

SÍNDROME DE IMOBILIDADE NO IDOSO: ESTUDO DE CASO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Luís Filipe Amorim Ribeiro¹;

¹Escola Superior de Enfermagem Universidade de Lisboa (ESEUL), Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0002-0372-3899>

Antónia Garanhel²;

²Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo (ULSET), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0009-7533-3452>

Fátima Mendes Marques³.

³Escola Superior de Enfermagem Universidade de Lisboa (ESEUL), Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-6581-6711>

RESUMO: Introdução: A síndrome de imobilidade no idoso constitui uma complicação frequente do internamento prolongado, manifestando-se, em média, doze dias após a admissão hospitalar, e culminando em declínio funcional progressivo. Com a sua área de intervenção, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel fundamental na capacitação da pessoa e na maximização da funcionalidade e da independência. Objetivo: Identificar os benefícios da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em contexto domiciliário, numa pessoa idosa com diagnóstico de síndrome de imobilidade. Metodologia: Estudo de caso único, baseado nas diretrizes *CARE*. Implementou-se um programa de reabilitação específico e direcionado para a pessoa em estudo, monitorizando-se a evolução através de instrumentos de avaliação validados para área de especialidade, de Maio a Junho de 2025. Resultados: Verificou-se um aumento da força muscular, melhoria do equilíbrio dinâmico, evolução da marcha, incremento da independência funcional, redução da dispneia e diminuição do risco de queda. Considerações finais: A intervenção sistemática de Enfermagem de Reabilitação pode resultar em ganhos significativos em saúde, promovendo a autonomia e a qualidade de vida da pessoa no seu contexto natural de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Imobilidade. Idoso. Enfermagem em Reabilitação.

IMMOBILITY SYNDROME IN THE ELDERLY: CASE STUDY OF A REHABILITATION NURSING INTERVENTION

ABSTRACT: Introduction: Immobility syndrome in older adults is a frequent complication of prolonged hospitalization, manifesting, on average, twelve days after hospital admission, and culminating in progressive functional decline. Within its scope of practice, the Rehabilitation Nursing plays a fundamental role in empowering the person and maximizing functionality and independence. Aim: To identify the benefits of the Rehabilitation Nursing intervention, in a home setting, in an older adult diagnosed with immobility syndrome. Methodology: This is a single case study, based on the CARE guidelines. A specific rehabilitation program tailored to the person under study was implemented, with progress monitored through assessment instruments validated for the area of specialty, from May to June 2025. Results: An increase in muscle strength, improvement in dynamic balance, progression of gait, enhanced functional independence, reduction of dyspnea, and decreased risk of falls were observed. Final considerations: The systematic intervention of Rehabilitation Nursing can result in significant health gains, promoting autonomy and quality of life for the person in their natural life context.

KEY-WORDS: Immobility. Older adult. Rehabilitation Nursing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico constitui uma das transformações estruturais mais marcantes das sociedades contemporâneas, assumindo particular relevância no contexto português. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal figura entre os países mais envelhecidos da União Europeia, apresentando um índice de envelhecimento superior a 182 idosos por cada 100 jovens, com projeções que apontam para a intensificação deste fenómeno nas próximas décadas (INE, 2024).

O processo de envelhecimento determina múltiplas alterações fisiológicas nos órgãos e sistemas, podendo conduzir a défices de equilíbrio e a alterações da marcha, fatores que predispõem o idoso a quedas e a limitações funcionais (LIMÃO et al, 2020). Embora frequentemente necessária para o tratamento de condições agudas, a hospitalização comporta riscos intrínsecos para o idoso, dos quais se destaca o declínio funcional (MENDES et al., 2023). À luz da Classificação Internacional da Funcionalidade, o declínio funcional traduz-se na perda da autonomia e/ou da independência, restringindo a participação social do indivíduo e comprometendo o desempenho das atividades de vida diária — avançadas, instrumentais e básicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). A imobilidade prolongada, decorrente do repouso no leito e da imposição de restrições físicas, pode determinar a perda de massa muscular a uma taxa estimada em 5% por dia (MENDES et al., 2023). A síndrome de imobilidade manifesta-se, em média, doze dias

após o internamento, traduzindo-se em declínio funcional progressivo da cognição, dos músculos, das articulações, dos ossos, da pele e dos sistemas cardiovascular e respiratório (FIGUEIREDO et al., 2021).

