tadeu de Andrade E-mail: leonardo@sarah.br

INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM) e suas sequelas vêm se tornando mais incidentes e prevalentes, principalmente as lesões traumáticas causadas pela violência urbana. A chance de sobrevivência do indivíduo, após a LM, aumentou com os avanços na área médica. Entretanto, não existindo uma terapêutica eficaz, a fim de prevenir possíveis complicações, essa pessoa poderá conviver com alterações físicas, sensoriais e autonômicas, além de alterações psicossociais e espirituais que diminuem sua qualidade de vida. Portanto, a sua reabilitação deve começar tão logo seja feito o diagnóstico da LM⁽¹⁾.

O processo de reabilitação da pessoa com LM inclui a promoção da saúde, a prevenção e redução da deficiência, incapacidade e desvantagem, onde as potencialidades pré-existentes no paciente são restauradas, proporcionando uma oportunidade para uma vida com mais qualidade, autoestima e independência⁽²⁾.

O enfermeiro atua em todas as fases da reabilitação, em colaboração com os diversos profissionais reabilitadores, com outros setores da saúde e com a comunidade, construindo e compartilhando o conhecimento sobre a condição do paciente. Suas ações são direcionadas para o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades funcionais, motoras, psicossociais e espirituais de cada indivíduo e sua família⁽²⁾.

Considera-se inegável a contribuição do enfermeiro nesse processo, embora na maioria das vezes, observa-se a invisibilidade de suas ações. Ele, muitas vezes, não é reconhecido como colaborador na reabilitação, uma vez que suas intervenções nem sempre são registradas e, sequer utilizam uma linguagem uniformizada para informar o que observam, avaliam e executam⁽³⁾.

A utilização do processo de enfermagem possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como o paciente com LM responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais e determinar que aspectos dessa resposta exijam uma intervenção dele. Vários são os diagnósticos de enfermagem (DE) que podem ser evidenciados por esses pacientes. Entre eles o de mobilidade física prejudicada, déficit de autocuidado, eliminação urinária prejudicada, integridade da pele prejudicada, constipação, risco de lesão, conhecimento deficiente, disfunção sexual, risco de infecção, dentre outros⁽⁴⁾.

Este estudo volta-se para o diagnóstico de *Mobilidade física prejudicada*, por ser o mais frequente entre os indivíduos com LM, e para as intervenções de enfermagem (IE) apropriadas e que representam área de interesse pacientes, tendo em vista seu anseio pelo retorno da mobilidade perdida⁽⁴⁾.

Os pacientes com LM e com *Mobilidade física prejudicada* e que estão integrados no processo de reabilitação da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, necessitam de intervenções para evitar a perda da sua capacidade funcional, uma vez que esta pode determinar a incapacidade para a realização das atividades da vida diária (AVDs) e das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). Esse diagnóstico em especial tem sido identificado em diferentes tipos de pacientes. A validação do

seu conteúdo e o estabelecimento de uma proposta de intervenções de enfermagem baseada na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) foi pesquisada, porém, essas intervenções carecem de validação⁽⁵⁻⁷⁾.

A NIC contempla um conjunto de cuidados diretos e indiretos passíveis de serem implementados. As intervenções são baseadas no julgamento clínico e no conhecimento para melhorar os resultados obtidos pelo paciente. Cada uma delas é composta por atividades para executá-la. Elas proporcionam uma linguagem padronizada para que os enfermeiros possam descrever o que fazem, documentar suas ações específicas, facilitar o ensino e a tomada de decisão, promovendo a saúde, a avaliação e a melhoria do cuidado dos pacientes com LM, além de favorecer a pesquisa e o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem⁽⁸⁾.

