

## Eficácia de consultas realizadas por enfermeiros em pessoas com artrite reumatóide: revisão sistemática

Effectiveness of nursing consultations in people with rheumatoid arthritis: systematic review  
Eficacia de las consultas realizadas por enfermeros en pacientes con artritis reumatoide:  
revisión sistemática

Fabiana Isabel Moreira de Sousa\*; Eduardo José Ferreira dos Santos\*\*; Madalena Cunha\*\*\*; Ricardo Jorge Oliveira Ferreira\*\*\*\*;  
Andréa Ascensão Marques\*\*\*\*\*

### Resumo

**Enquadramento:** Tradicionalmente, as pessoas com artrite reumatóide são monitorizadas apenas em consultas médicas. No entanto, vários estudos sugerem que este seguimento pode ser realizado também por enfermeiros, de forma protocolada.

**Objetivos:** Determinar a eficácia das consultas de enfermagem no controlo da atividade da doença e de outros *outcomes* reportados em comparação com as consultas realizadas apenas por reumatologistas, em pessoas com artrite reumatóide.

**Método de Revisão:** Seguiu-se a metodologia da Cochrane. Incluíram-se estudos em adultos com artrite reumatoide. Dois revisores independentes realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados.

**Apresentação e interpretação dos resultados:** Os 7 estudos incluídos reportaram melhores resultados das consultas de enfermagem em termos de dor, capacidade funcional, qualidade de vida, autoeficácia, ou satisfação global. Destes estudos, 4 integraram a meta-análise que revelou não existir diferença estatisticamente significativa no controlo da atividade da doença entre enfermeiros e reumatologistas.

**Conclusão:** As consultas de enfermagem são eficazes no controlo da atividade de doença, na redução do impacto sentido e na satisfação em pessoas com artrite reumatóide.

**Palavras-chave:** artrite reumatóide; cuidados de enfermagem; literatura de revisão como assunto; avaliação de resultados (cuidados de saúde); metanálise

### Abstract

**Background:** Traditionally, patients with rheumatoid arthritis are only monitored in medical consultations. However, several studies suggest that, with protocols, this follow-up can also be performed by nurses.

**Objectives:** To determine the effectiveness of nursing consultations in controlling disease activity and other patient-reported outcomes compared to rheumatology consultations only, in patients with rheumatoid arthritis.

**Review Method:** The Cochrane methodology was followed. Studies that had been conducted with adults with rheumatoid arthritis were included. Critical appraisal, data extraction, and data synthesis were performed by 2 independent reviewers.

**Presentation and interpretation of results:** The 7 studies included reported better outcomes of nursing consultations in terms of pain, physical function, quality of life, self-efficacy, or overall satisfaction. Of these, 4 studies were included in the meta-analysis, which revealed no statistically significant differences in the control of disease activity between nursing and rheumatology consultations.

**Conclusion:** Nursing consultations are effective in controlling disease activity, reducing disease impact, and improving satisfaction in people with rheumatoid arthritis.

**Keywords:** arthritis, rheumatoid; nursing care; review literature as topic; outcome assessment (health care); meta-analysis

### Resumen

**Marco contextual:** Normalmente a las personas con artritis reumatoide solo se las monitoriza en consultas médicas. Sin embargo, varios estudios sugieren que este seguimiento lo pueden realizar también los enfermeros, de forma protocolaria.

**Objetivos:** Determinar la eficacia de las consultas de enfermería para controlar la actividad de la enfermedad y de otros resultados en comparación con las consultas realizadas solo por reumatólogos en pacientes con artritis reumatoide.

**Método de revisión:** Se siguió la metodología de Cochrane. Se incluyeron estudios en adultos con artritis reumatoide. Dos revisores independientes realizaron una evaluación crítica, extracción y síntesis de los datos.

**Presentación e interpretación de los resultados:** Los 7 estudios incluidos registraron mejores resultados de las consultas de enfermería en relación al dolor, la capacidad funcional, la calidad de vida, la autoeficacia o la satisfacción global. De estos estudios, 4 formaron parte del metanálisis en el que se observó que no existía diferencia estadísticamente significativa en el control de la actividad de la enfermedad entre enfermeros y reumatólogos.

**Conclusión:** Las consultas de enfermería son eficaces en el control de la actividad de la enfermedad, en la reducción del impacto sentido y en la satisfacción de los pacientes con artritis reumatoide.

