



Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação

Volume 1 | Número 1 | Junho 2018



número 0

FICHA TÉCNICA

ISSN: 2184-3023

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
Rua Cassiano Branco 74, 4º Esq Tras 4250 - 084 Porto - www.aper.pt

E-mail: revista@aper.pt | Contacto telefónico: 931756382

Editor Chefe

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins,
PhD - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

Editor Sénior

Fernando Manuel Dias Henriques
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Comissão Editorial

André Filipe Morais Pinto Novo,
PhD - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Luís Manuel Mota Sousa,

PhD - Escola Superior Saúde Atlântica e Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Edição Gráfica

Rui Pedro Silva

Comissão Científica

Arménio Guardado Cruz
Bárbara Pereira Gomes
Bruna Raquel Figueira Ornelas De Gouveia
Clara De Assis Coelho De Araújo
Cristina Maria Medeiros Guedes Ferreira Moura
Élvio Henriques De Jesus
Fernando Alberto Soares Petronilho
Helena Castelão Figueira Carlos Pestana
Maria Gorete Mendonça Dos Reis
Maria Helena De Oliveira Penaforte
Maria Helena Ferreira De Almeida
Maria José Lopes Fonseca
Maria Salomé Martins Ferreira
Nelson Emidio Henrique Guerra
Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Rosa Martins
Salette Soares
Soraia Dornelles Schoeller

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

PREFÁCIO.....	4
<i>Maria Manuela Martins</i>	
EDITORIAL	5
<i>Isabel Ribeiro</i>	
BREVE PANORAMA MUNDIAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	6
<i>Soraia Dornelles Schoeller, Maria Manuela Martins, Isabel Ribeiro, Daniella Karine Souza Lima, Maria Itayra Padilha, Bárbara Pereira Gomes</i>	
IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NOS AUTOCUIDADOS HIGIENE, VESTIR-SE/DESPIR-SE E ANDAR AVALIADOS PELA ESCALA LONDON CHEST OF DAILY LIVING EM PESSOAS COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA	13
<i>Luis Gaspar, Paula Martins</i>	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS HÉRNIAS PARAESTOMIAIS.....	18
<i>Paula Topa, Marina Santos, Carla Castro, Carla Paiva, Cláudia Leite</i>	
O CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS	22
<i>Maria Manuela Martins, Olga Ribeiro, João Ventura Da Silva</i>	
O IMPACTO DOS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR NA PESSOA COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	30
<i>Cátia Patrícia Palhais Rodrigues, Fernando Manuel Dias Henriques</i>	
REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PESSOAS COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUISTICA: QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	38
<i>Luis Gaspar, Paula Martins</i>	
REVISÕES DA LITERATURA CIENTÍFICA: TIPOS, MÉTODOS E APLICAÇÕES EM ENFERMAGEM.....	45
<i>Luis Manuel Mota De Sousa, Cristiana Furtado Firmino, Cristina Maria Alves Marques-Vieira, Sandy Silva Pedro Severino, Helena Castelão Figueira Carlos Pestana</i>	
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	55
<i>Raquel Maria Dos Reis Marques, Rui Pimenta Pimenta, Ana Nascimento</i>	
TIMED UP AND GO TEST NA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL RESIDENTE NA COMUNIDADE	61
<i>Heidi De Jesus Faisca Salvado, Sónia Cristina Ferreira Raposo, Ana Isabel Carneiro, Patrícia Maria Silva Fonseca, Luis Manuel Mota Sousa</i>	

PREFÁCIO

“Deus quer, o homem sonha a obra nasce” - *Fernando Pessoa*.

O nascimento exige conceção, planeamento, hesitação, impulso mas sobretudo muita vontade e empenho. Nada nasce do acaso, tudo tem uma razão de ser, mesmo que por vezes não esteja perceptível.

A Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (RPER) é fruto de muita dedicação e esforço de um grupo de pessoas que acreditam. Acreditam na evolução, Acreditam na ciência, Acreditam na enfermagem, Acreditam na reabilitação, Acreditam no trabalho de equipa, Acreditam porque Acreditam.

Esta “obra” só poderia aparecer nesta altura, homenageando um grupo de colegas que acreditaram na APER, que deram nova vida a enfermagem de reabilitação e que estão prontos a dar continuidade ao que outros iniciaram.

Com o Reabilidades presenteávamos todos os anos, por esta época, com excelentes momentos de reflexão e partilha de conhecimento. Assim sendo, a RPER terá duas edições anuais: uma em junho, sempre com o Ciclo de Debates de Verão e outra em dezembro coincidente com o Congresso Internacional.

Pensamos ser importante criar um espaço que permita a publicação científica do excelente trabalho que os nossos colegas desenvolvem. Dar voz ao conhecimento silencioso mas valioso.

Nem sempre fazemos perfeito mas devemos fazer, e mais uma vez, tal como diz Fernando Pessoa “Sê tolerante, porque não tens certeza de nada. Não julgues ninguém, porque não vês os motivos, mas sim os atos. Espera o melhor e prepara-te para o pior.”

Vive a vida com alegria investiga e cria. Assim construímos e deixamos legado.

Contamos com a vossa colaboração.

É para Vós que estamos aqui.

Parabéns Comissão Editorial e obrigado por aceitarem este desafio!

ENF.ª ISABEL RIBEIRO,

Presidente Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros De Reabilitação

EDITORIAL

O número zero da revista reapresenta um conjunto de autores que de alguma forma têm participado na Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação e aceitaram publicar algum material objeto de estudo. materiais que tinham para publicar. Para este número convidamos por cada artigo dois revisões, nacionais e estrangeiros, que procederam de forma cega à análise. Os revisores foram selecionados de acordo com o conhecimento em enfermagem, particularmente no domínio em estudos de reabilitação e com o terceiro ciclo de formação. Acreditamos que todos os que participaram neste número fizeram um esforço para dar o seu melhor, pelo que os editores agradecem o contributo para que este sonho de alguns seja uma realidade para muitos.

Temos consciência que estamos no início de uma grande caminhada, com o objetivo de partilhar conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento dos enfermeiros de Reabilitação e que de uma forma fidedigna se pautem pelos melhores princípios para garantir aos leitores evidencia que facilite estratégias de mudança nas suas práticas, de forma a garantir a qualidade assistencial.

Estamos perante um conjunto de artigos, que se articulam pelo contexto da reabilitação. Podemos ler estudos de natureza metodológicas diferentes, desde revisão da literatura, estudos originais de investigação, uns em torno de amostras locais, outros nacionais e mesmo mundiais. Identificamos que os autores ora se centram em intervenções que conduzem aos processos de reabilitação, com a preocupação de promover uma vida com sucesso para os que necessitam destes cuidados, ora se voltam para o olhar sobre os profissionais centrados na qualidade assistencial, mas também como representantes significativos de uma área de intervenção específica em enfermagem.

Não podemos deixar de afirmar que de entre os cuidados de reabilitação estudados, e aqui expressos, eles situam-se em áreas de intervenção contemporâneas e clássicas (foro respiratório e neurológico) valorizados, pontualmente, pelo autocuidado. Acreditamos que em próximos números teremos outras temáticas e abordagens inovadoras, representativas da evolução do trabalho dos enfermeiros de reabilitação em Portugal.

Estamos a abrir uma porta para um caminho, que queremos percorrer, acompanhados por todos os que têm feito estudos ou vão fazer, onde de uma forma específica e profunda, transformam práticas intuitivas em conhecimento, relacionado com a responsabilidade profissional, ética e legal. A melhoria da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sempre a concorrer para cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros de reabilitação têm evoluído, e se na década de sessenta se realizaram a partir dos ensinamentos da Enfermeira Sales Luís e suas companheiras, perante a forte preocupação das sequelas deixadas pelas lesões da guerra, hoje, acrescentamos valor a este cuidado. Acompanhamos a evolução do mundo e estamos preparados para intervir nos processos de reabilitação centrados na prevenção, nas sequelas das doenças crónicas, no envelhecimento e nos vários contextos, desde unidades de grande complexidade como são os cuidados intensivos, dentro e fora de hospitais, mas também nos centros de saúde ou nas casas das pessoas que cuidamos, acreditamos que futuros artigos vão trazer para os leitores estas realidades.

Com os avanços, tecnológicos, do conhecimento, e das profissões, sabemos que não podemos ser ilhas mas, temos a certeza, que temos todas as condições para sermos pontes, e líderes no cuidado à pessoa, grupos e comunidades que tenham que reconstruir a sua vida depois de um processo incapacitante esperado ou inesperado.

Contamos que o exemplar da revista ZERO, cuidadosamente elaborado, seja o ponto de partida para a divulgação do conhecimento gerados pelos enfermeiros de reabilitação e seja um verdadeiro desafio a todos que queiram publicar sobre a reabilitação.

PROF. DOUTORA MARIA MANUELA MARTINS

Professor Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem. Membro do Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem - CINTESIS - center for health technology and services research - FMUP. Professora no Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, Coordenadora do Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem. Membro da Comissão Científica do Doutoramento em Ciências de Enfermagem da UP.

BREVE PANORAMA MUNDIAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

BREVE PANORAMA MUNDIAL DE LA ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN

BRIEF OVERVIEW OF REHABILITATION NURSING WORLDWIDE

Soraia Dornelles Schoeller¹, Maria Manuela Martins², Isabel Ribeiro³,
Daniella Karine Souza Lima¹, Maria Itayra Padilha¹, Bárbara Pereira Gomes²

1 - Universidade Federal de Santa Catarina; 2 - Escola Superior de Enfermagem do Porto; 3 - Centro Hospitalar de S. João

RESUMO

Objetivo: descrever e analisar o panorama mundial da enfermagem de reabilitação na atualidade.

Método: estudo descritivo e retrospectivo, com pesquisa em bases de dados de sites oficiais a partir do *International Council of Nurses*.

Resultados: Dos 134 países pesquisados, 13 apresentam enfermagem de Reabilitação. Há eixos comuns entre os países e algumas diferenças, o que confere especificidades em cada país.

Discussão: a enfermagem de reabilitação tem origem nas sequelas dos soldados em guerra.

Conclusão: A enfermagem de reabilitação é uma filosofia de cuidado, com a realização de cuidados específicos e intencionalidade. Há que avançar na construção e consolidação mundial da especialidade.

Palavras chave: história da enfermagem; enfermagem de reabilitação; pessoas com deficiência

RESUMEN

Objetivo: describir y analizar el panorama mundial de la enfermería de rehabilitación de la actualidad.

Método: estudio descriptivo y retrospectivo, con investigación en bases de datos de sitios oficiales del Consejo Internacional de enfermeras.

Resultados: de los 134 países encuestados, 13 actuales de enfermería de rehabilitación. Hay ejes comunes entre los países y algunas diferencias, con especificidades en cada país.

Discusión: la enfermería de rehabilitación se origina en las secuelas de los soldados en guerra.

Conclusión: la enfermería de rehabilitación es una filosofía de atención, con la realización de cuidados específicos e intencionales. Tenemos que avanzar en la construcción global y la consolidación de la especialidad.

Palabras clave: historia de la enfermería; enfermería de rehabilitación; personas con discapacidad

ABSTRACT

Aim: To describe and analyze the world landscape of rehabilitation nursing today.

Method: Descriptive and Retrospective study, with research into databases of official sites from the International Council of nurses.

Results: Of the 134 countries surveyed, 13 present rehabilitation nursing. There are common axes between countries and some differences, which gives specificities in each country.

Discussion: Rehabilitation nursing stems from the sequels of soldiers at war.

Conclusion: Rehabilitation Nursing is a philosophy of care, with the realization of specific and intentional care. We must move forward in the global construction and consolidation of the specialty.

Keywords: history of nursing; rehabilitation nursing; people with disabilities

INTRODUÇÃO

A enfermagem moderna remonta há menos de 3 séculos, originada no período Nightingaleano, em plena guerra da Crimeia, que resultou em milhares de soldados feridos e com sequelas destes ferimentos. Das guerras de outrora, como das de hoje, resultam mortos e feridos que frequentemente se tornam pessoas com deficiência. Há que registarmos duas questões dessa origem: é recente (não temos ainda 300 anos de profissão moderna), e seu início deu-se predominantemente no cuidado de pessoas feridas e com sequelas destes ferimentos.

Se a enfermagem moderna é recente, desnecessário mencionar a enfermagem de reabilitação, dirigida às pessoas com sequelas de ferimentos/lesões ou doenças crônico-degenerativas que, devido a isso, têm dificuldades em realizar tarefas consideradas comuns da vida cotidiana, necessitando reaprender como fazê-las. Autores ⁽¹⁾ atestam que a enfermagem de reabilitação tem sua origem histórica nas duas grandes guerras mundiais, devido à necessidade de se colocar os soldados feridos e deficientes de volta às batalhas ou às suas casas e tinha como foco central a deficiência física e perdas funcionais.

Enfermagem de reabilitação significa

“uma filosofia de cuidados de enfermagem baseada em princípios reabilitativos e restaurativos. Os objetivos da enfermagem de reabilitação são maximizar as habilidades funcionais, ótima saúde e adaptação às alterações no estilo de vida. Enfermagem de reabilitação é a prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos e suas famílias, que estão passando por situações de saúde temporárias, progressivas ou permanentes, que alteram a vida, como doença crônica, deficiência, fragilidade e envelhecimento^(2;1).”

Também pode ser compreendida como

“um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida restaurando a funcionalidade quando possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades. (...) Os cuidados de reabilitação dirigem-se à Pessoa em todas as fases do ciclo vital (...)” ^(3;6).

Estes dois olhares evidenciam que a enfermagem de reabilitação não se situa numa única área de cuidados em saúde, sendo uma especialidade que atua em todos os ciclos vitais (do nascimento à velhice) e processos de saúde-doença (do saudável à morte). É direcionada à pessoa, sua família, ambiente e coletividades, com os objetivos de promover mudanças no estilo de vida, a fim de tornar as pessoas com déficits de funcionalidade e suas famílias, cidadãos com capacidade de contribuir socialmente, interagir e bem viver.

Este artigo, propõe-se a traçar um breve panorama atual sobre a enfermagem de reabilitação, focando: quais são os países que têm esta especialidade, as organizações e legislação pertinentes, assim como as semelhanças e diferenças entre os diversos locais. Espera-se, com isso, contribuir para a reflexão sobre esta área de assistência, pesquisa e conhecimento, e dar-lhe maior visibilidade.

METODOLOGIA

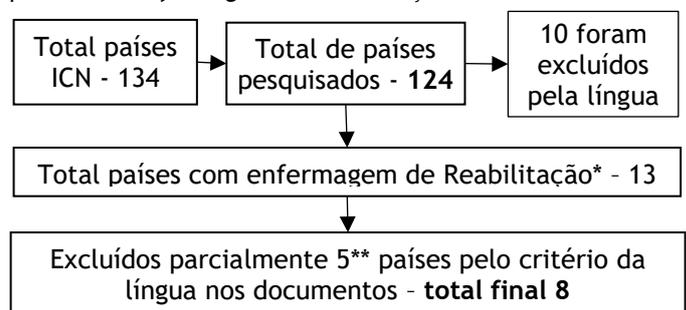
É um estudo descritivo e retrospectivo, com pesquisa em bases de dados de sites oficiais, realizada a partir da rede eduroam, por possibilitar acesso a diversas bases de dados reconhecidas. A riqueza das informações disponíveis é inquestionável, o que torna necessário a utilização de novas metodologias, a fim de se investigar o avanço do conhecimento nas diversas áreas. A revisão bibliográfica, desde que elaborada a partir de critérios científicos de reprodutibilidade, é uma ferramenta recente que auxilia os pesquisadores a conhecer e analisar as tendências do conhecimento ⁽⁴⁾.

Os dados foram coletados de 02 de fevereiro a 31 de março de 2018. Foram pesquisadas as entidades associadas ao conselho internacional de enfermagem - ICN. O ICN data de 1899, tem sede em Genebra, Suíça, e é considerado o órgão mundial de representação da enfermagem. Tem como objetivos defender os enfermeiros, fazer avançar a profissão e influenciar nas políticas de saúde e formação⁽⁵⁾.

A partir deste site, todos os países (134) associados ao Conselho Internacional foram investigados nos seus sites do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Legislação sobre enfermagem, Universidades com pós-graduação em enfermagem, associações e organizações profissionais (Conselhos ou Ordens), além do site indicado no ICN.

Este apresenta 134 países cujas entidades representativas de enfermagem estão a ele articuladas. A partir disto foram pesquisadas as seguintes palavras relacionadas a cada país: “enfermagem”, “legislação em enfermagem”, “enfermagem de reabilitação”, nas línguas português, inglês e espanhol. Os países que não continham informações nestas línguas foram excluídos. Os dados foram organizados por pastas com o nome de cada país e todo material (legislações, políticas públicas voltadas à área, entidades associativas e competências e fiscalização da área) foram classificados. O fluxograma abaixo demonstra a busca dos dados:

Figura 1 - Fluxograma da estratégia da coleta de dados sobre países com enfermagem de Reabilitação.



Fonte: os autores

* Foram considerados os países com legislação reconhecendo a especialidade, independente de haver, ou não, o trabalho em centros de reabilitação ou formação de pós-graduação.

** Respetivamente: França, Holanda, Rússia, Seychelles e Suíça. A França apresentou alguns documentos em espanhol e/ou inglês, o que possibilitou sua análise.

Após, em cada país foram investigadas as ordens profissionais, associações de enfermagem de reabilitação, congressos e encontros da área e políticas

voltadas à formação dos enfermeiros e às pessoas com deficiência.

Foram pesquisados os 124 países nos locais já descritos anteriormente, e, destes, 111 não têm enfermagem de reabilitação como profissão legalmente reconhecida, conforme mapa abaixo.

RESULTADOS

Figura 2 - Mapa mundo demonstrando quais países* apresentam enfermagem de reabilitação como especialidade.



Fonte: os autores

* Só foram apreciados países com legislação comprovada nas línguas citadas. Os autores consideram a possibilidade de haver outros países cuja legislação não esteja disponível.

Os países com enfermagem de reabilitação encontrados foram: Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, França, Guatemala, Inglaterra, México, Holanda, Nova Zelândia, Portugal, Rússia, Seychelles e Suíça. Rússia e Seychelles foram retiradas posteriormente por não atender, nos documentos oficiais, o critério da língua. A França apresentou farto material relacionado aos encontros da especialidade, motivo pelo qual foi citada posteriormente.

Os dados foram lidos exaustivamente, num primeiro momento de cada país individualmente, e, num segundo momento, resultante deste primeiro, divididos nas seguintes temáticas na enfermagem de reabilitação: **legislação e políticas de governo, entidades associativas, competências profissionais.**

Quadro 1 - Países com Enfermagem de Reabilitação segundo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), esperança de vida ao nascer e década de criação da especialidade.

País ⁽⁶⁾	Continente	IDH	Esperança de vida ao nascer/anos	Década de criação de Enf. Reab.
Austrália	Oceânia	0,939	82	1990
Canadá	A Norte	0,920	82	2000
Estados Unidos da América	A Norte	0,920	80	1970

Guatemala	A Central	0,640	73	2000
França	Europa		82	Desconhecido
Inglaterra	Europa	0,910	81	1950
México	A Norte	0,762	76	2000
Holanda	Europa	0,924	81	Desconhecido
Nova Zelândia	Oceânia	0,915	81	1990
Portugal	Europa	0,843	79	1970
Rússia	Asia/Europa	0,804	71	Desconhecido
Seychelles	África	0,782	75	Desconhecido
Suíça	Europa	0,939	83	Desconhecido

Fonte: os autores

Dos 13 países encontrados, 5 foram excluídos por não se enquadrar no critério da língua. Ainda assim, os dados de IDH e Esperança de Vida foram considerados para a análise posterior.

Os países investigados têm entidades representativas da especialidade e realizam encontros com temáticas específicas, conforme demonstrado no quadro 2.

Quadro 2 - Encontros da área entre 2010* a 2017.

ANO	RESPONSÁVEL	TEMÁTICA CENTRAL
2017	Portugal - APER - Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação	• Acessibilidade em Saúde: garantir qualidade de vida
	Brasil - III SIAER/ Seminário Internacional de Atualidades em Enfermagem de Reabilitação - Brasil	• Autonomia, tecnologia e participação
	França - AIRR - Associação de enfermeiros em re-educação e reabilitação	• Politraumatismo: da rutura à...
	Estados Unidos da América - ARN - Associação de Enfermagem de Reabilitação	• Reabilitação Cognitiva no Novo Milênio: ensinar a pessoa a pescar • Co-apresentada pela seção Minnesota da Associação de Enfermagem de Reabilitação.
	Austrália - ARNA - Associação Australiana de Enfermagem de Reabilitação	• A mudança de panorama para a enfermagem de reabilitação: "transição, transformação, visões futuras"
2016	ESENFEC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal	• A Pessoa, Função E Autonomia: Reabilitar nos Processos de Transição No Ciclo De Vida
	Portugal/Brasil - APER/II SIAER	• Acrescentar Qualidade de Vida: A reabilitação e a cronicidade
	Canadá - OARN - Associação de Enfermeiros de Reabilitação de Ontário	• Parcerias com pacientes e famílias - Liderando o caminho na reabilitação de enfermagem
	França - AIRR	• Mais valia do enfermeiro em medicina física e reabilitação
	Estados Unidos da América - ARN - Philadelphia	• Competency Assessment: Standdize, Individualize and Build Accountability
	Austrália - ARNA	• Mãos, corações E Minds: capturando a essência da reabilitação
2015	Brasil - I SIAER	• Autonomia, independência, cuidado
	Portugal - APER	• O desenvolvimento profissional e pessoal
	Canadá - CARN - Canadian Association Rehabilitation Nurses Conference	• Iluminando o futuro!
	França - AIRR	• Os traumatismos cranianos
	Estados Unidos da América - ARN - seção Minnesota	• 13 seminário anual de enfermagem de reabilitação: construindo a excelência da reabilitação
	Austrália - ARNA	• Recebendo todos a bordo
2014	Portugal - ESENFEC	• A pessoa, função e autonomia - reabilitar nos processos de transição
	Portugal - APER	• Cérebro, Plasticidade Cerebral e Reabilitação Global

	Canadá - OARN	• Equipe Canadá nos Jogos Paralímpicos de Inverno de Sochi 2014
	França - AIRR	• Idéias e Crenças sobre deficiência
	Estados Unidos da América - ARN - Seção Minnesota	• Uma revisão abrangente de enfermagem de reabilitação • 12 seminário anual de enfermagem de reabilitação: passado, presente e futuro
	Austrália - ARNA	• A Cultura da Reabilitação
2013	Portugal - APER	• AUTOCAUIDADO. A Essência da Enfermagem de Reabilitação
	Canadá - CARN - Conferência Biental	• Poder de um... Poder de todos • Parcerias - perseverança - positividade
	França - AIRR	• AVC: da reeducação à readaptação
	Estados Unidos da América - ARN - 39 Conferência Nacional de Educação	• O continuum de cuidados: navegando na estrada para a recuperação
2012	Portugal - APER	• Por um Envelhecimento Ativo
	Estados Unidos da América - ARN	• Enfermagem de reabilitação e a • Compaixão de cuidar: notas para o sucesso
2011	Portugal - APER	• Acrescentar Qualidade de Vida
	Canadá - CARN	• Cronicidade e complexidade: as melhores práticas para enfrentar os desafios na enfermagem de reabilitação
	OARN - Annual General Meeting	• International Rehabilitation Nursing Experiences in Haiti & Qatar
	França - AIRR	• Sofrimento e Dor
	Estados Unidos da América - ARN - 37 Conferência Nacional de educação	• Enfermagem de Reabilitação e Melhores práticas: uma combinação vitoriosa
	2010	Canadá - OARN
2010	Toronto - Canadá Rehab	• 4ª Conferência Nacional de lesão medular
2010	Estados Unidos da América - ARN 36ª conferência educacional anual	• A arte, ciência e magia da reabilitação de enfermagem
2010	Canadá - OARN - Dia da educação	• Enfermeiros contribuindo para o sucesso de reabilitação do paciente
2010	França - AIRR	• Deficiência e Sexualidade

Fonte: Os autores

* Apesar de muitos encontros anteriores, foram considerados somente os ocorridos após 2010.

Não foram encontrados eventos específicos do México, Guatemala, Holanda, Reino Unido, Seychelles e Suíça. Existem inúmeros encontros, a nível mundial, voltados à reabilitação - com o título de "medicina física e reabilitação" ou de fisioterapia. Porém, o quadro acima

evidencia quais foram específicos da especialidade enfermagem de reabilitação. Naqueles países com a especialidade e sem entidades representativas de enfermagem de reabilitação não foram encontrados eventos específicos.

O Reino Unido possui um Conselho de Reabilitação, formado por interessados na área (desde associações profissionais até os usuários) criado em 2008 e com o apoio financeiro do Departamento de Trabalho e Pensões e do Centro Escocês para Vidas de Trabalho Saudáveis. Sua finalidade é garantir acesso à reabilitação de qualidade. As entidades de Enfermagem do Reino Unido são parte integrante deste Conselho⁽⁷⁾.

Há também uma entidade internacional de enfermeiras especialistas em lesão medular, intitulada *International Spinal Cord Society* (ISCoS), uma rede de enfermagem em lesão medular, cujo objetivo é "vincular os enfermeiros globalmente, trabalhando na especialidade de enfermagem de lesão medular, [através a] melhoria do cuidado holístico prestado a homens, mulheres, meninos e meninas, seus cuidadores e famílias, com lesão da medula espinhal⁽⁸⁾". Nos quatro encontros internacionais mencionados, foram discutidos temas específicos de lesão medular, entre os quais, bexiga e intestino neurogênicos, cuidados com a pele e sexualidade. A ISCoS não tem como objetivo a reabilitação, só o cuidado específico.

DISCUSSÃO

Grande parte dos países estabelece que o exercício profissional de enfermagem se propõe a "promover a saúde, prevenir a enfermidade, intervir no tratamento, reabilitação e recuperação da saúde^(9;62)." Apesar disso, poucos são aqueles nos quais a palavra reabilitação se concretiza como área de conhecimento e atuação profissional. E, menos ainda os que têm alguma legislação acerca dos objetivos, formação e atuação da Enfermagem de Reabilitação. Isso que a enfermagem de reabilitação se refere ao cuidado de enfermagem voltado à reabilitação das pessoas, portanto, um cuidado voltado a uma finalidade terapêutica para além do próprio cuidado.

"No contexto da reabilitação, o conceito de cuidado é onipresente na abordagem do enfermeiro ao paciente. Este ambiente é propício para indivíduos cuidados, e uma abordagem humanista para fornecer este cuidado contribui para a promoção e preservação da dignidade humana^(1;9)."

Breve análise dos países com a especialidade enfermagem de reabilitação, evidencia que não é o envelhecimento populacional que determina sua existência, nem o desenvolvimento social (aqui verificado pelo IDH), ou ainda o tempo de criação da profissão. São outras razões, às quais alguns artigos destacam parcialmente, mas que, a nível mundial carece de maior aprofundamento e evidencia uma lacuna no conhecimento da história da profissão de enfermagem.

Segundo diversos autores^(1, 10-12) a enfermagem de reabilitação está intimamente articulada com as Guerras Mundiais, quando o objetivo era restaurativo para que os soldados feridos se tornassem aptos a, ou voltarem para a batalha, ou para casa. Esta afirmação é comum em diversos estudos, de inúmeros países. Inclusive a origem da própria enfermagem moderna deu-se no cuidado a soldados feridos em guerra, na Crimeia, em meados de 1820. Inicialmente, a enfermagem de reabilitação foi direcionada ao cuidado de pessoas jovens e ainda produtivas, com lesões e sequelas devidas a traumas.

O mesmo não aconteceu em Portugal, cuja razão para o despertar da necessidade de enfermagem de reabilitação decorreu de dois acontecimentos: um, foi o caso do chofer de Salazar (O primeiro ministro), cujo tratamento foi realizado na Alemanha, e, outro, os soldados com sequelas da guerra do Ultramar (Guiné, Angola, Moçambique, Timor, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde). Após isto, o Governo Português abriu o primeiro Centro de Reabilitação de Portugal em Lisboa, e as enfermeiras responsáveis foram aprender a especialidade nos Estados Unidos. Duas enfermeiras cursaram lá a especialidade e, quando retornaram, implementaram em Portugal um curso de especialização na área, nos moldes de conteúdos teóricos, teórico-práticos e estágios, tal como vigente até os dias atuais. Já, na época a intenção do curso era cobrir "todos os grupos etários com deficiência e impunha ação iniciada na fase aguda e continuada em tratamento ambulatorio na comunidade^(13;13)."

Os dados evidenciam que a origem da enfermagem de reabilitação pode ser da Inglaterra e Estados Unidos, o que pode ser verificado no Mapa de distribuição da especialidade. Apesar desta origem em comum, percebe-se também algumas diferenças entre os países, o que tratar-se-á em seguida.

A Inglaterra tem como nome *disability nursing*, ao invés de *nursing rehabilitation*, fato que não pode passar despercebido, mesmo que não seja aprofundado. Os países da Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia têm eixo bem importante centrado em cuidados de enfermagem para pessoas com deficiência intelectual/cognitiva, o que é um pouco diferente em Portugal, Estados Unidos e Canadá. No Canadá e Estados Unidos, há muitas empresas de enfermagem de reabilitação voltadas ao cuidado domiciliar de longa duração. Há que se investigar estas diferenças e semelhanças.

Há um consenso de que a enfermagem de reabilitação agrega ao cuidado à intenção de maximizar a independência e funcionalidade. Neste sentido, a enfermagem de reabilitação presta um cuidado voltado para o outro inserindo-o no seu cotidiano, que fica fora do próprio local onde o cuidado é realizado. Isto fica evidente nos temas dos encontros profissionais, que versam sobre a identidade deste cuidado e da relação que deve se estabelecer entre profissional e pessoa para que ele seja realizado. Tal relação é essencialmente educativa, pois o profissional compartilha com o sujeito cuidado, formas deste poder viver no cotidiano com maior independência.

Gradativamente, vem emergindo nos encontros a temática da cronicidade e do envelhecimento, fato justificado pela mudança do perfil epidemiológico e demográfico. Isto também determinará mudanças na prática profissional, que deverá adequar-se a esta demanda.

De um modo geral, os encontros refletem sobre a filosofia, os princípios, as finalidades e as técnicas de enfermagem de reabilitação, além de quem é o sujeito a ser cuidado pelo enfermeiro de reabilitação e sua participação neste processo. O Canadá associa a reabilitação ao paradesporto, o que não foi evidenciado nos outros países. Também foi constatada duas tendências a nível mundial: a discussão incipiente do termo autonomia, como empoderamento da pessoa a ser reabilitada, e a atuação do enfermeiro nas doenças crônicas e envelhecimento. Ambas, ainda com forte demarcação pela funcionalidade corporal, o que é contrassenso à finalidade do cuidado integral.

Em relação às entidades representativas, Estados Unidos e Canadá apresentam entidades similares, com uma organização a nível nacional e seções em cada estado. Já, a relação da Associação Portuguesa de Reabilitação tem história de muita proximidade com a Ordem dos Enfermeiros.

O código de ética da enfermagem da Austrália afirma que “O papel do enfermeiro inclui promoção e manutenção da saúde e prevenção de doença para indivíduos com doença física ou mental, necessidades de incapacidade e / ou reabilitação, bem como o alívio de dor e sofrimento no final da vida^(14:1).” Reitera-se que na Austrália a especialidade é intitulada de *disability nursing*.

Nos países pesquisados é competência do enfermeiro cuidar na promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Nos que não possuem a especialidade enfermagem de reabilitação são realizadas ações de cuidado de enfermagem parciais nos centros de reabilitação, especialmente reeducação vésico-intestinal para as pessoas com lesão medular e curativo do coto para aquelas amputadas, além dos cuidados gerais com a pele em ambos. Não foi evidenciado ações de cuidado de enfermagem diferenciadas em outras pessoas com deficiência (física ou intelectual/cognitiva). Sempre são ações de cuidado, sem a intencionalidade de reabilitar.

Nos Estados Unidos “A preparação para a prática avançada em enfermagem de reabilitação requer uma pós-graduação em enfermagem, de preferência com uma concentração nos conceitos de enfermagem de reabilitação^(15:2).” O mesmo acontece em todos os países que possuem a especialidade. Em todos é requerida formação adicional para o exercício profissional.

Os países que têm a especialidade trabalham com o princípio de que enfermagem de reabilitação é uma filosofia de cuidado, e não uma área específica onde este deverá ser realizado. Nesta filosofia de cuidado, há a abordagem de aspectos diferentes, mas não excludentes, nos diversos países, nos quais: Portugal estabelece como uma das competências do Enfermeiro de Reabilitação “Promove a mobilidade, a

acessibilidade e a participação social⁽³⁾”, cuja atuação é fortemente influenciada, com a atuação de enfermeiros de reabilitação junto a órgãos governamentais para a acessibilidade arquitetônica e atitudinal. Os Estados Unidos estabelecem as competências em quatro eixos: cuidados aos acamados, trabalho interprofissional, promoção da vida com sucesso e liderança⁽¹⁶⁾.

Há ainda que salientar que a origem da enfermagem de reabilitação, ao que se constata das leituras é inglesa (da Inglaterra), especialmente nos países por eles colonizados e norte americana (Estados Unidos da América), nos países vizinhos geograficamente. Há ainda que se aprofundar esta afirmação e investigar por quais caminhos e, se, realmente isso aconteceu.

CONCLUSÃO

Este artigo objetivou mostrar um breve panorama mundial da especialidade em enfermagem de reabilitação. Percebeu-se que, apesar de recente, a especialidade já está consolidada em alguns países, com a realização de encontros sistemáticos entre os pares para a reflexão sobre a prática, o objeto de estudo, escopo e objetivos. Há o consenso de lacunas no campo do conhecimento, que, gradativamente, são preenchidas com as pesquisas e as inovações da prática.

Ainda assim, são poucos os países com esta especialidade. A enfermagem de reabilitação apresenta competências específicas, voltadas ao cuidado de enfermagem com a intencionalidade de que o sujeito cuidado consiga construir alternativas para viver com independência e autonomia. Tem interface com o trabalho de diversos profissionais da área, inclusive com ações e competências comuns.

O desafio que se coloca é de, coletivamente, unificar os diversos movimentos, entidades representativas e práticas, a fim de se refletir sobre qual o âmbito, a finalidade do trabalho do enfermeiro de reabilitação e os princípios e ações necessárias, a fim de se construir e consolidar coletivamente a especialidade (a nível dos países que já têm e os que ainda não tem). Isso inserido nas demandas recentes de reabilitação associadas às doenças crônicas e degenerativas e doenças transmissíveis, além dos traumas.

A APER, como entidade representativa e fortalecida da especialidade tem papel essencial nesta articulação.

Este estudo abriu muitas lacunas no conhecimento da história da especialidade, conseguindo responder a poucas questões propostas. Teve como limitações o material existente ser escasso, o que dificultou o conhecimento de países cuja língua os autores desconhecem. Por outro lado, evidenciou que o campo enfermagem de reabilitação é um campo com especificidade de atuação e de construção do conhecimento.