Este estudo tem como objetivo validar as intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem de mobilidade física prejudicada em pacientes com LM, junto a enfermeiros que atuam na área da reabilitação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo não experimental, do tipo descritivo e exploratório, realizado junto a enfermeiros *experts* em reabilitação que trabalham na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. A Rede Sarah é constituída por nove unidades hospitalares, sendo duas localizadas em Brasília (DF), Salvador (BA), São Luis (MA), Belo Horizonte (MG), Fortaleza (CE), Rio de Janeiro (RJ), Macapá (AP) e Belém (PA). Escolheu-se essa instituição por ser um centro de referência nacional e internacional na reabilitação dos pacientes com LM.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Rede Sarah e da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG nº 0081/06). A população era composta por 72 enfermeiros que atuam na assistência direta ao paciente com LM. Para compor a amostra da pesquisa, utilizou-se como critério de inclusão: profissional com, no mínimo, dois anos de experiência no cuidado das pessoas com LM. A amostra foi constituída de 54 enfermeiros, uma vez que 18 não preenchiam o critério de inclusão.

O instrumento para coleta de informações foi baseado na terceira edição da NIC, traduzida para o português. O instrumento constituiu-se de um questionário semiestruturado, elaborado a partir da adaptação do modelo utilizado pela equipe de pesquisadoras da NIC, para verificar o uso das intervenções por especialidade de enfermagem nos Estados Unidos. Esse foi validado quanto à aparência e conteúdo por cinco enfermeiros estudiosos da NIC e foi considerado apropriado para aplicação. Ele continha informações e orientações sobre o diagnóstico de *Mobilidade física prejudicada* e sobre 46 intervenções de enfermagem propostas para o referido diagnóstico. Duas intervenções foram excluídas por se tratarem de ações direcionadas aos pacientes em trabalho de parto e fototerapia do neonato. A intervenção período intraoperatório foi descartada por ser utilizada no tratamento clínico de pessoas com LM e não para o período de reabilitação, por isso, nesta pesquisa utilizou-se de 46 intervenções.

Utilizou-se o Modelo de Validação do Uso das Intervenções para a obtenção de informações junto aos enfermeiros *experts*. Primeiramente, solicitou-se aos respondentes que identificassem as intervenções utilizadas por eles para o tratamento da *Mobilidade física prejudicada*. Após a identificação, eles responderam o quanto cada intervenção era considerada essencial para o tratamento desse diagnóstico em estudo.

Para cada uma havia uma definição conceitual. Os *experts* atribuíram uma nota avaliativa baseada numa escala tipo Likert, variando de 1 a 5, avaliando o quanto ela era essencial para o tratamento da mobilidade física prejudicada. Os enfermeiros pontuaram conforme o seu julgamento da seguinte maneira: 1 – não característica; 2 – pouco característica; 3 – de algum modo característica; 4 – consideravelmente característica; 5 – muito característica. Ao final do questionário havia um espaço para sugestões de intervenções não incluídas na NIC e passíveis de serem implementadas⁽⁹⁾.

Os dados foram lançados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 16.0, e utilizaram-se frequências e médias no tratamento dos dados. Proporções balanceadas foram calculadas para cada intervenção e obtidas pela soma dos pesos atribuídos a cada resposta e a sua divisão pelo número total de respostas. Os pesos utilizados foram os seguintes: 1=0; 2=0,25; 3=0,50; 4=0,75; 5=1. Foram consideradas as proporções iguais ou superiores a 0,80 como intervenções essenciais ou relevantes e passíveis de serem implementadas; as intervenções com proporções maiores que 0,50 e menores que 0,80 foram consideradas complementares e também passíveis de serem implementadas. As intervenções com proporções iguais e inferiores a 0,50 foram julgadas como não essenciais e passíveis de serem descartadas. Os pontos de corte utilizados constituem convenções já estabelecidas e baseados em padrões aceitos para avaliação de diagnósticos e intervenções de enfermagem⁽⁹⁾.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 43 (79,6%) enfermeiras e 11 (20,4%) enfermeiros. Quanto à idade, observou-se uma variação entre 26 e 44 anos, com média de idade de 33 anos. Eles haviam se formado no mínimo há 4 anos e no máximo há 18 anos, com média de formação de 10 anos. Aqueles com formação entre 11 e 15 anos constituíram a maior parte da amostra (44,5%). Com relação ao tempo de trabalho na especialidade reabilitação do paciente com LM, eles relataram possuir no mínimo 2 anos de trabalho direto e no máximo 13 anos, com média de 5 anos. O grupo com 2 anos de assistência foi o maior grupo com 34 (63%) enfermeiros.