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, integra um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que possibilitam apoiar pessoas com doenças agudas, crónicas ou suas sequelas, na maximização do potencial funcional e da independência (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2019). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) detém competências nucleares na identificação atempada das necessidades de reabilitação e na conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção especializados, revelando-se de extrema importância para capacitação da pessoa com síndrome de imobilidade. Neste contexto, o EEER avalia o risco de alteração funcional, concebe e implementa programas de reeducação funcional, treina autocuidados, prescreve estratégias de adaptação e capacita a pessoa e o cuidador para a gestão do processo de reintegração na família e na comunidade.

A capacitação da pessoa com síndrome de imobilidade pressupõe, sobretudo, uma avaliação funcional sistemática e precoce. O EEER tem competência para identificar precocemente alterações motoras, respiratórias, cardíacas, cognitivas e limitações nas atividades de vida diária, estabelecendo prioridades clínicas e definindo objetivos realistas, graduais e centrados na pessoa (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2019; CARDOSO et al., 2022). Capacitar a pessoa com síndrome de imobilidade significa intervenções de Enfermagem de Reabilitação de mobilização precoce (REIS et al., 2021), ensino do uso do corpo de forma segura, gestão de fadiga, bem como intervenções de instrução e treino de técnicas e tecnologias de autocuidado, e de promoção de ambientes seguros (ALVES et al., 2024). A intervenção do EEER deve incluir a capacitação do cuidador informal, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir a sobrecarga do cuidador (BENTO et al., 2025).

A integração crescente do EEER nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), ao nível da comunidade, tem-se revelado particularmente relevante na resposta a problemas e necessidades complexas, contribuindo para a continuidade de cuidados e manutenção da pessoa no seu ambiente natural de vida.

OBJETIVO

Identificar os benefícios da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em contexto domiciliário, numa pessoa idosa com diagnóstico de síndrome de imobilidade.

METODOLOGIA

O presente trabalho configura-se como estudo de caso, único, com abordagem qualitativa e finalidade descritiva, baseado nas diretrizes CARE para a apresentação de relatos de caso (RILEY et al., 2017). A obtenção de dados foi realizada mediante consulta do processo clínico informatizado da participante, com acesso a exames complementares de diagnóstico, entrevista estruturada, observação direta e exame físico. A participante foi previamente informada acerca da realização do estudo, tendo subscrito o consentimento informado. O presente estudo de caso foi elaborado e desenvolvido no contexto de estágio académico, autorizado pelas instituições intervenientes, especificamente, uma Instituição do Ensino Superior e uma Unidade Local de Saúde. O projeto foi aceite pela comissão de ética da Instituição do Ensino Superior e foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo.

O modelo teórico de Dorothea Orem, organizado em torno das teorias do Autocuidado, do Défice de Autocuidado e dos Sistemas de Enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação), constituiu a matriz conceptual para a identificação dos diagnósticos de enfermagem (OREM, 2001). A colheita de dados decorreu em contexto de visita domiciliária, mediante avaliação multidimensional, seguindo-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem com enfoque nos cuidados especializados do EEER, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2016) e o padrão documental dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015). Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Medical Research Council (MRC); Classificação Funcional da Marcha de *Holden*; Escala Simples do Equilíbrio; Índice de *Barthel*; Escala de *Morse*; Escala de *Borg* modificada e Escala de *Braden* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2017). O programa foi implementado entre 27 de maio e 20 de junho de 2025.

