

# Licenciatura em Fisioterapia

---

## Manual de Posicionamentos e Mobilidade no Leito

---

**Unidade Curricular:** Metodologias de Avaliação em Fisioterapia

**Ano/Semestre:** 1º Ano/2º Semestre

**Autores:**

Professor João Felício

Professora Doutora Ana Paula Fontes

Professor Rui Cintra

**Campus de Gambelas**  
**Ano letivo 2022/2023**



---

# Manual de Posicionamentos e Mobilidade no Leito

---

**Colaboração dos Discentes:**

Ema Cruz nº 76602

Fábio Guerreiro nº 76572

Irene Duarte nº 76657

Pedro Correia nº 76527

Raquel Mealha nº 76561

Rita Silvestre nº 76511

## Índice

1. NOTA INTRODUTÓRIA .....	5
2. PRINCÍPIOS BASE DO POSICIONAMENTO E MOBILIDADE NO LEITO.....	7
2.1. DEFINIÇÃO .....	8
2.2. ÚLCERAS POR PRESSÃO .....	10
2.3. OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA .....	12
2.4. PRINCÍPIOS GERAIS DE UM POSICIONAMENTO .....	12
3. POSICIONAMENTOS .....	13
3.1. DECÚBITO DORSAL .....	14
3.2. DECÚBITO LATERAL .....	14
3.3. DECÚBITO VENTRAL .....	16
3.4. SENTADO .....	16
3.5. FOWLER E SEMI-FOWLER .....	17
4. MOBILIDADE NO LEITO .....	18
4.1. MOVER O DOENTE PARA CIMA/BAIXO .....	19
4.2. PASSAGEM DE DD PARA DL (ROLAR) .....	19
4.3. PASSAGEM DE DD PARA DV (TÉCNICA DO ENVELOPE) .....	20
4.4. PASSAGEM DE DD PARA SENTADO .....	20
4.5. MATERIAIS ACESSÓRIOS NO POSICIONAMENTO DO DOENTE.....	21
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24

## Índice de Imagens

<b>Imagem 1/2:</b> Posicionamento em decúbito dorsal/Posicionamento do pé.....	<b>15</b>
<b>Imagem 3:</b> Posicionamento do doente em decúbito lateral (doente com menor dependência).	<b>16</b>
<b>Imagem 4:</b> Posicionamento do doente em decúbito lateral (doente com menor dependência).	<b>16</b>
<b>Imagem 5:</b> Posicionamento do doente em decúbito ventral.....	<b>17</b>
<b>Imagem 6/7:</b> Posicionamento do doente na posição de sentado na CR.....	<b>18</b>
<b>Imagem 8/9:</b> Posicionamento dos profissionais de saúde necessário para mover o doente nas diferentes direções (utilização de um resguardo).....	<b>20</b>
<b>Imagem 10/11/12:</b> Sequência utilizada pelo Fisioterapeuta para auxiliar o doente a assumir o decúbito lateral.....	<b>20</b>
<b>Imagem 13/14/15:</b> Sequência utilizada pelos profissionais de saúde para auxiliar o doente na passagem de decúbito dorsal para decúbito ventral.....	<b>21</b>
<b>Imagem 16/17/18/19:</b> Sequência utilizada pelo Fisioterapeuta para auxiliar o doente na passagem de decúbito dorsal para a posição de sentado.....	<b>21</b>

# 1. NOTA INTRODUTÓRIA

---

## **1. NOTA INTRODUTÓRIA**

O presente Manual insere-se na Unidade Curricular de Metodologias de Avaliação em Fisioterapia incluída no 1º ano/2º semestre e deverá servir como um guião de orientação para os Estudantes de Fisioterapia relativamente aos conteúdos programáticos associados aos Posicionamentos e Mobilidade no Leito.

O seu principal objetivo é fornecer de uma forma sistemática e organizada os princípios das referidas estratégias, assim como todos os conhecimentos teórico-práticos fundamentais para posicionar e mobilizar um doente.

## **2. PRINCÍPIOS BASE DO POSICIONAMENTO E MOBILIDADE NO LEITO**

---

## 2. POSICIONAMENTOS E MOBILIDADE

### 2.1. DEFINIÇÃO

#### Mobilidade

A mobilidade pode ser definida como a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável.