Sites pesquisados:

Além dos sites governamentais foram pesquisados os sites abaixo:

- <http://carn.ca/>
<http://icn-apnetwork.org/>
<http://instituciones.sld.cu/feppen/>
http://medi.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/12_codigo_de_etica_de_enfermera_del_mercosur.doc
<http://rehabilitation.cochrane.org/>
<http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5138>
<http://www.aladefe.org/>
<http://www.efn.be/>
<http://www.health.gov.au/nursing>
<http://www.icn.ch/>
<http://www.nationalarchives.gov.uk/help-with-your-research/discovery-help/>
<http://www.nevinsfamily.org/>
http://www.nurses.info/organizations_europe.htm#Netherlands
<http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/>
<http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/FAQ/fact-sheet-advanced-nursing-practice-and-specialty-areas.aspx>
<http://www.oarn.ca/>
<http://www.rehabnurse.org/profresources/content/RNJ-Index.html>
https://guzlop-editoras.com/web_des/med01/enfermeria/pld1138.pdf
<https://insights.ovid.com/crossref?an=00006939-201707000-00003>
<https://nursesinternational.org/>
<https://rehabnurse.org>
<https://www.airr.eu/>
<https://www.arna.com.au/>
<https://www.cedd.net/es/>
<https://www.cna-aiic.ca/en>
<https://www.cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/health-human-resources/leadership>
<https://www.gov.uk/rights-disabled-person/employment>
<https://www.nmc.org.uk/>
<https://www.nmc.org.uk/>
<https://www.nursingconference.com/>
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/>
<https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/>
<https://www.unisabana.edu.co/facultaddeenfermeriayrehabilitacion/>
<http://www.who.int>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 St-Germain D. The rehabilitation nurse then and now: From technical support to human potential catalyst by Caring-Disability Creation Process Model in an interprofessional team J Nurs Educ and Prac. 2014 Apr 24;4(7):54-61. Available from: www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/download/4303/2715
- 2 Canadian Association of Rehabilitation Nurses. CARN. A by-law relating generally to the conduct of the affairs of: CARN Canadian Association of Rehabilitation Nurses and ACIIR Association canadienne des infirmières et infirmiers en réadaptation, 2009. Available from: <http://www.carn.ca>.
- 3 Ordem Dos Enfermeiros. Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfermabilizacao.pdf
- 4 Schultz A, Goertzen L, Rothney J, Wener P, Enns J, Halas G, Katz A. A scoping approach to systematically review published reviews: Adaptations and recommendations, Res Syn Meth. 2018;9:116-123. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jrsm.1272/full>
- 5 INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSING - ICN. The ICN Story - 1899-1999. 2015. Available from: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/the-icn-story-1899-1999/>
- 6 Indexmundi. Mapa comparativo entre países. Massachusetts Institute of Technology. 2017. Available from: <https://www.indexmundi.com/map/?t=10&v=30&r=as&l=pt> . Ano de 2017
- 7 Rehabilitation Council. The Voice for Rehabilitation. About Us. 2008. Available from: <http://rehabcouncil.org.uk/about/>
- 8 International Spinal Cord Society (ISCoS) Network of Spinal Cord Injury Nurses - ISCoS . Wellcome in our Website.2018. Available from: <http://www.scinurse.org/index.html>
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Recursos Humanos para la Salud. Regulación de la Enfermería en América Latina. Washington, D. C.: OPS, © 2011. Serie Recursos Humanos para la Salud No. 56
- 10 Blaxter M. The meaning of disability: A sociological study of impairment. London, UK: Heinemann Educational Books; 1976. PMID:181354
- 11 Barnitt R, and Pomeroy V. A holistic approach to rehabilitation. Br J Ther Rehabil. 1995; 2: 87-92.
- 12 Pryor, J., Walker, A., O'Connell, B., & Worrall-Carter, L. Opting in and opting out: A grounded theory of nursing's contribution to inpatient rehabilitation. Clin Rehabil. 2009; 23: 1124-1135. PMID:19906766. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215509343233>
- 13 Ordem Dos Enfermeiros. I Encontro de Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Espinho, 2003. Available from: <http://www.aper.pt>
- 14 Australian Nursing and Midwifery Council. 2010. National competency standards for the registered nurse, Nursing and Midwifery Board of Australia. Melbourne. Available from: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/>
- 15 Association of Rehabilitation Nursing. 2011-2015. The Advanced Practice Rehabilitation Nursing . Role Description. This role description was originally developed by the Advanced Practice Nurses Special Interest Group of the Association of Rehabilitation Nurses in 2002. Subsequent revisions were made in 2011, 2015. Chicago. Available from: <https://rehabnurse.org/about/roles/>
- 16 Association of Rehabilitation Nurses. Modelo de competências para o profissional de enfermagem de reabilitação. 2014, Chicago. Available from: https://rehabnurse.org/uploads/membership/ARN_Rehabilitation_Nursing_Competyency_Model_FINAL_-_May_2014.pdf

IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NOS AUTOCUIDADOS HIGIENE, VESTIR-SE/DESPIR-SE E ANDAR AVALIADOS PELA ESCALA LONDON CHEST OF DAILY LIVING EM PESSOAS COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

IMPACTO DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN AUTOCUIDADOS HIGIENE, VESTIR/DESPIR Y ANDAR EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA

IMPACT OF PULMONARY REHABILITATION ON SELF-CARE HYGIENE, DRESSING/UNDRESSING AND WALKING IN PATIENTS WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASE

Luis Gaspar¹; Paula Martins¹

1 - Centro Hospitalar São João

RESUMO

As pessoas com doença respiratória crónica (DRC) apresentam compromissos do processo respiratório, com elevado impacto no autocuidado, designadamente devido a dispneia e cansaço decorrente da imobilidade induzida pela doença. Torna-se, assim relevante conhecer qual o impacto dos programas de reabilitação respiratória (PRR) nos autocuidados higiene, vestir/despír-se e andar.

Trata-se de um estudo quasi-experimental, que incluiu pessoas com DRC admitidas para PRR, sendo o impacto da DRC nos autocuidados avaliado no início e no final do PRR.

Foram incluídas 38 pessoas (71,9% homens), mediana de idades 67 anos (± 15.6) e FEV1% mediano de 39,51%.

Encontradas melhorias estatística ($p < 0,001$) e clinicamente significativas nos autocuidados estudados.

Os dados deste estudo permitem-nos concluir que este programa de RR melhora a independência funcional para os Autocuidados Higiene, Vestir-se/Despir-se e Andar avaliadas pela Escala London Chest Activity of Daily Living em pessoas com DRC.

Palavras chave: enfermagem de reabilitação; reabilitação respiratória; autocuidado

RESUMEN

Las personas con enfermedad respiratoria crónica (ERC) presentan compromisos del proceso respiratorio, con impacto elevado en el autocuidado, en particular debido a disnea y fatiga debido a la inmovilidad inducida por la enfermedad. Esta investigación se vuelve relevante en el sentido de conocer cuál es el impacto de los programas de rehabilitación pulmonar (PRP) en los autocuidados higiene, vestir / desvestirse y andar.

Se trato de un estudio quase-experimental, que incluyo personas con DRC admitidas para PRP, siendo el impacto de la DRC en los autocuidados evaluado al inicio y al final del PRP.

Se incluyeron 38 personas (71,9% hombres), mediana de edades 67 años (± 15.6) y FEV1% medio del 39,51%.

Se encontraron mejoras estadísticas ($p < 0,001$) y clinicamente significativas en los autocuidados estudiados.

Los datos de esta investigación permiten concluir que este programa de RR mejora la independencia funcional para los Autocuidados Higiene, Vestir / Despirarse y Andar evaluados por la Escala London Chest Activity of Daily Living en personas con DRC.

Palavas clave: rehabilitacion pulmonar; autocuidado

ABSTRACT

Patients with chronic respiratory disease (CRD) have impaired respiratory process, with a high impact on self-care, namely caused by dyspnoea and fatigue due to immobility induced by the disease. The relevance of this study is to know the impact of pulmonary rehabilitation programs (PRP) on self-care hygiene, dressing / undressing and walking.

This is a quasi-experimental study that included CRD patients admitted to PRP and the impact of CRD on self-care was assessed at the beginning and at the end of the PRP.

Thirty eight patients were included in the study (71.9% men), median ages 67 years (± 15.6) and FEV1% median of 39.51%.

Statistical improvements ($p < 0.001$) and clinically significant were found in all self-care studied.

The data from this study allow us to conclude that this PRP improves functional independence for the Hygiene, Dressing / Undressing and Walking self-care evaluated by the London Chest Activity Scale of Daily Living in CRD patients.

Keywords: rehabilitation nursing; pulmonary rehabilitation; self-care

INTRODUÇÃO

Referência estruturante na prática clínica e conceptual de Enfermagem, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem sustenta-se no pressuposto de que a pessoa tem capacidade de cuidar de si desempenhando atividades e comportamentos para se manter saudável⁽¹⁻²⁾.

Definido pelo International Council of Nurses (ICN) como “uma atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”⁽³⁾ o conceito de autocuidado aparece no contexto das pessoas com doença respiratória crónica (e especialmente com DPOC) frequentemente comprometido.

A dependência funcional decorrente do impacto sintomático limita atos tão simples quanto cuidar da sua higiene, vestir-se ou despir-se e andar condicionando a dignidade da pessoa cujo quotidiano se encontra afetado pela limitação funcional nas suas atividades básicas.

Neste contexto, a intolerância ao exercício, ou se quisermos à actividade física, não resulta, ao contrário do que se possa pensar, unicamente da perda de função pulmonar, mas sim de alterações das trocas gasosas e descondicionamento muscular periférico, sendo que as duas principais razões apontadas para a redução ou cessação da atividade são a dispneia e a fadiga muscular dos membros inferiores.

Este comprometimento do domínio físico além de limitar as pessoas no seu autocuidado também limita a sua interação familiar, social e profissional com graves repercussões na qualidade de vida.

Neste sentido a intervenção terapêutica dos Enfermeiros de Reabilitação deve visar o aumento da tolerância à atividade física de forma a manter ou retomar a independência funcional, prescrevendo, implementando e avaliando um conjunto de intervenções que potenciem a função, respiratória e muscular, e promovam a capacitação e a mudança comportamental⁽¹⁻⁴⁾.

A Reabilitação Respiratória (RR) é o tratamento não farmacológico indicado para pessoas com doença respiratória crónica⁽⁴⁾. Realizada por uma equipa multidisciplinar, inclui exercício físico, educação e alteração comportamental como pedras basulares⁽⁴⁻⁵⁾. Desenhados para melhorar a condição física e emocional, e para promover a adesão prolongada a comportamentos de saúde estes programas reduzem a dispneia e aumentam a tolerância ao exercício físico, melhorando a função cardiorrespiratória e músculo-esquelética, a capacidade aeróbica com ganhos na qualidade de vida, promovendo assim o autocuidado^(1,4-5).

MÉTODO

A questão de partida que orientou esta investigação foi: Qual o impacto de um programa de reabilitação respiratória nos Autocuidados Higiene, vestir-se /Despir-se e Andar?

Este estudo incluiu pessoas com doença respiratória crónica admitidas para programa de reabilitação respiratória no Sector de Cinesiterapia e Reabilitação Respiratória do Centro Hospitalar de São João.

Como critérios de inclusão considerou-se ter mais de 18 anos, capacidade comunicacional, não apresentar incapacidade de praticar exercício físico nem disfunção cognitiva grave, sendo que os critérios de exclusão usados foram o não cumprimento integral do programa de reabilitação respiratória, e hipoxia induzida pelo esforço refratário ao oxigénio.

Este estudo foi conduzido de acordo com os imperativos éticos exigidos, tendo sido garantidos todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação.

Desenho do Estudo

Estudo Quasi-experimental, no qual o programa de reabilitação respiratória (tabela 1) teve a duração de 13 semanas, 3 vezes por semana com sessões de treino de exercício de alta intensidade e reeducação funcional respiratória sempre que indicado, especialmente mobilização e drenagem de secreções. Para além da componente física incluiu também componente educacional.

O impacto do programa de reabilitação respiratória nos autocuidados estudados foi avaliado através do questionário London Chest Activity of Daily Living (LCADL), que avalia o efeito da dispneia nas atividades de vida diária, nas respostas às questões “Tomar banho” e “Lavar a cabeça”, para o autocuidado higiene, “Vestir a parte superior do tronco” e “Calçar sapatos e/ou meias” para o autocuidado Vestir/Despir-se e em relação ao autocuidado Andar: “Andar em casa” e “Subir escadas”. Variações após intervenção clínica igual ou superior a 2 pontos na resposta a cada questão traduzem melhoria clínica⁽⁶⁻⁸⁾.

Tabela 1: Programa de Reabilitação Respiratória

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	
COMPONENTE FÍSICA	COMPONENTE EDUCACIONAL
<i>Treino de Força Muscular (30 minutos)</i>	<i>Sessão educacional (60 minutos)</i>
Membros Superiores <ul style="list-style-type: none">BicipedeTricipedeDeltoide Membros Inferiores <ul style="list-style-type: none">QuadricipedeIsquiotibialGémeoGrande peitoralGrande dorsal	<ul style="list-style-type: none">Alterações do Processo RespiratórioBenefícios do exercício físico e na manutenção de actividade física regularGestão do regime terapêuticoInaloterapiaOxigenoterapiaTécnicas de Conservação de EnergiaTécnicas de ventilação controladaPrevenção e tratamento precoce de exacerbações
<i>Treino de Endurance (30 minutos)</i> <ul style="list-style-type: none">Cicloergómetro de membros sup. e inf.	
<i>Reeducação funcional respiratória (SOS)</i>	

Amostra

A técnica de amostragem utilizada amostra foi não probabilística por conveniência e foi constituída por pessoas com doença respiratória crónica que cumpriram o programa de reabilitação respiratória

Análise estatística

A análise estatística foi efetuado pelo programa IBM® SPSS® Statistics versão 23.0. Todos os dados foram expressos com valores medianos sendo o nível de significância estatística 0,05 para todos os testes estatísticos.

O tratamento estatístico foi efetuado usando um teste não paramétrico para 2 amostras relacionadas em virtude do número reduzido da amostra (Wilcoxon signed-rank test)

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 38 pessoas (71,9% homens) com idade mediana de 67 anos ($\pm 15,6$ anos) com FEV1% mediano de 39,51%. (tabela 2).

Relativamente aos Autocuidado Higiene, Vestir-se/Despir-se e Andar foram encontradas melhoria estatisticamente significativa ($p < 0,001$) em todas as questões formuladas com variação mediana de 2 pontos na LCADL (exceto na questão “Calçar sapatos e/ou meias” em que a variação foi de 1 ponto).

Em todos os autocuidados estudados existiu melhoria clinicamente significativa. (tabela 3).

Tabela 3: Resultados relativos aos Autocuidados Higiene, Andar e Vestir/Despir

Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)				
	Antes	Depois	Valor p	Varição
AutoCuidado Higiene				
<i>Tomar banho</i>				
Mediana	3	1	0,000*	2**
Interquartil 25-75	2-3	1-2		
<i>Lavar a cabeça</i>				
Mediana	3	1	0,000*	2**
Interquartil 25-75	2-3	1-2		
AutoCuidado Andar				
<i>Andar em casa</i>				
Mediana	3	1	0,000*	2**
Interquartil 25-75	2-3	1-2		
Subir escadas				
Mediana	3	1	0,000*	2**
Interquartil 25-75	2-3	1-2		
AutoCuidado Vestir/Despir				
<i>Vestir a parte superior do tronco</i>				
Mediana	3	1	0,000*	2**
Interquartil 25-75	2-3	1-2		
<i>Calçar sapatos/meias</i>				
Mediana	2	1	0,000*	1
Interquartil 25-75	2-3	1-2		

*estatisticamente **clinicamente significativo

Tabela 2: Caracterização da amostra

N		38
Sexo	Masculino	28
	Feminino	10
Idade (mediana)		67 anos
FEV1% (mediana)		39,51%
Volume residual (mediana)		200
Diagnósticos	DPOC	25
	Bronquiectasias	10
	Fibrose Quística	3
Prova de Marcha de Seis Minutos inicial		320,8 metros

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como finalidade avaliar qual o impacto de um programa de reabilitação respiratória nos autocuidados higiene, andar e vestir/despír-se.

Aproximadamente 40% das pessoas com DRC relatam incapacidade nas atividades de vida diária (AVD) e 68% perdem capacidade para realizar pelo menos uma AVD relevante devido à dispneia e á fadiga muscular⁽⁸⁻⁹⁾.

Para Velloso et al.⁽¹⁰⁾ durante as AVD estão frequentemente afetadas tarefas que implicam o uso dos membros superiores repetidamente ou flexão do ombro acima de 90 graus devido ao uso da musculatura acessória da respiração.

Miravittles et al.⁽¹¹⁾ estabeleceu uma relação direta entre tempo de marcha diária e estado funcional confirmando que o descondicionamento muscular e o estado de saúde deficiente são fatores que contribuem para a redução do tempo de marcha.

De facto, em comparação com pessoas saudáveis, o tempo de realização das AVD é mais demorado e provoca um aumento importante de dispneia devido a ausência de reserva ventilatória, diminuição do volume de reserva inspiratório, hiperinsuflação dinâmica e aumento do consumo de oxigénio, alterações até então atribuídas unicamente a pessoas com DPOC mas presentes em outras doenças respiratórias crónicas.⁽⁴⁾

Spruit et al.⁽⁴⁾ nas últimas *Guidelines* de reabilitação respiratória relaciona inatividade física com aumento da dispneia sendo corroborado por Pitta et al.⁽¹²⁾ eu estabeleceu uma correlação positiva entre a dispneia (avaliada pela escala mMRC) e a inatividade física.

Neste sentido, o impacto da dispneia na realização das AVD e por conseguinte nos autocuidados deve ser o mais discricionária possível⁽¹³⁻¹⁴⁾, sendo a opção pelo Questionário LCADL em detrimento da escala mMRC bastante consensual uma vez que este tem um grau de especificação bastante maior, é um instrumento válido e robusto e é sensível às diferentes abordagens terapêuticas como por exemplo a reabilitação respiratória^(8,15).

Garrod et al.⁽¹³⁾ numa amostra de 59 pessoas com DRC submetidos a um PRR de 6 semanas provou haver redução do impacto da dispneia em todas as questões da LCADL incluindo as relacionadas com ao autocuidados Higiene, vestir e Despir-se e Andar.

Muller et al.⁽¹⁶⁾ encontrou os mesmos resultados numa amostra de 26 pessoas com DRC em lista para transplante pulmonar.

Scirha et al.⁽¹⁷⁾ num programa de reabilitação respiratória de 8 semanas que incluiu treino dos músculos inspiratórios e reforço muscular dos membros superiores concluiu que quando pessoas com DPOC realizam atividades não suportadas dos membros superior, como nas AVD, existe contração dos músculos acessórios da respiração conjuntamente com alongamento passivo da grade torácica. Este facto origina perda de eficácia dos músculos acessórios da respiração com o conseqüente aumento da frequência respiratória e estabelecimento de padrões de resposta inadequados evoluindo para dispneia. O reforço dos músculos dos membros superiores em termos que força muscular e endurance previne este fenómeno e ajuda as pessoas a adotar padrões respiratórios adequados, reduzindo a dispneia.

A nossa amostra é constituída por pessoas com obstrução grave (FEV1% 39,41%), com hiperinsuflação e com incapacidade significativa de realização de AVD que impliquem o uso dos membros superiores e inferiores como é o caso dos autocuidados Higiene, vestir e Despir-se e Andar.

Na nossa investigação ocorreram ganhos clínicos em todos os autocuidados estudados (exceto na questão “Calçar sapatos/meias”) o que vai de encontro ao estado da arte.

O diferencial mediano da prova de marcha de 6 minutos, realizada no início e no final do programa de reabilitação respiratória para objetivar a capacidade funcional foi de 40,03 metros, valor superior da mínima distância clinicamente significativa.

CONCLUSÃO

Este estudo concluiu que este programa de reabilitação respiratória aumentou a tolerância à atividade, reduziu a dispneia melhorando assim a independência funcional para os Autocuidados Higiene, vestir-se/Despir-se e Andar avaliadas pela Escala London Chest Activity of Daily Living em pessoas com doença respiratória crónica.

Sendo hoje comumente aceite que o aumento da atividade física e o treino de exercício podem diminuir a dispneia em pessoas com DRC^(4-5,11,19), não podemos (nem devemos) esquecer o papel fundamental que a educação, sempre com o objetivo de mudança comportamental, representa na redução da dispneia, no aumento da tolerância ao esforço e na gestão de energia quotidiana.

Sendo o objeto da disciplina de Enfermagem as respostas humanas às diferentes transições vivenciadas ao longo da vida e sendo as doenças respiratórias

crónicas cada vez mais frequentes e incapacitantes, as conclusões deste estudo revelam-se fundamentais para a prática diária dos enfermeiros de reabilitação na promoção do autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Gaspar L. Treino aeróbico e de fortalecimento muscular no doente com patologia respiratória. Enfermeiro: Anuário 2017. 2017 Maio;. (Reabilitação Respiratória).
2. Martins T, Araujo MF, Peixoto MJ, Machado PP. A pessoa dependente & o familiar cuidados Porto: Enfermagem.Porto; 2016.
3. International Council of Nurses (ICN). Classificação Internacinal para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0 Genebra: ICN; 2005.
4. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, Hill K, Holland AE, Lareau SC, Man WD. Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation based on the official 2013 American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188:e13-64.
5. Ferreira D, Teodoro A, Gaspar Lea. Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2018.
6. Pitta F, Probst VS, Kovelis D, Segretti NO, Leoni AM, Garrod R, Brunetto AF. Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Rev Port Pneumol*. 2008 Jan 1;14(1):27-47.
7. Bisca GW, Proença M, Salomão A, Hernandez NA, Pitta F. Minimal detectable change of the London chest activity of daily living scale in patients with COPD. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2014 May 1;34(3):213-6. Goto Y.
8. Measurement of activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Pulm Res Respir Med Open J*. 2017; S2:23-5.
9. Braido F, Baiardini I, Menoni S, Bagnasco AM, Balbi F, Bocchibianchi S, Balestracci S, Piroddi MG, Canonica GW. Disability in COPD and its relationship to clinical and patient-reported outcomes. *Curr Med Res Opin*. 2011 May 1;27(5):981-6.
10. Velloso M, Stella SG, Cendon S, Silva AC, Jardim JR. Metabolic and ventilatory parameters of four activities of daily living accomplished with arms in COPD patients. *Chest*. 2003 Apr 1;123(4):1047-53.
11. Miravittles M, Cantoni J, Naberan K. Factors associated with a low level of physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lung*. 2014 Apr 1;192(2):259-65.
12. Pitta F, Troosters T, Spruit MA, Probst VS, Decramer M, Gosselink R. Characteristics of physical activities in daily life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005 May 1;171(9):972-7.
13. Garrod R, Paul EA, Wedzicha JA. An evaluation of the reliability and sensitivity of the London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL). *Respir Med*. 2002 Sep 1;96(9):725-30.
14. Jehn M, Schmidt-Trucksäss A, Meyer A, Schindler C, Tamm M, Stolz D. Association of daily physical activity volume and intensity with COPD severity. *Respir Med*. 2011 Dec 1;105(12):1846-52.
15. Carpes MF, Mayer AF, Simon KM, Jardim JR, Garrod R. Versão brasileira da escala London Chest Activity of Daily Living para uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol*. 2008 Mar;34(3):143-51.
16. Muller JP, Gonçalves PA, da Fontoura FF, Mattiello R, Florian J. Aplicabilidade da escala London Chest Activity of Daily Living em pacientes em lista de espera para transplante de pulmão. *J Bras Pneumol*. 2013;39(1):92-7.

17. Sciriha A, Moore K, Montefort S. Combining inspiratory muscle training and upper limb exercises. Does it improve outcomes in COPD patients?. J ACPRC. 2009; 41.
<https://www.um.edu.mt/library/oar//handle/123456789/23147>
18. Brooks D, Solway S, Gibbons WJ. ATS statement on six-minute walk test. Am J Respir Crit Care Med. 2003 May 1;167(9):1287.
19. Gulart AA, Munari AB, Queiroz AP, Cani KC, Matte DL, Mayer AF. Does the COPD assessment test reflect functional status in patients with COPD?. Chronic Respir Dis. 2017 Feb;14(1):37-44.
20. Lahaije AJ, Van Helvoort HA, Dekhuijzen PN, Heijdra YF. Physiologic limitations during daily life activities in COPD patients. Respir Med. 2010 Aug 1;104(8):1152-9.
21. Spruit MA, Pitta F, McAuley E, ZuWallack RL, Nici L. Pulmonary rehabilitation and physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. . Am J Respir Crit Care Med. 2015 Oct 15;192(8):924-33.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS HÉRNIAS PARAESTOMIAIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LAS HERMIAS PARAESTOMIALES

NURSING REHABILITATION INTERVENTIONS IN THE PREVENTION OF PARASTOMAL HERNIAS

Paula Topa¹; Marina Santos¹; Carla Castro¹; Carla Paiva¹; Cláudia Leite¹

1 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

RESUMO

A Cirurgia abdominal e a confeção de um estoma provocam um trauma na musculatura abdominal.

A qualidade de vida e a adaptação da pessoa com ostomia estão condicionadas pelas complicações que eventualmente possam surgir no período pós-operatório. Entre as complicações das ostomias, as hérnias paraestomiais são as que apresentam uma maior incidência, tornando-se assim essencial o desenvolvimento de intervenções direcionadas especificamente para a sua prevenção.

Grande parte das complicações podem ser evitadas com a execução de um programa de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal e pélvica previamente, principalmente nas pessoas com ostomias definitivas estes tipos de exercícios poderão proporcionar melhor qualidade de vida e, desta forma, diminuir as taxas de complicações e os dias de internamento.

A Associação de Enfermeiras de Estomaterapia do Reino Unido em 2016⁽¹⁾ recomendou que os ostomizados fossem sujeitos a um programa de exercício abdominal apropriado após a cirurgia para fortalecer a musculatura abdominal e reduzir o risco de hérnia.

O processo de ensino/aprendizagem do ostomizado deve começar no pré-operatório, com a finalidade de este conseguir uma adaptação mais célere às mudanças necessárias no seu do estilo de vida, assegurando assim uma gestão mais eficaz do seu regime terapêutico e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Palavras chave: estomia; hérnia incisional; terapia por exercício; enfermagem de reabilitação

RESUMEN

La cirugía abdominal y la confección de un estoma provocan un trauma en la musculatura abdominal.

La calidad de vida y la adaptación de la persona con ostomía están condicionadas por las complicaciones que puedan surgir en el periodo posquirúrgico. Entre las complicaciones de las ostomías, las hernias paraestomiales son las que presentan una mayor incidencia, por lo que es esencial el desarrollo de intervenciones dirigidas específicamente a su prevención.

La UK Association the Stoma Care Nurses, en 2016⁽¹⁾, recomendó que los ostomizados fueran sujetos a un programa de ejercicio abdominal apropiado después de la cirugía para fortalecer la musculatura abdominal y reducir el riesgo de hernia.

El proceso de enseñanza / aprendizaje del ostomizado debe empezar en el periodo posquirúrgico, a fin de lograr una adaptación más rápida a los cambios necesarios en su estilo de vida, asegurando así una gestión más eficaz de su régimen terapéutico y, conseqüentemente, una mejor calidad de vida.

Palabras clave: estomía; hernia incisional; terapia por ejercicio; enfermería de rehabilitación

ABSTRACT

Abdominal surgery and the confection of a stoma causes trauma to the abdominal muscles.

The quality of life and the adaptation of the person with ostomy are conditioned by complications that may arise in the postoperative period. Among the complications of ostomies, parastomal hernias are those with a higher incidence, making it essential to develop specifically targeted interventions for their prevention.

The UK Association of Stoma Care Nurses in 2016⁽¹⁾ recommended that patients with a stoma undergo an appropriate abdominal exercise program after surgery to strengthen the abdominal muscles and reduce the risk of hernia.

The teaching / learning process of the patients with a stoma should begin in the preoperative period, in order to achieve a more rapid adaptation to lifestyle modifications, thus ensuring a more effective management of the therapeutic regimen and, consequently, a better quality of life.

Key Words: ostomy; incisional hernia; exercise therapy; rehabilitation nursing

INTRODUÇÃO

Rolstad e Boarini (1996) citado por Bland et al (2015) ⁽²⁾ definem a hérnia paraestomal como “um abaulamento da pele estomal, indicando a passagem de um ou mais ciclos de intestino através de um defeito da fáscia ao redor do estoma e do tecido subcutâneo”. Segundo estes autores, a hérnia paraestomal representa a complicação mais comum associada à confecção de estomas intestinais.

A cirurgia abdominal e a confecção de um estoma provocam um trauma na musculatura abdominal anterior. A Associação de Enfermeiras de Estomaterapia do Reino Unido (ASCN-UK) em 2016⁽¹⁾, recomendou que todas as pessoas portadoras de uma ostomia fossem sujeitas a um programa de exercício abdominal apropriado após a cirurgia, para fortalecimento da musculatura abdominal e do soalho pélvico para, desta forma, reduzir o risco de desenvolvimento de hérnias.

O presente trabalho tem como objetivos:

- Sensibilizar para a temática hérnias paraestomais;
- Identificar estratégias que permitam à pessoa portadora de ostomia reduzir a probabilidade de desenvolver hérnias paraestomais no pós-operatório;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem na prevenção das hérnias paraestomais;
- Promover qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia;
- Contribuir para o desenvolvimento da prática de Enfermagem de Reabilitação;
- Contribuir para o desenvolvimento da prática de Enfermagem de Estomaterapia.

MÉTODO

Revisão simples da literatura existente acerca do tema, com recurso a pesquisa booleana, devido à dificuldade em encontrar literatura sobre a temática, tendo por base as palavras-chave: hérnia paraestomal, guidelines, pessoa portadora de ostomia, publicados entre janeiro de 2009 e outubro de 2017.

RESULTADOS

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos na área cirúrgica, as complicações pós-operatórias continuam a existir e constituem uma das principais barreiras à adaptação da pessoa aos novos processos de transição que as cirurgias implicam.

Na área da Estomaterapia, as complicações podem ocorrer nos primeiros dias após a cirurgia (complicações precoces ou imediatas) ou algumas semanas/meses depois (complicações tardias). Assim sendo, o reconhecimento dos sinais e sintomas de uma complicação, bem como a implementação de intervenções o mais precocemente possível, são fundamentais para garantir uma adaptação mais eficaz da pessoa à ostomia com consequente melhoria na sua qualidade de vida.

De acordo com um estudo realizado em pacientes num Hospital Universitário na Suíça por Carlsson et al³ (2016)⁽³⁾, a hérnia parastomal foi a complicação cirúrgica mais comum (20%), e significativamente mais nas mulheres (69%) e nas cirurgias de emergência, ocorrendo em pacientes com colostomia e ostomia de ≤ 5 mm.

Num estudo efetuado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra por Melo et al (2014) ⁽⁴⁾, a incidência da hérnia parastomal foi de 40,6% e outras complicações de 6,25% (infecção da ferida operatória, estenose do estoma, ou outras).

De acordo com os dados previamente apresentados, as hérnias paraestomais surgem como a principal complicação tardia após a confecção de uma ostomia. Segundo Devlin (1983) citado por Târcoveanu et al (2014) ⁽⁵⁾, existem 4 tipos de hérnia paraestomal: intersticial, na qual ocorre a passagem de um ou mais ciclos de intestino herniado ao lado do estoma, penetrando entre os planos intermusculares; subcutânea, a mais comum, aparece da mesma forma que a anterior mas atinge o tecido subcutâneo; intraestomal (geralmente ocorre na ileostomia) que ocorre ao longo do intestino para o estoma; periostomal o estoma encontra-se prolapsado e surgem ciclos de intestino herniado pelo estoma.

De acordo com a ASCN-UK (2016) ⁽¹⁾, as hérnias paraestomais tem uma etiologia multifatorial. No entanto, existem alguns factores de risco para os quais os profissionais de saúde devem estar alerta:

- Tipo, localização e tamanho do estoma;
- Obesidade (alto índice massa corporal);
- Levantamento de pesos no exercício profissional;
- Múltiplas cirurgias abdominais;
- Tipo de cirurgia (emergente ou programada);
- Infecção da ferida operatória;
- Patologias que desencadeiam um aumento da pressão abdominal (ascite, hipertrofia da próstata, etc.);
- Idade avançada;
- Tosse crónica ou vômitos;
- Obstipação;
- Estilo de vida (hábitos tabágicos ou sedentarismo).

Segundo Meleis e colaboradores (2000) ⁽⁶⁾, “todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Estas devem ser exploradas segundo a sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios que levam a alterações nos ideais, percepções, identidades, relações e rotinas”.

O processo de ensino-aprendizagem da pessoa portadora de ostomia deve começar no pré-operatório, com a finalidade de este conseguir uma adaptação mais célere às mudanças eventualmente necessárias no seu do estilo de vida, sem esquecer da ajuda na consciencialização do estado de saúde e apoiando no percurso das condições de transição.

Assim sendo, e tendo em consideração os principais factores de risco para o desenvolvimento de hérnias paraestomais previamente identificados, são várias as intervenções de Enfermagem que podem ser implementadas ao nível do ensino/instrução/treino da pessoa portadora de ostomia, com vista à sua recuperação total o mais precoce possível.

Intervenções de Enfermagem no pré-operatório

- Marcar o local do estoma dentro dos músculos retos (ASCN-UK, 2016) ⁽¹⁾;
- Incentivar a cessação tabágica antes da cirurgia (ASCN-UK, 2016) ⁽¹⁾;
- Incentivar a perder o excesso de peso (ASCN-UK, 2016) ⁽¹⁾.

Intervenções de Enfermagem no pós-operatório

- Ensinar/instruir/treinar os cuidados ao estoma e à pele perístoma;
- Ensinar a apoiar a área abdominal quando tossir ou espirrar, durante o período pós-operatório;
- Aconselhar o uso de cinta, pelo menos 3 meses pós cirurgia, sem orifício (ASCN-UK, 2016) ⁽¹⁾;
- Evitar levantar pesos (mais de 2,5Kg) durante as primeiras 6 a 8 semanas após a cirurgia;
- Promover o reinício de exercício físico 6 semanas após a cirurgia e após indicação da equipa multidisciplinar (ASCN-UK, 2016) ⁽¹⁾;
- Promover uma hidratação e nutrição adequada, ajustadas ao tipo de ostomia e às características específicas da pessoa portadora de ostomia (ASCN-UK, 2016) ⁽¹⁾;
- Ensinar/instruir/treinar exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal e do soalho pélvico, bem como a manter a postura corporal correta, com alinhamento corporal (ASCN-UK, 2016) ⁽¹⁾;
- Ensinar a identificar sinais e sintomas indicativos de hérnia paraestomal: diminuição da saída de fezes, dor, cólicas, náuseas ou vômitos, alteração da cor do estoma.

No que concerne à atividade física, em 2005 e novamente em 2007, Thompson e Trainer⁽⁷⁾, duas enfermeiras especialistas em Estomaterapia da Irlanda, implementaram em consulta um programa de exercícios e cuidados na prevenção das hérnias paraestomais, antes e após a cirurgia, bem como conselhos de estilos de vida saudáveis. Este programa incidia sobre 3 tópicos: consciência do potencial desenvolvimento de hérnias paraestomais, exercícios abdominais para fortalecimento dos músculos e o uso de cintos de suporte abdominal para levantamento de objetos pesados durante 1 ano após a cirurgia. Estas autoras descobriram que a maioria das hérnias ocorreram nos primeiros meses após a confecção de estoma. A qualidade de vida dos doentes foi monitorizada nos momentos: aquando da alta, após 3 meses, 6 meses e 1 ano.