Pelo julgamento dos enfermeiros constatou-se que entre as 46 intervenções de enfermagem, para o DE de mobilidade física prejudicada, 14 (30,4%) foram consideradas como não executadas e obtiveram médias menores ou igual a 0,50, sendo vistas como não essenciais e passíveis de serem descartadas (Tabela 1).

Os enfermeiros executam 15 (32,6%) intervenções complementares e passíveis de serem implementadas para o tratamento do diagnóstico estudado durante a reabilitação do paciente com LM (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição das intervenções de enfermagem não essenciais, segundo as médias com escores menores ou iguais a 0,50 de acordo com o uso dos enfermeiros. Belo Horizonte-MG, 2007.

Intervenções de Enfermagem	Média
1. Relaxamento Muscular Progressivo	0,49
2. Promoção da Perfusão Cerebral	0,49
3. Distração	0,48
4. Cuidados com Tração/Imobilização	0,48
5. Massagem Simples	0,44
6. Terapia Ocupacional	0,41
7. Biofeedback	0,41
8. Terapia com Exercícios: Controle Muscular	0,33
9. Cuidados com o Aparelho de Gesso: Manutenção	0,32
10. Cuidados com Aparelho de Gesso: Úmido	0,28
11. Toque Terapêutico	0,27
12. Treinamento de Autossugestão	0,19
13. Facilitação da Meditação	0,09
14. Hipnose	0,03

Tabela 2 - Distribuição das intervenções de enfermagem complementares, segundo o escore maior que 0,50 e menor que 0,80 de acordo com o uso dos enfermeiros. Belo Horizonte-MG, 2007.

Intervenções de Enfermagem	Média
1. Imobilização	0,77
2. Monitorização Neurológica	0,71
3. Cuidados Circulatórios: Insuficiência Arterial	0,70
4. Ensino: Atividade / Exercício Prescritos	0,69
5. Terapia com Exercícios: Equilíbrio	0,69
6. Terapia com Exercícios: Mobilidade Articular	0,68
7. Cuidados com Próteses	0,63
8. Terapia com Exercícios: Deambulação	0,62
9. Controle do Ambiente	0,60
10. Promoção do Exercício	0,60
11. Controle de Energia	0,59
12. Promoção do Exercício: Treino para Fortalecimento	0,54
13. Controle do Peso	0,53
14. Contenção Física	0,53
15. Promoção do Exercício: Alongamento	0,51

As frequências de respostas para as intervenções de enfermagem essenciais foram elevadas. Entre as 46 pesquisadas, 17 (37%) são executadas e foram consideradas essenciais (escore maior que 0,80) e que devem ser implementadas no cuidado de pacientes com LM (Tabela 3).

Vinte e dois (22) enfermeiros (40,7%) sugeriram a necessidade de acrescentar à listagem da NIC duas intervenções de enfermagem, a primeira cuidados com órteses: manutenção, cuja definição sugerida é cuidado com a manutenção do

Tabela 3 - Distribuição das intervenções de enfermagem essenciais com escore maior que 0,80 de acordo com o uso dos enfermeiros. Belo Horizonte-MG, 2007.

Intervenções de Enfermagem	Média
1. Cuidado com o Repouso no Leito	1,00
2. Prevenção de Quedas	0,99
3. Supervisão da Pele	0,99
4. Controle de Pressão Sobre Áreas do Corpo	0,99
5. Posicionamento: Cadeira de Rodas	0,98
6. Assistência no Autocuidado	0,97
7. Posicionamento	0,94
8. Posicionamento: Neurológico	0,93
9. Controle da Dor	0,91
10. Promoção da Mecânica Corporal	0,90
11. Facilitação de Licença	0,88
12. Controle da Sensibilidade Periférica	0,87
13. Controle de Medicamentos	0,87
14. Supervisão: Segurança	0,85
15. Cuidados Circulatórios: Insuficiência Venosa	0,84
16. Precauções Circulatórias	0,84
17. Cuidado com os Pés	0,81

Tabela 4 – Intervenção e atividades usadas e sugeridas pelos enfermeiros. Belo Horizonte-MG, 2007.