Caracterização do Caso Clínico

C.S., 85 anos, sexo feminino, viúva, reformada, com 1.º ciclo de escolaridade, reside sozinha no 1.º andar de habitação social, com acesso ao exterior por dois lanços de escadas com corrimão. A principal cuidadora é a filha, que reside próximo e presta apoio diário a partir das 15 horas, sendo responsável pela preparação da medicação. Não dispõe de apoio formal da comunidade. Apresenta antecedentes pessoais relevantes: hipertensão arterial; síndrome de apneia obstrutiva do sono com oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva noturna; insuficiência cardíaca por cardiopatia valvular com implantação de prótese aórtica por via transcateter (TAVI) em 2019; hipertensão pulmonar; pacemaker definitivo *DDD-R* (2017); Ablação de fibrilação auricular (2008); sequelas de acidente vascular cerebral isquémico; síndrome ansioso-depressiva e hipoacusia bilateral acentuada. Encontra-se polimedicada. Previamente autónoma nas atividades de vida diária

(AVD), foi internada entre 1 e 15 de maio de 2025 por hemorragia digestiva alta, sendo referenciada para a ECCI no momento da alta hospitalar, com dificuldade motora acentuada e necessidade de apoio nas AVD.

Avaliação Enfermagem de Reabilitação

Foi realizada uma avaliação inicial da pessoa articulando observação clínica, exame físico e a aplicação de instrumentos validados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2017), segundo os Requisitos Universais de autocuidado (OREM, 2001), conforme quadro 1.

Quadro 1- Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação, segundo os Requisitos Universais, de Orem.

Requisitos Universais do autocuidado	Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação – 25/05/2025
Manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e comida	• Dispnéia moderada a pequenos esforços, Escala de Borg: 3.
Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação de excrementos	• Padrão intestinal irregular. • Padrão vesical sem alterações. • Continente de esfíncteres.
Preservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso	• Força Muscular (Medical Research Council) - MSD 4/5; MSE 4/5; MID 4/5; MIE 3/5. • Equilíbrio - Em pé dinâmico, diminuído. • Marcha - Dependente com supervisão (auxiliar marcha), Escala Holden: 2; • Atividades de vida diária índice Barthel 75 - Parcialmente dependente (transferências cama-cadeira, deambulação, uso do WC e vestir/despir)
Prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano	• Hipoacusia bilateral acentuada • Alto risco de queda, Escala Morse - 50 • Baixo risco de UPP, Escala de Braden - 20 • Dor crónica leve no joelho esquerdo (2/10)

Fonte: Autoria própria.

Diagnósticos de Enfermagem

Da articulação entre os dados da avaliação multidimensional e o modelo teórico selecionado (OREM, 2001), foram identificados os principais focos sensíveis aos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação. Para cada foco, foram formulados diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE (CONSELHO INTERNACIONAL DE

ENFERMEIROS, 2016) e o padrão documental dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015).

As intervenções relacionadas com os diagnósticos elaborados decorreram em quatro semanas, mobilizando, de forma articulada, os Sistemas de Enfermagem parcialmente compensatório e de apoio-educação propostos por Orem (2001), de modo a promover a autonomia da pessoa para o autocuidado (Quadro 2).

Quadro 2- Plano de cuidado de Enfermagem de Reabilitação, segundo os requisitos universais e os Sistemas de Enfermagem, de Orem.

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação		
Requisitos Universais - Preservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso		
Diagnóstico 25/5/2025	Intervenções Principais <i>Sistema de enfermagem</i>	Resultado Esperado
Potencial para melhorar capacidade para andar com Auxiliar Marcha	<i>Parcialmente compensatório / Apoio-Educação</i> • Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha • Ensinar técnica de marcha a 3 pontos • Ajustar auxiliar de marcha • Instruir manobras de mudança de direção • Treinar manobras de mudança de direção	capacidade melhorada dentro 1 mês
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio	<i>Parcialmente compensatório / Apoio-Educação</i> • Monitorizar equilíbrio • Promover a alternância de carga dos membros inferiores • Promover apoio unipodal progressivo • Promover contorno de obstáculos e coordenação motora • Monitorizar postura durante a deambulação	capacidade melhorada dentro 1 mês
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	<i>Parcialmente compensatório / Apoio-Educação</i> • Monitorizar força muscular (Escala Medical Research Council) • Instruir técnicas de exercício muscular e articular • Treinar técnicas de exercício muscular e articular • Promover exercícios resistidos progressivos (1–3 séries × 10 rep.) • Assistir na mobilização ativa-assistida dos membros inferiores • Instruir sobre a extensão completa do joelho bilateralmente • Treinar sobre a extensão completa do joelho bilateralmente	capacidade melhorada dentro 1 mês