É uma habilidade do indivíduo que o permite mover-se para obter uma interação diária no meio ambiente. Possibilita ao indivíduo mover o seu corpo de forma competente e independente, durante as tarefas do dia-a-dia.

Em caso de lesão essa interação com o meio ambiente não é possível, e o doente pode apresentar uma dependência elevada e necessitar de ajuda no seu posicionamento e na sua mobilidade (alternância de decúbitos no leito).

#### Imobilidade

Ocorre quando um indivíduo é incapaz de mover uma parte do corpo, ou a sua totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento, podendo surgir num período de tempo mais ou menos longo, complicações nos diversos sistemas orgânicos.

<i>Sistema</i>	<i>Complicações</i>
<u>Músculo-esquelético</u>	Rigidez articular, retrações musculares, atrofia musculares
<u>Respiratório</u>	Diminuição da expansão pulmonar e diminuição da capacidade ventilatória
<u>Cardíaco</u>	Risco de trombos e êmbolos, risco de Trombose Venosa Profunda, hipotensão ortostática
<u>Digestivo</u>	Estase gástrica, anorexia, obstipação
<u>Urinário</u>	Retenção urinária
<u>Nervoso</u>	Depressão, confusão, desorientação, ansiedade
<u>Tegumentar</u>	Úlceras por Pressão

A alternância permanente entre a atividade e o repouso é uma condição fundamental da vida humana e a atividade fisiológica normal do organismo é assegurada através da mobilidade, sendo esta dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas.

A mobilidade é, assim, crucial para o desempenho das atividades de vida diária e para garantir não só as necessidades da pessoa, mas também para obter o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida.

## IMPORTANTE

Caso o doente esteja acamado e dependente, um bom posicionamento e uma mobilidade adequada, irá facilitar não só a manutenção da integridade cutânea, assim como as amplitudes articulares, o tónus muscular e a função muscular.

**Um bom Posicionamento para ser eficaz deve promover conforto** (o Fisioterapeuta deve adaptar o posicionamento às necessidades do doente e sempre que possível deve ser uma opção entre os dois), **prevenir alterações do tónus muscular, movimento e amplitudes articulares** (o posicionamento deve ser escolhido para facilitar a mobilidade, a mobilização do doente e a estimulação sensorial e proprioceptiva) e **prevenir úlceras por pressão**.

O **início de uma mobilidade precoce**, facilita no doente o desenvolvimento de bons padrões de movimento, independência a auto-controlo.

O Fisioterapeuta quando promove a mobilidade do doente, deve ter em conta os seguintes aspetos:

- Não puxar pelas articulações
- Não arrastar o doente na cama
- Promover um bom posicionamento das articulações durante as mudanças de posição
- Evitar amplitudes articulares extremas
- Solicitar o máximo de atividade possível do doente

## 2.2. ÚLCERAS POR PRESSÃO

Uma úlcera por pressão é definida com um dano ao tecido ou à pele que ocorre quando há uma diminuição da circulação sanguínea provocada pela pressão aplicada a uma área específica. Inicialmente, é possível observar uma ligeira vermelhidão na área afetada (o primeiro sinal de alarme nos tecidos), podendo ocorrer posteriormente necrose dos tecidos e morte dos mesmos devido à deficiência de irrigação sanguínea. Existem áreas consideradas de risco elevado para a ocorrência de úlceras por pressão:

	<p><b>Sentado na CR</b></p> <p>Região escapular Cotovelos Região sacrococcígea Região popliteia Calcanhares</p>
	<p><b>Decúbito dorsal</b></p> <p>Região posterior da cabeça (nuca) Região interescapular Coluna vertebral (apófises espinhosas) Cotovelos Região sacrococcígea Região internadegueira Calcanhares</p>
	<p><b>Decúbito lateral</b></p> <p>Orelhas Ombro Região trocantérica Joelhos (côndilos femurais) Região maleolar Base do 5º metatarso</p>

Os principais fatores que podem contribuir para úlceras de pressão são:

- **Pressão:** quando as partes moles são comprimidas por longos períodos entre as proeminências ósseas e as superfícies externas, ocorre oclusão microvascular com isquemia tecidual e hipóxia. Pressões elevadas que excedem a pressão capilar normal (intervalo entre 12 e 32 mmHg) resultam em diminuição da oxigenação e comprometem a microcirculação do tecido atingido. Se a compressão não for aliviada, uma lesão por pressão pode se desenvolver em 3 a 4 horas.
- **Atrito:** fricção entre a roupa do doente e roupa da cama pode desencadear uma úlcera cutânea causando erosão local e rompimentos na epiderme e derme superficial.
- **Forças de cisalhamento:** forças de cisalhamento (quando um doente é colocado numa superfície inclinada) stressam e danificam os tecidos de suporte, fazendo com que as forças dos músculos e tecidos subcutâneos que são puxados para baixo pela gravidade se oponham aos tecidos mais superficiais que permanecem em contato com superfícies externas.
- **Humidade:** a humidade (sudorese, incontinência) leva à rutura e maceração tecidual, o que pode iniciar ou agravar as lesões por pressão.

É aconselhável a vigilância do sistema tegumentar em internamento como em ambulatório e a prevenção das úlceras por pressão é fundamental num doente com acentuado défice na sua mobilidade, em que a Fisioterapia assume um papel essencial:

- Auto-controlo (espelho)
- Mudança frequente de decúbitos (2 em 2h)
- POSICIONAMENTOS
- MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA
- Utilização de camas articuladas
- Utilização de materiais anti escaras (colchões, almofadas)
- Alimentação adequada
- Higiene adequada
- Cuidado com o vestuário

### 2.3. OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA

O posicionamento/alternância de decúbitos no leito é essencial para a pessoa com alterações da mobilidade, tendo como objetivos:

- Prevenir alterações respiratórias e circulatórias
- Prevenir alterações das amplitudes articulares e de movimento
- Prevenir alterações da pele
- Promover a função sensorial
- Facilitar a independência do doente, diminuindo o seu tempo de acamamento e preparando-o para as fases seguintes da reabilitação

Além disso, sempre que possível, o ensino ao doente das estratégias de mobilidade, assume particular importância, contextualizando a sua participação e autorresponsabilização.

#### IMPORTANTE

O doente pode e deve ser ensinado/auxiliado a mover-se e a manter as posições sem ajuda.

Quando o posicionamento correto é utilizado com frequência, o paciente começa muito rapidamente a posicionar-se melhor.

### 2.4. PRINCÍPIOS GERAIS DE UM POSICIONAMENTO

- Planear a atividade de acordo com o nível de dependência e a situação clínica do utente;
- Instruir a pessoa e família sobre o procedimento a ser efetuado;
- Solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;
- Em qualquer posicionamento, a pessoa deve ficar confortável, o peso corporal distribuído equitativamente, respeitando o alinhamento corporal e reduzindo as tensões articulares e musculares;
- Evitar posicionar a pessoa em contacto direto com dispositivos médicos, tais como tubos, sistemas de drenagem entre outros;
- Avaliar regularmente a pele;
- Utilizar ajudas de transferência para evitar a fricção e a torção (resguardo que deve ser colocado desde a região escapular até à região poplítea);
- Registrar a posição adotada, a frequência e a avaliação dos resultados no regime de reposicionamento.

## 3. POSICIONAMENTOS

---

### 3. POSICIONAMENTOS

#### 3.1. DECÚBITO DORSAL

A cabeça deverá estar em posição neutra, os membros superiores (apoiados numa almofada) com ombro em ligeira abdução e rotação externa, cotovelo semifletido e punho em extensão e supinação se possível; os membros inferiores (apoiados numa almofada ou cunha) com os joelhos em ligeira flexão e articulação tibiotársica em posição neutra.



Imagem 1/2: Posicionamento em decúbito dorsal/Posicionamento do pé

#### ATENÇÃO!

Curvaturas fisiológicas

Descarga das zonas de pressão

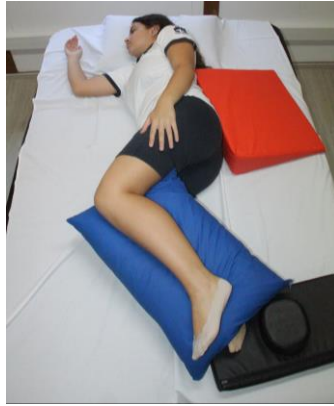
Alívio total das zonas de pressão quando existir o mínimo sinal de alarme