Cuidados com órteses: manutenção
Orientar quanto ao uso inicial do dispositivo e seu cuidado
Ensinar ao paciente e seus familiares como aplicar e cuidar do dispositivo
Supervisionar o paciente e seus familiares quanto ao uso e ao cuidado inicial do dispositivo
Examinar a pele antes e após o uso do dispositivo na busca de sinais e sintomas de complicação
Identificar e documentar sinais e sintomas de alterações na imagem corporal do paciente

Tabela 5 – Intervenção e atividades usadas e sugeridas pelos enfermeiros. Belo Horizonte-MG, 2007.

Cuidados com órteses: prevenção de complicação
Ensinar o paciente e seus familiares sobre as possíveis complicações do uso da órtese
Supervisionar o paciente e seus familiares quanto ao uso e ao cuidado inicial do dispositivo
Ensinar o paciente e familiares a examinar a pele antes de colocar o dispositivo e após o uso na busca de possíveis sinais e sintomas de complicações
Orientar a hidratação da pele no local de aplicação do dispositivo
Evitar a umidade da pele no local de aplicação do dispositivo

dispositivo externo ou aparelho ortopédico removível quando usado pelo paciente. A segunda cuidados com órteses: prevenção de complicação, sendo definida como prevenção de complicações associadas ao uso do dispositivo externo ou aparelho ortopédico removível pelo paciente. Para cada intervenção foram sugeridas cinco atividades (Tabela 4 e Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo foi conduzido para validar as intervenções de enfermagem constantes na NIC, para o diagnóstico de *Mobilidade física prejudicada*, junto a enfermeiros reabilitadores de pessoas com LM. As intervenções consideradas como não executadas pelos sujeitos da pesquisa, como cuidado com a tração/imobilização e cuidado com aparelho gessado impossibilitam os pacientes de cumprirem um programa de reabilitação, por isso, não são utilizadas durante o processo de reabilitação.

O DE do estudo tem características funcionais no paciente com LM, o que é evidenciado pela alteração da motricidade e sensibilidade abaixo do nível da lesão. Por isso, as intervenções treinamento de autossugestão, facilitação de meditação e hipnose não são executadas e foram julgadas como não apropriadas para a resolução do diagnóstico. Este caráter funcional pode ser visto em estudos de validação de conteúdo da mobilidade física prejudicada^(2,10).

As pesquisas de enfermagem no Brasil, na área da reabilitação da pessoa com LM, são predominantemente clínicas, tendo como foco a incontinência urinária, a constipação intestinal, a úlcera por pressão e a epidemiologia do trauma. Ressalta-se a ausência de estudos sobre as IE relativas ao controle da atividade e do exercício. Neste estudo, essas intervenções de ensino: atividade/exercício prescritos, terapia com exercícios: mobilidade articular, terapia com exercícios: deambulação e, controle de energia foram consideradas como não essenciais, porém passíveis de serem implementadas⁽¹¹⁾.

As intervenções consideradas críticas para o diagnóstico de *Mobilidade física prejudicada* e utilizadas com uma elevada frequência são, na sua maioria, pertencentes ao domínio fisiológico, o que corrobora com o caráter funcional do diagnóstico. Apenas duas IE referiam-se ao domínio segurança e uma ao domínio sistema de saúde⁽⁸⁾.