Requisitos Universais - Manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e comida		
Diagnóstico	Intervenções Principais	Resultado Esperado
25/5/2025	Sistema de enfermagem	
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia	<i>Parcialmente compensatório / Apoio-Educação</i> • Avaliar dispneia ao esforço (Escala de Borg) • Ensinar técnicas de conservação de energia • Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso • Instruir sobre posições de descanso e relaxamento muscular • Treinar posições de descanso e relaxamento muscular • Supervisionar resposta ao exercício	capacidade melhorada dentro 1 mês
Requisitos Universais - Prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano		
Diagnóstico	Intervenções Principais	Resultado Esperado
25/5/2025	Sistemas de enfermagem	
Risco de queda presente	<i>Parcialmente compensatório / Apoio-Educação</i> • Avaliar risco (Escala de Morse) • Otimizar ambiente físico domiciliário • Ensinar sobre o uso de calçado antiderrapante • Instruir equilíbrio ortostático dinâmico • Treinar equilíbrio ortostático dinâmico • Supervisionar técnica de marcha	Risco de queda diminuído dentro 1 mês

Fonte: Autoria própria.

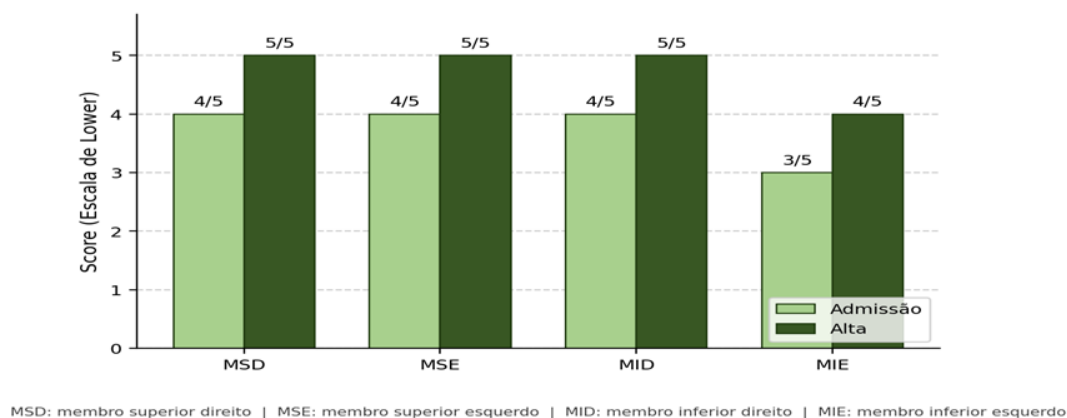
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O programa de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário, englobou 12 sessões, com duração aproximada de 50 minutos. Ao longo do programa, a Sr.^a CS manteve estabilidade hemodinâmica e registou redução significativa da sintomatologia de fadiga e de dor, encontrando-se, no momento da alta, sem necessidade de medicação analgésica. Demonstrou elevados níveis de participação e motivação na execução dos exercícios, bem como recetividade às orientações transmitidas.

Em relação a avaliação da força muscular, observou-se uma evolução clínica positiva, com melhorias significativas ao nível da força muscular (Figura 1). Os membros superiores evoluíram bilateralmente de grau 4/5 para 5/5 na escala de MRC, traduzindo a recuperação plena da força muscular. O membro inferior esquerdo, inicialmente o mais comprometido

(3/5), progrediu para 4/5. Estes resultados estão em consonância com MENDES et al. (2023), que identificaram declínio funcional significativo em idosos durante a hospitalização, e com BARBOSA et al. (2021), que demonstraram correlação positiva entre a força de preensão manual e o nível de independência funcional avaliado pelo Índice de *Barthel*.

Figura 1 — Comparação da força muscular (Escala de MRC) entre a admissão e a alta.



Fonte: Autoria própria

Relativamente ao equilíbrio corporal, manteve-se preservado o equilíbrio sentado, estático e dinâmico, bem como o equilíbrio ortostático estático. O equilíbrio em pé dinâmico, inicialmente diminuído, registou melhoria significativa após a intervenção, evidenciando capacidade melhorada para transferências de peso, contorno de obstáculos e coordenação motora, abordagem alinhada com as recomendações para a prevenção de quedas e melhoria da estabilidade postural no idoso (MELO et al., 2022).