Outros autores como Williams (2003), Harris et al (2004), Cottam e Richards (2006) citado por Varma (2009) ⁽⁸⁾, verificaram que depois de implementarem um programa de exercícios abdominais e aconselhamento do uso de vestuário ou cintos de apoio abdominal, houve uma redução da incidência da hérnia paraestomal de 28% para 15%.

Para García et al (2016) ⁽⁹⁾, a incidência de hérnias paraestomais pode ser reduzida através da implementação de um programa de prevenção não invasivo que inclui a diminuição de manobras que aumentem a pressão abdominal (a tosse, carregar pesos) durante os três primeiros meses do pós-operatório imediato. Posteriormente, devem ser realizados exercícios abdominais hipopressivos para o fortalecimento da musculatura abdominal e o uso de roupa e/ou dispositivos que ajudem a homogeneizar a pressão abdominal (como a faixa abdominal) desde o pós-operatório imediato.

DISCUSSÃO

A educação para a saúde é um processo de ensino/instrução/treino que o enfermeiro faz com os utentes, com o objetivo de o dotar de estratégias que o ajudem a minimizar o impacto que os processos de transição acarretam no seu dia-a-dia, contribuindo para a sua recuperação e o seu bem-estar, tentando identificar o valor que dá à situação e os padrões de resposta para avaliação do seu envolvimento.

Com a realização deste trabalho foi constatado a existência de pouca literatura e estudos de investigação sobre esta temática. Assim, torna-se pertinente implementar formação e investigação nesta área, dado o aumento da incidência de pessoas portadoras de ostomia em grupos etários mais jovens e ativas.

De acordo com a revisão da literatura previamente efetuada, a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal antes da cirurgia constitui uma das intervenções mais importantes para reduzir o risco de desenvolvimento de hérnia parastomal. Estes devem ser iniciados depois de uma avaliação pela equipa multidisciplinar e realizados diariamente. Nas primeiras 6 semanas os exercícios deverão suaves e mantidos de acordo com a capacidade física da pessoa.

Assim, em colaboração com as enfermeiras especialistas em reabilitação e tendo em conta as recomendações dos peritos internacionais obtidas através da literatura consultada, foi-nos possível desenvolver alguns exercícios práticos para posterior ensino à pessoa portadora de ostomia, com o intuito de reduzir a incidência de hérnias paraestomais na instituição onde desenvolvemos a nossa atividade profissional.

Programa de exercícios para fortalecimento da musculatura abdominal e pélvica

Exercício abdominal (deitado com cabeça apoiada numa almofada)

Com as mãos suavemente apoiadas na barriga, inspirar pelo nariz e ao expirar, puxar suavemente a barriga para baixo em direção à coluna vertebral. À medida que sentir que os músculos são contraídos, segurar por 3 segundos e depois expirar normalmente.

Inclinação pélvica (deitado com cabeça apoiada numa almofada)

Posicionar as mãos atrás, na região lombar. Contrair os músculos da barriga como no exercício anterior e com ajuda das mãos elevar a anca durante 3 segundos e depois expirar normalmente.

Rotação lombo-sagrada (deitado com cabeça apoiada numa almofada)

Contrair os músculos da barriga como nos exercícios anteriores. Com as pernas fletidas e pés apoiados no chão rodar a região lombo-sagrada e pernas para um lado e para o outro. Regressar lentamente à posição inicial e relaxar.

Exercício abdominal (em pé)

De pé e com as costas apoiadas na parede e os pés encostados, contrair os músculos da barriga e manter as costas em contacto com a parede. Manter por 3 segundos e relaxar.

De acordo com a ASCN-UK (2016) ⁽¹⁾, manter o plano de exercício durante pelo menos 12 semanas após a cirurgia reduz o risco de desenvolvimento de hérnias paraestomiais.

CONCLUSÃO

A hérnia paraestomal continua a ser uma preocupação para os profissionais de saúde e para a pessoa portadora de ostomia. O enfraquecimento da musculatura abdominal aumenta o risco de formação de hérnia, logo o fortalecimento desta com um programa específico de exercícios parece ser a melhor opção.

O programa de prevenção não invasiva inclui a diminuição de manobras que aumentem a pressão abdominal durante os três primeiros meses do pós-operatório imediato. Posteriormente, devem ser realizados exercícios abdominais para o fortalecimento da musculatura abdominal e o uso de roupa e/ou

dispositivos que ajudem a homogeneizar a pressão abdominal.

Se a pessoa portadora de uma ostomia for cognitivamente capaz, deve ser realizado ensino/instrução/treino dos exercícios que deve efetuar regularmente para fortalecer e manter a força da musculatura abdominal. Os exercícios são fáceis, confortáveis e sem custos acrescidos, sem necessidade de suporte adicional (cintas ou roupa interior subida para suporte).

Estes exercícios para além de reduzirem o risco de hérnia paraestomal, otimizam problemas biomecânicos e posturais, de equilíbrio e coordenação, aumentam a capacidade de suporte da pressão intra-abdominal, o bem-estar e a confiança.

Dada a falta de bibliografia e investigação nesta área, torna-se emergente a realização de estudos que fundamentem a implementação destes cuidados específicos em consulta, dirigidos à pessoa portadora de ostomia.

REFERÊNCIAS

1. Association of Stoma Care Nurses UK. (2016). National Clinical Guidelines. Disponível em: <http://ascnuk.com/wp-content/uploads/2016/03/ASCN-Clinical-Guidelines-Final-25-April-compressed-11-10-38.pdf>.
2. Bland C, Young K. Nurse activity to prevent and support patients with a parastomal hernia. *Gastroenterol Nurs*. 2015 Dec 2;13(10):16-24.
3. Carlsson E, Fingren J, Hallen AM, Petersen C, Lindholm E. The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. *Ostomy Wound Manage*. 2016 Oct;62(10):34-48. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27768579>
4. Melo, F., Melo, C., Lindo, T., Bernardes, A., Pimentel, J., Oliveira, F. Prevenção de Hérnia Para-estomal com Prótese: a favor do seu uso por rotina. *Rev Port Coloproctol*. 2014;11(2):5-8.
5. Târcoveanu E, Vasilescu A, Cotea E, Vlad N, Palaghia M, Dănilă N, Variu M. Parastomal hernias-clinical study of therapeutic strategies. *Chirurgia*. 2014;109(2):179-84..
6. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000 Sep 1;23(1):12-28.
7. Thompson MJ. Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies. *Br J Nurs*. 2008;17(2):S16-8.
8. Varma S. A healthy lifestyle for the ostomist in relation to exercise. *Br J Nurs*. 2009 Sep 24;18(Sup6):S18-22.
9. Pérez García M, Mateos R. Prevención de la aparición de hernia paraestomal. *Metas Enferm*. 2016;19(4):55-9.

O CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS

LA CONTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO

THE CONTRIBUTION OF NURSES SPECIALISTS IN REHABILITATION NURSING TO QUALITY OF CARE

Maria Manuela Martins¹; Olga Ribeiro²; João Ventura Da Silva³

1 - Escola Superior de Enfermagem do Porto - CINTESIS; 2 - Escola Superior de Saúde de Santa Maria - CINTESIS; 3 - CH de S. João

RESUMO

Objetivo: Compreender a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, quanto à concretização dos padrões de qualidade no contexto hospitalar. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo-exploratório, realizado em 36 instituições hospitalares, com a participação de 306 enfermeiros. Para a colheita de dados utilizou-se um questionário de autopreenchimento.

Resultados: A maioria dos participantes concretiza *às vezes e sempre* as atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados. Da análise efetuada, as atividades das dimensões prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e responsabilidade e rigor são aquelas que os enfermeiros percecionam como mais executadas. Por outro lado, as atividades menos concretizadas, referem-se às incluídas nas dimensões satisfação do cliente, organização dos cuidados de enfermagem e, essencialmente, promoção da saúde.

Conclusão: Os dados deixaram claro que o contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados está especificamente centrado nos enunciados descritivos bem-estar e autocuidado e readaptação funcional.

Palavras chave: enfermagem; enfermagem em reabilitação; garantia da qualidade dos cuidados de saúde; hospitais

RESUMEN

Objetivo: Comprender la percepción de los enfermeros especialistas en enfermería de rehabilitación, en cuanto a la concreción de los patrones de calidad en el contexto hospitalario. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo-exploratorio, realizado en 36 instituciones hospitalarias, con la participación de 306 enfermeros. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de auto-llenado.

Resultados: La mayoría de los participantes concreta a las veces siempre las actividades que contribuyen a la calidad del cuidado. En el análisis efectuado, las actividades de las dimensiones prevención de complicaciones, bienestar y autocuidado, readaptación funcional y responsabilidad y rigor son aquellas que los enfermeros perciben como más ejecutadas. Por otro lado, las actividades menos concretizadas, se refieren a las incluídas en las dimensiones satisfacción del cliente, organización de los cuidados de enfermería y, esencialmente, promoción de la salud.

Conclusión: Los datos dejaron claro que la contribución de los enfermeros especialistas en enfermería de rehabilitación para la calidad del cuidado está específicamente centrada en los enunciados descriptivos de bienestar y autocuidado y readaptación funcional.

Palabras clave: enfermería; enfermería en rehabilitación; garantía de la calidad de la atención de salud; hospitales

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of nurses who are specialists in rehabilitation nursing, regarding the achievement of quality standards in the hospital context. **Method:** A quantitative, descriptive-exploratory study conducted in 36 hospital institutions, with the participation of 306 nurses. A self-filling questionnaire was used to collect data.

Results: The majority of the participants always perform activities that contribute to quality of care. From the analysis performed, the activities of the dimensions of prevention of complications, wellbeing and self-care, functional readaptation and responsibility and rigor are those that the nurses perceive as more executed. On the other hand, the activities less concretized, refer to those included in the dimensions of customer satisfaction, organization of nursing care and, essentially, health promotion.

Conclusion: The data made clear that the contribution of nurses specialists in rehabilitation nursing for quality of care is specifically focused on the descriptive statements well-being and selfcare and functional readaptation.

Key words: nursing; nursing in rehabilitation; quality assurance of health care; hospitals

INTRODUÇÃO

No contexto nacional e internacional, o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, a par dos progressos terapêuticos e da melhoria das condições socioeconómicas têm introduzido mudanças significativas, tanto na vida privada como na vida pública das populações atuais⁽¹⁾.

Efetivamente, na sequência do envelhecimento e da maior prevalência de doenças crónicas, as necessidades da população apelam cada vez mais à intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação⁽²⁾.

A enfermagem de reabilitação é uma área da intervenção especializada da Enfermagem que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processos patológicos crónicos, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiopulmonar, da alimentação, da eliminação e da sexualidade⁽³⁾. Neste sentido, os cuidados de enfermagem de reabilitação “*têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades*”^(3:16656).

Tendo como alvo a pessoa, em todas as fases do ciclo vital, a excelência do exercício profissional de enfermagem de reabilitação para além de trazer ganhos em saúde em todos os contextos da prática, tem vindo a influenciar positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ao longo das últimas décadas, fruto da complexidade dos cuidados e do aumento da expectativa dos cidadãos, temas como a qualidade em saúde foram tidos como prioritários, tendo vindo a incitar-se a excelência do exercício profissional, que incorpora, necessariamente, uma prestação de cuidados congruente com os padrões de qualidade definidos para cada um dos domínios, que caracterizam os mandatos sociais de cada uma das profissões^(4,5).

Uma vez lançado o repto da qualidade e da excelência do exercício profissional na área da saúde, em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros⁽⁶⁾, tendo encarado como um desafio a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enunciou seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a

organização dos cuidados de enfermagem.

Posteriormente, em consonância com uma das suas competências estatutárias, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação definiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação⁽⁷⁾, que depois de aprovados, foram publicados no Regulamento n.º 350/2015. A definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação teve como propósito que estes se constituíssem como “*um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes*

cuidados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada de enfermagem de reabilitação”^(3:16655). Foram identificadas nesse âmbito oito categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem.

Ainda que o exercício profissional de enfermagem de reabilitação exija uma atuação congruente com a especificidade dos enunciados descritivos mencionados, neste estudo, interessou-nos perceber o contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos contextos hospitalares. De facto, independentemente da área de especialização, os enfermeiros portugueses devem implementar na sua atividade profissional, intervenções propostas pelos padrões de qualidade desenvolvidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2001⁽⁸⁾. Todavia, apesar de ao longo da última década se terem desenvolvido esforços no sentido de implementar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem⁽⁶⁾ nas instituições hospitalares, têm sido evidentes algumas fragilidades⁽⁵⁾. Neste sentido, integrado na investigação “*Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no exercício profissional dos enfermeiros*”, este estudo visou compreender a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, quanto à concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar.

MÉTODO

Com o propósito de alcançar o objetivo anteriormente enunciado, optámos por uma abordagem quantitativa. O estudo realizado foi descritivo, de cariz exploratório.

Embora estivesse prevista a concretização do estudo em todas as instituições hospitalares, enquadradas no modelo de gestão de Entidade Pública Empresarial, que à data da colheita de dados eram 38, pelo facto de duas instituições não aceitarem participar, o estudo foi realizado em 36 instituições hospitalares EPE de Portugal continental. Tendo em consideração os princípios ético-legais, importa referir que para obter autorização para a realização do estudo, foi enviada a todas as instituições hospitalares uma carta, dirigida ao Conselho de Administração, dando a conhecer o estudo e solicitando a participação. Apesar do processo inerente às autorizações ter variado de instituição para instituição, no final, o estudo foi aprovado pelas comissões de ética e respetivos conselhos de administração das 36 instituições envolvidas.

Decorrente da impossibilidade de estudar toda a população, foi constituída uma amostra. A técnica de amostragem usada foi não probabilística por conveniência⁽⁹⁾. Foram definidos como critérios de inclusão “*ser enfermeiro especialista/especializado na área da enfermagem de reabilitação*” e “*exercer a sua atividade profissional na instituição hospitalar num período de tempo igual ou superior a seis meses, nos*

departamentos de medicina e especialidades médicas, cirurgia e especialidades cirúrgicas ou unidades de cuidados intermédios e intensivos”. Neste sentido, todos os enfermeiros especialistas/especializados em enfermagem de reabilitação que exerciam funções nos serviços onde foi autorizado o estudo e que aceitaram participar, foram incluídos na amostra, que ficou constituída por 306 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Aquando do esclarecimento dos objetivos, bem como dos procedimentos inerentes à investigação, ficou claro que a sua participação seria voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que por isso viessem a ser prejudicados. Aos enfermeiros que aceitaram participar no estudo, foi solicitado que assinassem o consentimento informado, tendo sido garantida a confidencialidade e o anonimato na utilização e divulgação das informações obtidas. Para a colheita de dados foi utilizado um questionário de autopreenchimento, constituído por duas partes: Parte I - Caracterização do Enfermeiro Especialista/Especializado; Parte II - Escala de perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados. Tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem^(6,10), esta escala, construída e validada em 2016⁽⁴⁾, apresenta uma estrutura concetual organizada em 7 dimensões: satisfação do cliente (3 itens), promoção da saúde (3 itens), prevenção de complicações (3 itens), bem-estar e autocuidado (4 itens), readaptação funcional (4 itens), organização dos cuidados de enfermagem (2 itens) e responsabilidade e rigor (6 itens). A escala de respostas do tipo *Likert* varia entre 1 e 4, sendo que 1 corresponde a *nunca*, 2 *poucas vezes*, 3 *às vezes* e 4 *sempre*.

Para o tratamento dos dados, foi utilizado o programa estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences*(SPSS), versão 22.0.

RESULTADOS

Relativamente ao perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, verificámos que dos 306 enfermeiros especialistas/especializados em enfermagem de reabilitação, a maioria é do género feminino (71,2%). A idade média é de 38,4 anos (com um desvio de padrão de 7,6) e o estado civil maioritário é casado/união de facto (60,5%). No que se refere ao grau académico, a licenciatura é maioritária (74,84%), seguindo-se o mestrado (24,84%) e o doutoramento (0,32%).

Em relação à distribuição dos enfermeiros especialistas/especializados de acordo com as regiões da administração regional de saúde a que pertencem as instituições hospitalares, 49,3% são do Norte, 21,6% de Lisboa e Vale do Tejo, 20,6% do Centro, 5,2% do Algarve e 3,3% do Alentejo.

No que se refere ao contexto onde exercem funções, predominaram os serviços de medicina e especialidades médicas (47,1%), cirurgia e especialidades cirúrgicas (38,2%) e unidades de cuidados intermédios e intensivos (14,7%).

Quanto ao exercício profissional na área da especialidade, o tempo médio foi de 3,7 anos (com um desvio de padrão de 4,7), sendo o mínimo de 0 anos e o máximo de 23 anos. O valor mínimo de 0 anos é explicado pelo facto de 132 enfermeiros (43,1%) com cursos de especialização em enfermagem de reabilitação, que participaram no estudo, não exercerem a sua atividade profissional na área de especialidade. O tempo médio de exercício profissional no atual serviço foi de 8,8 anos (com um desvio de padrão de 7,0), sendo o máximo de 32 anos e o mínimo de 1 ano.

Relativamente à formação no âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, 159 enfermeiros especialistas/especializados (52,0%) referiram que a realizaram.

Na sequência da aplicação da escala de perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados⁽⁴⁾, construída com base nos padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros⁽⁶⁾, no âmbito da dimensão satisfação do cliente (Tabela 1), foi possível verificar que na atividade *respeita as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual dos clientes nos cuidados que presta*, “Sempre” foi a resposta maioritária (73,86%), seguindo-se “Às vezes” (25,16%) e “Poucas vezes” (0,98%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

No que concerne à atividade *procura constantemente empatia nas interações com os clientes (doente/família)*, “Sempre” foi a resposta maioritária (79,74%), seguindo-se “Às vezes” (19,93%) e “Poucas vezes” (0,33%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Em relação à atividade *envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (52,29%), seguindo-se “Sempre” (42,16%) e “Poucas vezes” (5,55%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Considerando a dimensão promoção da saúde (Tabela 2), foi possível constatar que na atividade *identifica as situações de saúde e os recursos do cliente/família e comunidade*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (60,46%), seguindo-se “Sempre” (33,66%), “Poucas vezes” (5,55%) e “Nunca” (0,33%).

Relativamente à atividade *aproveita o internamento para promover estilos de vida saudáveis*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (54,58%), seguindo-se “Sempre” (35,29%), “Poucas vezes” (9,48%) e “Nunca” (0,65%).

No que concerne à atividade, *fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (54,57%), seguindo-se “Sempre” (37,58%), “Poucas vezes” (7,52%) e “Nunca” (0,33%).

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Satisfação do Cliente

Satisfação do Cliente	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Respeita as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual dos clientes nos cuidados que presta	0	0,0	3	0,98	77	25,16	226	73,86	306	100
Procura constantemente empatia nas interações com os clientes (doente/família)	0	0,0	1	0,33	61	19,93	244	79,74	306	100
Envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.	0	0,0	17	5,55	160	52,29	129	42,16	306	100

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Promoção da Saúde

Promoção da Saúde	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Identifica as situações de saúde e os recursos do cliente/família e comunidade	1	0,33	17	5,55	185	60,46	103	33,66	306	100
Aproveita o internamento para promover estilos de vida saudáveis	2	0,65	29	9,48	167	54,58	108	35,29	306	100
Fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	1	0,33	23	7,52	167	54,57	115	37,58	306	100

No âmbito da dimensão prevenção de complicações (Tabela 3), verificou-se que na atividade *identifica os problemas potenciais do cliente*, “Sempre” foi a resposta maioritária (63,1%), seguindo-se “Às vezes” (36,6%) e “Poucas vezes” (0,3%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

No que se refere à atividade *prescreve e implementa intervenções com vista à prevenção de complicações*, “Sempre” foi a resposta maioritária (65,7%), seguindo-se “Às vezes” (34,0%) e “Poucas vezes” (0,3%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Em relação à atividade *avalia as intervenções que contribuem para evitar os problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis*, “Sempre” foi a resposta maioritária (60,1%), seguindo-se “Às vezes” (38,6%) e “Poucas vezes” (1,3%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Prevenção de Complicações

Prevenção de Complicações	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Identifica os problemas potenciais do cliente	0	0,0	1	0,3	112	36,6	193	63,1	306	100
Prescreve e implementa intervenções com vista à prevenção de complicações	0	0,0	1	0,3	104	34,0	201	65,7	306	100
Avalia as intervenções que contribuem para evitar os problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	0	0,0	4	1,3	118	38,6	184	60,1	306	100

No que concerne à dimensão bem-estar e autocuidado (Tabela 4), foi possível constatar que na atividade *identifica os problemas do cliente que contribuem para o bem-estar e realização das atividades de vida*, “Sempre” foi a resposta maioritária (62,74%), seguindo-se “Às vezes” (35,62%), “Poucas vezes” (1,31%) e “Nunca” (0,33%).

Relativamente à atividade *prescreve e implementa intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes*, “Sempre” foi a resposta maioritária (59,5%), seguindo-se “Às vezes” (37,9%), “Poucas vezes” (2,3%) e “Nunca” (0,3%).

No que se refere à atividade *avalia as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes*, “Sempre” foi a resposta mais frequente (55,88%), seguindo-se “Às vezes” (39,54%), “Poucas vezes” (4,25%) e “Nunca” (0,33%).

Em relação à atividade *referencia situações problemáticas identificadas que contribuem para o bem-estar e realização das atividades de vida dos clientes*, “Sempre” foi a resposta maioritária (50,3%), seguindo-se “Às vezes” (45,4%), “Poucas vezes” (3,6%) e “Nunca” (0,7%).

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Bem-estar e Autocuidado

Bem-estar e Autocuidado	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Identifica os problemas do cliente que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida	1	0,33	4	1,31	109	35,62	192	62,74	306	100
Prescreve e implementa intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	1	0,3	7	2,3	116	37,9	182	59,5	306	100
Avalia as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	1	0,33	13	4,25	121	39,54	171	55,88	306	100
Referencia situações problemáticas identificadas que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida dos clientes	2	0,7	11	3,6	139	45,4	154	50,3	306	100

Face à dimensão readaptação funcional (Tabela 5), observou-se que na atividade *dá continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem*, “Sempre” foi a resposta maioritária (73,2%), seguindo-se “Às vezes” (25,5%), “Poucas vezes” (1,0%) e “Nunca” (0,3%).

No que concerne à atividade *planeia a alta dos clientes internados na instituição de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade*, “Sempre” foi a resposta mais frequente (51,0%), seguindo-se “Às vezes” (41,8%), “Poucas vezes” (5,9%) e “Nunca” (1,3%).

No que se refere à atividade *otimiza as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito*, “Sempre” foi a resposta mais frequente (51,3%), seguindo-se “Às vezes” (40,2%), “Poucas vezes” (8,2%) e “Nunca” (0,3%).

Em relação à atividade *ensina, instrói e treina o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional*, “Sempre” foi a resposta mais frequente (54,9%), seguindo-se “Às vezes” (37,3%), “Poucas vezes” (7,5%) e “Nunca” (0,3%).

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Readaptação Funcional

Readaptação Funcional	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dá continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	1	0,3	3	1,0	78	25,5	224	73,2	306	100
Planeia a alta dos clientes internados na instituição de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade	4	1,3	18	5,9	128	41,8	156	51,0	306	100
Otimiza as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito	1	0,3	25	8,2	123	40,2	157	51,3	306	100
Ensina, instrói e treina o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional	1	0,3	23	7,5	114	37,3	168	54,9	306	100

No que concerne à dimensão organização dos cuidados de enfermagem (Tabela 6), foi possível constatar que na atividade *domina o sistema de registos de enfermagem*, “Sempre” foi a resposta maioritária (53,6%), seguindo-se “Às vezes” (41,5%), “Poucas vezes” (4,9%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Relativamente à atividade *conhece as políticas do hospital*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (53,3%), seguindo-se “Sempre” (36,9%) e “Poucas vezes” (9,8%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Organização dos Cuidados de Enfermagem

Organização dos Cuidados de Enfermagem	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Domina o sistema de registos de enfermagem	0	0,0	15	4,9	127	41,5	164	53,6	306	100
Conhece as políticas do hospital	0	0,0	30	9,8	163	53,3	113	36,9	306	100

Ao analisar a dimensão responsabilidade e rigor (Tabela 7), foi possível constatar que na atividade *demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos*

que pratica e que delega, tendo em vista a prevenção de complicações, “Sempre” foi a resposta maioritária (91,2%), seguindo-se “Às vezes” (8,8%), não existindo quaisquer respostas “Poucas vezes” e “Nunca”.

No que se refere à atividade demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista o bem-estar e autocuidado dos clientes, “Sempre” foi a resposta maioritária (86,9%), seguindo-se “Às vezes” (12,4%) e “Poucas vezes” (0,7%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Relativamente à atividade *demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, com vista à prevenção de complicações*, “Sempre” foi a resposta maioritária (82,4%), seguindo-se “Às vezes” (17,6%), não existindo quaisquer respostas “Poucas vezes” e “Nunca”.

No que concerne à atividade demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, “Sempre” foi a resposta maioritária (77,5%), seguindo-se “Às vezes” (22,2%) e “Poucas vezes” (0,3%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Em relação à atividade *referencia situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais*, “Sempre” foi a resposta maioritária (57,8%), seguindo-se “Às vezes” (40,2%) e “Poucas vezes” (2,0%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

Na atividade *supervisiona as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delega*, “Sempre” foi a resposta maioritária (59,2%), seguindo-se “Às vezes” (36,6%) e “Poucas vezes” (4,2%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”.

DISCUSSÃO

Na sequência da análise das variáveis sociodemográficas, verificámos que a maioria dos enfermeiros que participaram no estudo era do género feminino (71,2%) e apresentava uma idade média de 38,4 anos. Quanto ao grau académico, a licenciatura foi a maioritária (74,84%). Estes resultados, para além de refletirem a realidade sociodemográfica dos profissionais de enfermagem, vêm corroborar os dados atualizados pela Ordem dos Enfermeiros⁽¹¹⁾ relativamente à área de especialização em enfermagem de reabilitação. No que concerne ao tempo de exercício profissional na área da especialidade, embora oscilasse entre os 0 e os 23 anos, o tempo médio foi de 3,7 anos. Importa referir que 43,1% dos enfermeiros que participaram neste estudo, não exercem a sua atividade profissional na área de especialidade, o que, mais uma vez, revela o não aproveitamento das qualificações dos enfermeiros⁽⁵⁾. Segundo dados da Ordem dos Enfermeiros, em dezembro de 2016, 46,8% dos enfermeiros portugueses com especialização em enfermagem de reabilitação exerciam a sua atividade profissional no âmbito da

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Responsabilidade e Rigor

Responsabilidade e Rigor	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista a prevenção de complicações	0	0,0	0	0,0	27	8,8	279	91,2	306	100
Demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista o bem-estar e autocuidado dos clientes	0	0,0	2	0,7	38	12,4	266	86,9	306	100
Demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, com vista à prevenção de complicações	0	0,0	0	0,0	54	17,6	252	82,4	306	100
Demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	0	0,0	1	0,3	68	22,2	237	77,5	306	100
Referencia situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais	0	0,0	6	2,0	123	40,2	177	57,8	306	100
Supervisiona as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delega	0	0,0	13	4,2	112	36,6	181	59,2	306	100

prestação de cuidados gerais⁽¹¹⁾, o que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo.

Embora já estejam definidos desde 2011 os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, atendendo às fragilidades identificadas nos contextos hospitalares no âmbito de uma atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem⁽¹²⁾, este estudo permitiu-nos clarificar o contributo dos enfermeiros especialistas/especializados em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados de

enfermagem. Instituídos em 2001 pela Ordem dos Enfermeiros, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem têm por objetivo melhorar a qualidade do serviço prestado⁽⁸⁾, exigindo, portanto, práticas congruentes com os mesmos, independentemente da condição com que os enfermeiros exerçam a profissão.

Assim, com o intuito de identificar o modo como os enfermeiros especialistas/especializados em enfermagem de reabilitação, operacionalizam os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, faz todo o sentido abordar as práticas destes profissionais relativamente a todos os enunciados descritivos.

Neste contexto, no que concerne à satisfação do cliente, embora as respostas às vezes e *sempre* tivessem sido as maioritárias nas três atividades desta dimensão, quando comparamos os resultados com o estudo publicado em 2017⁽⁵⁾, constatámos que uma percentagem mais elevada de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação evidencia “envolver os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados”.

Embora aparentemente os enfermeiros especialistas demonstrem maior preocupação com a dimensão promoção da saúde, à semelhança de outros estudos realizados^(5,8), a resposta maioritária nas três atividades que concretizam esta dimensão foi às vezes. Atualmente, e tal como tem vindo a ser defendido por vários autores⁽⁸⁾, embora o cliente necessite desenvolver capacidades e competências que facilitem a sua adaptação às várias etapas do seu ciclo vital e aos seus processos de saúde e doença, a ajuda profissional dos enfermeiros constituirá um fator facilitador. Para isso, independentemente do contexto de exercício profissional, torna-se necessária a implementação de intervenções no âmbito da promoção da saúde, direcionadas para o empoderamento e para o desenvolvimento de estratégias que ajudem o cliente a gerir as fragilidades causadas pelas diferentes transições que vivencia. O problema é que no contexto hospitalar, ao contrário do que tem vindo a ser evidente nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados, as práticas de promoção da saúde ainda não foram devidamente incorporadas pelos enfermeiros^(5,8,12-13).

No que concerne à dimensão prevenção de complicações, a resposta *sempre* foi a maioritária em todas as atividades. O referido para além de corroborar os resultados obtidos noutro estudo⁽⁵⁾, comprova, mais uma vez, a relevância do exercício profissional centrado na prevenção de complicações, ou seja, nos problemas potenciais dos clientes e nos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, cujo controlo requer a intervenção dos enfermeiros⁽⁸⁾.

No âmbito do bem-estar e autocuidado, enquanto os enfermeiros de cuidados gerais identificam *sempre* os problemas dos clientes, mas só às vezes prescrevem, implementam e avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e autocuidado⁽⁵⁾, os resultados obtidos neste estudo, demonstram que os enfermeiros especialistas/especializados em enfermagem de reabilitação concretizam maioritariamente *sempre*

todas as atividades. Neste sentido, para além de identificarem *sempre* os problemas dos clientes, prescreverem, implementarem e avaliarem as intervenções, na atividade “referencia situações problemáticas identificadas que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida dos clientes”, os participantes também responderam maioritariamente *sempre*. Uma vez que as atividades inerentes a este enunciado descritivo incorporam as fases do processo de enfermagem⁽⁸⁾, fica implícita a preocupação dos enfermeiros especialistas/especializados com a sua operacionalização. De facto e tal como enunciado no âmbito das suas competências específicas, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, concebem, implementam e monitorizam planos de cuidados diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, no sentido de maximizar as suas potencialidades, evitando as incapacidades ou minimizando a repercussão das mesmas⁽²⁾.

No que se refere à readaptação funcional, em todas as atividades que concretizam esta dimensão, a resposta *sempre* foi a maioritária. Analisando todos os resultados obtidos neste estudo e comparando-os com os de outra investigação já realizada⁽⁵⁾, é neste enunciado descritivo que as diferenças são mais notórias. De facto, os enfermeiros especialistas/especializados em enfermagem de reabilitação, na procura da excelência do seu exercício profissional, atribuem especial enfoque ao desenvolvimento com os clientes, de processos de adaptação eficazes. Neste sentido, para além de darem continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, planeiam a alta dos clientes de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade, otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico, ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

No âmbito da organização dos cuidados de enfermagem, as respostas dos enfermeiros de cuidados gerais⁽⁵⁾ e dos enfermeiros especialistas/especializados em enfermagem de reabilitação são sobreponíveis. Ambos, responderam maioritariamente *sempre* na atividade “domina o sistema de registos de enfermagem” e às vezes na atividade “conhece as políticas do hospital”.

Relativamente à dimensão responsabilidade e rigor, em consonância com os resultados obtidos noutro estudo⁽⁵⁾, em todas as atividades a resposta maioritária foi *sempre*. Importa, no entanto, destacar, que os valores percentuais associados à resposta *sempre* são mais elevados nos enfermeiros especialistas/especializados em enfermagem de reabilitação, o que denuncia a responsabilidade acrescida em promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos diferentes contextos⁽¹⁴⁾.

À semelhança de outras investigações onde participaram enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros de outras áreas de especialidade, as respostas dos enfermeiros especialistas/especializados

em enfermagem de reabilitação, evidenciaram globalmente uma prática congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Decorrente da análise efetuada, ficou claro que o contributo destes enfermeiros especialistas para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos contextos hospitalares, está especificamente centrada nos enunciados descritivos bem-estar e autocuidado e readaptação funcional, que efetivamente são tradutores do *coreda* área de especialidade de enfermagem de reabilitação, bem como do mandato social da mesma. Por outro lado, e embora atualmente a promoção da saúde seja considerada uma área prioritária, é aquela que, no âmbito dos cuidados gerais e dos cuidados especializados, tem vindo a ser descurada, particularmente no contexto hospitalar. O referido exige que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação repensem as suas práticas, no sentido de ajudarem os clientes a alcançarem o seu máximo potencial de saúde. Para além disso, o internamento hospital tem de ser visto como uma oportunidade de promover a saúde, e não só como um tempo dedicado ao tratamento e à cura da doença.

Apesar dos contributos deste estudo, assumimos como limitação o facto da técnica de amostragem usada ter sido não probabilística, o que determina a possibilidade do perfil de enfermeiros especialistas/especializados que participaram no estudo ter influenciado os resultados.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro OM, Pinto CA, Regadas SC. People dependent in self-care: implications for Nursing. Rev. Enf. Ref. [serial on the Internet]. 2014[cited 2018 Mar 20];IV(1):25-36. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50874-02832014000100004
- Portugal. Ministério da Saúde. Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. 2011 fev. 18; 2.ª série. p 8658-8659. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecificEnfreabilitacao.pdf
- Portugal. Ministério da Saúde. Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. 2015 jun. 22; 2.ª série. p 16655-16660. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Martins MM, Gonçalves MN, Ribeiro OM, Tronchin DM. Quality of nursing care: instrument development and validation. Revista Brasileira de Enfermagem. [serial on the Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 19];69(5):920-926. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000500920&script=sci_arttext&tlng=en
- Ribeiro OM, Martins MM, Tronchin, DM. Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. Rev. Enf. Ref. [serial on the Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 25];IV(14):89-99. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2017/r414089.php>
- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Freire RM, Lumini MJ, Martins MM, Martins T, Peres HHC. Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [serial on the Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 30];24:1-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100374
- Coutinho C. Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. 2 ed. Coimbra: Almedina; 2014.
- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Membros ativos especialistas em reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2016. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/DadosEstatisticos2016_Reabilitacao.pdf
- Ribeiro OM. Contextos da Prática Hospitalar e Condições de Enfermagem: Olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no exercício profissional dos enfermeiros. [Tese de Doutoramento]. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2017.
- Lawless A, Freeman T, Bentley M, Baum F, Jolley G. Developing a good practice model to evaluate the effectiveness of comprehensive primary health care in local communities. BMC Fam Pract. [serial on the Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 26];15:99. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-99>
- Portugal. Ministério da Saúde. Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. 2011 fev. 18; 2ª Série. p 8648-8653. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

O IMPACTO DOS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR NA PESSOA COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

THE IMPACT OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS ON PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

EL IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN LA PERSONA CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Cátia Patrícia Palhais Rodrigues¹; Fernando Manuel Dias Henriques²

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESUMO

Este estudo pretendeu descrever o impacto que os Sintomas do trato urinário Inferior apresentam na Qualidade de Vida relacionada com a saúde das pessoas com Esclerose Múltipla, recorrendo ao Qualiveen, que avalia o impacto, tanto o real como o percebido, dos problemas urinários na qualidade de vida das pessoas com lesão medular e com esclerose múltipla. É um estudo quantitativo, descritivo-correlacional. A amostra é não probabilística acidental constituída por 72 indivíduos.