Articulação tibiotársica em posição neutra (evitar o contato dos calcanhares)

Em caso de maior dependência, o doente necessita de mais suporte

#### 3.2. DECÚBITO LATERAL

Numa situação de menor dependência o membro superior infralateral em flexão e rotação externa (se possível), cotovelo em extensão com o punho em supinação e o membro superior supralateral junto ao tronco em extensão; o membro inferior infralateral com joelho semifletido e o membro inferior supralateral em extensão; deverá ser colocada uma almofada entre os joelhos e a articulação tibiotársica em posição neutra.



**Imagem 3:** Posicionamento do doente em decúbito lateral (doente com menor dependência)

**Numa situação de maior dependência** a diferença está no membro superior infralateral que é posicionado em flexão, cotovelo em flexão junto à cabeça e o membro superior supralateral deve ficar apoiado numa almofada (ombro e cotovelo com ligeira flexão) com o punho e os dedos em extensão.



**Imagem 4:** Posicionamento do doente em decúbito lateral (doente com maior dependência)

### **ATENÇÃO!**

Cabeça e segmento cervical apoiados

Ombro infralateral deve ser tracionado ligeiramente (evitar lesão articular por tensão)

Se necessário colocar uma almofada na região dorsal e lombar

Posicionamento funcional da mão

Atenção às principais proeminências ósseas neste decúbito (grande trocânter e maléolo externo)

### 3.3. DECÚBITO VENTRAL

Este decúbito não é muito comum no posicionamento do doente, sendo utilizado em casos estritamente necessários, tais como a prevenção de encurtamentos de flexores de anca, situações pós-cirúrgicas, úlceras por pressão na região posterior e condições cárdio-respiratórias específicas.



**Imagem 5:** Posicionamento do doente em decúbito ventral

#### **ATENÇÃO!**

Face do doente (deve ficar lateralizada)

Membros superiores em extensão junto ao tronco

Articulação tibiotársica em posição neutra sobre uma almofada

Especial atenção à região mamilar (mulheres), órgãos genitais e rótulas

### 3.4. SENTADO

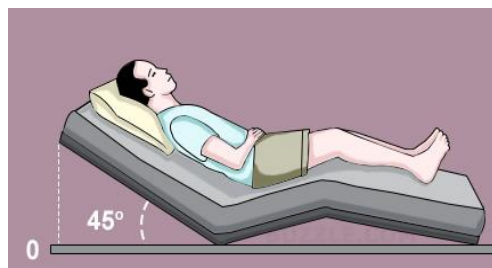
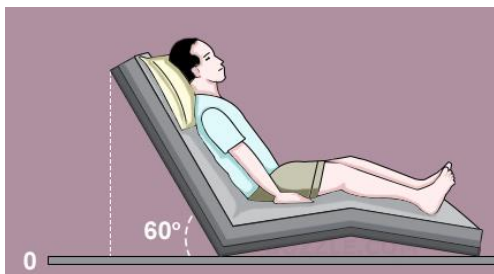
Nesta posição os membros superiores deverão estar afastados do tronco e apoiados num tabuleiro ou numa almofada com as mãos também apoiadas, com o punho e dedos em extensão; o tronco em posição neutra e bem apoiado; os membros inferiores com o joelho em flexão com a articulação tibiotársica em posição neutra (bem apoiados).



**Imagem 6/7:** Posicionamento do doente na posição de sentado na CR

### 3.5. FOWLER E SEMI-FOWLER

São posicionamentos utilizados durante a progressão do doente para a posição de sentado (evita o levante repentino); enquanto no *fowler* a cabeceira encontra-se a  $60^\circ$ , no *semi-fowler* a cabeceira encontra-se a  $45^\circ$ .



## 4. MOBILIDADE NO LEITO

---

## 4. MOBILIDADE NO LEITO

### 4.1. MOVER O DOENTE PARA CIMA/BAIXO

É utilizado nas situações em que o doente necessita de ser ajustado no leito; o doente é movido para cima com um resguardo ou lençol, que se encontra debaixo do mesmo. Num movimento coordenado e rítmico, é assim movido para o local pretendido (para cima ou lateralmente). Poderão ser necessários dois profissionais, um de cada lado do doente.