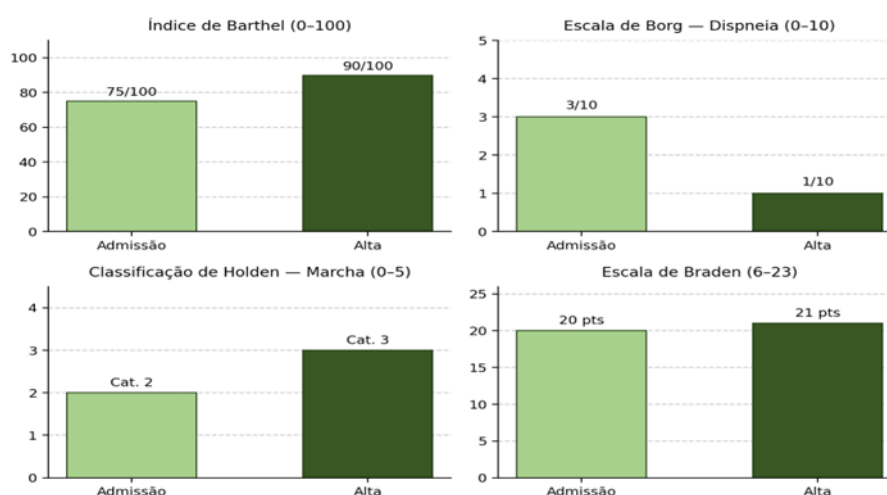
De acordo com a Classificação Funcional da Marcha de *Holden* evidenciou-se progressão da categoria 2 (marcha dependente com supervisão) para a categoria 3 (marcha independente com auxiliar de marcha), traduzindo um ganho funcional clinicamente significativo (Figura 2). Após a intervenção, a Sr.^a CS tornou-se independente na marcha com andador, com padrão melhorado e maior segurança na execução. Estes ganhos são particularmente relevantes à luz dos achados de MORAIS et al. (2021), que identificaram a “marcha prejudicada” como o diagnóstico de enfermagem mais prevalente em idosos hospitalizados (48%).

De acordo com o Índice de *Barthel* verificou-se uma evolução de “75/100” (parcialmente dependente) para “90/100” (ligeiramente dependente), expressando ganhos em múltiplas atividades básicas de vida diária, designadamente nas transferências cama-cadeira, deambulação, uso do sanitário e vestir/despir (Figura 2). Estes resultados são particularmente relevantes quando confrontados com BORDIN et al. (2020), que documentaram a necessidade de auxílio nas AVD em 43,1% dos idosos no pós-alta hospitalar. No presente caso, apesar do internamento prolongado e da elevada carga de

comorbilidades, o programa de reabilitação permitiu uma recuperação funcional expressiva, contrariando a tendência de declínio documentada na literatura.

A avaliação da dispneia através da Escala de *Borg* evidenciou melhoria expressiva, com evolução do grau 3 (dispneia moderada) para o grau 1 (dispneia muito leve) aos pequenos esforços (Figura 2). Tal ganho está diretamente relacionado com o programa de reeducação funcional respiratória implementado, que integrou ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia, gestão dos períodos de atividade e repouso e supervisão da resposta ao exercício, num quadro clínico marcado por síndrome de apneia obstrutiva do sono, insuficiência cardíaca e hipertensão pulmonar (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018; 2020).

Figura 2 - Comparação do Índice de *Barthel*, Escala de *Borg*, Classificação de *Holden* e Escala de *Braden* entre a admissão e a alta.



Fonte: Autoria própria

A Escala de *Morse* evidenciou redução do nível de risco de queda de “alto risco”, com score de 50 para “médio risco”, com score de 40, traduzindo o efeito conjugado de múltiplas intervenções: otimização do ambiente físico domiciliário, treino de equilíbrio, reforço da técnica de marcha com correção postural e educação sobre o uso de calçado antiderrapante. Cumpre ainda sublinhar que os ganhos terapêuticos observados se encontram intrinsecamente associados ao compromisso demonstrado pela participante e pela sua filha-cuidadora, que assumiu papel ativo na execução dos exercícios prescritos — de acordo com o relato da cuidadora, em seis ocasiões adicionais entre as sessões formais — evidenciando elevada adesão ao plano terapêutico e reforçando a relevância da capacitação familiar enquanto eixo estruturante da intervenção do EEER no domicílio (BORDIN et al., 2020).