Os sintomas do trato urinário inferior mais frequentes são os mistos sendo a urgência urinária o mais frequente. O Impacto dos Problemas Urinários na Qualidade de Vida é notório e apresentou maiores valores no sexo feminino, nos reformados, nos que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária dentro e fora de casa e nas pessoas que usam dispositivos protetores. Apresenta correlação elevada com a percepção da pessoa sobre a forma como urina e correlação moderada com o número de sintomas do trato urinário inferior, a frequência urinária diária aumentada e os anos de evolução dos Sintomas do trato urinário Inferior.

Os sintomas do trato urinário inferior constituem um problema real das pessoas com Esclerose Múltipla e causam impacto real e percebido na sua qualidade de vida, com necessidade urgente de intervenção ativa e imediata dos Enfermeiros de Reabilitação.

Palavras chave: qualidade de vida; esclerose múltipla; transtornos urinários

RESUMEN

Este estudio pretendió describir el impacto que los Síntomas del Tracto Urinario Inferior presentan en la Calidad de Vida relacionada con la salud de las personas con Esclerosis Múltiple, con uso del Qualiveen, que evalúa el impacto, tanto el real como el percibido, de los problemas urinarios en la calidad de vida de las personas con lesiones medulares y con esclerosis múltiple. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional. La muestra es no probabilística accidental y está constituída por 72 individuos.

Los Síntomas del Tracto Urinario Inferior más frecuentes son los mixtos, y la urgencia urinaria es la más frecuente. El Impacto de los Problemas Urinarios en la Calidad de Vida es notorio y presentó valores más elevados en el sexo femenino, en los jubilados, en los que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria dentro y fuera de casa y en las personas que usan dispositivos protectores. Presenta alta correlación con la percepción de la persona sobre la forma como orina, y correlación moderada con el número de Síntomas del Tracto Urinario Inferior, la frecuencia urinaria diaria aumentada y los años de evolución de los Síntomas del Tracto Urinario Inferior.

Los Síntomas del Tracto Urinario Inferior constituyen un problema real de las personas con Esclerosis Múltiple y causan impacto en su Calidad de Vida, con necesidad urgente de intervención activa e inmediata de los enfermeros de rehabilitación.

Palabras clave: esclerosis múltiple; trastornos urinarios; calidad de vida

ABSTRACT

This study aimed to describe the impact of lower urinary tract symptoms on the health-related quality of life of patients with Multiple Sclerosis, using Qualiveen, which assesses the impact, real and perceived, of urinary problems on the quality of life of people with spinal cord injury and multiple sclerosis. A quantitative, descriptive-correlational study was conducted with a nonprobability, convenience sample of 72 patients.

The most common lower urinary tract symptoms are mixed symptoms. Urinary urgency is the most frequent. The Impact of Urinary Problems on Quality of Life is evident. Higher scores were found among female patients, retired patients, patients requiring assistance for indoor and outdoor activities of daily living, and patients using protective devices. It is high correlated with the patient's perception of how they urinate and moderate correlated with the number of lower urinary tract symptoms, the increased urinary frequency per day, and the years of evolution of lower urinary tract symptoms.

Lower urinary tract symptoms are a common problem in patients with Multiple Sclerosis, with an impact on their quality of life, with an urgent need, active and immediate intervention of the Rehabilitation Nurses.

Keywords: multiple sclerosis; urination disorders; quality of life

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa assume, hoje em dia, um papel relevante na tomada de decisão dos profissionais de saúde¹. Esta crescente preocupação emerge das ciências humanas e biológicas, valorizando não apenas a eliminação dos sintomas da doença, o aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade², mas acima de tudo proporcionar a melhor qualidade de vida (QV) possível a todas as pessoas independentemente do seu estado de saúde.

A Esclerose Múltipla (EM), embora apresente diferenças de pessoa para pessoa, na sua grande maioria causa lesões na bainha de mielina das fibras nervosas, o que causa limitações a curto/médio prazo. Apesar da elevada probabilidade de serem limitações plenamente visíveis e evidentes, em alguns casos podem ser discretas e subjetivas, chegando inicialmente a ser desvalorizadas tanto pela pessoa como pelo próprio médico, mesmo antes do diagnóstico³.

Estas pessoas têm de iniciar um processo de readaptação de forma a serem capazes de responder às novas exigências e às novas necessidades impostas pela doença.

Os profissionais de saúde devem estar munidos de conhecimentos e capacidades para estarem despertos mesmo para os sinais e sintomas mais discretos e subjetivos que possam ocorrer durante o curso da doença, para que possam intervir de forma a minorar o impacto destes na qualidade de vida da pessoa⁴.

Para que o processo de consciencialização ocorra, favorecendo o processo de transição, estas pessoas necessitam de ser ajudadas a clarificar conceitos e a desmistificar crenças. Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros de reabilitação, são profissionais privilegiados pela proximidade com as pessoas e pelos conhecimentos que encerram para as ajudar neste processo⁵.

A EM, tal como tantas outras patologias do sistema nervoso central, tem sido alvo de bastantes estudos. No entanto, e contrariamente ao que se possa pensar, os estudos epidemiológicos são muito escassos em Portugal⁵. De facto, os estudos de investigação centram-se essencialmente em ensaios clínicos, que se traduzem, felizmente, num aumento significativo das terapêuticas disponíveis, as quais, por sua vez, asseguram não só um adiamento da ocorrência de surtos como também o atraso na evolução progressiva da doença³. Contudo, estudos de análise da dimensão da problemática, no que diz respeito à incidência/frequência dos mais diversos sinais/sintomas e à investigação da interferência destes na qualidade de vida destas pessoas, são ainda em número muito reduzido⁶.

Desenvolver a capacidade da pessoa para conseguir controlar alguns dos sintomas bem como a reação a esses mesmos sintomas que decorrem da existência das lesões da EM é uma preocupação dos profissionais de saúde, uma vez que falamos de um adulto jovem que, para além de se encontrar permanentemente com receio do curso da sua doença, necessita de se manter

profissionalmente ativo para se manter, de igual modo, psicologicamente saudável⁵.

Os sintomas do trato urinário inferior (STUI) revelam ser um grande problema e uma causa impactante relativamente à incapacidade da pessoa com EM, afetando as relações sociais e as suas atividades quotidianas, diminuindo a sua qualidade de vida⁷.

A finalidade deste estudo é aumentar os conhecimentos nesta área, contribuindo no sentido de facilitar o processo de transição saúde-doença da pessoa com EM tendo em vista a melhoria na qualidade de vida destas pessoas, potenciando a sua autonomia / independência, mantendo-as ativas profissionalmente o máximo de tempo que conseguirem. Procura-se resposta às perguntas *“Quais os sintomas do trato urinário inferior mais frequentes na pessoa com Esclerose Múltipla? Qual o impacto que os sintomas do trato urinário inferior têm na qualidade de vida das pessoas com esclerose Múltipla? Contribuirão os sintomas do trato urinário inferior como refere a literatura para uma diminuição da qualidade de vida da pessoa com Esclerose Múltipla?”*, com um objetivo geral de *“descrever o impacto que os sintomas do trato urinário inferior apresentam na qualidade de vida relacionada com a saúde nas pessoas com esclerose múltipla”*.

MATERIAL E MÉTODOS

Recorre-se à utilização do método de investigação quantitativo, pois os dados foram colhidos de forma sistemática, observável e quantificáveis⁸ através de dois questionários.

É um estudo de nível II porque o objetivo não é só descrever as variáveis, mas também identificar a existência de relações entre elas⁸. A finalidade dos estudos descritivos é apenas observar, descrever e documentar os aspetos de uma situação, enquanto nos estudos descritivo-correlacionais importa também explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis para depois descrever essas mesmas relações, não sendo alvo da investigação estabelecer uma conexão causal⁹.

Neste estudo utilizaram-se dois questionários distintos, um questionário clínico, com o objetivo de caracterizar a amostra segundo a data de diagnóstico, ano de início dos sintomas, data de início dos sintomas urinários e a presença dos sintomas do trato urinário inferior. Para analisar os sintomas urinários, foram realizadas 13 questões sobre a presença ou não dos sintomas do trato urinário inferior (armazenamento, esvaziamento e pós-esvaziamento) definidos em 2015¹⁰, através de perguntas fechadas (Sim/Não).

A todos os participantes que apresentavam pelo menos um STUI foi aplicado o segundo questionário para medir o impacto dos STUI na QV. Para avaliação deste impacto, foi utilizado o Qualiveen - Português (Europeu), um questionário da autoria de Véronique Bonniaud, da propriedade da Coloplast e Véronique Bonniaud, depositado no *Mapi Research Institute* (<http://www.mapi-research.fr/>). A versão Português (Europeu), foi validado culturalmente para Portugal por nós, aguardando publicação noutra revista científica

desse processo. Esta validação permitiu equivalência conceptual e linguística, demonstrando este instrumento uma excelente fiabilidade (alfa de Cronbach de 0,96), assim como validade convergente e discriminante.

O Qualiveen é formado por duas secções, a primeira com 30 questões que avaliam o impacto das alterações urinárias na qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa em 4 dimensões (Incómodos, Limitações, Preocupações e Impacto na qualidade de vida). E a segunda, onde constam 9 questões que avaliam a qualidade de vida em geral e uma onde avalia a percepção da pessoa sobre a sua forma de urinar.

A QV varia entre -2 e +2 sendo que os valores negativos significam diminuição da QV. As dimensões do impacto na QV variam entre 0 e 4. Quanto mais próximo de 4, maior o impacto dos STUI na QV.

A amostra do estudo é do tipo não probabilística accidental, e fizeram parte todas as pessoas com EM e STUI que frequentaram a consulta de enfermagem ou hospital de dia de um serviço de Neurologia de um Hospital Central entre o período de 3 de Dezembro de 2016 e 14 de Janeiro de 2017. Os dados foram colhidos pela autora deste artigo, previamente à consulta de enfermagem ou tratamento agendado, no espaço temporal referido. Sendo o objetivo estudar relações entre variáveis, pode ser suficiente uma amostra não probabilística⁸.

Os critérios de inclusão foram diagnóstico clínico de EM, capacidade cognitiva de responder aos questionários, idade superior a 18 anos de idade, saber ler e escrever, sendo os critérios de exclusão mulheres grávidas, mulheres com patologia ginecológica, pessoas com o diagnóstico médico de infeção do trato urinário não medicadas, e se medicadas, que permaneçam com alterações do padrão miccional potenciados pela infeção assim como homens com patologia prostática diagnosticada e não tratada.

O estudo foi autorizado pela Comissão de ética da Instituição e foi obtido consentimento informado a todos os participantes.

Na análise estatística, as variáveis que seguem uma distribuição normal foram representadas pela média (M) e como medida de dispersão foi utilizado desvio-padrão (σ). Porque a maioria dos dados não apresentam uma curva de distribuição normal, tivemos de recorrer à mediana (Md) e como medida de dispersão foi utilizada a amplitude inter-quartil (AIQ).

As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas (N) e relativas (%).

Para explorar as relações existentes entre variáveis quantitativas ou qualitativas ordinais, determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman (ρ) e avaliou-se o teste à sua significância uma vez que em todas as variáveis estudadas, pelo menos uma delas não apresentava distribuição normal, o que não nos permitiu utilizar o coeficiente de correlação de Pearson¹¹.

A variação de uma variável que em média é explicada por outra é apresentado pelo coeficiente de determinação, que é a elevação ao quadrado de ρ (ρ^2), que varia entre 0 e 1. Usualmente é representado em termos percentuais e considera-se relevante entre 10% a 25%¹².

Para investigar a relação existente entre variáveis quantitativas e qualitativas nominais, uma vez a distribuição dos dados não apresenta uma distribuição normal, recorreu-se à utilização de testes não paramétricos^{11,13}. Recorreu-se ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (U), escolheu-se a distribuição assintótica quando em cada categoria o $n \geq 10$ ou a distribuição exata se $n < 10$ ¹², para a pesquisa de relação entre variáveis quantitativas e qualitativas nominais dicotómicas assim como para averiguar as relações entre variáveis quantitativas e qualitativas nominais recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (H)^{12,13}, sendo selecionada a distribuição exata sempre que em 3 grupos o $n \leq 5$ e em todas as outras situações foi utilizada a distribuição assintótica¹².

Foi adotado neste estudo um nível de significância de 5,00% (sig.=0,05), permitindo-nos afirmar em 95,00% a existência das relações testadas. Considerámos $p \geq 0,05$: não significativo; $p < 0,05$: estatisticamente significativa, $p < 0,01$ estatisticamente bastante significativo e $p < 0,001$ estatisticamente altamente significativo¹⁴.

Toda a análise foi efetuada com recurso ao software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) *Statistics* versão 23.0.

RESULTADOS

Não tendo sido objetivo central desta investigação identificar a prevalência dos STUI na pessoa com EM, considerou-se pertinente proceder à análise deste dado. Percebemos que das 81 pessoas que aceitaram participar no estudo, 72 apresentam pelo menos um STUI correspondendo a 88,9%.

A amostra sujeita ao Qualiveen foi constituída por 72 pessoas, sendo 22 do sexo masculino e 50 do sexo feminino, com idades entre os 25 e os 71 anos de idade (média de 45,72 anos e desvio padrão de 10,16 anos). A distribuição pela variável, nível de formação académica, é heterogénea. No que diz respeito à situação laboral, 50% dos indivíduos encontram-se reformados, enquanto 34,72% encontram-se profissionalmente ativos (trabalhando por conta própria ou de outrem) e os outros 15,28% encontram-se desempregados. 72,2% vivem com um(a) companheiro(a), 19,4% vivem com outras pessoas e 8,3% vivem sozinhos. 70,8% não necessita de ajuda diária em casa e 72,2% não necessita de ajuda diária fora de casa. 95,8% das pessoas não necessita de ajuda para urinar. 84,7% pessoas deambula, 12,5% utilizam cadeira de rodas manual e 2,8% utilizam outro tipo de dispositivo auxiliar (canadiana e bengala).

A mediana de anos de evolução da EM desde o diagnóstico é de 12 anos, com uma AIQ de 14,3 anos.

Como mínimo de anos de evolução da EM temos 1 ano e como máximo 37 anos.

Tendo em conta apenas os 80,6% dos casos com STUI que conhecem a data de início dos sintomas, estes apresentaram-se como sintomas inaugurais em 12,1% e 63,8% ocorreram como sintomas antes da data do diagnóstico enquanto 24,1% dos casos ocorreram após o diagnóstico. 23,6% já realizaram tratamentos direcionados aos STUI e 4,2% já foram submetidos a uma intervenção cirúrgica.

Dos indivíduos que fazem parte da amostra, 90,3% urinam espontaneamente, 6,9% utilizam a auto-algaliação, 2,8% recorrem ao esvaziamento vesical por outra pessoa, 15,3% recorrem à pressão abdominal para urinar, 1,4% apresenta incontinência urinária e 1,4% apresenta drenagem vesical contínua permanente.

Nos últimos 6 meses, 19,4% dos indivíduos referem ter apresentado uma alteração na forma de urinar.

A utilização de meios de proteção, absorventes (penso, fralda ou cueca) / dispositivo urinário externo, ocorre em 58,3% da amostra. Destes, 1,4% porque se encontra permanentemente incontinente, 38,1% utilizam por apresentarem perdas regulares entre as micções e os restantes por precaução.

Analisando os STUI, consideramos apenas 71 indivíduos, uma vez que 1 indivíduo apresenta drenagem vesical contínua e não respondeu ao questionário da percepção de STUI. Apurámos nos 71 indivíduos que as maiores frequências são a presença de 4 STUI conforme se pode observar na tabela 2.

Tabela 1 - Distribuição da amostra nas diferentes variáveis

Variáveis		N	%	Media	Desvio padrão	Mediana	AIQ
Sexo	Feminino	50	69,00				
	Masculino	20	30,60				
Idade	(25-71)			45,72	10,16		
Situação Laboral	Reformado	36	50,00				
Coabitação	Companheiro/outro	66	91,70				
Ajuda fora de casa	Não	52	72,20				
Ajuda em casa	Não	51	70,80				
Ajuda para urinar	Não	69	95,80				
Forma de deslocação	Deambulação	63	87,50				
Anos de Evolução da EM	(1-37)					12,00	14,30
Anos após primeira ocorrência de sintomas	1 ^{os} Sintomas levaram ao diagnóstico	35	48,60				
Anos após a primeira ocorrência de sintomas do trato urinário inferior	Inaugurais	7 (58)	12,10				
	Antes da data do diagnóstico	37 (58)	63,80				
Tratamento médico dos problemas urinários	Sim	17	23,60				
Esvaziamento vesical	Espontaneamente	65	90,30				
Uso de dispositivos protetores	Sim	42	58,3				
Razão da utilização do dispositivo protetor	Precaução	25	59,50				
Qualidade de Vida				-0,10	0,83		

Tabela 2 - Distribuição do número de STUI por indivíduo da amostra

Número de STUI por indivíduo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
N	7	3	7	13	5	8	12	4	4	7	0	0	1	71
%	9,86	4,23	9,86	18,31	7,04	11,27	16,90	5,63	5,63	9,86	0	0	1,41	100

O sintoma mais frequente é a urgência urinária em 69% dos indivíduos. 50% dos indivíduos refere apresentar nócturia, frequência e sensação de esvaziamento incompleto, mais de 40% dos indivíduos refere apresentar urgê-incontinência, incontinência urinária, jato urinário lento e jato urinário alterado, mais de 30% refere apresentar hesitação, incontinência urinária de esforço e fluxo urinário intermitente, 28,6% refere

necessitar de esforço abdominal para iniciar a micção e 16,7% apresenta enurese noturna.

A grande maioria (73,3%) apresentam STUI mistos (esvaziamento e armazenamento), sendo que apenas 2,8% apresentam apenas STUI de esvaziamento e 23,9% apenas STUI de armazenamento.

Figura 1 - Frequência dos STUI

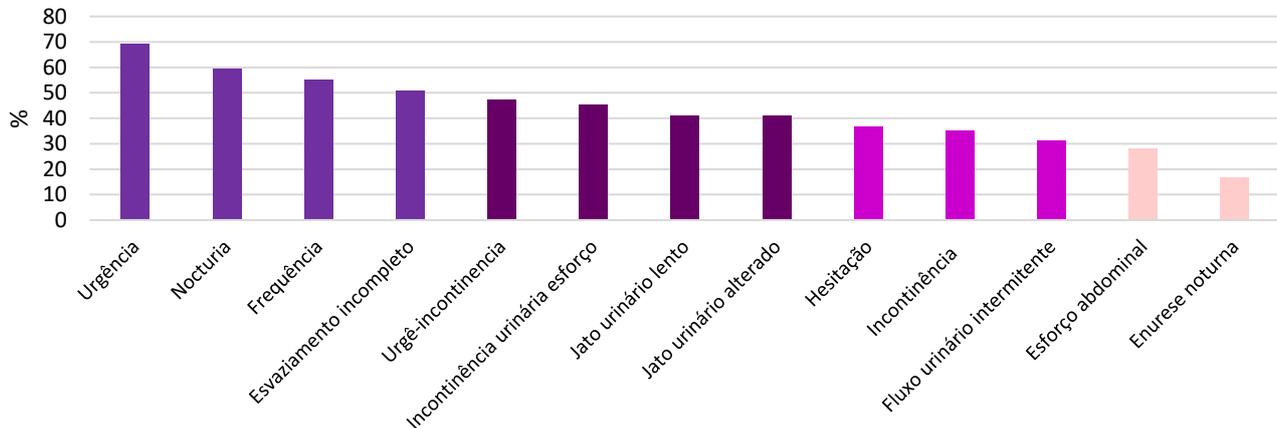


Tabela 3 - Número de STUI armazenamento e STUI esvaziamento por indivíduo

		0	1	2	3	4	5	6	7	Total
STUI Armazenamento	n	2	12	16	10	11	8	10	2	71
	%	2,82	16,90	22,54	14,08	15,49	11,27	14,08	2,82	100
STUI Esvaziamento	n	17	9	16	11	7	6	5	-	71
	%	23,94	12,68	22,54	15,49	9,86	8,45	7,04	-	100

Relativamente à frequência urinária 41,4% urina 9 ou mais vezes por dia, até um máximo de 15 vezes, enquanto que 59,4% urinam mais de duas vezes durante a noite, até ao máximo de 7 vezes.

Analisando o Impacto dos problemas urinários na qualidade de vida relacionada com a saúde (IPUQV), a mediana da amostra é de 1,33, sendo AIQ de 1,66, apresentando como mínimo na amostra 0,00 e como valor máximo 3,44. Verificámos que apenas em 4,2% não apresenta nenhum impacto na qualidade de vida e 25% apresentam um IPUQV acima dos 2,00.

Na dimensão *incómodos*, a mediana é de 1,22, a AIQ 1,95, com valor mínimo 0,00 e máximo de 4,00. Na dimensão *limitações*, a mediana é de 1,25 a AIQ 2,38, com valor mínimo 0,00 e máximo de 3,75. Na área *preocupações*, a mediana é 1,56, a AIQ 1,63, com valor mínimo 0,00 e máximo de 3,00. Relativamente ao *impacto na vida diária*, a mediana é de 0,80, a AIQ 1,95, com mínimo de 0,00 e máximo de 4,00.

A média da *qualidade de vida* da amostra foi de - 0,1 com desvio padrão de 0,834 com um mínimo de -2,00 e um máximo 1,56.

Sobre a *perceção da pessoa sobre a sua forma de urinar*, encontrámos 9,7% que consideram que urinam

muito bem, 29,2% que consideram que urinam relativamente bem, 22,2% consideram que urinam, nem bem, nem mal, 15,3% consideram que urinam relativamente mal e 23,6% consideram que urinam muito mal.

Com o objetivo de perceber a existência ou não de relações e correlações foram cruzadas diversas variáveis recorrendo a testes estatísticos.

Foram encontradas várias relações na amostra, relações significativas, onde o IPUQV é mais elevados nas *mulheres* (teste de Mann-Whitney, $p=0,045$) e nas *pessoas que necessitam de ajuda diária em casa* (teste de Mann-Whitney, $p=0,023$), relações bastante significativas, onde o IPUQV é mais elevado nos *reformados* (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,005$) e nas *pessoas que necessitam de ajuda diária fora de casa* (teste de Mann-Whitney, $p=0,002$) e encontramos uma relação altamente significativa onde o IPUQV é mais elevado nos que *usam dispositivos protetores* (teste de Mann-Whitney, $p=0,00$).

Verificamos correlações moderadas, altamente significativas, onde a variação do resultado do IPUQV é explicado em 30,69% pelo *número de STUI* ($p < 0,001$, $\rho=0,554$) e é explicado em 19,27% pela *frequência*

urinária diurna ($p < 0,001$, $\rho = 0,439$). Identificamos uma correlação bastante significativa, onde a variação do resultado do IPUQV é explicado em 19,01% pelos anos de evolução dos sintomas do trato urinário ($p < 0,01$, $\rho = 0,436$). Verificamos uma correlação elevada, altamente significativa, onde a variação do resultado do IPUQV é explicado em 64,16% sobre a percepção da pessoa sobre a forma como urina ($p < 0,001$, $\rho = - 0,801$).

Foram encontradas outras correlações fracas, mas não relevantes (IPUQV com anos de evolução dos sintomas, anos de evolução da EM e frequência urinária noturna) e correlações e relações inexistente (IPUQV com a idade, escolaridade, coabitação, forma de deslocamento, ajuda para urinar, anos após a primeira ocorrência de sintomas do trato urinário inferior, tratamento médico dos problemas urinários).

DISCUSSÃO

Os dados obtidos revelam-nos achados muito interessantes e alguns surpreendentes. Trata-se de uma amostra jovem adulta, com proporções de incidência nos sexos de acordo com a literatura, com anos de evolução da doença de mediana 12 anos e em que os primeiros sintomas da doença foram quase em metade da amostra os que levaram ao diagnóstico de EM. Encontramos valores mais elevados do IPUQV nas mulheres. A mulher assume ainda nos dias de hoje dois papéis distintos, o familiar e o profissional, o impacto ocorre nas duas esferas, o que pode justificar os achados encontrados¹⁵.

Embora fraca e com pouca relevância a correlação encontrada entre os anos de evolução dos sintomas da EM e o IPUQV, é uma relação óbvia pela evolução habitual desta doença quase sempre com agravamento dos défices existentes.

Encontramos um IPUQV maior nas pessoas que necessitam de ajuda tanto em casa como fora de casa, relação que compreendemos, uma vez que na presença de dificuldade na execução das atividades de vida diária por fadiga, alterações músculo-esqueléticas entre tantas outras, a presença de um STUI causa maior preocupação/limitação/incômodo. A presença de STUI, que ^{potenciam} as preocupações/limitações/incômodos resultam em uma diminuição da QV.

Metade das pessoas da amostra encontram-se reformadas. As limitações físicas resultantes da EM particularmente as resultantes da fadiga (um dos principais sintomas), resultam na impossibilidade da execução das tarefas profissionais no tempo normal^{4,16}. A nível laboral, infelizmente estas pessoas, na sua maioria, não encontra um local de trabalho adequado às limitações apresentadas, o que leva a que passem a ser profissionalmente inativos, embora muitos delas com capacidades. A situação laboral tem relação com o IPUQV, sendo que encontramos valores superiores nas pessoas reformadas.

No que diz respeito aos STUI, tal como refere a literatura^{17,18} estes podem ser inaugurais da doença, e encontramos 12,10%, em que os STUI foram inaugurais

ao diagnóstico, enquanto 63,8% os STUI surgiram antes mesmo do diagnóstico. Consideramos estes dados muito importantes, pois obriga a uma maior valorização destes sintomas. Um autor¹⁹ refere que muitas vezes os STUI são desvalorizados e não associados à doença, e este estudo só vem demonstrar que são sintomas da doença e que podem estar presentes nas fases mais iniciais. Conquanto, ao contrário de um estudo²⁰ que consultamos, encontramos uma correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada, em que, os anos de evolução dos sintomas urinários explicam em 19,01% a variação do IPUQV. Em todo o caso, esta relação é explicável considerando que que quantos mais anos a pessoa tem com STUI, mesmo que estes não evoluam ou agravem, maior serão as preocupações, limitações, medos e impacto na vida diária, o que levará a que possivelmente a pessoa valorize mais estes sintomas o que causa maior impacto na sua qualidade de vida condicionada pelos problemas urinários.

Embora quase a totalidade das pessoas da nossa amostra urinem espontaneamente, metade sente necessidade de utilizar constantemente um dispositivo protetor, e a sua maioria apenas por precaução. Estas pessoas, mesmo controlando a micção, parecem sentir uma preocupação pela ocorrência de perda urinária, o que influencia a vida destas, compatível com a relação encontrada, em que os valores mais elevados do IPUQV são nas pessoas que utilizam proteção individual.

Quanto mais tipologias de STUI sejam sentidos pelas pessoas (90% tem mais do que um STUI), maior o IPUQV explicado em 30,69%. Em estudos^{20,21} anteriores que analisaram esta relação, também se encontrou uma relação estatisticamente significativa de forma moderada em 2004 e uma forte relação estatisticamente significativa no estudo de 2006. Quantos mais sintomas a pessoa apresentar, possivelmente maior serão os incômodos causados, as limitações encontradas, as preocupações sentidas e maior será o impacto na qualidade de vida da pessoa com EM e STUI.

A grande maioria da amostra, 73,3%, apresenta STUI mistos, o que está sobreponível a um estudo²² que encontrou a prevalência de ambos os sintomas de 70%. Em um outro estudo⁸ a prevalência dos sintomas mistos é de 50%.

A urgência urinária encontra-se em mais de metade (69%) da nossa amostra, valor sobreponível ao verificado num estudo²³ em que a urgência urinária apresentava uma frequência de 83%, e em um outro estudo²⁴ que encontraram 70,2% de urgência urinária presente nas pessoas com EM.

Um STUI que não apresenta consenso na literatura é a incontinência. Encontrou-se uma frequência de 83%²³, de 75%¹⁹, de 59%⁶, e de apenas 10%²⁵ nos estudos consultados. Neste estudo, a incontinência encontra-se com uma frequência de 35,2%, sendo o décimo STUI mais frequentemente encontrado.

A existência de uma correlação entre a frequência urinária diária aumentada e o IPUQV, seria de esperar, considerando que este é um sintoma que causa alteração na dinâmica diária da pessoa, que pode

causar transtornos a nível pessoal e profissional, mas tal relação não foi verificada. Esperaríamos encontrar também uma correlação do IPUQV com a noctúria /frequência urinária noturna uma vez que interfere com o sono e repouso, mas não verificámos tal relação. Importaria em futuros estudos aprofundar este assunto.

A existência de um impacto significativo dos problemas urinários na qualidade de vida das pessoas com EM são resultados coincidentes com os resultados obtidos em um estudo de 2012²⁶.

Em todas as dimensões do Qualiveen existem consequências sobre a QV. A área que apresenta maiores consequências na qualidade de vida da pessoa pelos problemas urinários são as *limitações*, seguida das *preocupações*, *incómodos* e depois *impacto na qualidade de vida*. No estudo de 2012²⁶ as áreas com maior repercussão na vida das pessoas pelos problemas urinários surgem exatamente na mesma ordem.

CONCLUSÃO

A presença de STUI nas pessoas com EM são muitas vezes desvalorizados, tanto pelas próprias pessoas como pelos profissionais de saúde, essencialmente se presentes em conjunto com outros sintomas mais evidentes e mais incapacitantes, estes ficam para segundo plano.

Este estudo demonstrou-nos que os STUI causam impacto negativo na QV da pessoa com EM e também revelou que estas pessoas são portadoras de múltiplos STUI, sendo a urgência urinária o mais frequentemente encontrado.

O IPUQV é maior nas mulheres, nas pessoas reformadas, nas que necessitam de ajuda diária dentro e fora de casa e nas que usam dispositivos protetores.

Foi encontrada uma correlação elevada entre o IPUQV e a perceção da pessoa sobre a forma como urina. Foram encontradas varias correlações moderadas entre o IPUQV e o *número de STUI*, *frequência urinária diária aumentada* e *anos de evolução dos sintomas do trato urinário*.

Ficou-nos a inquietação de perceber qual ou quais os STUI que maior IPUQV causam, mas devido a dimensão da amostra não nos foi possível a utilização de testes estatísticos que permitissem descortinar estas respostas, do nosso ponto de vista, será uma mais valia estudar estas relações em estudos futuros.

O enfermeiro de reabilitação é um profissional que reúne em si a capacidade de transformar estes conhecimentos em ferramentas úteis com vista ao aumento da qualidade de vida da pessoa com Esclerose Múltipla e STUI. Este promove diagnósticos precocemente, desenvolve ações preventivas, prevenindo complicações e evitando incapacidades, mantendo ou recuperando a atividade de vida pessoal e profissional da pessoa com STUI e EM.

Identificada esta problemática passará a fazer sentido mudar as práticas profissionais e adquirir novos comportamentos, ou seja, questionar a presença de

STUI a todas as pessoas com EM, mesmo sem existir manifestações da sua presença, tanto com o intuito de prevenir futuras complicações, como ITU superior, com vista ao encaminhando para um diagnóstico médico mais precoce ou para ensinar, instruir e treinar estas pessoas a lidar com os seus STUI de forma a minorar o impacto destes na sua qualidade de vida, diminuindo os incómodos, limitações, preocupações e impacto na vida diária.

Monitorizar a eficácia e eficiência das intervenções implementadas é uma mais valia, a fim de avaliar a sua adequação individual. Para esta monitorização de resultados pode ser importante recorrer à utilização do Qualiveen.

O Qualiveen é uma forte arma de diagnóstico e avaliação de resultados das intervenções implementadas por parte dos enfermeiros.

Sugere-se em estudos futuros identificar quais as intervenções de enfermagem que permitem diminuir o IPUQV da pessoa com EM.

REFERÊNCIAS

1. Stohrer M, Blok B, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Popolo G, Kramer G. et al. Orientações sobre disfunção neurogénica do tracto urinário inferior. 2009. Recuperado de <http://www.apurologia.pt/guidelines/Disf-Neurog-Tract-Urin-Inf.pdf>
2. Nader BB. Tradução, validação e adaptação cultural do questionário qualiveen short form (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Brasil; 2016.
3. Guimarães J, Sá MJ. Esclerose múltipla e outras doenças inflamatórias e desmielinizantes do sistema nervoso central. In M.J. Sá (Ed.) Neurologia Clínica: Compreender as doenças neurológicas (2ª ed.). Porto, Portugal: Edições Universidade Fernando Pessoa; 2014:373-432.
4. Barrett M, Ben-Zacharia A, Blaschuk C, Costello K, Easterling C, Gutierrez A, Uchil A, Et al. Nursing Management of the Patient with Multiple Sclerosis: AANN, ARN, and IOMSN Clinical Practice Guideline Series. Illinois, Estados Unidos da América: Teva Neuroscience; 2011.
5. Sá JC, Cordeiro C. Esclerose Múltipla. Porto, Portugal: Ambar; 2008.
6. Pavan K, Miguez PB, Marangoni BE, Tilbery CP, Lianza S. Comportamento da incontinência urinária em pacientes com esclerose múltipla e a sua influência na qualidade de vida. Med Rehabil. 2010;29(1):1-5.
7. Amarenco G, de Sêze M, Ruffion A, Ismael SS. Clinical and urodynamic evaluations of urinary disorders in multiple sclerosis. Annals of physical and rehabilitation medicine. 2014 Jul 1;57(5):277-87. doi: /10.1016/j.rehab.2014.05.006
8. Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta; 2009.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Porto Alegre, Portugal: Artemed; 2004.
10. Khalaf KM, Coyne KS, Globe DR, Armstrong EP, Malone DC, Burks J. Lower urinary tract symptom prevalence and management among patients with multiple sclerosis. Inter J MS care. 2015 Jan;17(1):14-25. doi: 10.7224/1537-2073.2013-040.
11. Hill MM, Hill A. Preparação final do questionário. Investigação por questionário. (2ª Ed.). Lisboa, Portugal: Edições silabo; 2012.

12. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílado; 2014.
13. Marôco J. *Análise estatística com o SPSS Statistics (5º Ed.)*. Sintra. ReportNumber, Lda; 2011.
14. D'Hainaut L. *Conceitos e Métodos de Estatísticas II (4º ed.)*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian; 1992.
15. Cruz S, Almeida A, Ferreira S, Mendes AC. Qualidade de vida em doentes com esclerose múltipla: estudo da influência da vulnerabilidade e da resiliência ao stress na sua avaliação. *Psiquiatr Clin*. 2004;25(2):107-14.
16. Sá MJ. Esclerose múltipla. Sumário de lição elaborado nos termos da alínea c) do nº2 do artigo 4º do Regulamento nº 307/2008, publicado no Diário da República, 2ª Série, nº110, de 9 de Junho de 2008. Porto, Portugal: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.
17. Coelho MM. Avaliação urodinâmica na esclerose múltipla. *Acta Urol*. 2009;3:9-14.
18. Silva TO, Monteiro LA. Perturbações miccionais da esclerose múltipla. *Acta Urol*. 2006; 23(1): 61-7.
19. Bonniaud V, Parratte B, Amarenco G, Jackowski D, Didier JP, Guyatt G. Measuring quality of life in multiple sclerosis patients with urinary disorders using the qualiveen questionnaire. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004 Aug 1;85(8):1317-23.
20. Bonniaud V, Bryant D, Parratte B, Gallien P, Guyatt G. Qualiveen: a urinary disorder- specific instrument for use in clinical trials in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006 Dec 1;87(12):1661-3.
21. Onal B, Siva A, Buldu I, Demirkesen O, Cetinel B. Voiding dysfunction due to multiple sclerosis: a large scale retrospective analysis. *Int Braz J Urol*. 2009 Jun;35(3):326-33.
22. Fria AM, Cuzzati BA, Lopes GA, Lima RA. Disfunção Urinária em Paciente Portadora de Esclerose Múltipla. *Rev Neurocienc*. 2013;21(2):247-50.
23. Blosfeld CE, SOUZA SD. Tratamento da incontinência urinária em mulheres com esclerose múltipla (EM): série de casos. *Rev Neurocienc*. 2012;20(1):58-67
24. Khan F, Pallant JF, Shea TL, Wishaw M. Multiple sclerosis: prevalence and factors impacting bladder and bowel function in an Australian community cohort. *Disabil Rehabil*. 2009 Jan 1;31(19):1567-76.
25. Ciudin A, Franco A, Diaconu MG, Peri L, Vivas V, Gozalez MA, Alcaraz A. La calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple: Traducción y validación de la versión en castellano de qualiveen. *Ann Urol*, 2012; 20-23.
26. Denys P, Phe V, Even A, Chartier-Kastler E. Therapeutic strategies of urinary disorders in MS. Practice and algorithms. *Ann Phys Rehabil Med*. 2014 Jul 1;57(5):297-301.. doi: 10.1016/j.rehab.2014.05.003

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Este artigo foi elaborado tendo por base os dados extraídos da Dissertação de Mestrado “Qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com Esclerose Múltipla e sintomas do trato urinário inferior” apresentada a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em agosto de 2017 para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Desta dissertação, está também em fase de publicação noutra revista científica os dados relativos à validação cultural para português (europeu) da escala Qualiveen.

Os autores não têm quaisquer conflitos de interesses, no desenvolvimento desta investigação não houve qualquer Patrocínio ou apoio.

A investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Instituição em que se realizou e teve apenas o apoio operacional da equipa do serviço onde decorreu. No processo de validação cultural da escala Qualiveen houve a participação de um painel de peritos independentes.

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PESSOAS COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUÍSTICA: QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PERSONAS CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA: CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y FUNCIÓN RESPIRATORIA

PULMONARY REHABILITATION IN PATIENTS WITH BRONCHIECTASIAS NON- CYSTIC FIBROSIS: QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND RESPIRATORY FUNCTION

Luis Gaspar¹; Paula Martins¹

1 - Centro Hospitalar São João

RESUMO

Bronquiectasias são dilatações anormais e irreversíveis dos brônquios que condicionam aumento da produção de secreções e infeções respiratórias de repetição podendo interferir na Qualidade de vida (QV).

O objetivo deste estudo foi avaliar eficácia de um programa de reabilitação respiratória (PRR) na QV, na Ansiedade e na função respiratória (FR) em pessoas com BQ.

Estudo Prospetivo; quantitativo; exploratório que incluiu pessoas com bronquiectasias admitidas para reabilitação respiratória (RR). A Colheita de dados da QV, Ansiedade e FR foi realizada antes e após o PRR.

Incluiu 30 pessoas (39,1% homens); idade média de 53,3 anos. Encontradas melhorias estatisticamente significativas na QV, (Valor global $p=0,003$; Subescalas Sintomas $p=0,065$; Atividade $p=0,005$ e Impactos $p=0,019$), e na Ansiedade ($p=0,001$). Não foram encontrados resultados significativos na FR.

Os resultados deste estudo permitem-nos concluir que a RR melhora a QV, reduz a Ansiedade e não altera a FR em pessoas com bronquiectasias não fibrose quística.

Palavras chave: enfermagem de reabilitação; reabilitação respiratória; qualidade de vida; ansiedade; função respiratória; bronquiectasias

RESUMEN

Las bronquiectasias (BQ) son dilataciones anormales e irreversibles de los bronquios que condicionan aumento de la producción de secreciones e infecciones respiratorias de repetición pudiendo interferir en la Calidad de vida (QV).

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de un programa de rehabilitación pulmonar (PRP) en la QV, la Ansiedad y la función pulmonar (FP) en personas con BQ no relacionada com fibrosis quística.

Estudio Prospectivo; cuantitativa; exploratorio que incluyó a personas con bronquiectasias admitidas para rehabilitación pulmonar (RP). Los datos de la QV, Ansiedad y FR fueran recogidos antes y después del PRR.

Incluyó 30 personas (39,1% hombres); edad media de 53,3 años. (P = 0,003), y en la ansiedad (p = 0,001), y en la ansiedad (p = 0,001), se observó una mejoría estadísticamente significativa en la QV, (Valor global p = 0,003; Subescalas Síntomas p = 0,065; Actividad p = 0,005 e Impactos p = 0,019). No se encontraron resultados significativos en la FR.

Los resultados de este estudio nos permiten concluir que RP mejora la QV, reduce la Ansiedad y no altera la FP en personas con bronquiectasias no relacionada com fibrosis quística.

Palabras clave: rehabilitación pulmonar; calidad de vida; ansiedad; función pulmonar; bronquiectasias

ABSTRACT

Bronchiectasis (BQ) are abnormal and irreversible dilations of the bronchi that increased production of secretions and respiratory infections and can interfere in the Quality of life (QOL).

The objective of this study was to evaluate the effect of a pulmonary rehabilitation program (PRP) on QOL, Anxiety and Pulmonary Function (PF) in people with BQ.

Prospective, quantitative and exploratory study that included non-cystic fibrosis bronchiectasis patients admitted for pulmonary rehabilitation (PR). Collecting data of QOL, Anxiety and PF performed before and after PRP.

It included 30 people (39.1% men); mean age of 53.3 years. Statistically significant improvements were found in the QOL, (p = 0.003, p = 0.005, p = 0.005) and anxiety (p = 0.001). No significant results were found in RF.

The results of this study allow us to conclude that RR improves QOL, reduces anxiety and does not alter PF in people with non-cystic fibrosis bronchiectasis.

Keywords: rehabilitation nursing; respiratory rehabilitation; quality of life; anxiety; respiratory function; bronchiectasis

INTRODUÇÃO

As bronquiectasias são caracterizadas por uma dilatação anormal, permanente e irreversível dos brônquios causada pela destruição dos componentes elástico e muscular das suas paredes e deficiente depuração mucociliar.⁽¹⁻²⁾

Associada à dispneia, à intolerância à atividade e à tosse, a hipersecreção brônquica é a sua principal característica apresentando uma elevada morbidade devido à recorrência de infecções respiratórias.⁽³⁾

A progressiva intensidade da dispneia, a intolerância ao esforço, a presença de secreções abundantes e a recorrência de infecções leva à necessidade de alteração do estilo de vida o que nem sempre é bem-sucedido.⁽⁴⁻⁵⁾

O impacto das bronquiectasias na vida destas pessoas não ocorre unicamente na componente física. Além da incapacidade, maior ou menor, da realização de atividades de vida diária, o efeito da doença faz-se também sentir na perspetiva social e afetiva, sendo que a ansiedade é um achado bastante frequente com efeitos ainda mais prementes na qualidade de vida.⁽⁶⁻⁷⁾

A Reabilitação Respiratória, uma abordagem multidisciplinar no tratamento de pessoas com doença respiratória crónica, é fundamental no processo de gestão terapêutica das pessoas com DPOC.^{(8-9)(8) (9)}. Muito embora seja uma entidade clínica distinta da DPOC, as pessoas com bronquiectasias caracterizam-se igualmente por apresentarem um padrão ventilatório obstrutivo e pela possibilidade de aparecimento de dispneia, fadiga, tosse, broncorreia, e diminuição da tolerância ao exercício. Estes sintomas fazem com que reabilitação respiratória seja também, recomendada no tratamento desta doença.^(4,8-9)

Poucos estudos foram realizados no sentido de estudar o impacto da reabilitação pulmonar e os seus benefícios em doentes com bronquiectasias, quando comparados com a elevada produção científica relativa à DPOC.⁽⁷⁾

Neste sentido, tendo os Cuidados de Enfermagem como foco de atenção, revela-se como objeto de interesse atual para a disciplina de Enfermagem avaliar o impacto da sua prática.

Só desta forma se poderá sustentar a importância da Enfermagem em geral e dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação em particular na prática clínica, nas políticas de saúde e no ensino como disciplina do conhecimento.

Assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar o efeito de um Programa de Reabilitação Respiratória na qualidade de vida, na ansiedade e na função respiratória de pessoas com bronquiectasias não fibrose quística.

MÉTODO

A questão que norteou este estudo foi: Como a dificuldade respiratória perturba e afeta a vida das pessoas com Bronquiectasias?

A partir desta questão central foram formuladas três questões de investigação às quais pretendemos dar resposta:

- De que forma a reabilitação respiratória interfere na qualidade de vida das pessoas com bronquiectasias;
- De que forma a reabilitação respiratória interfere na ansiedade das pessoas com bronquiectasias;
- De que forma a reabilitação respiratória altera a função respiratória das com bronquiectasias;

Tratou-se de um estudo prospetivo, quantitativo e exploratório, com avaliação intra-sujeitos em dois momentos, realizado a uma amostra de pessoas com Bronquiectasias não fibrose quística submetidos a um programa de reabilitação respiratória.

A técnica de amostragem usada foi não probabilística de conveniência.

Os critérios de inclusão foram o manifestar desejo de participar no estudo e preencher consentimento informado, ter mais de 18 anos, ter capacidade comunicacional, não apresentar impossibilidade de praticar exercício físico e não apresentar disfunção cognitiva grave.

O não cumprimento integral do PRR, a incapacidade de praticar exercício físico e a doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva foram critérios de exclusão do estudo.

O programa de reabilitação respiratória foi realizado em regime ambulatorio durante 13 semanas e periodicidade 3 vezes por semana. Foi constituído por uma componente física que incluiu treino de exercício de alta intensidade, reforço da musculatura inspiratória e reeducação funcional respiratória (figura 1) e componente educacional (figura 2)

Figura 1: Programa de Reabilitação Respiratória - Componente física

Programa de Tratamento - Componente Física	
Objetivo	Intervenções
Mobilização e drenagem de secreções*	Drenagem Postural
	Ciclo Activo da Respiração
Reeducação Funcional Respiratória*	Exercícios diafragmáticos Exercícios costais
Treino dos músculos inspiratórios	15 minutos bi-diário
Treino anaeróbico	3 Séries de 10 repetições

Membros superiores: (Bicípete, tricípete, deltoide)	
Membros inferiores: (Quadricípete, Isquiotibial, adutor e abductor da coxofemural, gêmeos)	
Treino aeróbico (30 minutos)	Treino com cicloergómetro

* Sempre que necessário

Figura 2: Programa de Reabilitação Respiratória - Componente educacional

Programa de Tratamento - Componente Educacional	
Tema	Conteúdos a abordar
Fisiopatologia das Bronquiectasias	Definição de Bronquiectasias
	Patologias associadas
	Exacerbações
Mobilização e drenagem de secreções	Ciclo Activo da Respiração
	Posições de auto-drenagem
	Técnicas de auto-drenagem
Estratégias adaptativas	Técnicas de relaxamento
	Técnicas de gestão de energia
	Importância do exercício físico
	Planeamento do exercício físico
Nebulizações	Higienização e manutenção do nebulizador

As variáveis em estudo foram a Qualidade de vida, a Ansiedade, e a Função Respiratória, sendo que a colheita de dados foi efetuada, no início e no final do programa de reabilitação respiratória.

Os dados relativos à variável **Qualidade de vida** foram obtidos através do *The St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), que é um questionário específico para pessoas com doença respiratória crónica e é constituído por três subescalas: sintomas, restrições nas actividades de vida diárias e impacto da doença sobre o indivíduo. Cada subescala tem um *score* máximo possível sendo que variações de 10% (relativamente ao padrão) indicam alteração de qualidade de vida. Alterações superiores a 4% após uma intervenção indicam mudança significativa na qualidade de vida.⁽¹⁰⁾

As variáveis **Ansiedade** foram avaliadas através no Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Esta escala é formada por duas subescalas cuja soma dos *scores* identifica o nível de ansiedade e de depressão. Foi usado um "*cut-point*" de oito sendo que *scores* superiores apresentam ansiedade e ou depressão.⁽¹¹⁾

A variável **Função Respiratória** foi avaliada pela realização de provas funcionais respiratórias e gasometria arterial.

Análise estatística

Na análise estatística dos dados usamos o programa informático IBM SPSS versão 23.0.

Numa primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo, realizando-se uma análise exploratória univariada dos dados, recorrendo a medidas de tendência central, de dispersão, achatamento e simetria, existência de outliers e a normalidade das distribuições.

Numa segunda fase, de forma a avaliar a eficácia do programa de reabilitação pulmonar na "Qualidade de vida", "Ansiedade a "Função Respiratória", recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas em virtude do número reduzido da amostra em estudo.

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95 %.

Aspetos Éticos

No percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação, assim como a garantia da máxima confidencialidade nas fases posteriores, de recolha e de tratamento de informação.

O estudo foi apresentado, explicando os objetivos, tempo de investigação, as finalidades dos resultados e a possibilidade de desistência em qualquer fase, obtendo o consentimento informado e garantindo o sigilo e a confidencialidade dos dados.

A aplicação dos questionários foi autorizada por parte da comissão de ética.

Figura 3 - Caracterização Sócio-Demográfica da amostra

Características Socio-Demográficas	Frequências	
	n°	%
n= 30		
Sexo		
Feminino	18	60.9%
Masculino	12	39.1%
Idade		
Média:	53,3 (±16,7) anos	
Estado Civil		
Casados	18	60.9%
Divorciados	2	8.7%
Solteiros	3	13.0%
Viúvos	6	17.4%
Habilitações Literárias (n= 23)		
4ª Classe	13	43.5%
5ª Classe	2	4.3%
9º Ano	3	8.7%

10º Ano	2	4.3%
12º Ano	6	21.7%
Licenciatura	4	17.4%
Grau de Obstrução		
FEV1%	47,3%	
Índice de Tiffeneau		

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 30 participantes sendo que a maioria do sexo feminino (60,9%), sendo 39,1% do sexo masculino, com idade mediana de 53,3 (\pm 16,7) anos.

Para melhor explanação dos resultados obtidos iremos proceder à análise individual de cada uma das variáveis em estudo.

Qualidade de vida

Relativamente à variável “Qualidade de vida” subdividimos a nossa análise em:

- Score total da SGQR
- Score das Subescalas “Sintomas”, “Atividades”, “Impacto”

Figura 4 - Variável Qualidade de vida

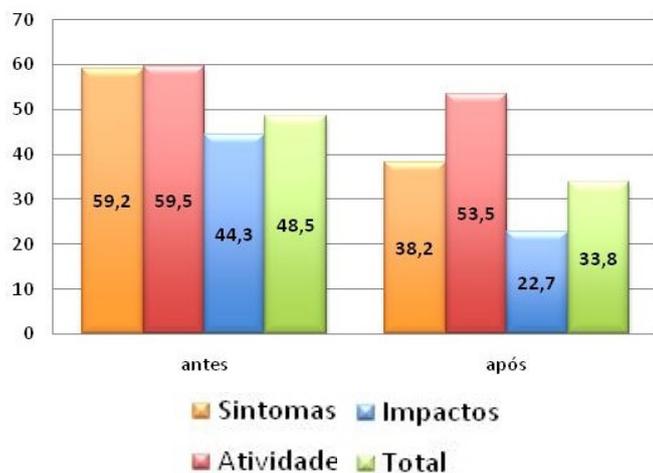


Figura 5 - Variável Qualidade de vida: Resultados Estatísticos

	Saint George Respiratory Questionnaire			
	Antes	Depois	Valor p	Variação
Sintomas				
Mediana	59.15	38.2	042*	20.95
Interquartil 25-75	23.7-68.6	18.4-57.8		
Atividade				
Mediana	59.5	53.53	.009*	5.97
Interquartil 25-75	41.7-87.2	35.6-73.4		
Impacto				
Mediana	44.3	22.7	.026*	21.6
Interquartil 25-75	14.1-62.2	15.2-52.5		
Total				
Mediana	48.5	33.8	.003*	14.7
Interquartil 25-75	23-69.1	20.3-64.5		

* Estatisticamente significativo

Escala Total

Foi observada uma diferença de -14,7 pontos após a reabilitação respiratória relativamente aos valores basais (valor antes=48,5; valor depois a=33,8). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no valor total da escala ($p=0,003$) (Figura 5)

Score das Subescalas “Sintomas”, “Atividades”, “Impacto”

Após o programa de reabilitação os participantes expressaram melhorias estatisticamente significativamente em todas as dimensões avaliadas.

Também foi encontrada melhoria clinicamente significativa (variação de score superior a 4) na Escala Total e em todas as subescalas

Ansiedade

Os resultados evidenciam que relativamente a “Ansiedade”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$) quando comparamos os resultados dos questionários antes e depois do programa de reabilitação. Sendo a variação entre as duas avaliações de 3 pontos. (Figura 6)

Figura 6 - Variável Ansiedade: Resultados Estatísticos

	Hospital Anxiety and Depression Scale			Variação
	Antes	Depois	Valor p	
Sub-escala ansiedade				
Mediana	9	6	.001*	3
Interquartil 25-75	6-11	5-9		

* Estatisticamente significativo

Função respiratória

Os valores da função respiratória não sofreram alterações com significado estatístico nos valores da gasometria arterial e das provas funcionais respiratórias.

Figura 7: Variável Função Respiratória: Resultados Estatísticos

	Antes	Depois	valor p
Gasometria arterial			
SatO₂			
Mediana	93,7	94,8	,778
Interquartil 25-75	93,2-96,7	93,4-96,8	
pO₂			
Mediana	69,4	74,2	,127
Interquartil 25-75	63,5-81,1	65,9-83,9	
pCO₂			
Mediana	42,7	40,5	,177
Interquartil 25-75	37,5-47,6	35,2-46,2	
Provas Funcionais Respiratórias			
VEMS%			
Mediana	42	37,7	,615
Interquartil 25-75	33-61,5	31-57	
CVF%			
Mediana	67,9	70,8	,390
Interquartil 25-75	58-87	49,5-91,9	
VR%			
Mediana	180	183	,338
Interquartil 25-75	139-216	149-233,5	
Índice de Tiffeneau			
Mediana	56,5	54,7	,670
Interquartil 25-75	42-64,1	40,9-54,7	

DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu avaliar o efeito de um programa de reabilitação respiratória sobre a qualidade de vida, a ansiedade e a função respiratória em pessoas com bronquiectasias.

A interpretação global dos dados recolhidos por esta investigação demonstrou a obtenção de benefícios claros, nomeadamente ao nível da redução dos níveis de ansiedade e ao aumento da qualidade de vida. Por outro lado, relativamente à função respiratória os dados recolhidos demonstram não haver uma melhoria estatisticamente significativa.

Para facilitar a discussão iremos às questões de investigação formuladas:

1. De que forma a reabilitação pulmonar interfere na qualidade de vida dos doentes com bronquiectasias?

As bronquiectasias foram descritas como uma doença órfã das vias aéreas.^(1,12) Duas décadas após muito pouca investigação foi realizada acerca da eficácia da maioria dos tratamentos efetuados, incluindo também a reabilitação pulmonar.^(3,6,13)

Por outro lado, a reabilitação respiratória que inicialmente emergiu como recomendação de tratamento para pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica é agora mandatário no tratamento de outras doenças respiratórias crónicas incluindo as bronquiectasias.^(8,12)

Os padrões de exercício conjugados com o autocuidado constituem uma intervenção efetiva e altamente eficaz, levando a redução de exacerbações com a subsequente redução da hospitalização e aumento da qualidade de vida.^(5,14)

Muito embora entidades diferentes as bronquiectasias e a DPOC apresentam semelhanças consideráveis, quer ao nível do envolvimento pulmonar como também ao nível da musculatura periférica, tolerância ao esforço, estado nutricional e impacto na qualidade de vida.^(3,12-13)

Santomato em 2012 confirma a eficácia dos programas de reabilitação pulmonar em pessoas com bronquiectasias e afirma que o seu impacto na qualidade de vida seja tão eficaz como em doentes com DPOC.⁽¹⁴⁾

Num estudo retrospectivo em 2011 Ong et al. demonstra que a reabilitação respiratória em pessoas com bronquiectasias aumenta significativamente a tolerância ao esforço bem como a qualidade de vida, sendo comparável com o grupo de doentes com DPOC submetido ao mesmo programa de reabilitação.⁽¹⁵⁾

Diferentes níveis de disfunção respiratória podem ser encontrados em doentes com bronquiectasias podendo estes ser traduzidos em obstrutivos, restritivos ou mistos.⁽¹⁶⁾ De acordo com os resultados obtidos a sua amostra apresentava obstrução ligeira nas grandes vias aéreas e obstrução severa nas pequenas vias aéreas. Estes resultados sugerem que os dados da função respiratórias dos doentes com bronquiectasias mostram existir uma limitação de fluxo de ar provavelmente devido a inflamação crónica ou destruição da parede brônquica.^(3,12)

No nosso estudo a disfunção respiratória traduziu um padrão obstrutivo moderado com valores médios no

início do tratamento da FEV1 e do índice de Tiffeneau de 47,2 e 53,7 respetivamente.

A avaliação da qualidade de vida, revelou uma melhoria clinicamente significativa (Δ superior a 4 pontos) do score total da escala de 8,73, bem como dos scores de cada uma das três subescalas: sintomas 9,40; atividade 9,01 e impactos 8,40.

Os dados obtidos revelam, um score total de 48,4 (\pm 23,1) e scores parciais de 62,9 (\pm 24,9) para a subescala Atividade, 49,4 (\pm 25,3) para a subescala Sintomas e 39,7 (\pm 23,8) para a subescala Impacto.

Estes valores são globalmente menores do que os alcançados por Martinez-Garcia em 2005⁽¹⁷⁾ Esta variação pode ser explicada pelo valor médio da FEV1 desse estudo ($60 \pm 19,4$) ser bastante superior ao apresentado no nosso estudo (FEV1 $47,2 \pm 19,9$) refletindo um menor grau de obstrução.⁽¹⁷⁾

A inclusão de treino dos músculos inspiratórios no nosso programa de reabilitação vai de encontro ao trabalho de Newall em 2005, que concluiu que ainda pessoas submetidas a programas de reabilitação respiratória com treino de músculos inspiratórios. Este estudo apresentou como resultado uma melhoria bastante significativa na qualidade de vida, traduzida no aumento médio de 7,7 pontos no score total, mantendo-se esses resultados por um período de 3 meses após o final do programa.⁽¹⁸⁾

2. De que forma a reabilitação pulmonar interfere na ansiedade dos doentes com bronquiectasias?

Os resultados obtidos no nosso estudo mostram uma redução estatisticamente significativa dos valores da ansiedade entre o início e o final do programa de reabilitação respiratória.

Não se encontrou, todavia, diferença significativa entre o grau de obstrução pulmonar (medido pelo FEV1%) e a ansiedade, o que sugere que a gravidade da doença pulmonar, no respeitante ao impacto sobre a ansiedade, está relacionada com aspetos subjetivos e vivências individuais de cada pessoa.⁽¹⁹⁾

A ansiedade como entidade clínica passou a ser incluída nos principais estudos realizados em doentes com patologia pulmonar crónica elaborados nos últimos anos, uma vez que se verificou que a prevalência de distúrbios de ansiedade entre pessoas com patologia respiratória crónica é superior à da população geral.⁽²⁰⁾ A explicação pode estar nas situações de hiperventilação e dos sintomas de dispneia que são características de ataques de pânico e descontrolo e também de patologia respiratória com padrão obstrutivo.⁽¹⁹⁾

A dispneia é o sintoma mais limitativo nas pessoas com patologia pulmonar de padrão obstrutivo podendo também ser considerada a mais importante para determinar o impacto da doença na qualidade de vida. Existe de facto uma relação estreita entre a dispneia, ou melhor, o receio de desencadear um episódio de dispneia e a ansiedade.⁽²¹⁻²³⁾

Existe uma ampla base de consenso acerca do papel fundamental da reabilitação respiratória na gestão da doença respiratória crônica de cariz obstrutivo não somente porque reduz a ansiedade, mas especialmente porque reduz a dispneia e a fadiga, aumenta a tolerância ao exercício aumentando desta forma a qualidade de vida.

Coventry publicou em 2007 uma revisão sistemática onde conclui que os programas de reabilitação pulmonar com três sessões por semana que incluam programas de exercício físico e programas educacionais reduzem a ansiedade ligeira a moderada em doentes com DPOC GOLD C.⁽²⁴⁾

A nossa investigação concluiu existir uma melhoria significativa da ansiedade após o programa de reabilitação pulmonar havendo uma redução média de aproximadamente dois pontos na escala HADS, posicionando-se o resultado total na amostra num valor inferior ao ponto de corte da escala.

3. De que forma a reabilitação pulmonar interfere na função respiratória dos doentes com bronquiectasias?

As bronquiectasias são a expressão patológica de uma grande variedade de doenças.⁽¹⁾

São caracterizadas por obstrução do fluxo aéreo, tosse, expectoração, infeções respiratórias de repetição, dispneia associada com diminuição da qualidade de vida e redução da tolerância ao esforço.⁽¹⁴⁾ Tal como na DPOC as causas da dispneia e a redução da tolerância ao exercício são multifatoriais incluindo trocas ineficazes de gases, perda de massa muscular e presença de grandes quantidades de muco.^(13,16)

Uma vez que as bronquiectasias são caracterizadas por uma deficiência no *clearance* mucociliar, as técnicas de limpeza das vias aéreas são amplamente defendidas como parte fundamental na rotina diária destas pessoas.⁽²⁾

A impactação das vias respiratórias com quantidades consideráveis de expectoração está associada a atelectasias, bem como a deterioração da função respiratória e dos valores gasométricos, que melhoram com a mobilização de secreções ou aspiração. No entanto, a relação entre a remoção de secreções brônquicas e a melhoria da função respiratória ainda não está completamente estabelecida.⁽²⁵⁾

Existe evidência científica muito escassa que comprove a alteração da função respiratória provocada pelos programas de reabilitação respiratória antes aumenta a quantidade de muco expelido, não alterando os valores da FEV1.^(4,15)

Mandal et al. em 2012, publicou um estudo de 30 doentes, com bronquiectasias de etiologia não fibrose pulmonar, submetidos a um programa de reabilitação pulmonar de 8 semanas, bi-diário e concluiu que não houve melhoria nos valores de FEV1, FVC, IT.⁽²⁶⁾

Murray em 2009 concluiu num estudo de 20 doentes com bronquiectasias de etiologia não fibrose pulmonar não existir variação dos valores do FEV1, FVC, FEF_{25-75%}, MIP,

MEP ou exacerbações quando submetidos a um programa de reabilitação de 12 semanas. Todavia este programa foi ligeiramente diferente do apresentado no nosso estudo uma vez que incluía sessões bi-diárias.⁽²⁷⁾

Newall em 2005 estudou 32 doentes com bronquiectasias de etiologia idiopática e concluiu após um programa de reabilitação de 8 semanas, 3 vezes por semana não existirem alterações estatisticamente significativas nos valores de FEV1, FVC, IT, RV, TLC.⁽¹⁸⁾

Santomato publicou um estudo com uma amostra reduzidíssima (3 doentes) e período de reabilitação pulmonar de 20 semanas, 3 vezes por semana chegando também à conclusão de que não existem diferenças significativas entre os valores espirométricos.⁽¹⁴⁾

Van Zeller numa coorte de 41 doentes num período de 12 semanas, 3 vezes por semana concluiu existir um impacto positivo da reabilitação pulmonar na função pulmonar em certos grupos de doentes com bronquiectasias.⁽²⁵⁾

O nosso estudo não encontra ganhos estatisticamente significativos na função respiratória após o programa de reabilitação pulmonar, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas nos valores de FEV1%, CVF%, VR%, IT%, TLC%.

Relativamente aos valores da gasometria arterial não existiram variações estatisticamente significativas nos valores de PaO₂, PaCO₂, SatO₂.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste estudo permitem-nos concluir que a reabilitação pulmonar aumenta a qualidade de vida, reduz significativamente a ansiedade e não altera a função respiratória em pessoas com Bronquiectasias.

Em conclusão, os resultados alcançados permitem-nos inferir claramente que um programa de reabilitação respiratória, no qual os princípios da prescrição de exercícios e de mudança comportamental foram derivados da DPOC, é uma abordagem válida também para pessoas com bronquiectasia não fibrose quística, podendo representar um dos poucos tratamentos disponíveis com potencial para modificar o curso da doença e o seu prognóstico sendo um complemento barato para os cuidados médicos já existentes.

No entanto, mais investigações, nomeadamente estudos randomizados controlados são necessários para para otimizar os programas de treinamento, mantendo o benefício a longo prazo.

REFERENCIAS

1. Amorim A, Roldan JG. Bronquiectasias: será necessária a investigação etiológica?. Rev Port Pneumol. 2011 Jan 1;17(1):32-40.
2. Zanini A, Aiello M, Adamo D, Cherubino F, Zampogna E, Sotgiu G, Chetta A, Spanevello A. Effects of pulmonary rehabilitation in patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis: a retrospective analysis of clinical and functional predictors of efficacy. Respiration. 2015;89(6):525-33.

3. McShane PJ, Naureckas ET, Tino G, Strek ME. Non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013 Sep 15;188(6):647-56.
4. Pasteur MC, Bilton D, Hill AT. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. *Thorax*. 2010 Jul 1;65(Suppl 1):i1-58.
5. Lee AL, Hill CJ, McDonald CF, Holland AE. Pulmonary Rehabilitation in Individuals With Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017 Apr 1;98(4):774-82.
6. Niksarlioglu EY, Özkan G, Günlüoğlu G, Uysal MA, Gül S, Kilic L, Yeter A, Çamsarı G. Factors related to depression and anxiety in adults with bronchiectasis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:3005-10.
7. Kelly C, Spencer S, Grundy S, Lynes D, Evans DJ. Self-management for non-cystic fibrosis bronchiectasis. The Cochrane Library. 2017 Jan 31.
8. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, Hill K, Holland AE, Lareau SC, Man WD, Pitta F. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013 Oct 15;188(8):e13-64.
9. Ferreira D, Teodoro A, Gaspar L, et al. Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2018.
10. Jones PW. St George's Respiratory Questionnaire Manual. London: St George's, University of London. 2009 Junho.
11. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2007 Mar 1;12(2):225-37.
12. Maiz Carro L, Diez M. Manual de Bronquiectasias. *Neumo*. 2009; 1: 9-17.
13. Holland AE, Wadell K, Spruit MA. How to adapt the pulmonary rehabilitation programme to patients with chronic respiratory disease other than COPD. *Eur Respir Rev*. 2013;22(130):577-86.
14. Santamato A, Ranieri M, Panza F, Frisardi V, Marvulli R, Filoni S, Cisari C, Fiore P. Pulmonary rehabilitation for patients with bronchiectasis. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2012 Jun;48(2):293-8.
15. Ong HK, Lee AL, Hill CJ, Holland AE, Denehy L. Effects of pulmonary rehabilitation in bronchiectasis: a retrospective study. *Chronic Respir Dis*. 2011 Feb;8(1):21-30.
16. Drain M, Elborn J. Assessment and investigation of adults with bronchiectasis Monograph ER, editor.; 2011.
17. Martínez-García MA, Perpiñá-Tordera M, Román-Sánchez P, Soler-Cataluña JJ. Quality-of-life determinants in patients with clinically stable bronchiectasis. *Chest*. 2005 Aug 1;128(2):739-45.
18. Newall C, Stockley RA, Hill SL. Exercise training and inspiratory muscle training in patients with bronchiectasis. *Thorax*. 2005 Nov 1;60(11):943-8.
19. Gao YH, Guan WJ, Zhu YN, Chen RC, Zhang GJ. Anxiety and depression in adult outpatients with bronchiectasis: Associations with disease severity and health-related quality of life. *Clin Respir J*. 2018 Apr;12(4):1485-94.
20. Moreno RM, Vasconcelos GF, Cisneros C, Gómez-Punter RM, Calvo GS, Ancochea J. Presence of anxiety and depression in patients with bronchiectasis unrelated to cystic fibrosis. *Arch Bronconeumol. (English Edition)*. 2013 Oct 1;49(10):415-20.
21. Yohannes AM, Junkes-Cunha M, Smith J, Vestbo J. Management of Dyspnea and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Critical Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Dec;18(12):1096-e17.
22. Olveira C, Olveira G, Gaspar I, Dorado A, Cruz I, Soriguer F, Quittner AL, Espildora F. Depression and anxiety symptoms in bronchiectasis: associations with health-related quality of life. *Qual Life Res*. 2013 Apr 1;22(3):597-605.
23. Halpin D, Hyland M, Blake S, Seamark C, Pinnuck M, Ward D, Whalley B, Greaves C, Hawkins A, Seamark D. Understanding fear and anxiety in patients at the time of an exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *JRSM open*. 2015 Nov 18;6(12):2054270415614543.
24. Coventry PA, Hind D. Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2007 Nov 1;63(5):551-65.
25. van Zeller M, Mota PC, Amorim A, Viana P, Martins P, Gaspar L, Hespanhol V, Gomes I. Pulmonary rehabilitation in patients with bronchiectasis: pulmonary function, arterial blood gases, and the 6-minute walk test. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2012 Sep 1;32(5):278-83.
26. Mandal P, Sidhu MK, Kope L, Pollock W, Stevenson LM, Pentland JL, Turnbull K, Mac Quarrie S, Hill AT. A pilot study of pulmonary rehabilitation and chest physiotherapy versus chest physiotherapy alone in bronchiectasis. *Respir Med*. 2012 Dec 1;106(12):1647-54.
27. Murray MP, Pentland JL, Hill AT. A randomised crossover trial of chest physiotherapy in non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Eur Respir J*. 2009 Nov 1;34(5):1086-92.