**Imagem 8/9:** Posicionamento dos profissionais de saúde necessário para mover o doente nas diferentes direções (utilização de um resguardo)

### 4.2. PASSAGEM DE DD PARA DL (ROLAR)

Esta passagem é utilizada maioritariamente porque o doente por vezes necessita de ser lateralizado no leito ou para iniciar a transição para a posição de sentado.

O doente realiza flexão do joelho contralateral (se não conseguir o Fisioterapeuta facilita o movimento); o profissional coloca um membro superior na região escapular e o outro na região pélvica e num movimento coordenado e rítmico, facilita o rolamento do doente em bloco de frente para si (para manter o constante contato visual com o doente e porque possibilita maior vantagem mecânica). O rolar pode ser realizado por um ou mais profissionais.



**Imagem 10/11/12:** Sequência utilizada pelo Fisioterapeuta para auxiliar o doente a assumir o decúbito lateral.

### 4.3. PASSAGEM DE DD PARA DV (TÉCNICA DO ENVELOPE)

Nas situações em que o decúbito ventral é necessário para o doente, esta técnica é mais comumente utilizada.

São necessários dois lençóis (um debaixo e outro por cima do doente) que são enrolados de cada lado, e num movimento coordenado e rítmico, os profissionais primeiro rolam o doente em bloco e posteriormente rolam novamente para assumir o decúbito ventral.

Esta transição é sempre realizada por dois ou mais profissionais (um de cada lado), com especial atenção à região cervical, face e membros superiores.



**Imagem 13/14/15:** Sequência utilizada pelos profissionais de saúde para auxiliar o doente na passagem de decúbito dorsal para decúbito ventral.

### 4.4. PASSAGEM DE DD PARA SENTADO

O profissional coloca os membros inferiores do doente em flexão, com um membro superior na região escapular e o outro na região dos joelhos, rola o doente para si (passagem de DD para DL).

Posteriormente, num movimento coordenado e rítmico, o profissional facilita a posição de sentado com um membro superior a suportar a região cervical e o tronco superior e o outro membro superior na região dos joelhos.

Esta transição pode ser realizada por um profissional e deverá dar-se especial atenção à altura da cama. O Fisioterapeuta deve sempre que possível estimular o doente a **mobilizar-se de forma autónoma**; dobrando os membros inferiores; realizando carga nos membros inferiores e nos cotovelos e empurrando-se para cima.



**Imagem 16/17/18/19:** Sequência utilizada pelo Fisioterapeuta para auxiliar o doente na passagem de decúbito dorsal para a posição de sentado

## 4.5. MATERIAIS ACESSÓRIOS NO POSICIONAMENTO DO DOENTE

### Camas Articuladas



### Almofadas Anti-escaras



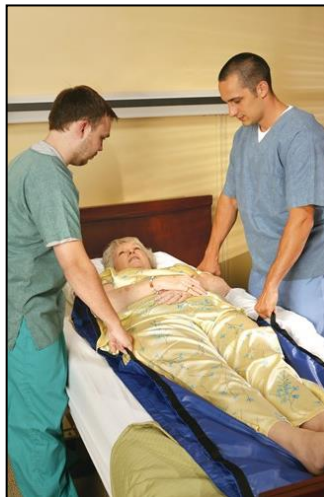
### Colchões Anti-escaras



### Apoios dos membros inferiores (maior ênfase nos calcanhares)



## Superfícies deslizantes no leito



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Becker, A. H. & Doelken, M (2013). *Physical Therapy Examination and Assessment* (1<sup>st</sup> Edition). Stuttgart: Thieme Publishers.

Fruth, S.J. (2018). *Fundamentals of the Physical Therapy Examination, Patient Interview and Tests and Measures* (2<sup>nd</sup> Edition). Burlington (Massachusetts): Jones & Bartlett Learning

Garzillo, E. M., Monaco, M. G. L., Corvino, A. R., D'Ancicco, F., Feola, D., Della Ventura, D., Miraglia, N., & Lamberti, M. (2020). Healthcare Workers and Manual Patient Handling: A Pilot Study for Interdisciplinary Training. *International journal of environmental research and public health*, 17(14), 4971. <https://doi.org/10.3390/ijerph17144971>.