Perspetiva da pessoa

A senhora manifestou expectativas realistas e motivadoras face ao plano de reabilitação, demonstrando vontade clara em recuperar a autonomia que detinha previamente ao internamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos demonstram que a intervenção do EEER, em contexto domiciliário, mediante programa de reabilitação, produziu ganhos em saúde significativos em todas as dimensões avaliadas: força muscular, equilíbrio, marcha, independência funcional, função respiratória e mitigação de riscos. A intervenção precoce de reabilitação, constitui-se assim como estratégia essencial para prevenir e reverter o declínio funcional associado à hospitalização, promovendo um melhor prognóstico e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Importa, contudo, reconhecer algumas limitações na interpretação dos resultados apresentados. O desenho de estudo de caso único não permite a generalização dos achados a outras populações de idosos com síndrome de imobilidade e o período de acompanhamento, embora suficiente para evidenciar ganhos significativos, não habilita à avaliação da sua sustentabilidade a longo prazo. Não obstante, os resultados aqui descritos contribuem para o corpo de evidência sobre o impacto positivo da intervenção especializada da Enfermagem de Reabilitação na recuperação funcional do idoso em contexto domiciliário, reforçando a pertinência da integração destes profissionais nas equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALVES, E.; GONÇALVES, C.; OLIVEIRA, H.; RIBEIRO, R. & FONSECA, C. Health-related outcomes of structured home-based rehabilitation programs among older adults: A systematic literature review. **Heliyon**, v.10, n. 15, p. e35351, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e3535>

BARBOSA, P. A. V.; CORRÊA, K. S.; MELO, T. C. Avaliação da força de preensão manual e da independência funcional em pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Movimenta**, v. 14, n. 1, p. 31-41, 2021. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/11281>

BENTO, A. R. et al. Interventions by rehabilitation nurse specialists in the training of informal carers of older people at home with chronic diseases: A Scoping Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n.7, p. 971, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph22070971>

BORDIN, D. et al. Auxílio à realização de atividades básicas de vida diária no pós-alta hospitalar de idosos. **RevSALUS — Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia**, v. 2, n. 2, p. 38-44, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.51126/revsalus.v2i2.59>.

CARDOSO, R. et al. Physical rehabilitation programs for bedridden patients with prolonged immobility: A scoping review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n.11, 6420, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19116420>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE® Versão 2015 - classificação internacional para a prática de enfermagem**. Loures, Lusodidacta; 2016

FIGUEIREDO, M. C. C. M. et al. Imobilidade e síndrome da imobilidade: implicações para a saúde da pessoa idosa. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, p. 688-694, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v15.e-202441>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico de Portugal: 2023**. Lisboa: INE, 2024. ISSN 0871-8741. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/439483509>.

LIMÃO, R. **Síndrome de imobilização no idoso hospitalizado: scoping review**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2020. <https://doi.org/10.12707/RV20205>

MELO, A. T. L. et al. SPPB as a predictor of functional loss of hospitalized older adults. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, e35108, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35108>.

MENDES, M. E. R. et al. Declínio funcional em idosos durante a hospitalização. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 6, n. 2, e347, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>.

MORAIS, Y. J. G. A. et al. Necessidades de locomoção e cuidado corporal associados à incapacidade funcional de idosos: diagnósticos de enfermagem CIPE. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, e75913, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75913>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2017. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/>

[InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf](#)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Guia orientador de boa prática: reabilitação respiratória**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Guia orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação: reabilitação cardíaca**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2020. <https://www.flips-nack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio: regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001. <https://archive.org/details/nursingconceptso00dort/mode/2up>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004.

REIS, S. et al. Mobilização precoce de doentes na unidade cuidados intensivos: contributo para a enfermagem de reabilitação. Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação** v. 4, n. 1, p. 23-30, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.151>.

RILEY, D. S. et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 89, p. 218-235, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>.