Quando a pessoa tem a sua mobilidade afetada, ela é vista dentro de uma perspectiva funcional, pois está incapacitada de mover-se livremente. Essa inabilidade pode variar entre indivíduos em condições semelhantes. Eles apresentam limitações físicas, que determinam uma série de problemas de saúde, afetando assim a sua qualidade de vida, o seu bem-estar físico e emocional. Portanto, a intervenção Cuidado com o repouso no leito foi considerada por todos os enfermeiros como muito executada e essencial. Este fato pode ser explicado pela imobilidade do paciente abaixo do nível de lesão e pela sua incapacidade de deixar o leito. O objetivo dessa intervenção é evitar as complicações musculoesqueléticas decorrentes do imobilismo, como a perda de massa muscular e enrijecimento articular e que poderiam prejudicar ainda mais o processo de reabilitação dessa pessoa^(2,12).

A morbidade que mais acomete estes indivíduos é a úlcera por pressão (UP). O paciente com UP tem o tempo de início da reabilitação aumentado e a reinserção dessa pessoa as suas atividades sociais e profissionais é interrompida devido a essa lesão de pele. Além do maior tempo exigido para a cicatrização dessa lesão, ocorre também a elevação nos gastos com a hospitalização do paciente e há uma necessidade de direcionar recursos humanos e materiais, inclusive na utilização de equipamentos caros e de intervenções cirúrgicas para a resolução do problema. O governo dos Estados Unidos gasta por ano, no tratamento de pessoas com UP, 1,2 bilhões de dólares. No Brasil, um estudo realizado para verificar a ocorrência da UP nos pacientes com LM acentuou as intervenções para a prevenção. Esta mesma preocupação também é pontuada pelos enfermeiros ao considerarem como essenciais as intervenções de supervisão da pele, controle de pressão sobre áreas do corpo e controle da sensibilidade periférica⁽¹³⁻¹⁴⁾.

As intervenções de enfermagem Supervisão: segurança e Prevenção de quedas foram consideradas como intervenções usadas e essenciais, pois o comprometimento da mobilidade devido à paralisia, fraqueza muscular, má coordenação, falta de equilíbrio são importantes fatores de risco para quedas, sendo que estas são responsáveis por 90% das complicações não infecciosas, relatadas nos hospitais, sendo que no momento das transferências ocorrem as quedas. Os distúrbios de marcha, a hipotensão postural, o prejuízo sensorial e a disfunção vesical potencializam ainda mais o risco de cair dos pacientes com LM⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

As intervenções posicionamento: cadeira de rodas; posicionamento; posicionamento: neurológico e promoção da mecânica corporal, têm como meta manter o alinhamento corporal, reduzindo o esforço sobre as estruturas musculoesqueléticas e o risco de lesões, ajudando a manter um tônus muscular adequado e contribuindo para o equilíbrio e a conservação de energia. Essas IE contribuem para o equilíbrio corporal do paciente, o que é necessário para manter uma posição estática, como estar sentado, realizar as atividades de vida diária, mover-se livremente, além de prevenir lesões de pele^(12,16).

O déficit motor determinado pela LM acarreta, muitas vezes, na incapacidade do indivíduo de se cuidar. Atividades tidas como corriqueiras como alimentar-se, banhar-se, higienizar-se, vestir-se e arrumar-se são difíceis ou impossíveis de serem realizadas, principalmente naquelas pessoas com LM mais alta. Por essa razão, acredita-se também que a IE - assistência ao autocuidado recebeu um elevado escore por parte dos enfermeiros⁽¹⁶⁾.

As intervenções controle da dor e controle de medicamentos, também, foram consideradas essenciais. Os pacientes com LM apresentam um quadro de dor intensa que interfere no repouso, alimentação, lazer e atividades do autocuidado e laborais. Além disso, eles fazem uso de diversos medicamentos para o controle da dor, para disfunção vesical, controle da contratatura entre outros problemas. Portanto, o enfermeiro tem um papel importante no ensino e adequação dos horários das medicações para potencializar os efeitos dos medicamentos e diminuir os efeitos colaterais⁽¹⁷⁾.

As intervenções Precauções circulatórias e Cuidados circulatórios: insuficiência venosa são utilizadas e consideradas

importantes face aos distúrbios vasomotores que acontecem nos membros dos pacientes com LM, a prevenção da trombose venosa é um dos alvos nos primeiros meses e o uso de dispositivos e de técnicas para melhorar a circulação são indicados⁽¹¹⁾.