REVISÕES DA LITERATURA CIENTÍFICA: TIPOS, MÉTODOS E APLICAÇÕES EM ENFERMAGEM

REVISIONES DE LA LITERATURA CIENTÍFICA: TIPOS, MÉTODOS Y APLICACIONES EN ENFERMERÍA

REVIEWS OF THE SCIENTIFIC LITERATURE: TYPES, METHODS AND APPLICATIONS IN NURSING

Luís Manuel Mota De Sousa^{1,2}; Cristiana Furtado Firmino^{2,3}; Cristina Maria Alves Marques-Vieira^{4,5}; Sandy Silva Pedro Severino²; Helena Castelão Figueira Carlos Pestana²

1 - Hospital Curry Cabral; 2 - Escola Superior de Saúde Atlântica; 3 - Hospital CUF Infante Santo; 4 - Escola de Enfermagem de Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 5 - Centro de Investigação Interdisciplinar da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

RESUMO

Introdução: O interesse da Enfermagem pela metodologia de revisões da literatura tem vindo a aumentar, constituindo-se métodos que permitem uma prática baseada na evidência científica.

Objetivo: Caracterizar os diferentes tipos de revisões da literatura e descrever etapas principais de uma revisão sistemática da literatura.

Material e métodos: Revisão narrativa da literatura. Pesquisa em bases de dados nas seguintes plataformas Google Académico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), EBSCO Host, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As palavras-chave: metanálise; medicina baseada em evidências; literatura de revisão como assunto; metodologia, nos idiomas inglês e português.

Resultados: Foram descritas 14 tipos de revisões e analisadas de acordo com o tipo de pesquisa, avaliação da qualidade metodológica dos artigos incluídos, síntese da informação colhida e análise global dos dados. Foram apresentadas as vantagens e desvantagens de cada tipo e descritos os principais passos de uma revisão sistemática da literatura.

Conclusões: A revisão sistemática da literatura é um dos alicerces para prática baseada em evidência, uma vez que agrega uma grande quantidade de informações num único estudo.

Palavras chave: metanálise; medicina baseada em evidências; literatura de revisão como assunto; metodologia; enfermagem de reabilitação.

RESUMEN

Introducción: El interés de la enfermería por la metodología de revisiones sistemática de la literatura ha aumentado, ya que se constituye un método que permite una práctica basada en la evidencia científica.

Objetivo: Caracterizar los diferentes tipos de revisión de la literatura y describir etapas principales de una revisión sistemática de la literatura.

Material y métodos: Revisión narrativa de la literatura. Búsqueda en bases de datos en las siguientes plataformas Google Académico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), EBSCO Host, y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Las palabras clave: *meta-analysis*; *evidence-based medicine*; *review literature as topic*; *methodology*, en Inglés y portugués.

Resultados: Se describieron 14 tipos de revisiones que fueron analizadas de acuerdo con el tipo de investigación, evaluación de la calidad metodológica de los artículos incluidos, síntesis de la información recolectada y análisis global de los datos. Han sido presentadas las ventajas y desventajas de cada tipo y descritos los principales pasos de una revisión sistemática de la literatura.

Conclusiones: La revisión sistemática de la literatura es el fundamento para la práctica basada en la evidencia, ya que agrega una gran cantidad de información en un único estudio.

Palabras clave: metanálisis; medicina basada en evidencias; literatura de revisión como asunto; metodología; enfermería de rehabilitación

ABSTRACT

Introduction: The interest of nursing in the methodology of systematic review of the literature has been increasing, since it constitutes a method that allows a practice based on scientific evidence with scientific rigor.

Objective: To characterize the different types of literature review and to describe the main steps of a systematic review of the literature

Material and methods: Narrative review of the literature. Database search on the following platforms: Google Academic, Scientific Electronic Library Online (SciELO), EBSCO Host, and Virtual Health Library (VHL). Keywords: meta-analysis; evidence-based medicine; review literature as topic; methodology, in the English and Portuguese languages.

Results: fourteen types of reviews were described and analyzed according to the type of research, evaluation of the methodological quality of the articles included, synthesis of the information collected and global analysis of the data. The advantages and disadvantages of each type and the main steps of a systematic review of the literature were presented.

Conclusions: A systematic review of the literature is the foundation for evidence-based practice, since it aggregates a large amount of information in a single study.

Keywords: metaanalysis; evidence-based medicine; review literature as subject; methodology; rehabilitation nursing

INTRODUÇÃO

As revisões da literatura têm sido cada vez mais utilizadas pelos profissionais de saúde para assimilar os resultados dos estudos no âmbito dos cuidados de saúde.¹

Entre as várias revisões, a revisão sistemática da literatura (RSL) é definida como um método sistemático, explícito e reproduzível que permite identificar, avaliar e sintetizar os estudos realizados por investigadores, académicos e profissionais de saúde.² Esta metodologia parte de uma pergunta claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente os estudos, além disso, permite colher e analisar os dados dos estudos que foram incluídos na revisão.¹

Apesar deste método de síntese da literatura ter tido maior expressão nos últimos anos, não é uma ideia recente. James Lind, em 1753, realizou o primeiro ensaio clínico aleatório, reconheceu o valor dos métodos sistemáticos para identificar, extrair e avaliar as informações de estudos de modo a evitar interpretações tendenciosas da investigação.³⁻⁴

Os principais marcos históricos que se seguiram a nível da RSL são 1904 em que Pearson publica uma revisão histórica sobre os efeitos das vacinas contra a febre tifoide; em 1976, Glass cunha o termo "meta-análise"; 1984 Light e Pillemer referem sumarização dos resultados; 1987 Mulrow publica um artigo de revisão médica sobre o estado da ciência; 1989 Enkin e colegas publicam os cuidados eficazes na gravidez e parto; 1992 Antman e colegas ilustraram o valor da acumulação de resultados; 1993 lançamento da *Cochrane Collaboration*; 1994 criação do UK NHS Centre for *Reviews and Dissemination*; e 2000 criação da Fundação da *Campbell Collaboration*.³

A revisão da literatura^{3,10} pode assumir diferentes expressões relacionadas com o grau de sistematização e função a que se destinam. Contudo, a RSL tem por base um método explícito, claro e padronizado para que possa ser reproduzido, que descreve *a priori* de forma rigorosa como deverá ser feita o seu planeamento.³⁻⁵

A utilização da RSL, possibilita "fazer um balanço" e ter a fotografia do conhecimento produzido até ao momento, identificar oportunidade ainda não exploradas e realizar um projecto de investigação inovador, em síntese possibilita conhecer o "estado de arte". Por outro lado, esta permite verificar uma hipótese específica, de modo a seleccionar ferramentas, instrumentos ou escalas que são úteis para conduzir a investigação e ainda conhecer lacunas nos estudos, indicar tópicos inexplorados ou ajudar a formular questões de investigação.³

As características chave de uma RSL são: definição clara dos objectivos com base em critérios de elegibilidade pré-definidos para estudos; metodologia explícita e reproduzível; procura sistemática que tenta identificar todos os estudos que cumpram os critérios de elegibilidade; avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos, por exemplo, através de a avaliação

do risco de viés; e apresentação sistemática e síntese das características e dos achados dos estudos incluídos.⁶ Destaca-se o facto de ser reproduzível, o que dá ênfase à necessidade de clareza de cada uma das etapas.

É objectivo deste artigo apresentar os diferentes tipos de revisão da literatura e descrever etapas principais de uma RSL.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura⁷, de modo a obter-se uma síntese sobre as várias tipologias de revisão sistemáticas, assim como as suas características e funções no contexto da enfermagem.

Os artigos incluídos foram obtidos através das plataformas: Google Académico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), EBSCO Host e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foi possível aceder às bases de dados: IBECs; CINAHL Complete; *Library, Information Science & Technology Abstracts* e MEDLINE Complete.

Os títulos de assuntos e termos livres foram: 1. (Meta-Analysis/ Metanálise) AND (*Evidence-Based Medicine/ Medicina Baseada em Evidências*) AND 2. (*Review/revisão*) OR (*Review Literature as Topic/literatura de revisão como assunto*) AND (*Methodology /Metodologia*).

Quanto aos critérios de inclusão foram: Idioma (português, inglês e espanhol); Disponibilidade (texto integral), todo o tipo de artigos e livros. Foram ainda consideradas as referências desses artigos ou livros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As revisões da literatura podem ser nomeadas como: Revisão crítica; Revisão integrativa; Revisão da literatura; Revisão de mapeamento/mapa sistemático; Meta-análise; Revisão de estudos mistos/revisão de métodos mistos; Visão geral; Revisão sistemática qualitativa/ síntese de evidências qualitativas; Revisão rápida; *Scoping review*; Revisão do estado da arte; Revisão sistemática; Revisão sistematizada; Pesquisa e revisão sistemáticas; e Revisão de guarda-chuva.^{3,8}

A revisão crítica da literatura visa demonstrar que foi feita uma pesquisa da literatura extensiva e que foi avaliada criticamente a sua qualidade.⁸ No sentido de ajudar a esta avaliação, estão disponíveis orientações para avaliar criticamente a qualidade dos estudos com desenho qualitativo.⁹

A revisão integrativa da literatura permite a combinação de investigação primária e secundária, após a avaliação da qualidade metodológica e é constituída por seis fases distintas: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos seleccionados / categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;

5) Interpretação dos resultados e, 6) Apresentação da revisão / síntese do conhecimento.^{10,11}

As etapas de uma revisão da literatura narrativa ou também denominada de tradicional são: seleção de um tema de revisão; pesquisa na literatura; seleção/recolha, leitura e análise da literatura; redação da revisão; e referências.¹² Os artigos de revisão podem abranger vários assuntos e podem incluir resultados de investigação. Por apresentar uma descrição muito ampla, não é possível a generalização.⁸

As etapas da revisão de mapeamento ou mapa sistemático são: 1) Estabelecimento de uma equipa de revisão e envolvimento dos *stakeholders*; definição do alcance e da questão; definição de critérios de inclusão dos estudos; abrangência dos estudos; desenvolvimento; e publicação de protocolos; 2) Busca de evidências; 3) Seleção de evidências; 4) Codificação; produção de uma base de dados de mapas sistemáticos; 5) Avaliação crítica (opcional); 6) Descrição e visualização dos resultados; relatório de produção; e informações de apoio.¹³ Esta revisão permite mapear e categorizar a literatura existente sobre um assunto específico, através da identificação das lacunas na literatura e da justificação da realização de mais revisões e/ou estudos primários.^{3,8}

A meta-análise é uma técnica que combina estatisticamente os resultados de estudos primários de modo a encontrar um efeito mais preciso dos resultados, diminuindo o enviesamento e aumentando a objetividade, robustez e correlações dos resultados.^{8,14} A *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) for Protocols* consiste numa lista de verificação de 17 itens destinada a facilitar a preparação e elaboração de relatórios de um protocolo robusto para a revisão sistemática.¹⁴ A última atualização das recomendações da PRISMA apresenta 27 itens de verificação, o que permite melhorar a qualidade do relatório como da qualidade metodológica.¹⁵

A revisão de métodos mistos pode-se referir a qualquer combinação de métodos em que pelo menos um dos componentes é uma revisão bibliográfica (geralmente sistemática). Por exemplo, pode incluir uma revisão sistemática acompanhada por entrevistas ou por uma consulta aos *stakeholders*.^{3,8}

Uma revisão de visão geral é um termo genérico de descrever uma revisão da literatura médica. Como tal, pode ser usado para muitos tipos diferentes de revisão da literatura, com diferentes graus de sistematicidade.^{8,16}

As revisões qualitativas, conforme o manual da *Cochrane Collaboration's handbook* e Centre for

Reviews and Dissemination methodologies, estão a ganhar gradualmente mais peso.^{3,8} Integram também estudos primários, aplicados de forma criteriosa e uniforme, mas não combinada estatisticamente. Encontram a sua génese no aprofundamento da interação humana e nas experiências individuais. Utilizada em trabalhos de investigação sobre atitudes, crenças, preferências e experiências de vida.¹⁷

Os métodos de revisão rápida foram considerados por alguns autores como uma indesejável necessidade de decisões baseadas em evidências. Este tipo de revisão permite fazer uma avaliação do que já se sabe sobre uma questão de política ou prática, usando métodos de revisão sistemática para pesquisar e avaliar criticamente a literatura existente.^{8,18}

A revisão *scoping* fornece uma avaliação preliminar do tamanho potencial e a extensão da literatura de investigação disponível. Destina-se a identificar a natureza e a abrangência das evidências.^{8,19}

A revisão do estado da arte centra-se em assuntos mais atuais. Esta revisão pode oferecer novas perspectivas sobre uma questão ou destacar uma área que precisa de mais investigação.^{3,8}

A revisão sistemática é o tipo de revisão mais conhecida. A procura sistemática para, avaliar e sintetizar evidências de estudos, muitas vezes aderindo às diretrizes sobre a condução de uma revisão fornecida pela *Cochran Collaboration*.^{3,8}

A revisão sistemática e pesquisa combina os pontos fortes de uma revisão crítica com um processo de pesquisa abrangente. Normalmente, este tipo de revisão aborda questões amplas e o resultado é uma síntese de melhor evidência.^{3,8}

As revisões sistematizadas tentam incluir um ou mais elementos do sistemático processo de revisão, não sendo consideradas uma verdadeira revisão sistemática. Habitualmente é realizada por um estudante de pós-graduação.⁸

A revisão guarda-chuva (também denominada de revisão de cobertura) utiliza apenas unidades de análise extraídas das revisões sistemáticas e meta-análise. Deverá obedecer a um protocolo de revisão por pares e às ferramentas disponíveis para avaliar a síntese de pesquisa, que deve ser explícito, claro e objetivo.^{8,20}

De um modo geral, os métodos utilizados numa revisão compreendem a condução da revisão em quatro etapas: Pesquisa (procura e seleção dos estudos), avaliação, síntese e análise.^{3,8,21} Seguidamente são apresentados os principais tipos de revisão da literatura e serão analisadas com base nestas quatro etapas (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização do tipo de revisão da literatura.

Tipo de Revisão	Descrição	Pesquisa	Avaliação	Síntese	Análise
Revisão crítica	Tem o objetivo de demonstrar investigação extensiva e avaliação crítica de qualidade. Permite incluir o grau de análise e inovação conceitual. Habitualmente resulta em hipótese ou modelo.	Procura identificar os itens mais significativos no campo.	Não. Avalia apenas através de contributos.	Narrativa. Conceptual. Cronológica.	Procura identificar a contribuição conceitual para incorporar teoria existente ou obter teoria nova.
Revisão integrativa	Utiliza o tipo mais amplo de métodos de revisão de investigação, permitindo a inclusão de investigações experimentais e não experimentais, a fim de compreender mais amplamente um fenómeno. As revisões integrativas podem combinar dados da literatura teórica e empírica.	Pesquisa abrangente para identificar o número máximo de fontes primárias elegíveis, utilizando duas ou mais estratégias.	Relatórios codificados de acordo com a qualidade mas podem não ser excluídos.	Tabulares (matrizes, gráficos, gráficos ou redes) Narrativa	Criatividade, análise crítica de dados e apresentação de dados são a chave para comparação e identificação de padrões e temas importantes.
Revisão de literatura	Consiste na análise da literatura recente ou atual. Pode abranger uma ampla gama de assuntos em vários níveis de abrangência. Pode incluir os resultados da pesquisa.	Possivelmente compreensiva/ extensa.	Possível.	Narrativa.	Cronológico, conceptual, temático, entre outros.
Revisão de mapeamento/mapa sistemático	Mapeia e categoriza a literatura existente a partir de revisões e / ou pesquisas primárias, identificando lacunas na literatura de pesquisa.	A pesquisa é feita de acordo com o tempo disponível.	Não.	Gráfico. Tabular.	Caracteriza a quantidade e a qualidade da literatura. Pode identificar a necessidade de pesquisa primária /secundária.
Meta análise	Combina estatisticamente os resultados de estudos quantitativos para fornecer um efeito preciso dos resultados.	Exaustiva e compreensiva. Poderá utilizar gráfico de funil ou floresta	Sim. O que permite determinar inclusão/ exclusão e/ou análises de sensibilidade	Gráfico. Tabular. Narrativa.	Análise numérica.
Revisão de estudos mistos	Combina métodos que incluem componentes de revisão (habitualmente sistemáticos). Combina estudos quantitativos com qualitativos ou então resultado com estudos de processo.	Pesquisa sensível ou estratégias quantitativas e qualitativas separadas.	Sim. São utilizados Instrumentos de avaliação genérica.	Narrativa. Tabular. Gráfico (para integrar estudos quantitativos e qualitativos).	Pode procurar correlações entre características e usar análise de gap para identificar aspectos ausentes na literatura.
Visão geral	Tenta pesquisar literatura e descrever suas características.	Depende de quais sistemáticos são os seus métodos.	Depende de quais sistemáticos são os seus métodos.	Depende de quais sistemáticos são os seus métodos.	Cronológico, conceitual, temático, entre outros.
Revisão sistemática qualitativa / síntese de evidências qualitativas	Integra ou compara descobertas de estudos qualitativos. Procura "temas" ou "constructos" em ou através de estudos individuais.	Seletiva ou intencional.	Habitualmente para tomar a decisão de incluir/excluir.	Síntese qualitativa, narrativa.	Temática e pode incluir modelos conceituais.

Revisão rápida	Avalia o que já se sabe sobre política ou prática, utiliza métodos de revisão sistemática para pesquisar e avaliar criticamente pesquisas existentes.	A pesquisa é feita de acordo com o tempo disponível.	A avaliação é feita de acordo com o tempo disponível.	Narrativa. Tabular.	Quantidade e qualidade geral da literatura/direção do efeito da literatura.
Revisão <i>scoping</i>	Avaliação preliminar do potencial âmbito e abrangência da literatura disponível. Visa identificar a natureza e a extensão das evidências dos estudos (geralmente incluindo investigação em curso).	Como permite o tempo. Pode incluir estudos que estão em curso.	Não.	Narrativa. Tabular.	Quantidade e qualidade da literatura (desenho do estudo e outras características). Tentativa de especificar uma revisão viável.
Revisão do estado da arte	Aborda assuntos actuais. Pode oferecer nova perspectiva sobre a questão ou indicar área para investigações futuras.	Compreensiva (literatura corrente).	Não.	Narrativa. Tabular.	Estados atuais de conhecimento, prioridades para futuras investigações e suas limitações.
Revisão sistemática e pesquisa	Combina os pontos fortes da revisão crítica com o processo de pesquisa abrangente. Aborda questões amplas para produzir "melhor síntese de evidências".	Exaustiva e compreensiva.	Possível.	Narrativa. Tabular.	Permite encontrar o que se sabe e fazer recomendações para a prática.
Revisão sistematizada	Tentativa de incluir elementos do processo de revisão sistemática na revisão sistemática abreviada. Normalmente é feito no trabalho de estudante de pós-graduação.	Pode ou não incluir uma pesquisa abrangente.	Pode ou não fazer a avaliação da qualidade metodológica.	Habitualmente narrativa com recurso a tabulas.	O que é conhecido? Identifica incertezas em torno de descobertas; limitações das metodologias.
Revisão guarda-chuva ou de cobertura	Refere-se à revisão de recolha de evidência de várias revisões num documento acessível e utilizável. O Foco é numa condição ampla ou problema para o qual há intervenções concorrentes e destaca os comentários que abordam essas intervenções e os seus resultados.	Identificação de outras revisões. Não utiliza estudos primários.	Avaliação da qualidade das revisões incluídas.	Gráfica. Tabular e comentários narrativos.	O que é conhecido? Recomendações para a prática. O que permanece desconhecido? Recomendações para futuras investigações.

Fonte: Booth A.³; Grant MJ, Booth A.¹⁰

Uma “abordagem sistemática” refere-se aos elementos/atributos que uma revisão de literatura, quer seja feita individualmente ou coletivamente, tem de apresentar para que seus métodos sejam considerados explícitos e reprodutíveis.³ Neste sentido, a realização de uma revisão sistemática envolve o trabalho de pelo menos dois pesquisadores, que avaliarão, de forma independente, a qualidade metodológica de cada artigo selecionado, a partir de um protocolo de pesquisa⁹ e que seguidamente compararão os resultados obtidos, que caso não haja concordância deverá passar para a etapa seguinte, para que possa ser novamente sujeita a triagem.

As abordagens sistemáticas são evidenciadas tanto a nível da conduta, como na apresentação da revisão da literatura, e são sintetizados na descrição do método. Especificamente, essas abordagens incluem:

- Abordagens sistemáticas para a pesquisa da literatura, como é o caso da revisão *scoping* e revisão de mapeamento;
- Abordagens sistemáticas para avaliação da qualidade da literatura, como numa revisão integrativa;
- Abordagens sistemáticas que permitam realizar a síntese da literatura, como se pode ver em técnicas como meta-etnografia, síntese realista e síntese temática; e
- Abordagens sistemáticas para análise da robustez e validade dos resultados da revisão como na análise de subgrupo, quer qualitativa ou quantitativa, ou na análise de sensibilidade.³

O quadro 2 apresenta os principais tipos de revisão existentes e os mais utilizados no âmbito da saúde, onde são explicitadas as suas vantagens e desvantagens.

Quadro 2 - Vantagens e desvantagens dos vários tipos de revisão.

Tipo de Revisão	Vantagens	Desvantagens
Revisão crítica	Avaliar criticamente a literatura produzida anteriormente. Permite analisar a perspectiva de escolas de pensamento concorrentes, de modo a promover o desenvolvimento conceitual.	Habitualmente não demonstram a sistematicidade de outras abordagens mais estruturadas da literatura. Não há requisito formal para apresentar métodos de busca, síntese e análise explicitamente e não há avaliação formal da qualidade. A síntese é subjetivo e o produto resultante é o ponto de partida de uma nova investigação.
Revisão integrativa	É mais utilizada para a sintetização de resultados sobre um tema ou questão. Fornece uma informação mais ampla sobre determinado assunto ou problema. Quem a utiliza pode combinar dados da literatura teórica e empírica e de elementos experimentais ou quase-experimentais.	A heterogeneidade dos estudos não permite fazer comparações. Utilizam a avaliação da qualidade, mas não como critério de exclusão.
Revisão de literatura	Pretende identificar o que foi realizado anteriormente, permitindo a consolidação, para a construção de trabalhos, evitar duplicação e identificar omissões ou lacunas na literatura produzida.	Não tem uma intenção explícita de maximizar o escopo ou analisar os dados colhidos. As conclusões podem ter viés por provável omissão talvez inadvertidamente, de seções significativas da literatura ou por não questionar a validade dos seus resultados.
Revisão de mapeamento/mapa sistemático	Permite a contextualização de revisões sistemáticas aprofundadas da literatura dentro de uma literatura mais ampla e a identificação de lacunas na base de evidências. São uma ferramenta valiosa para oferecer aos formuladores de políticas, profissionais e pesquisadores um meio explícito e transparente de identificar questões mais restritas sobre políticas e práticas relevantes. Mapas sistemáticos podem caracterizar os estudos de outras maneiras, como na perspectiva teórica, no grupo populacional ou no contexto em que os estudos foram realizados.	São necessariamente restritas no tempo e não possuem a síntese e análise de abordagens mais sistemáticas. Os estudos podem ser caracterizados num amplo nível descritivo e, assim, simplificar demais o quadro ou mascarar considerável variação (heterogeneidade) entre os estudos e suas descobertas. Estas não incluem um processo de avaliação de qualidade; caracterizando estudos apenas com base no desenho do estudo.
Meta análise	Estudos pequenos ou inconclusivos, sem significância estatística, podem, no entanto, contribuir para o quadro mais amplo. Além disso, essas compilações são eficientes em termos de tempo para os decisores, particularmente quando comparadas com o tempo gasto para rever estudos individuais dispersos.	Combinação de estudos que não são suficientemente similares. No entanto esta não é uma crítica da meta-análise em si, mas sim do uso inadequado da meta-análise. Por outro lado, uma meta-análise não pode ser melhor do que seus estudos incluídos [está relacionada com a qualidade dos estudos, “ se entra lixo sai lixo”]
Revisão de estudos mistos	Esta revisão permite capitalizar as fraquezas correspondentes da revisão sistemática e abordagens alternativas mais divergentes da teoria. Permite um entendimento mais holístico de uma determinada intervenção ou condição é convincente. Estas revisões também fornecem um quadro potencialmente mais completo do panorama da investigação numa área específica.	Dificuldade em integrar os resultados de investigações quantitativas e qualitativas. Mais significativas do que essas decisões pragmáticas são questões mais complexas em relação aos desafios teóricos e metodológicos de reunir estudos diferentemente estruturados, abordando questões diferentes, embora relacionadas, e conduzidas dentro de diferentes paradigmas.
Visão geral	Estas podem fornecer um somatório amplo e muitas vezes abrangente de uma área temática e, como tal, tem valor para as pessoas que tem contacto com um assunto pela primeira vez.	Esta é frequentemente usada como uma palavra não-discriminativa para revisões de rigor e qualidade variados. Por essa razão, a <i>Cochrane</i> optou por diferenciar "visão geral sistemática", usada como sinónimo de "revisão sistemática", de outro tipo de visão geral que tipicamente carece tanto de métodos sistemáticos quanto de relatórios explícitos.
Revisão sistemática qualitativa / síntese de evidências qualitativas	Estas revisões podem ser usadas: para explorar barreiras e factores facilitadores na prestação de um serviço; para explorar a perspectiva dos utilizadores; investigar as percepções sobre novos papéis. Este tipo de revisões apresenta uma força considerável em complementar as evidências da	Os métodos para realizar uma revisão sistemática qualitativa ainda estão no início e há um debate considerável sobre quando os métodos ou abordagens específicos são apropriados. Tais debates concentram-se na procura de um modelo dominante para a síntese de evidências qualitativas. Questiona-se se é o clássico método de revisão sistemática ou se é mais apropriado adaptar e adotar conceitos da investigação qualitativa

	investigação. Os achados da investigação qualitativa podem ser mais poderosos do que os comentários isolados.	primária (por exemplo, teoria fundamentada, saturação teórica e amostragem intencional).
Revisão rápida	Elas pretendem ser rigorosas e explícitas no método e, portanto, sistemáticas, mas fazem concessões à extensão ou profundidade do processo, limitando aspectos particulares do processo de revisão sistemática. Esta metodologia identifica várias técnicas legítimas que podem ser usadas para encurtar a escala de tempo. Estes incluem cuidadosamente o foco da questão, usando estratégias de pesquisa mais amplas ou menos sofisticadas, realizando uma revisão das revisões, restringindo a quantidade de literatura cinzenta, extraíndo apenas variáveis-chave e realizando apenas avaliações de qualidade "simples". O revisor escolhe quais etapas limitar e, em seguida, relata explicitamente o efeito provável de tal método.	Reduzir a duração do processo de revisão corre o risco de introduzir vieses. Isso é verdadeiro para qualquer processo de revisão, mas esse risco é acentuado quando as medidas são aceleradas ou mesmo contornadas. Limitar o tempo necessário para a pesquisa pode resultar no viés de publicação, avaliação limitante ou avaliação da qualidade pode colocar uma ênfase desproporcional na investigação de pior qualidade, enquanto a falta de atenção à síntese pode ignorar inconsistências ou contradições. Além disso, a atenção inadequada à questão a ser abordada ou a quantidade e qualidade da literatura que existe num assunto pode resultar numa resposta muito precisa para a pergunta errada ou uma resposta inconclusiva a uma questão mal concebida.
Revisão <i>scoping</i>	Este tipo de revisão é capaz de informar os investigadores se uma revisão sistemática completa é necessária. Esta partilha várias características da revisão sistemática na tentativa de ser sistemática, transparente e replicável.	Estas revisões geralmente não podem ser consideradas como um ponto final por si só, principalmente porque as limitações no seu rigor e as limitações na sua duração conduzem ao potencial de viés. Estas habitualmente não incluem um processo de avaliação de qualidade. Existe o perigo de que os estudos, sem qualidade, sejam usados como base para conclusões. Como consequência, as suas descobertas não podem ser usadas para recomendar políticas ou práticas.
Revisão do estado da arte	Estas revisões são valorizadas por aqueles que são novos numa área ou para aqueles que buscam identificar oportunidades potenciais para investigações futuras. Em vez de ter que ler vários artigos descrevendo desenvolvimentos específicos, o leitor pode ter uma ideia da quantidade e das principais características de um assunto num único artigo de revisão.	Estes métodos são limitados no tempo e podem distorcer o quadro geral de desenvolvimento de um campo. Por exemplo, se um assunto foi extensivamente coberto por pesquisa no passado, mas temporariamente entrou em "remissão", a sua importância pode estar sub-representada simplesmente porque está fora do horizonte temporal estabelecido. Por outro lado, um especialista pode simplesmente fornecer uma perspectiva particularmente idiossincrática e pessoal sobre as prioridades atuais e futuras.
Revisão sistemática e pesquisa	As revisões sistemáticas procuram reunir todos os conhecimentos disponível sobre uma área temática. Nos últimos anos, com o estabelecimento de organizações como a <i>Campbell Collaboration</i> e a <i>Cochrane Qualitative Methods Group</i> , houve uma notável mudança no sentido de incluir uma gama mais ampla de desenhos de estudos, incorporando estudos quantitativos, qualitativos e métodos mistos.	Restringir os estudos para inclusão num único projeto de estudo, como ensaios controlados randomizados, como praticado nos primeiros anos da <i>Cochrane Collaboration</i> , pode limitar a aplicação dessa metodologia para fornecer ideias sobre eficácia, em vez de buscar respostas para perguntas de pesquisa mais complexas; por exemplo, porque é que uma determinada intervenção é eficaz?
Revisão sistematizada	o autor pode pesquisar apenas uma ou mais base de dados e, em seguida, codificar e analisar todos os resultados de modo sistemático. Estas podem ser a base de um trabalho mais extenso, seja como uma dissertação ou um projeto de investigação totalmente financiado.	Esta revisão fica aquém de ter uma abrangência como tem a revisão sistemática. A avaliação e a síntese da qualidade podem ser menos identificáveis. Isso significa que esses processos não são descritos, que são modelados usando um pequeno conjunto de artigos elegíveis ou que estão totalmente ausentes.
Revisão guarda-chuva ou de cobertura	Síntese de revisões sistemáticas que podem ser comparadas. Permite apenas a inclusão de revisões com maior índice de evidência. Permite ao leitor uma rápida visão geral (e uma lista exaustiva) de comentários sobre a decisão.	A principal fraqueza de uma revisão de guarda-chuva é a logística. Para que uma revisão abrangente seja realmente útil, é necessária a pré-existência das revisões de componentes mais restritas.

Fonte: Booth A.³; Grant MJ, Booth A.⁸

Tendo em consideração os 14 tipos de revisão e metodologias associadas aos rótulos revisão sistemática, existem inconsistências ou sobreposições frequentes entre as descrições de tipos de revisão

nominalmente diferentes. Atualmente, não existe consenso internacional sobre os tipos de revisão sérios, coerentes e mutuamente exclusivos. A forma mais pragmática de identificar a qual desses vários tipos uma

revisão é a mais adequada, é através da aplicação dos quatro principais processos associados ao desenvolvimento dessa revisão.^{3,8}

A *Cochrane Collaboration*²² recomenda que uma revisão sistemática seja realizada em 8 (oito) passos: Definição de uma questão de revisão e de critérios para incluir estudos; Procura de estudos; Seleção de estudos e colheita de dados; Avaliação do risco de viés nos estudos incluídos; Análise de dados e realização de meta-análises; Colocação dos vieses no relatório; Apresentar resultados e tabelas com "resumo dos resultados", e por último; Interpretação dos resultados e conclusões.

Outros autores⁹⁻¹⁰ referem sete passos:

1. **Construção do protocolo de pesquisa** para que a revisão siga o mesmo rigor de uma pesquisa primária. Os componentes desse protocolo são: a pergunta da revisão, os critérios de inclusão, as estratégias para buscar as pesquisas, como as pesquisas serão avaliadas criticamente, a colheita e síntese dos dados. O planeamento da revisão é cuidadosamente elaborado e recomenda-se a avaliação do protocolo por um profissional competente, anteriormente ao início da revisão.⁹⁻¹⁰ Recomenda-se o registo do protocolo na plataforma PROSTERO para evitar redundâncias (<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>).
2. **Formulação da pergunta** utilizando o acrônimo PICO,⁹ em que P corresponde à pessoa ou população (*population*), I é a intervenção (*intervention*), C a comparação ou controlo (*comparison/control*) e O é o desfecho ou resultado (*outcomes*). Em alguns casos específicos deverá ser utilizado o acrónimo derivado do PICO.²³
3. **Procura dos estudos** com a definição de descritores, estratégias de pesquisa em cada uma das diversas bases de dados electrónicas (MEDLINE, CINAHL, EMBASE, LILACS, *Cochrane Controlled Trials Database*, *SciSearch*, entre outras).⁹⁻¹⁰
4. **Seleção e revisão dos estudos** com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão predeterminados.⁹⁻¹⁰
5. **Avaliação crítica de cada um dos artigos;** para o efeito devem ser utilizadas as grelhas. Poderão ser utilizados os critérios da *Joanna Briggs Institute* (JBI) de acordo com o desenho do estudo: JBI-QARI para a avaliação qualitativa e revisão do instrumento e, é projetada para facilitar a avaliação crítica, a extração de dados e a metassíntese dos resultados de estudos qualitativos; JBI-MAStARI é específico para estudos quantitativos e é utilizado para realizar a meta-análise; JBI-NOTARI permite avaliar narrativas, opiniões e avaliações de texto, facilitando a avaliação crítica, a extração de dados e a síntese de opiniões de especialistas textos e de relatórios; e JBI-ACTUARI que se utiliza em análises de custos, a tecnologia e a utilização de avaliação e a revisão do instrumento, facilitando a avaliação crítica, a extração de dados e a síntese dos dados

económicos.²⁴ No entanto, como alternativa pode-se utilizar as seguintes grelhas e orientações para avaliar a qualidade metodológica dos estudos, tendo por base o seu desenho: Ensaio clínico aleatórios - CONSORT; estudos observacionais - STROBE; Revisões sistemáticas - PRISMA e AMSTAR; estudos de caso - CARE; Investigação qualitativa - SRQR & COREQ; Estudos de diagnóstico/prognóstico - STARD&TRIPOD; Estudos para a melhoria da qualidade - SQUIRE; Avaliações económicas - CHEERS; Normas de orientação clínica / *guidelines* - AGREE II. As directrizes para cada tipo de estudo estão acessíveis no *website* - <http://www.equator-network.org/>.²⁵

6. **Colheita de dados** utilizando instrumentos que analisem em pares (dois investigadores de forma independente) a validade metodológica. Nessa etapa é determinada a o nível da evidência, qualidade²⁶ e grau de recomendação²⁷⁻²⁸, a aplicabilidade dos resultados, o custo e a prática corrente, além disso, determina-se claramente os limites entre os benefícios e os riscos de determinada intervenção.⁹⁻¹⁰
7. **Síntese dos resultados/dados**, onde os estudos deverão ser agrupados baseados na homogeneidade dos estudos. A apresentação e síntese dos dados devem ser preestabelecidas no protocolo, assim como o modo de apresentação gráfica e numérica, para facilitar a compreensão do leitor do leitor.⁹⁻¹⁰

A principal crítica que tem sido feita às revisões da literatura, está relacionada com a não utilização de métodos claros, formais, explícitos e sistemáticos, o que tem prejudicado o seu *status* e a sua utilidade como pesquisa.²⁹

Independentemente da escolha do tipo de estudo a aplicar quando se tem a necessidade de investigar um determinado assunto ou tema, é fundamental que esses estudos sejam credíveis. Este deve refletir um rigor e qualidade na sua condução. As revisões bem conduzidas aumentam a possibilidade de resultados não-enviesados, e de efetuar interpretações válidas e robustas. Este tipo de escrita continua a ser um desafio, mas a sua importância é crucial, possibilitando que toda esta informação produzida tenha um impacto na prestação de cuidados de enfermagem e também no conhecimento que é produzido.³⁰⁻³¹

Seguidamente são apresentados as características de uma revisão sistemática da literatura de alta qualidade em contraste com as de baixa qualidade (principais erros e armadilhas).