Desde a admissão do paciente no programa de reabilitação, a equipe interdisciplinar tem como meta levar o paciente a um estado maior de independência, considerando suas potencialidades e limites para a reintegração à comunidade. Por isso, o processo de reabilitação do hospital, onde foi realizada esta pesquisa, tem como uma das atividades proporciona ao paciente a oportunidade de convívio comunitário durante os fins de semana para que este coloque em prática os cuidados aprendidos durante a semana. Neste sentido, a intervenção facilitação de licença foi considerada como essencial para estes pacientes⁽¹⁸⁾.

Os problemas nos pés dos lesados medulares podem ser sérios se não forem tomados os cuidados necessários. Os pacientes podem apresentar queda plantar, deformações ósseas, UP, infecções, problemas com as unhas. Portanto, o cuidado com os pés foi considerado uma intervenção essencial.

Importante salientar que os enfermeiros reabilitadores sugeriram dois acréscimos às intervenções NIC com relação a cuidados com algum tipo de órtese, como colar cervical, colete toracolombossacro (TLSO). A órtese é um dispositivo externo usado para suportar, sustentar, alinhar, estabilizar, posicionar, prevenir ou corrigir deformidades, ou para melhorar as funções de partes móveis do corpo. As metas de assistência ao paciente com o uso de órtese variam entre o seu uso permanente ou temporário. Prestar os cuidados aos pacientes que fazem uso desse tipo de dispositivo e ensiná-los a usarem, a fim de evitar possíveis complicações é papel do enfermeiro⁽¹⁹⁾.

Há benefícios potenciais com o uso das órteses, como a proteção de áreas dolorosas, estabilidade de parte do corpo, imobilização e o aperfeiçoamento da função das partes moles dos membros. Porém, existem vários inconvenientes, incluindo a dificuldade de colocar e tirar; danos à pele; compressão de nervos; atrofia muscular com o uso prolongado; a restrição da cavidade torácica ou abdominal, dependendo do tipo de colete a ser usado; a dificuldade de deglutição, no uso do colar cervical; a obediência do paciente quanto ao seu uso, pois quanto mais imobilizadora seja a órtese, mais desconfortável ela será⁽²⁰⁾.

Por conseguinte, os enfermeiros sugeriram intervenções cuidados com órteses voltadas para a manutenção e prevenção de complicação, com atividades de ensino, supervisão, observação e documentação⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Como todo sistema de classificação, a NIC encontra-se em desenvolvimento e hoje ela está na sua quinta edição traduzida em português. Novas intervenções foram sugeridas para o tratamento do DE mobilidade física prejudica. Na quarta edição, ocorreu o acréscimo de duas intervenções, "assistência no autocuidado: atividades essenciais da vida diária" e "assistência no autocuidado: transferência" e na quinta edição, a NIC sugere uma intervenção: "transferência". Estas intervenções estão relacionadas e sugeridas pelo grupo de pesquisadoras da NIC para o tratamento dos DE "déficit no autocuidado" e com "capacidade de transferência prejudicada". Talvez seja por isso que os enfermeiros não sugeriram as intervenções supracitadas

como novas intervenções. Entretanto, é fundamental uma pesquisa sobre a possível relação entre as três novas intervenções e a o diagnóstico estudado nesta pesquisa.

CONCLUSÕES

As intervenções apontadas na NIC para o diagnóstico de enfermagem de mobilidade física prejudicada foram reconhecidas e usadas pelos enfermeiros que assistem pacientes com LM na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Dentre as 46 intervenções de enfermagem descritas e sugeridas pela NIC para o diagnóstico *Mobilidade física prejudicada*, 17 são executadas e foram consideradas essenciais para o processo de reabilitação do paciente com LM.

Essas intervenções abrangem os níveis de prevenção, promoção, manutenção e reabilitação, com o objetivo de impedir que as morbidades se instalem, proporcionando aos pacientes com LM uma melhor qualidade de vida, e um bem-estar físico. Vale ressaltar que, na reabilitação, o principal papel do enfermeiro é a educação. Ele ensina os pacientes as atividades do autocuidado e aos cuidadores a cuidarem para que possam

continuar com esse cuidado nos seus lares e comunidades, quando estiverem de alta hospitalar.

Os achados deste estudo mostraram uma ênfase nos aspectos fisiológicos do tratamento dispensados pelos especialistas, mas nem o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nem as intervenções de enfermagem devem ser formulados apenas para o nível fisiológico, elas devem transcender à esfera biológica, incluindo as esferas psíquicas e sociais do ser humano, tendo em vista que as sequelas da imobilidade determinam problemas sociais, econômicos e emocionais vividos pelos pacientes com LM.

A intervenção Cuidado com órtese foi sugerida como uma intervenção não descrita pela NIC e executada na prática clínica dos enfermeiros. Sugere-se que essa intervenção seja validada e acrescentada à listagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem de *Mobilidade física prejudicada*.

Frente aos achados considera-se importante que estudos clínicos experimentais com o uso das intervenções de enfermagem críticas e suas atividades para a resolução do diagnóstico de mobilidade física prejudicada sejam conduzidos de forma a validá-las clinicamente.

REFERÊNCIAS

- Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Souza DRP, Garcia TR, Chianca TCM. Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(1):93-100.
- Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DM, Chianca TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. *Rev Bras Enferm* 2010;63(6):1056-60.
- Pellatt GC. Perceptions of the nursing role in spinal cord injury rehabilitation. *Br J Nurs* 2003;12(5):292-9.
- Sawin KJ, Heard L. Nursing diagnoses used most frequently in rehabilitation nursing practice. *Rehabil Nurs* 1992;17(5):256-62.
- Souza JA, França ISX. Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2008;61(6):816-821.
- Napoleão AA, Chianca TCM, Carvalho EC, Darli MCB. Análise da produção científica sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. *Rev Latino-Am Enferm* 2006;14(4):608-13.
- Pereira MA. Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem. João Pessoa. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Centro de Ciências da Saúde da UFP; 1997.
- McCloskey J, Bulechek G. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
- Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnose. *Heart lung* 1987;16(6):625-9.
- Bachion MM. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem "mobilidade física prejudicada" em idosos: uma contribuição. *Acta Paul Enferm* 2002;15(4):66-72.
- Faro ACM. Reabilitação da pessoa com lesão medular: tendências da investigação no Brasil. *Rev Enfermeria Global* 2003;3(3):1-6. [Acesso em 10 abril 2005]. Disponível em: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/609/670>
- Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- Byrne DW, Salzberg CA. Major risk factors for pressure ulcers in the spinal cord disabled: a literature review. *Spinal Cord* 1996;34(5):255-63.
- Nogueira PC, Caliri MHL, Haas VJ. Perfil de pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlcera de pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enferm* 2006;14(3):372-377.
- Brotherton SS, Krause JS, Nietert PJ. Falls in individuals with incomplete spinal cord injury. *Spinal Cord* 2007;45(1):37-40.
- Riberto M, Pinton PPN, Sakamoto H, Battistella LR. Independência funcional em pacientes com lesão medular. *Acta Fisiatr* 2005;12(2):61-6.
- Vall J, Braga VAB. Dor neuropática central após lesão medular traumática: capacidade funcional e aspectos sociais. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2005;9(3):404-10.
- Lucke KT. Outcomes of nurse caring as perceived by individuals with spinal cord injury during rehabilitation. *Rehabil Nurs* 1999;24(6):247-53.
- Bedotto RA. Biomechanical assessment and treatment in lower extremity prosthetics and orthotics: a clinical perspective. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2006;17(1):203-43.
- Lunsford TR, Davidson M, Lunsford BR. The effectiveness of four contemporary cervical orthoses in restricting cervical motion. *J Prosthet Orthot* 1994;6(4):93-9.