Quadro 3 - Características de uma revisão de alta qualidade e principais falhas.

Méritos
<ul style="list-style-type: none"> - Pergunta respondível; - A revisão melhora significativamente relativamente às revisões existentes? - Protocolo de estratégia PICOS; - Registo PROSPERO; - Diretrizes, lista de verificação e fluxograma da PRISMA; - Extração de dados completa; - Síntese quantitativa dos dados dos estudos (se aplicável, meta-análise); - Classificação da evidência e a força das recomendações (por exemplo, SORT, GRADE); e - Declaração explícita do "ponto de partida" da revisão.
Falhas e armadilhas
<ul style="list-style-type: none"> - Subestimação do tempo para concluir a revisão; - Não referir se a revisão já foi realizada recentemente; - Pergunta não específica ou muito ampla ("irrespondível"); - Falha em identificar critérios explícitos de inclusão e exclusão do estudo; - Falha de "transparência" da revisão; - Não excluir populações de estudo duplicadas em diferentes estudos; - Falha em reconhecer e relatar heterogeneidade dos estudos; - Falha em reconhecer e relatar viés de estudos; e - Fazer afirmações nas conclusões que vão além dos fatos / resultados da revisão.

Fonte: Harris et al.³²

Legenda:

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses;

PROSPERO - International prospective register of systematic reviews³³

SORT - Strength of Recommendation Taxonomy³⁴

GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation.³⁵

PICOS - Participant(s), intervention(s), comparison(s), outcome(s), and study design.

Gerir uma revisão de literatura é semelhante à gestão de qualquer projeto de investigação. Neste sentido, é necessário identificar as competências, domínio de ferramentas e metodologias, assim como, os recursos necessários (humanos, base de dados, tempo, financeiros entre outros).^{3,36}

Para que a enfermagem de reabilitação expanda a produção do seu conhecimento e demonstre os ganhos em saúde sensíveis ao seu cuidado é preciso expandir tanto a força da evidência e grau de recomendação²⁸ como a qualidade da evidência que está a ser produzida.

Assim sendo deve-se identificar a fonte da evidência científica, que preferencialmente devem ser estudos

primários, podendo também ser secundários, mas fazer-se a avaliação da qualidade, a nível da sua robustez (validade e fiabilidade) e da sua relevância para o contexto local (aplicabilidade).⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem vários tipos de revisão sistemática da literatura científica, todas elas com vantagens e desvantagens. Nesta revisão narrativa, foram encontradas 14 tipos de revisão, em que todas podem ser importantes para sintetizar o conhecimento produzido.

Para ajudar na tomada de decisão pelo tipo de revisão deve-se equilibrar e ponderar o investimento de recursos e energia em novas pesquisas caso existam outras feitas anteriormente.

A revisão sistemática da literatura tem princípios comuns e processos similares, mas pode variar tal como os estudos primários, tanto em termos de extensão, abrangência e profundidade, assim como, nos tipos de perguntas, dados e métodos utilizados.

Estes estudos secundários, como qualquer outro estudo primário, precisam de processos de garantia de qualidade apropriados para avaliá-los, de modo a que o resultado seja representante da realidade.

Os investigadores em geral, e os enfermeiros de reabilitação em particular, devem de estar conscientes de muitos desafios práticos, metodológicos e políticos envolvidos neste tipo de estudo e do seu papel mais amplo na produção e uso dos resultados da investigação.

REFERÊNCIAS

1. Rudnicka AR, Owen CG. An introduction to systematic reviews and meta-analyses in health care. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2012 May 1;32(3):174-83.
2. Fink A. *Conducting research literature reviews: from the Internet to paper.* 4th Edition. Los Angeles: Sage Publications; 2014.
3. Booth A. The literature review: its role within research. In Booth A, Sutton A, Papaioannou D. (Eds). *Systematic approaches to a successful literature review.* Los Angeles: Sage; 2016 May 10.
4. [Sousa MR, Ribeiro AL. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. *Arq Bras Cardiol.* 2009;92(3):241-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009000300013>.
5. Karino ME, Felli VE. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Ciênc Cuid Saúde.* 2012 Mar;11(5):011-5.
6. Chandler J, Higgins JPT, Deeks JJ, Davenport C, Clarke MJ. Chapter 1: Introduction. In: Higgins JPT, Churchill R, Chandler J, Cumpston MS (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.2.0 (updated February 2017)*, Cochrane, 2017. Available from http://community.cochrane.org/book_pdf/764
7. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. enferm.* 2007 Jun;20(2):1-2.
8. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* 2009 Jun 1;26(2):91-108.
9. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CL. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REME Rev Min Enferm.* 2014;18(1):9-12.

10. Galvão CM, Sawada NO, Trevisan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. 2004 maio-jun; 12(3):549-56.
11. Sousa LM, Marques-Vieira C, Severino SS, Antunes AV. Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Rev Inv Enferm*. 2017; Série II(21): 17-26.
12. Cronin P, Ryan F, Coughlan M. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *Br J Nurs*. 2008 Jan 10;17(1):38-43.
13. James KL, Randall NP, Haddaway NR. A methodology for systematic mapping in environmental sciences. *Environmental Evidence*. 2016 Dec 1;5(1):7.
14. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015 Dec;4(1):1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
15. Panic N, Leoncini E, De Belvis G, Ricciardi W, Boccia S. Evaluation of the endorsement of the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis (PRISMA) statement on the quality of published systematic review and meta-analyses. *PLoS one*. 2013 Dec 26;8(12):e83138.
16. Hunt H, Pollock A, Campbell P, Estcourt L, Brunton G. An introduction to overviews of reviews: planning a relevant research question and objective for an overview. *Syst Rev*. 2018 Dec 1;7(1):39. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0695-8>
17. Costa AB, Zoltowski AP, Koller SH, Teixeira MA. Construção de uma escala para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20:2441-52.
18. Featherstone RM, Dryden DM, Foisy M, Guise JM, Mitchell MD, Paynter RA, Robinson KA, Umscheid CA, Hartling L. Advancing knowledge of rapid reviews: an analysis of results, conclusions and recommendations from published review articles examining rapid reviews. *Syst Rev*. 2015 Dec;4(1):50. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0040-4>
19. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, Kastner M, Moher D. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol*. 2014 Dec 1;67(12):1291-4.
20. Borges LS, Biondi-Zoccai G. Compreendendo a Revisão Guarda-Chuva na Pesquisa Cardiovascular. *Int.J Cardiovasc.Sci.(Impr.)*. 2016;29(6):500-3.
21. Pereira MG, Galvão TF. Extração, avaliação da qualidade e síntese dos dados para revisão sistemática. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23:577-8.
22. Higgins JPT, Churchill R, Chandler J, Cumpston MS (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.2.0 (updated February 2017), Cochrane, 2017.
23. Sousa LM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. Modelos de formulação da questão de investigação a Prática Baseada na Evidência. *Rev Inv Enferm*. 2018; S2(23): 31-39.
24. Joanna Briggs Institute's User Manual: version 5.0 system for the unified management. Assessment and Review of Information. [s.i.]: Joanna Briggs Institute's. 2011. disponível em <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>
25. Pereira R. Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. In C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidata. 2017: 101-111.
26. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls*. Fourth Edition. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario; 2017.
27. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Falls Prevention: Building the Foundations for Patient Safety. A Self Learning Package*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario; 2007.
28. Pereira ÂL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúch Enferm*. 2006;27(4):491-8.
29. Gough D, Oliver S, Thomas J, editors. *An introduction to systematic reviews*. In Gough D, Oliver S, Thomas J, editors. *An introduction to systematic reviews*. Sage; 2017 Mar 28.
30. Bento T. Revisões sistemáticas em desporto e saúde: Orientações para o planeamento, elaboração, redação e avaliação/Guidelines for planning, conducting, reporting and evaluating Systematic Reviews in Sport and Health. *Motricidade*. 2014 Apr 1;10(2):107.
31. Galvão TF, Silva MT, Garcia LP. Ferramentas para melhorar a qualidade e a transparência dos relatos de pesquisa em saúde: guias de redação científica. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25:427-36.
32. Harris JD, Quatman CE, Manring MM, Siston RA, Flanigan DC. How to write a systematic review. *Am J Sports Med*. 2014 Nov;42(11):2761-8.
33. PROSPERO. International prospective register of systematic reviews. Available at: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/> Accessed May 27, 2018.
34. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician*. 2004;69(3):548- 556.
35. Grade Working Group. *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. Available at: <http://www.gradeworkinggroup.org/> Accessed May 27, 2018.
36. Boland A, Cherry G, Dickson R, editors. *Doing a systematic review: A student's guide*. Sage; 2017 Oct 9

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PROFESSIONAL SATISFACTION: A STUDY WITH REHABILITATION NURSES

SATISFACCIÓN PROFESIONAL: UN ESTUDIO COM ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN

Raquel Maria Dos Reis Marques¹; Rui Pimenta Pimenta²; Ana Nascimento³

1 - CHVNGaia/Espinho EPE; 2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde - Instituto Politécnico do Porto;

3 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde - Instituto Politécnico do Porto, Portugal

RESUMO

Este estudo pretendeu analisar a satisfação profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e também averiguar se o exercício de cuidados de especialidade ou o exercício de cuidados gerais influencia a sua satisfação profissional.

A satisfação profissional foi avaliada através da aplicação da “Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros” a 306 profissionais de Enfermagem, especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Foi realizado um estudo transversal analítico.

Como instrumentos de análise estatística dos dados, recorreu-se à análise fatorial, ao coeficiente de correlação de Spearman e ao teste paramétrico t-student para amostras independentes.

Os resultados mostram que os EEER se encontram ligeiramente insatisfeitos.

Verificamos que os EEER que exercem cuidados gerais apresentam-se mais insatisfeitos do que os que exercem cuidados de especialidade.

Palavras chave: satisfação no emprego; estudos de validação; enfermagem de reabilitação

RESUMEN

Este estudio pretendió analizar la satisfacción profesional de los enfermeros especialistas en Enfermería de Rehabilitación y también averiguar si el ejercicio de cuidados de especialidad o el ejercicio de cuidados generales influye en su satisfacción profesional.

La satisfacción profesional fue evaluada a través de la aplicación de la “Escala de Evaluación de la Satisfacción en el trabajo de los Enfermeros” a 306 profesionales de Enfermería, especialistas en Enfermería de Rehabilitación. Se realizó un estudio transversal analítico.

Como instrumentos de análisis estadística de los datos, se recorrió al análisis factorial, al coeficiente de correlación de Spearman y a un teste paramétrico t-student para muestras independientes.

Los resultados muestran que los enfermeros especialistas en Enfermería de Rehabilitación se encuentran ligeramente insatisfechos.

Verificamos que los enfermeros que ejercen cuidados generales se encuentran más insatisfechos que los que trabajan como especialistas.

Palabras clave: satisfacción en el trabajo; estudios de validación; enfermería de rehabilitación

ABSTRACT

The goal of this study was to analyze the professional satisfaction of rehabilitation nurses, as well as to verify whether the practice of specialized care or the practice of general care influences your professional satisfaction.

The study involved 306 rehabilitation nurses and their professional satisfaction was evaluated through their responses to the “Satisfaction in Nurses’ Work Scale”. We used an analytics transverse methodology.

For statistical evaluation, we used factorial analysis, Spearman’s correlation coefficient and parametric test t-student for independent samples.

Our results show that the rehabilitation nurses are slightly dissatisfied.

We found that Nurses who practice general care are more dissatisfied than those who practice specialty care.

Keywords: job satisfaction; validation studies; rehabilitation nursing

INTRODUÇÃO

Pela importância que o trabalho assume, nos dias de hoje, na vida do Homem, torna-se pertinente desenvolver estudos que melhor nos ajudem a compreender como se adequa e combina a satisfação e o trabalho. Neste sentido, a satisfação no trabalho assume-se como um importante assunto de investigação com o objetivo de contribuir para melhorar o grau de satisfação dos indivíduos em contexto de trabalho.

Muitos estudos¹⁻⁴ têm sido desenvolvidos sobre a problemática da satisfação no sentido de identificar os fatores que a influenciam, assim como as consequências que advêm por o indivíduo não se encontrar satisfeito no seu trabalho. Conclui-se que as variáveis envolvidas são inúmeras. Pela sua natureza multidimensional a definição de satisfação é de difícil operacionalização.

Cada indivíduo é um universo único de comportamentos, influenciados pela hereditariedade e pelo meio, e a forma de atuar depende da personalidade e das experiências de aprendizagem que vivencia⁵.

A princípio pensou poder-se construir um índice de satisfação global no trabalho, variando a resposta afetiva das pessoas ao longo de um contínuo cujos polos variam entre pouco ou nada satisfeito e muito satisfeito. Mas, analisando profundamente os aspetos que mais diretamente influenciam a satisfação, demonstrou-se que eram inúmeros os fatores com influência na satisfação e que os mesmos afetavam de forma diferente os indivíduos. Esta constatação relativiza o valor do índice de satisfação global⁶.

A satisfação profissional é uma reação afetiva ou emocional, relativa a várias dimensões do trabalho de um indivíduo. Isto significa que a satisfação no trabalho não é um conceito unitário. Um indivíduo pode estar relativamente satisfeito com um aspeto do seu trabalho e insatisfeito com um ou mais aspetos⁷.

Também deverão ser considerados outros fatores tais como:

- A insatisfação numa dimensão pode influenciar os níveis de satisfação em outras (por exemplo, a insatisfação com as chefias pode levar o trabalhador a algum desagrado na realização das suas tarefas);
- Os antecedentes/causas de cada faceta da satisfação são diferentes (por exemplo, a satisfação com a tarefa resulta das características da mesma, enquanto que a satisfação com as chefias resulta dos comportamentos deste e da interação que com elas é estabelecido)⁸.

Estudar a satisfação assume grande importância quando se reporta a profissões no âmbito das relações humanas como a enfermagem que sofreu grandes transformações, nos últimos anos. Os seus objetivos e as suas áreas de atuação, no sentido de ir ao encontro das necessidades dos utentes, encontram-se em constantes mudanças.

Cada vez as exigências do mercado são maiores e levaram as empresas a competir pelo reconhecimento público aderindo a esquemas de certificação e acreditação da qualidade que impõem e fiscalizam o respeito por normas standardizadas de acordo com leis

e códigos de defesa do consumidor e do trabalhador. Além dos “rankings” organizados segundo a qualidade dos produtos/serviços ou o volume de negócios, passou-se a premiar o investimento na inovação e desenvolvimento, e também a qualidade das condições de trabalho medida pelo nível de satisfação dos trabalhadores e dos clientes/ utentes⁹.

Segundo Nogueira⁹, a problemática da qualidade e da satisfação no que respeita ao sector da saúde prende-se com as especificidades próprias das instituições de prestação de cuidados de saúde, com a sua variada natureza e dimensão, sejam estas públicas ou privadas.

Na área da saúde temos assistido a rápidas e profundas mudanças. Para além da necessidade de dar resposta às crescentes exigências dos cidadãos em matéria de qualidade e de direitos, surgem outros imperativos incontornáveis: a racionalização dos recursos, a competitividade, a segurança dos cuidados de saúde, a satisfação dos trabalhadores, assim como a satisfação dos utilizadores e prestadores desses mesmos cuidados. Também o constante desenvolvimento da especialização dos profissionais de saúde leva à necessidade de executar controlos rigorosos para garantir que estes profissionais possuam conhecimentos e capacidades suficientes para prestar uma assistência segura e eficaz.

Os enfermeiros especialistas pelas competências obtidas através da sua formação especializada são, sem dúvida, quando integrados dentro de uma equipa, de enfermagem, prestadora de cuidados, os profissionais melhor posicionados para supervisarem esse processo, tudo isto numa ótica de promoção da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde.

Cuidados de excelência tornam a profissão de enfermagem mais autónoma e credível. Para esta excelência concorrem a valorização dos cuidados de enfermagem, não só pelo enfermeiro, mas também por outros técnicos e pelos cidadãos em geral. É necessário que os enfermeiros tenham um comportamento que desenvolva a estrutura concetual da profissão e protejam os direitos dos cidadãos no sentido da excelência em cuidados de enfermagem e saúde¹.

A satisfação no trabalho é também considerada como um dos indicadores da Qualidade de Vida no Trabalho. O bem-estar e a Qualidade de Vida no Trabalho são fatores que influenciam a qualidade dos cuidados¹.

Neste âmbito, levanta-se a questão se, num momento de grandes reformas no setor da saúde, os EEER se encontram satisfeitos, no exercício da sua atividade profissional. A época conturbada em que se vive, na qual estes profissionais veem retirados um conjunto de direitos, nomeadamente: congelamento de progressão na carreira, não usufruto de respetiva atualização de escalão desde há vários anos; precariedade de contratos; remunerações inferiores aos cargos desempenhados; entre muitos outros. No caso particular dos enfermeiros especialistas, que investiram, tanto em valor monetário como em tempo pessoal, na sua formação, para adquirirem mais competências, alguns encontram-se a exercer esses cuidados especializados sem que sejam remunerados de acordo com a função; outros mantêm-se na prestação

de cuidados gerais, pois não lhes são criadas condições para o exercício das competências adquiridas, na sua área de especialidade.

A realização deste estudo, teve como principais objetivos: analisar a satisfação profissional dos EEER e verificar se a área da prestação de cuidados influencia a satisfação profissional dos EEER.

Os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir para que sejam alcançados maiores níveis de satisfação profissional, dos enfermeiros especialistas. Pretendeu-se também aprofundar os conhecimentos sobre a satisfação dos enfermeiros em diferentes contextos de trabalho, com o intuito de permitir uma reflexão sistemática sobre a temática.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico.

A população estudada era constituída pelos EEER, a exercer a profissão em Portugal. Foi utilizada uma amostra aleatória e representativa. Foram incluídos neste estudo enfermeiros com o título profissional de EEER e foram excluídos do estudo enfermeiros generalistas e enfermeiros que ainda não tivessem concluído a especialidade.

A recolha dos dados decorreu de novembro de 2011 a Janeiro de 2012. O instrumento selecionado, para realizar a recolha de dados, foi a “Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros”, construído e validado por Frederico e Loureiro¹⁰. O instrumento é constituído por 25 itens. Neste estudo, cada item foi valorizado de 1 a 5, onde 1 indica “discordo totalmente” e 5 indica “concordo totalmente”. Esta escala mede o nível de concordância do indivíduo em relação a cada afirmação.

Procedeu-se então à análise fatorial com o objetivo de explicar a variável dependente. Utilizou-se a técnica da análise em componentes principais e como método de rotação a rotação *Equamax* com o objetivo de simplificar, ao máximo, a matriz fatorial.

De seguida e de maneira a analisar estatisticamente os dados, recorreu-se primeiramente à estatística descritiva para as componentes e para a pontuação total. Definiu-se como 3 o valor da média teórica para cada componente, que representa o ponto de indiferença.

Seguidamente, procedeu-se ao estudo dos coeficientes de correlações relativos às componentes e à pontuação total. Para tal, recorreu-se ao teste não-paramétrico de *Spearman*.

Por fim, para responder ao proposto, recorreu-se ao teste paramétrico *t-student*, unilaterial, para amostras independentes de modo a perceber se os EEER que exercem cuidados de especialidade se encontram mais satisfeitos profissionalmente do que os EEER que só exercem cuidados gerais.

Todos os dados foram inseridos e a análise foi efetuada utilizando o programa de análise estatística SPSS® v.18.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos.

RESULTADOS

Participaram neste estudo 306 enfermeiros (n=306) com a especialidade em enfermagem de reabilitação, sendo a maioria do sexo feminino (73,20%, n=224). Relativamente ao sexo masculino correspondem apenas 26,80% (n=82) dos inquiridos. No que diz respeito à idade 33,99% (n=104) tinham menos de 35 anos, 44,44% (n=136) situavam-se na faixa etária dos 35 aos 45 anos e apenas 21,57% (n=66) tinham mais de 45 anos. Constatou-se que a percentagem de enfermeiros casados (68,62%, n=210), com ou sem registo, é relativamente superior à percentagem de enfermeiros solteiros (24,51%, n=75), existindo ainda uma pequena percentagem de enfermeiros divorciados/separados (6,54%, n=20) e viúvos (0,33%, n=1). No que diz respeito ao local de trabalho, constatou-se que cerca de 68,96% (n=211) trabalham em hospitais, 24,18% (n=74) ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e 6,86% (n=21) noutros locais. Na amostra estudada, a maioria dos EEER (84,32%, n=258) exerce cuidados de especialidade (50,33%, n=154) ou cuidados de gerais (33,99%, n=104). Os restantes EEER (15,68%, n=48) encontram-se na área da Gestão (10,45%, n=32) e na Docência/Investigação (5,23%, n=16). Quanto à área regional, verificou-se que 45,75% (n=140) dos enfermeiros exercem a sua atividade no Norte, 41,83% (n=128) no Centro e Sul e ainda 12,42% (n=38) nos Açores e Madeira. Quanto ao tempo de experiência profissional, verificou-se que 24,52% (n=75) referiram trabalhar desde há 10 ou menos anos, 23,20% (n=71) entre 10 e 15 anos, 27,12% (n=83) entre 15 e 20 anos e 25,16% (n=77) referiram trabalhar há mais de 20 anos. Por sua vez, em relação ao tempo de serviço, no atual local de trabalho, observa-se que 39,21% (n=120) referiram trabalhar no seu atual local de trabalho há 3 ou mais anos, 21,90% (n=67) entre 3 e 6 anos, 29,41% (n=90) há mais de 9 anos e apenas 9,48% (n=29) referiram trabalhar no mesmo local entre 6 e 9 anos. As duas situações mais frequentes, representativas do vínculo à instituição, foram as seguintes: 62,09% (n=190) dos enfermeiros têm Contrato em Funções Públicas e 32,36 (n=99) têm Contrato por Tempo Indeterminado. Os restantes EEER (5,55%, n=17) têm contrato a termo certo (3,59%, n=11) ou outro tipo de contrato (1,96%, n=6).

ANÁLISE FATORIAL

Relativamente à fiabilidade, o *Alpha de Cronbach* foi de 0,85. O teste de *Kaiser Meyer Olkin* definiu um valor de 0,84, tendo demonstrado que os dados são bons para a aplicação da análise fatorial¹¹.

Procedeu-se, assim, à análise fatorial com o intuito de identificar as relações estruturais entre as variáveis que mais contribuem para a satisfação profissional dos EEER. Retiveram-se seis fatores, com valor próprio superior a 1 (critério de *Kaiser*), que explicam 58,26% da variância total¹¹.

Após a rotação dos fatores foi possível identificar as variáveis que mais se relacionam com cada um dos seis fatores. De acordo com o conteúdo dos itens de cada

fator foram atribuídas denominações que o caracterizam. Os fatores extraídos identificam seis dimensões da escala analisada, que designamos por:

- Fator 1 - Satisfação com as chefias - Este fator explica 23,99% da variância total.
- Fator 2 - Satisfação com benefícios e recompensas - Este fator explica 10,38% da variância total.
- Fator 3 - Satisfação com a natureza do trabalho - Este fator explica 8,47% da variância total.
- Fator 4 - Satisfação com a comunicação - Este fator explica 5,81% da variância total.
- Fator 5 - Satisfação com o relacionamento com a equipa - Este fator explica 5,05% da variância total.
- Fator 6 - Satisfação com os requisitos do trabalho - Este fator explica 4,55% da variância total.

Na tabela 1 estão presentes os dados relativos à média empírica e média teórica, ao desvio padrão, aos máximos e mínimos para cada componente e para a pontuação total. Pela análise da tabela pode-se afirmar que os indivíduos estudados apresentam um índice de pontuação total inferior à média teórica, facto que demonstra uma ténue insatisfação profissional.

Os indivíduos estudados, consideram-se satisfeitos com a natureza do trabalho e com a equipa. Consideram-se insatisfeitos com os benefícios e recompensas, com os requisitos do trabalho e com a comunicação institucional. Consideram-se nem satisfeitos, nem insatisfeitos com as chefias, havendo no entanto uma aproximação à satisfação. Os valores de dispersão

revelam um razoável grau de concordância entre as respostas.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas para os índices das componentes e pontuação total (n=306)

	Média Empírica	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média Teórica	Z Score
Satisfação com as chefias	3,43	0,78	1,00	5,00	3,00	0,55
Satisfação com benefícios e recompensas	2,10	0,57	1,00	4,00	3,00	-1,58
Satisfação com a natureza do trabalho	4,23	0,56	1,67	5,00	3,00	2,20
Satisfação com a comunicação institucional	2,80	0,77	1,00	5,00	3,00	-0,26
Satisfação com a equipa	4,00	0,61	1,00	5,00	3,00	1,64
Satisfação com os requisitos do trabalho	2,18	0,62	1,00	3,50	3,00	-1,32
Pontuação Total	2,95	0,44	2,00	5,00	3,00	-0,11

Seguidamente analisou-se o grau de associação entre a satisfação profissional e as suas dimensões recorrendo ao teste não-paramétrico de *Spearman* (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlações de Spearman entre as componentes.

	Satisfação com as chefias	Satisfação com benefícios e recompensas	Satisfação com a natureza do trabalho	Satisfação com a comunicação institucional	Satisfação com a equipa	Satisfação com os requisitos do trabalho
Pontuação Total	0,77**	0,70**	0,38**	0,72**	0,37**	0,33**
Satisfação com as chefias	1,00	0,26**	0,31**	0,45**	0,25**	0,20**
Satisfação com benefícios e recompensas		1,00	0,14*	0,43**	0,11*	0,21**
Satisfação com a natureza do trabalho			1,00	0,13*	0,42**	0,09
Satisfação com a comunicação institucional				1,00	0,18**	0,19**
Satisfação com a equipa					1,00	0,04
Satisfação com os requisitos do trabalho						1,00

Legenda: **p <0,01; *p <0,05

No que se refere à relação entre a satisfação profissional e as dimensões estudadas, de uma forma geral existe uma associação significativa (p <0,05) entre a satisfação profissional e todas as suas dimensões. As dimensões que apresentaram um maior grau de associação com a satisfação profissional foram: “satisfação com as chefias”; “satisfação com a

comunicação” e “satisfação com os benefícios e recompensas”.

Quando comparamos a satisfação profissional em diferentes áreas de prestação de cuidados, verificou-se que a esta difere significativamente para os EEER que exercem cuidados de especialidade relativamente aos que exercem cuidados gerais. Os EEER que exercem

cuidados gerais (Média±desvio padrão=2,79±0,43) encontram-se mais insatisfeitos profissionalmente, do que os EEER que exercem cuidados de especialidade (Média±desvio padrão=2,98±0,41) (p=0,001).

DISCUSSÃO

No que respeita à avaliação da satisfação profissional, em termos de *score* global, verificamos que os enfermeiros inquiridos encontram-se ligeiramente insatisfeitos. Facto também já apontado por Santos, Braga e Fernandes¹.

Os fatores de insatisfação estão primariamente relacionados com benefícios e recompensas, seguidos dos requisitos do trabalho, e por último com a comunicação. Fontes² e Matos¹², também constataram que os fatores relacionados com salários e sistemas de promoções são aspetos em que os enfermeiros se encontram mais insatisfeitos. Silva¹³, por sua vez, considerou que os enfermeiros percebiam a remuneração como sendo a componente da satisfação que menos os influenciava.

A natureza do trabalho e o relacionamento com a equipa são fatores com os quais obtêm satisfação. A natureza do trabalho foi o fator mais relevante. Em segundo lugar, mas não menos importante, vem então a satisfação com a equipa. Pode-se então considerar que o bom relacionamento com a equipa de trabalho é condição para que seja reduzido ao máximo a não satisfação, porque, a enfermagem é uma profissão em que seres humanos cuidam de outros seres humanos, interagindo entre si e, cada contacto tem influência na sua satisfação. No estudo de Carvalho³, a satisfação com os colegas foi a dimensão que provocava maior satisfação nos enfermeiros.

Seguidamente, encontra-se a dimensão satisfação com as chefias em que se verifica uma aproximação à satisfação.

Simoni¹⁴, verificou o contrário, os enfermeiros encontravam-se mais satisfeitos com as chefias do que com os seus colegas. A autora associou o facto de que a competição ou os vários compromissos no desempenho dos seus papéis sociais diminuam a disponibilidade de tempo que contribuía para o não fortalecimento das relações entre os enfermeiros.

No que respeita à satisfação profissional dos EEER que exercem cuidados de especialidade comparada com a dos que exercem cuidados gerais, constatou-se que, os profissionais que exerciam cuidados gerais demonstraram níveis de insatisfação significativamente inferiores em comparação com aqueles que exerciam cuidados de especialidade.

Em relação às dimensões da satisfação, na dimensão chefias, os enfermeiros inquiridos que exerciam cuidados de especialidade atribuíram um grau de satisfação significativamente superior ao dos enfermeiros inquiridos que exerciam cuidados gerais. Esta situação pode-se dever ao facto de ser o Enfermeiro Especialista que substitui o Enfermeiro Chefe na sua ausência e por esse motivo o seu relacionamento com as chefias ser mais próximo.

Em relação à dimensão natureza do trabalho, os enfermeiros que exercem a especialidade encontram-se mais satisfeitos pois identificam-se mais com o seu trabalho. Segundo Simoni¹⁴, a identificação com o trabalho desenvolvido favorece uma maior satisfação podendo resultar num sentimento de bem-estar.

CONCLUSÃO

Com base nas análises realizadas, conclui-se que, de uma forma geral, os EEER encontram-se ligeiramente insatisfeitos.

Podemos afirmar que em termos de satisfação profissional os mesmos encontram-se “satisfeitos” quanto às dimensões *natureza do trabalho e equipa*. Encontram-se “nem satisfeitos, nem não satisfeitos” quanto à dimensão *satisfação com as chefias*. Por último, encontram-se “não satisfeitos” com as dimensões *benefícios e recompensas, requisitos do trabalho* e com a *comunicação*.

Relativamente à avaliação do grau de satisfação profissional global, concluiu-se que os EEER inquiridos que exercem cuidados gerais apresentam-se mais insatisfeitos do que os que exercem cuidados de especialidade (p=0,001).

No que concerne à relação entre as diferentes dimensões da satisfação profissional dos EEER e as características profissionais conclui-se que:

- Os EEER que exercem cuidados de especialidade encontram-se mais satisfeitos com as *chefias* do que os enfermeiros que trabalham noutras áreas do exercício de funções (p=0,001);
- Os EEER que exercem cuidados de especialidade encontram-se mais satisfeitos com a *natureza do trabalho* do que os EEER que trabalham noutras áreas do exercício de funções (p=0,008);
- Os EEER que exercem cuidados gerais são os que se apresentam mais insatisfeitos com a comunicação relativamente aos enfermeiros noutras áreas do exercício de funções (p=0,001);
- Os EEER que exercem cuidados de especialidade são os que se apresentam mais insatisfeitos com os *requisitos de trabalho* relativamente aos EEER noutras áreas do exercício de funções (p=0,038).

Ao terminar este trabalho reconhece-se que a satisfação no trabalho, no caso concreto em enfermagem, constitui um indicador da qualidade de cuidados prestados ao indivíduo e comunidade, e considera-se que, se as principais necessidades que interferem na vida profissional e organizacional dos enfermeiros forem diagnosticadas, minimizadas e/ou satisfeitas poderá ser influenciada a qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos, o que constitui a verdadeira missão das instituições de saúde.

Neste sentido, é necessário que a satisfação seja valorizada e monitorizada pelas instituições, proporcionando uma maior satisfação aos seus trabalhadores, tendo como objetivo a excelência dos cuidados, pois, só com a participação e o envolvimento de todos, as organizações poderão caminhar rumo ao sucesso.

Neste estudo, não se pode deixar de ter presente algumas limitações, desde logo, a limitação imposta pela bibliografia existente que em alguns aspetos não foi possível fazer comparação com outros estudos.

Este trabalho pretendeu aumentar o conhecimento sobre satisfação profissional vivenciado na atualidade pela enfermagem, especificamente da especialidade de reabilitação, mas está longe de esgotar os estudos sobre o tema. Acreditamos que, estes resultados constituem pontos importantes a serem analisados e refletidos, não apresentando o fim, mas o início de futuras pesquisas e colaboração na procura do conhecimento.

Como proposta para futuros estudos sugerem-se a realização de trabalhos que foquem esta temática numa abordagem qualitativa, dando assim oportunidade aos participantes de expressarem os seus sentimentos de forma mais livre, sem categorias pré-definidas para análise das variáveis, o que neste estudo se verificou como um aspeto limitador.

REFERÊNCIAS

1. Santos MCL, Braga VAB, Fernandes AFC. Nível de Satisfação dos Enfermeiros com o seu Trabalho. *Revista enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 2008;16 (1), 101-105.
2. Fontes AI. Satisfação profissional dos enfermeiros... Que realidade? Serviço de cuidados intensivos versus serviço de medicina. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Portugal. 2009.
3. Carvalho MCFCS. Satisfação profissional dos enfermeiros. Tese de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Instituto de Educação. Lisboa. Portugal. 2010.
4. Ferreira VLA. A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga. Tese de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Portugal. 2011.
5. Menezes MHVF. Novos modelos de gestão hospitalar: Liderança e satisfação profissional em enfermagem. Tese de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real. Portugal. 2010.
6. Ferreira MMF. Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Braga. Portugal. 2005.
7. Kinicki A, Kreitner R. *Comportamento Organizacional*. São Paulo: Mc Graw Hill. 2006.
8. Cunha MP, Rego A, Cunha RC, Cardoso CC. *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH, Lda. 2007.
9. Nogueira SG. Qualidade e satisfação em serviços de saúde: uma abordagem da avaliação de desempenho. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Porto. Portugal. 2008.
10. Frederico M, Loureiro L. EASPE - Uma escala de avaliação da Satisfação Profissional dos Enfermeiros. *Referência II*. 2009;10, 469.
11. Marôco J. *Análise Estatística - Com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2010.
12. Matos V. Satisfação dos enfermeiros no trabalho: um estudo com enfermeiros generalistas do C.H.E.D.V. E.P.E. Monografia de Licenciatura. Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Porto. Portugal. 2009.
13. Silva, RMS. Satisfação profissional dos enfermeiros de um Hospital universitário no trabalho noturno. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul. Brasil. 2008.
14. Simoni, E. M. A organização hospitalar: Um estudo sobre os fatores que influenciam na satisfação das enfermeiras no trabalho. Tese de Mestrado. Universidade Salvador. Salvador. Brasil. 2007.

TIMED UP AND GO TEST NA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL RESIDENTE NA COMUNIDADE

TIMED UP AND GO TEST EN LA PERSONA CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL RESIDENTE EN LA COMUNIDAD

TIMED UP AND GO TEST IN COMMUNITY-DWELLING PEOPLE WITH STROKE

Heidi De Jesus Faisca Salvado¹; Sónia Cristina Ferreira Raposo¹; Ana Isabel Carneiro²;
Patrícia Maria Silva Fonseca³; Luís Manuel Mota Sousa^{4,5}

1 - IPO Francisco Gentil de Lisboa; 2 - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 3 - UCC Albus Petra;
4 - Hospital Curry Cabral; 5 - Escola Superior de Saúde Atlântica

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral é a primeira causa de incapacidade adquirida no adulto, provocando alterações no padrão de marcha normal. A utilização de instrumentos de avaliação, de fácil aplicação, válidos, fiáveis e responsivos é imperativo.

Objetivo: Avaliar as propriedades métricas do Timed Up and go Test na pessoa com Acidente Vascular Cerebral, residente na comunidade.

Método: Revisão Sistemática da Literatura baseada nas recomendações do Joanna Brigs Institute para a estratégia PICo e recomendações PRISMA, partindo-se da questão: “*Quais as propriedades métricas do Timed Up and go test na pessoa com Acidente Vascular Cerebral, residente na comunidade?*”

Resultados: Foram incluídos cinco estudos nesta revisão. Este teste apresenta valores de reprodutibilidade significativos, e de responsividade. A validade de critério e de constructo é demonstrada em dois estudos.

Conclusões: O Timed Up and go Test pode ser considerado como um instrumento fiável, válido e com responsividade, nas pessoas com AVC residentes na comunidade.

Palavras chave: acidente vascular cerebral; psicométrica; equilíbrio postural; reprodutibilidade dos resultados; enfermagem em reabilitação

RESUMEN

Introducción: El Accidente Vascular Cerebral es la primera causa de incapacidad adquirida en el adulto, provocando cambios en el patrón de marcha normal. El uso de instrumentos de evaluación, de fácil aplicación, válidos, fiables y responsivos es imperativo.

Objetivo: Evaluar las propiedades métricas del Timed Up and go Test en la persona con Accidente Vascular Cerebral, residente en la comunidad.

Método: Revisión Sistemática de la Literatura basada en las recomendaciones del Joanna Brigs Institute para la estrategia PICo y recomendaciones PRISMA, partiendo de la cuestión: ¿*Cuáles son las propiedades métricas del Timed Up and Go Test en la persona con Accidente Vascular Cerebral, residente en la comunidad?*

Resultados: Se incluyeron cinco estudios en la revisión. El test presenta valores de reproducibilidad significativos, y de responsividad. La validez de criterio y de constructo se demuestra en dos estudios.

Conclusiones: El Timed Up and Go Test puede considerarse como un instrumento fiable, válido y con responsividad en las personas con AVC residentes en la comunidad.

Palavars clave: accidente vascular cerebral; psicométrica; equilibrio postural; reproducibilidad de los resultados; enfermería en rehabilitación

ABSTRACT

Background: Stroke is the first cause of acquired disability in adults, causing changes in the normal gait pattern. The use of evaluation tools that are easy to apply, valid, reliable and responsive is imperative.

Objective: To evaluate the metric properties of the Timed Up and go Test in community-dwelling people with stroke.

Method: Systematic Review of Literature based on the recommended actions of the Joanna Brigs Institute for the PICo strategy and PRISMA recommendations, starting with the question: “*What are the metric properties of the Timed Up and Go test in community-dwelling people with stroke?*”

Results: Five studies were included in this review. This test presents significant reproducibility values and responsiveness. Criterion and construct validity is demonstrated in two studies.

Conclusions: The Timed Up and go Test can be considered as a reliable, valid instrument with responsiveness in community-dwelling people with stroke.

Keywords: stroke; psychometry; postural balance; reproducibility of results; nursing in rehabilitation

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2015) definiu o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como sendo um comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e de provável origem vascular.^[1] O AVC tem uma alta prevalência a nível mundial.^[2] À medida que a população envelhece, ocorre um aumento da incidência desta patologia. Inevitavelmente quando se aborda o tema envelhecimento, fala-se de aumento do risco de AVC associado a idade.^[1,3] Cerca de 60 a 70% dos AVC ocorrem em pessoas com mais de 65 anos, tornando-se um problema major para a nossa sociedade.^[3]

É a primeira causa de incapacidade adquirida no adulto, deixando por norma inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo particularmente a funcionalidade da pessoa. Caracteriza-se por uma perda total ou parcial da função motora num dos lados do corpo, e de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS,^[4] as funções da marcha e do equilíbrio, na pessoa com AVC estão comprometidas, limitando a realização das Actividades de Vida Diária.

A simetria da marcha e alguns parâmetros espaço-temporais estão afectados, provocando défice nas capacidades motoras, com repercussões diretas na marcha.^[5] Ocorre perda parcial da força muscular, havendo um deslocamento do centro da gravidade, alteração da base de apoio e transferência do peso para o lado sã. A realização de qualquer actividade motora implica integridade do centro postural. A dificuldade em transferir o peso para o lado afectado interfere no controle postural, provocando perda de estabilidade e impedindo a orientação na realização de movimentos.^[6]

A impossibilidade ou dificuldade em realizar a marcha é considerado como um dos problemas mais incapacitantes e frustrantes para a pessoa no pós-AVC. Mais de metade das pessoas não deambula de forma independente na fase aguda após o AVC, além disso, tal dependência permanece em 25% das pessoas após 3 meses.^[7] A recuperação da marcha é um dos principais objetivos da reabilitação, de forma a promover a autonomia e aumentar a qualidade de vida da pessoa.^[2] O enfermeiro de Reabilitação tem um papel fundamental no processo de adaptação à nova condição de vida da pessoa, na implementação de intervenções que melhorem e limitem o impacto da incapacidade, contribuindo deste modo, para a manutenção e recuperação da Qualidade de vida.^[8] Para isso, este possui competências técnicas, relacionais e educativas que permitem a capacitação, a promoção da autonomia, de forma a reduzir o impacto do AVC na vida da pessoa e família.^[9]

A instabilidade da marcha, as alterações posturais e os distúrbios neuromusculares causados pelo AVC estão frequentemente na origem da queda.^[10] Pessoas que sofreram um AVC podem apresentar uma incidência de quedas superior a 73%, nos primeiros seis meses.^[12] Existem atualmente múltiplos instrumentos de avaliação do equilíbrio e da marcha, que permitem avaliar objetivamente esses duas funções. Os

instrumentos de avaliação são úteis na definição de objetivo, na documentação das necessidades e na demonstração das intervenções realizadas.^[13] Nas pessoas com AVC, é de grande relevância uma adequada avaliação do controle postural e do risco de quedas, assim, neste âmbito, os protocolos de avaliação publicados, incluem habitualmente o Timed Up and Go.^[14] Este é um teste de equilíbrio, relacionado com o nível de mobilidade funcional. Trata-se de um instrumento de avaliação rápido e simples permitindo avaliar o risco de queda numa pessoa^[3] Este teste requer que os participantes se levantem de uma cadeira, andem 3 metros, regressem à cadeira e se sentem novamente. O tempo necessário para completar o teste é registado em segundos usando um cronómetro. O participante pode caminhar com uma bengala ou outro auxílio de marcha.^[13] O conhecimento das propriedades psicométricas, é primordial de modo a verificar se o teste tem validade e fiabilidade, de modo a não comprometer os resultados obtidos. Neste sentido pretende-se avaliar as propriedades psicométricas o Timed up and Go Test, para garantir que os resultados obtidos após a aplicação do mesmo não apresentam enviesamentos. O objetivo deste estudo é identificar as propriedades métricas do Timed up and Go Test em pessoas após AVC, residentes na comunidade.

MATERIAL E MÉTODOS

As revisões sistemáticas da Literatura (RSL) permitem identificar, seleccionar e avaliar criticamente um conjunto de estudos a fim de extrair a melhor evidência científica, para dar resposta a uma questão de investigação. A finalidade principal das RSL é de reunir toda a evidência empírica mediante a aplicação de métodos sistemáticos e explícitos, com finalidade de reduzir enviesamentos, de modo a obter resultados mais fiáveis, e tirar assim conclusões mais adequadas.^[14]

Procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, por ser um processo criterioso, que permite identificar, avaliar e interpretar todas as pesquisas disponíveis e relevantes, de forma a responder a uma questão que surge num contexto da prática clínica. Os elementos fundamentais de uma revisão sistemática são constituídos por 8 etapas: questão de investigação, definição do problema, objetivos da revisão sistemática; critérios de inclusão e exclusão; estratégia de pesquisa; procedimento de seleção; procedimento de extração dos dados; e procedimento de avaliação da qualidade metodológica dos estudos seleccionados.^[15]

Uma revisão sistemática de qualidade deverá conter a formulação de uma e apenas uma questão de partida, sendo ela suficientemente compreensível e específica.^[14] Para a formulação da questão de investigação considerou-se as recomendações do *Joanna Briggs Institute*^[16] a partir da estratégia PICO (*Population, Interests area, context*). Cada dimensão do PICO contribuiu para a definição dos critérios de inclusão: **P**- População: Pessoa adulta com AVC; **I**- área de Interesse: *as propriedades psicométricas do Timed Up and Go Test*; **Co** - Contexto: *residente na comunidade*.

Tendo resultado a questão de pesquisa: “Quais as propriedades métricas do Timed Up and go test na pessoa com AVC, residente na comunidade?”.

Foram identificados os descritores relacionados com cada uma das componentes da estratégia PICO, *Stroke*; *Psychometrics*; *validity of test*, *Reproducibility of results*, *Postural Balance*, validados previamente na plataforma Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings. Utilizou-se também as seguintes Palavras-chave: *Timed up and go test* e *residente na comunidade*. A pesquisa eletrônica foi realizada durante o mês de Outubro de 2016 com recurso à plataforma EBSCOHost® (CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, British Nursing Index, Cochrane Collection, MEDLINE®), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Académico. Posteriormente, foram inseridos nessas bases dados os descritores com a seguinte estratégia de pesquisa: (Tabela 1)

Tabela 1 - Estratégia de Pesquisa

(Timed and Go Test) AND (Stroke)
(Timed and go Test) AND (Stroke) AND (Community)
(Stroke) AND (Timed up and Go Test) AND (Community) AND (Rehabilitation)
(Stroke) AND (Timed up and Go Test) AND (Psychometrics)
(Stroke) AND (Timed up and Go Test) and (Reproducibility of results)
(Stroke) AND (Timed up and Go Test) AND (Postural Balance) AND (Reproducibility of results)
(Stroke) AND (Timed up and Go Test) AND (Psychometrics) AND (Reproducibility of results) AND (Postural Balance) AND (Rehabilitation)
(Stroke) AND (Timed up and Go Test) AND (Psychometrics) AND (Reproducibility of results) AND (Postural Balance)

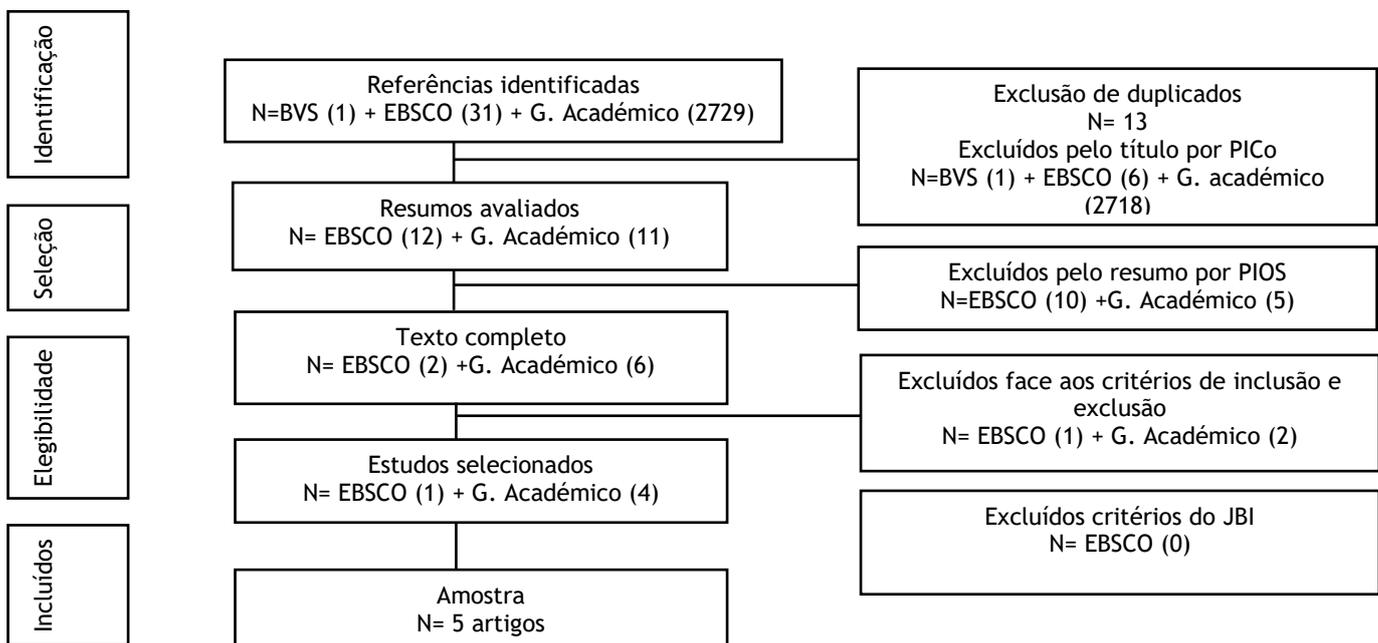
Numa revisão sistemática de qualidade, os critérios de inclusão e exclusão devem ser definidos de forma rigorosa, transparente, de forma a orientar a pesquisa e seleccionar a literatura científica, para que possam

ser incluídos todos os estudos relevantes e excluídos os irrelevantes, de modo a aumentar a precisão dos resultados face a questão identificada.^[14] Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: Pessoa adulta com AVC, Avaliar pelo menos um parâmetro psicométrico, Estudo Quantitativo, com data de publicação entre 2011 a 2016, em português/inglês/espanhol/francês, e artigo disponível de forma integral e com livre acesso. Como critérios de exclusão foram definidos artigos que apresentem menos de 75% dos critérios de qualidade da JBI, isto é, a grelha Joanna Briggs Institute 2011 Definiu-se ainda como critério de exclusão os artigos de revisão sistemática da literatura.

Depois da identificação da questão de investigação, dos critérios de inclusão e exclusão e da estratégia de pesquisa, foi definido o procedimento de seleção dos estudos com o objetivo de filtrar os estudos. A definição exata deste procedimento diminui enviesamentos e possíveis erros, possibilitando a seleção de todos os artigos da mesma forma, e assim assegurar a validade e veracidade dos resultados.^[14] O processo de seleção envolveu numa primeira fase, a análise independente dos investigadores, dos títulos e dos resumos dos artigos, tendo em conta os critérios definidos *a priori*. Todo o processo de seleção dos estudos foi registado numa grelha de selecção por dois investigadores. Posteriormente, os resultados da seleção dos investigadores, foram comparados e em caso de divergências recorreu-se a outro investigador.

Os investigadores procederam, em seguida, à seleção dos artigos de forma independente, tendo por base os critérios de inclusão e de exclusão previamente definidos. Apenas foram seleccionados os estudos quantitativos por apresentarem maior nível de evidência e por responderem de forma mais satisfatória à finalidade desta revisão. Cada investigador avaliou a qualidade metodológica dos estudos com base na classificação JBI para estudos descritivos.

Figura 1 - Identificação, análise e seleção dos artigos.^[17]



A informação contida nos artigos foi sistematizada num quadro, o que permitiu uma melhor interpretação dos resultados obtidos em cada estudo. Os níveis de evidência dos estudos contidos nos artigos foram classificados segundo os critérios da Registered Nurses Association of Ontario.^[18]

RESULTADOS

Os cinco artigos que integram a amostra, foram publicados nos seguintes anos, um em 2011,^[23] dois em 2013^[19,21] e dois em 2014,^[20,22] sendo os países de origem o Brasil,^[19, 23] Estados Unidos da América (EUA),^[21] Suécia^[22] e Austrália.^[20] Todos os estudos incluídos (Tabela 2) são estudos descritivos, com nível de evidência III.^[18]

Tabela 2: Principais Resultados e conclusões dos cinco artigos

AUTORES, ANO, PAÍS E POPULAÇÃO	RESULTADOS			CONCLUSÕES
	Reprodutibilidade	Validade	Responsividade	
Faria C., Teixeira-Salmela L., Nadeau S., 2013, Brasil, n= 44 ^[19]	--	Validade discriminante e preditiva na velocidade lenta e moderada em pessoas com AVC e Saudáveis	--	<u>Válido</u>
Vernon S., Paterson K, Bower K, McGinley J, Miller K, Pua Y-H et al. 2014, Austrália, n=30 ^[20]	Teste-reteste coeficiente de correlação intraclassa (ICC) >0.90	Validade Concorrente entre TUG e Kinect-TUG Validade preditiva do TUG na Idade e comprimento do passo	Effect Size (sensibilidade à mudança)	<u>Válido, fiável e responsivo</u>
Murphy K, Lowe S. 2013; EUA, n=15 ^[21]	Teste-reteste Coeficiente de correlação de Pearson r=0,77 e após formação 0,86	--	--	<u>Fiável</u>
Persson C. Danielsson A., Sunnerhagen K, Grimby-Ekman A. and Hansson P-O, 2014, Suécia n=91 ^[22]	--	--	Modelo regressão linear IC =95%, p<0.001	<u>Responsivo</u>
Faria C, Teixeira-Salmela L, Gomes Neto M, Rodrigues-de-Paula F. 2011, Brasil, n= 16 ^[23]	Fiabilidade intra-observador (0.75<ICC<0.96) e inter-observador (0.91<ICC<0.96).	--	--	<u>Fiável</u>

Reprodutibilidade

O estudo dos EUA^[21] avalia a reprodutibilidade inter-observador entre um enfermeiro e um fisioterapeuta, com o objetivo de demonstrar a importância da formação dos profissionais na aplicação de um instrumento como o TUG. Inicialmente, o TUG foi aplicado sem formação do profissional, sendo a fiabilidade inter-observador de 0.77, e após a realização de formação, aumentou para 0.86 (p=0.001).

Um dos estudos do Brasil^[23] aborda a fiabilidade intra e inter-observador, sendo a aplicação do TUG realizada por fisioterapeutas com experiência, em momentos diferentes. Foram obtidos valores significativos de confiabilidade intra-observador (0.75<ICC<0.96) e inter-observador (0.91<ICC<0.96).

No estudo da Austrália,^[20] através do teste reteste, foi demonstrada fiabilidade na maioria das variáveis Kinect-TUG, com ICC > 0.90.

Validade

Relativamente à validade discriminante, um dos estudos do Brasil^[19] avalia a diferença entre as médias do TUG de um grupo de indivíduo saudável e de um grupo com AVC na comunidade. Através da ANOVA, os investigadores verificaram que existiam diferença nas médias do TUG no grupo saudável e no grupo AVC. Cada grupo foi dividido em 3 subgrupos: Rápidos, Moderados e Lentos, em função dos resultados do TUG (de acordo com os quartis). Para ambos os grupos AVC (F=26.21; p <0.013) verso Saudável (F=32.73; p <0.006), houve resultados significativamente diferentes entre os vários subgrupos. A análise de variância ANOVA também revelou interação significativa entre os grupos e os subgrupos, uma vez que as diferenças de medidas entre os grupos dependiam dos valores obtidos pelos subgrupos. Contudo, no subgrupo Rápido, o TUG não consegue discriminar o grupo de AVC do grupo Saudável, uma vez que a performance é similar.

Ainda neste estudo ^[19] foi ainda avaliada a validade preditiva ou acurácia. De acordo com a análise, 86,4% dos indivíduos foram bem classificados, em relação as previsões de associação feitas a partir dos resultados

obtidos pelo TUG. Mas houve uma exceção no subgrupo Rápidos AVC, pois tem valores muito idênticos ao subgrupo dos Rápidos Saudáveis.

Relativamente à validade concorrente, o estudo da Austrália,^[20] indica valores de validade excelentes entre o tempo total do TUG e todas as variáveis Kinect-TUG, à exceção do ângulo de flexão do tronco ($p=-0.23$, $P>0.05$), e do comprimento do passo ($p=0.70$, $P<0.001$). O tempo total do TUG foi considerado com um preditor significativo, quando associado ao comprimento do passo e à idade, nas avaliações do teste de caminhada de 10 metros (10 MWT) e *Step Test*. Houve uma melhoria de 7% ($P<0.01$), e 6% ($P=0.03$), respetivamente, no desempenho do modelo de regressão.

Responsividade

Um estudo,^[22] realizado na Suécia, investigou a responsividade, através da avaliação do TUG em 91 pessoas durante o primeiro ano após o primeiro AVC na comunidade (na 1ª semana, aos 3 meses, aos 6 meses e aos 12 meses). Foi utilizada uma estatística não paramétrica (mediana e percentil 25 e 75), e o modelo de regressão linear, conduzindo à conclusão que o TUG é um teste responsivo durante os primeiros três meses após AVC, dado que existiu uma redução do tempo médio em 5,3 segundos (IC 95%, $p<0.001$). Nas avaliações efetuadas nos intervalos entre 3- 6 meses e 6-12 meses, após AVC, o tempo médio não teve alteração estatística significativa. Todas as mudanças verificadas de umas avaliações para as outras, apenas são sempre detetadas nos mais jovens.

No estudo da Austrália,^[20] o TUG foi avaliado utilizando uma câmara de sensor de movimento (Kinect), que permite fornecer informações úteis sobre o desempenho de componentes independentes do movimento. A associação Kinect - TUG fornece informações de sensibilidade à mudança (responsividade). O *Effect Size* observado no estudo, foi comparado com os respetivos resultados mínimos detetados de 0.17m/s para velocidade da marcha e 1.7 passos para o *Step Test*.

DISCUSSÃO

O TUG é um dos instrumentos de avaliação da mobilidade mais utilizado no âmbito nacional e internacional, abrange a maioria das atividades básicas e é prático e de rápida aplicação.^[25] O conhecimento das propriedades métricas de um instrumento permite ter uma leitura mais objetiva dos resultados evitando erros de interpretação reduzindo, assim uma apreciação subjetiva sobre a qualidade dos resultados obtidos na investigação e prática clínica.^[26-27] As revisões sistemáticas de literatura sobre as propriedades métricas, dos instrumentos aplicados na prática permitem verificar a evidência científica e confirmar se o instrumento é válido, fiável e responsivo.

Os resultados desta revisão sistemática mostram que o TUG na versão do Brasil^[23] e Austrália,^[20] de acordo com

Sousa e colaboradores,^[27] apresenta níveis excelente de fiabilidade, $ICC>0,90$. Apenas a versão da Austrália avalia a fiabilidade intra-observador (Teste-Retest) revelando-se excelente^[24, 27]

A fiabilidade inter-observador é avaliada nas versões Brasil^[23] e EUA,^[21] sendo que na versão dos EUA apresenta valores de fiabilidade fracos a muito fracos, ($0,77 < r < 0,86$). A fiabilidade intraobservador é avaliada apenas na versão do Brasil,^[23] revelando-se excelente ($0.75 < ICC < 0.96$).^[26]

A validade discriminativa é apenas referida na versão do Brasil,^[19] onde se concluiu que o TUG consegue discriminar os intra-grupos, mas não os inter-grupos. Num estudo que comparam pessoas com e sem hemiparésia também não encontraram diferenças, contudo as diferenças verificaram-se quando compararam pessoas com e sem medo de cair.^[28] Num estudo realizado com pessoas após AVC concluíram que 69.8% das pessoas apresentavam medo de cair avaliado pela *Fall Efficacy Scale-International*,^[29] e como o medo de cair afeta o desempenho no TUG^[28] recomendam-se programas que melhorem o equilíbrio e os parâmetros da marcha em pessoas com AVC assim como o medo de cair.^[30-31]

A validade de critério foi abordada na versão Brasil^[19] e Austrália,^[20] onde se confirma o valor preditivo do TUG. Na versão do Brasil^[19] o TUG permitiu agrupar os indivíduos em função do tempo, enquanto no estudo da Austrália,^[20] a validade preditiva é abordada associando o TUG a outras variáveis. Entre o tempo total do TUG e todas as variáveis do Kinect- TUG foi demonstrado existir correlação na versão Austrália, com exceção na flexão do tronco, de acordo com Sousa e colaboradores^[27] e no comprimento do passo considerado bom ($p=0,70$).^[26] Os dois estudos apresentam validade de critério adequada (acurácia).^[26] A sensibilidade à mudança do TUG foi abordada no estudo da Suécia^[22] e Austrália.^[20] No estudo da Suécia,^[22] o TUG permite detetar as mudanças de umas avaliações para outras, embora nem sempre significativas, apenas os mais jovens se verifica sempre mudança, mas nos mais idosos não. Este estudo utilizou métodos estatísticos diferentes, um utilizou estatística não paramétrica e o outro regressão linear, não permitindo comparações e determinar se existe uma evidência forte sobre a resposta à mudança. Os resultados deste estudo não podem ser extrapolados para pessoas com AVC recorrentes, uma vez que foram só seleccionados pessoas após o primeiro AVC. Na versão da Austrália,^[20] foi abordado o *Effect Size*, mas não apresenta valores estatísticos significativos que permitam saber qual a capacidade de resposta à mudança do TUG.

Alguns estudos selecionados^[19,21,23] nesta revisão sistemática apresentam amostras de pequena dimensão, sendo referido como uma limitação pelos próprios estudos. De acordo com Sousa e colaboradores,^[24] uma amostra com $n < 100$ é considerada pobre.

Outra das limitações referida pelos estudos é a necessidade de introdução de outras variáveis em estudos futuros, como a velocidade, força muscular,

equilíbrio, força dos músculos extensores, flexão do tronco,^[19-20] de modo a melhorar o valor preditivo do TUG.

Dois estudos^[19,21] referem a necessidade de realização de investigações futuras, tendo em conta as limitações encontradas, de modo prática aumentar o nível de evidência. Relativamente às implicações práticas, recomenda-se uma formação adequada dos profissionais na aplicação do instrumento, para garantir a fiabilidade dos resultados obtidos. É ainda necessário entender melhor quais as características discriminantes das pessoas com AVC, com melhor desempenho no TUG em relação as pessoas saudáveis.

Em síntese, os valores do teste-reteste do TUG e a avaliação inter-observador mostraram que este instrumento é confiável e reproduzível. Possui validade e é sensível a mudanças a curto prazo após AVC. A heterogeneidade dos estudos incluídos dificulta a realização de conclusões precisas relativamente as propriedades psicométricas do TUG.

Implicações práticas

O TUG é um teste recomendado para prever o risco de queda.^[19, 28] As pessoas com AVC que apresentam o nível de desempenho no TUG fraco, com tempos mais longos desde o início do AVC e lesão do hemisfério direito apresentam maior risco de queda e os pontos de corte do TUG para a predição de queda variam de acordo com o hemisfério cerebral, isto é, 13 segundos para hemisfério direito e 28 segundos para hemisfério esquerdo.^[32]

O TUG pode ser utilizado para prever desempenho nas tarefas motoras e o ponto de corte é 13.49 segundos.^[33]

CONCLUSÃO

Foram incluídos apenas cinco estudos que estudaram as propriedades métricas do TUG em pessoas com AVC na comunidade, contudo podemos concluir que o TUG é um instrumento fiável intraobservador e inter-observador, válido e com alguma limitação na capacidade de resposta a mudança (responsividade).

Recomenda-se o desenvolvimento de mais estudos de modo a verificar a sensibilidade à mudança deste teste na pessoa após AVC.

Apesar das amostras populacionais serem reduzidas, permite-nos verificar que esta avaliação é transversal a culturas diferentes, no entanto, será importante a realização do TUG adaptado à realidade portuguesa, tendo em conta as características específicas desta população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident. Health topics. 2016. Disponível em: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
2. Marques-Vieira C, Sousa L, Braga R. Reabilitar a pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds).

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidata. 2017: 465-474.

3. Silva IF, Neves CF, Vilela AC, Bastos LM, Henriques MI. Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. Referência. 2016 Mar; IV(8):103-11. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=00874-02832016000100012
4. World Health Organization . International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva:WorldHealthOrganization.2001Availablein http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1
5. Lewek MD, Bradley CE, Wutzke CJ, Zinder SM. The relationship between spatiotemporal gait asymmetry and balance in individuals with chronic stroke. J Appl Biomech. 2014 Feb 1;30(1):316.Available in <http://journals.humankinetics.com/doi/10.1123/jab.2012-0208>
6. Trindade AP, Barboza MA, Oliveira FB, Borges AP. Influência da simetria e transferência de peso nos aspectos motores após acidente vascular cerebral. Rev Neurocienc. 2011;19(1): 61-7.
7. Silva JM, Hasse HK, Yussef SM, Kaminski EL. Efeitos da dupla tarefa com demanda motora e demanda cognitiva na marcha de sujeitos hemiparéticos pós AVC. Rev Neurocienc. 2015;23(1):48-54. Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2015/2301/original/936original.pdf>
8. Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados:Referencialdoenfermeiro.Março2009.Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documentos/rncci%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>
9. Matter, C, Rugnaff, P. La fonction infirmière en rééducation-réadaptation. Soins. 2006;711:61. Disponible <http://www.airr.eu/docs/711-Matter.pdf>
10. Leclair, F. Proposition d'un atelier équilibre chez le patient hémiparétique post AVC: Etude auprès de 4 cas Cliniques. Institute de Formation Régional Aux Métiers De La Rééducation et Réadaptation. 2012.
11. Bertrand AM, Howald A, Siegenthaler J, Kühne N. Utilisation d'instruments de mesure avec des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral: une enquête par questionnaire auprès d'ergothérapeutes en Suisse romande. Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie. 2015 Jan 25;1(1):43-61.
12. Woellner SS, Araújo AG, Cabral FM, Uessler PN, Soares AV. Testes de equilíbrio em pacientes hemiparéticos por AVC. Neurociências. 2015;11(1):32-40. Disponível em http://www.ace.br/documentos/fisioterapia/2015/artigo_teste_s_de_equilibrio_2015.pdf
13. Hafsteinsdóttir TB, Rensink M, Schuurmans M. Clinimetric properties of the Timed Up and Go Test for patients with stroke: a systematic review. Top Stroke Rehabil. 2014 May 1;21(3):197-210.
14. Bettany-Saltikov J. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. New York: Open University press; 2012.
15. Green S, Higgins JPT, Alderson P, Clarke M, Mulrow CD, Oxman AD. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 updated March 2011[Internet]. Melbourne: TheCochraneCollaboration;2011[cited2010Sept01].Available from: <http://handbook.cochrane.org/>
16. Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute's user manual: version5.0 system for the unified management. Assessment and Review of Information. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. 2011. Available in <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-Userguide.pdf>
17. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA). Welcome to the Preferred Reporting Items

- for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). 2015. Disponível em <http://www.prisma-statement.org/>
18. Registered Nurses' Association of Ontario. Falls prevention: building the foundations for the patient safety. A self-learning package. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario. 2007 Available in http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Falls_Prevention_-_Building_the_Foundations_for_Patient_Safety_A_Self_Learning_Package.pdf
 19. Faria CD, Teixeira-Salmela LF, Nadeau S. Predicting levels of basic functional mobility, as assessed by the Timed "Up and Go" test, for individuals with stroke: discriminant analyses. *Disabil Rehabil.* 2013 Jan;35(2):146-52. Available in <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.690497>
 20. Vernon S, Paterson K, Bower K, McGinley J, Miller K, Pua YH, Clark RA. Quantifying individual components of the timed up and go using the kinect in people living with stroke. *Neurorehabilitation Neural Repair.* 2015;29(1):48-53. Available in <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1545968314529475>
 21. Murphy K, Lowe S. Improving fall risk assessment in home care: interdisciplinary use of the Timed Up and Go (TUG). *Home Healthc Now.* 2013 Jul 1;31(7):389-96. Available in http://journals.lww.com/homehealthcareonline/Fulltext/2013/07000/Improving_Fall_Risk_Assessment_in_Home_Care_.7.aspx?trendmd-shared=0
 22. Persson CU, Danielsson A, Sunnerhagen KS, Grimby-Ekman A, Hansson PO. Timed Up & Go as a measure for longitudinal change in mobility after stroke-Postural Stroke Study in Gothenburg (POSTGOT). *J. Neuroengineering Rehabil.* 2014;11:83.
 23. Faria CD, Teixeira-Salmela LF, Neto MG, Rodrigues-de-Paula F. Performance-based tests in subjects with stroke: outcome scores, reliability and measurement errors. *Clin Rehabil.* 2012 May 1;26(5):460-9.
 24. Sousa LM, Marques-Vieira C, Carvalho ML, Veludo F, José HM. Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. *Enfermagem.* 2015;5:25-32. Disponível em <http://hdl.handle.net/10884/1016>
 25. Dutra MC, Cabral AL, de Azevedo Carvalho G. Tradução para o português e validação do Teste Timed up and Go. *Revista Interfaces, Saúde, Humanas e Tecnologia. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia.* 2016 Apr 22;3(9):81-88. DOI: 10.16891/2317-434X.430. Disponível em <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/242/pdf>
 26. Sousa LM. As propriedades psicométricas dos instrumentos de hétero-avaliação. *Enfermagem.* 2015;6:20-4. Disponível em <http://hdl.handle.net/10884/998>
 27. Sousa LM, Marques-Vieira C, Severino S, Caldeira S. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida.* Loures: Lusodidacta. 2017:113-122.
 28. Danielli Coelho de Moraes Faria C, Fuscaldi Teixeira-Salmela L, Nadeau S. Effects of the direction of turning on the timed up & go test with stroke subjects. *Top Stroke Rehabil.* 2009 May 1;16(3):196-206.
 29. Khan S, Hadian MR, Olyaei G, Arslan SA, Yekaninejad S, Tafakhori A. Comparing Falls Efficacy Scale-International and Berg Balance Scale in Predicting Recurrent Risk of Fall in Stroke Patients. *J Modern Rehabil.* 2017 Apr 1;11(2):103-8.
 30. Ordahan B, Karahan AY, Basaran A, Turkoglu G, Kucuksarac S, Cubukcu M, Tekin L, AD P, Kuran B. Impact of exercises administered to stroke patients with balance trainer on rehabilitation results: a randomized controlled study. *Hippokratia.* 2015;19(2):125-30.
 31. Jung Y, Lee K, Shin S, Lee W. Effects of a multifactorial fall prevention program on balance, gait, and fear of falling in post-stroke inpatients. *J Phys Ther Sci.* 2015;27(6):1865-8.
 32. Pinto EB, Nascimento C, Marinho C, Oliveira I, Monteiro M, Castro M, Myllane-Fernandes P, Ventura LM, Maso I. Risk Factors Associated With Falls in Adult Patients After Stroke Living in the Community: Baseline Data From a Stroke Cohort in Brazil. *Top Stroke Rehabil.* 2014;21(1):220-7.
 33. Chan PP, Tou JI, Mimi MT, Ng SS. Reliability and Validity of the Timed Up and Go Test With a Motor Task in People With Chronic Stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017 Nov 1;98(11):2213-20.