**Palabras clave:** artritis reumatoide; atención de enfermería; literatura de revisión como asunto; evaluación de resultado (atención de salud); metanálisis

\* Msc., Enfermeiro, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPF - Serviço de Neurocirurgia, Pólo H.U.C. 3000075, Coimbra, Portugal [fabianams@hotmail.com]. Contribuição no artigo: estratégia de investigação e identificação dos estudos; avaliação da qualidade metodológica dos estudos; extração de dados; apresentação e interpretação dos resultados; conclusões; escrita do artigo.  
\*\* MSc., PhD., Esatlane, ICBAS-UP Enfermeiro Investigador Associado, Portugal Centre for Evidence Based Practice: a Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPF - Serviço de Urgência, Pólo H.U.C., Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 3016-051 Coimbra, Portugal [eferreira87@gmail.com]. Contribuição no artigo: estratégia de investigação; avaliação da qualidade metodológica dos estudos; extração e síntese de dados; apresentação e interpretação dos resultados; conclusões; escrita do artigo; contribuição para o desenvolvimento do estudo; Menção para correspondência: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 3016-051, Coimbra, Coimbra Portugal.  
\*\*\* PhD., Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde e Investigação do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CEIETS), 3500-813, Viseu, Portugal [mcarde@isq.up].  
Contribuição no artigo: estratégia de investigação; apresentação e interpretação dos resultados; conclusões; escrita do artigo.  
\*\*\*\* Msc., PhD., Estuário, FMUC, Enfermeiro, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPF - Serviço de Reumatologia, Pólo H.U.C. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 3016-051, Coimbra, Portugal [rferreira@reumahu.org]. Contribuição no artigo: estratégia de investigação e identificação dos estudos; avaliação da qualidade metodológica dos estudos; conclusões; escrita do artigo.  
\*\*\*\*\* PhD., FMUC, Enfermeiro, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPF - Serviço de Reumatologia, Pólo H.U.C. 3000075, Coimbra, Portugal [amarpas@reumahu.org]. Contribuição no artigo: estratégia de investigação e identificação dos estudos; avaliação da qualidade metodológica dos estudos; conclusões; escrita do artigo.

Recebido para publicação em: 27.02.17  
Aceite para publicação em: 02.05.17

## Introdução

A artrite reumatóide (AR) é uma doença autoimune, crónica e progressiva (Gabay, Nissen, & van Laar, 2015). Em Portugal estima-se que afete 0,7% da população adulta (Branco et al., 2016). A sua apresentação clínica é muito heterogénea e sistémica, não se circunscrevendo apenas à inflamação articular (Gabay et al., 2015). Sintomas como dor, fadiga, rigidez matinal, alterações do sono, ou depressão afetam significativamente a qualidade de vida destas pessoas (Boonen & Severens, 2011; Ferreira et al., In press). Por este motivo o seguimento destas pessoas é um desafio constante, exigindo acompanhamento especializado contínuo e sistematizado (Gabay et al., 2015). Um dos parâmetros centrais na avaliação destas pessoas é a atividade da doença. O 28-joint *Disease Activity Score* (DAS28) é a ferramenta mais usada para esse efeito, que consiste num algoritmo que tem em conta o número de articulações dolorosas e o número de articulações tumefactas (em 28 avaliadas), o valor de um parâmetro inflamatório (proteína C reativa ou velocidade de sedimentação) e poderá ou não incluir a avaliação global da doença (de 0 a 100). De acordo com o DAS28 considera-se que a pessoa está em remissão da doença se o valor for < 2,6 e que está em baixa atividade da doença (BAD) se  $\leq 3,2$  (Smolen et al., 2014).

Tradicionalmente, as pessoas com AR são monitorizadas periodicamente em consultas médicas da especialidade, habitualmente a cada 3 meses, período que poderá variar consoante a atividade da doença esteja ou não controlada (Smolen et al., 2014), sendo também influenciada pelas orientações dos serviços de saúde de cada país. Contudo, estudos recentes têm demonstrado que em pessoas cuja atividade da doença se encontra estável, ou seja, em remissão ou em BAD, este seguimento pode ser realizado por enfermeiros com competências acrescidas em reumatologia, de forma protocolar e com o suporte de reumatologista se necessário (Primdahl, Sorensen, Horn, Petersen, & Horslev-Petersen, 2014; Sorensen, Primdahl, Horn, & Horslev-Petersen, 2015). Nestes protocolos o reumatologista realiza habitualmente uma consulta anual. Num destes estudos, verificou-se que as pessoas seguidas a cada 3 meses em consultas de enfermagem (CE), ao fim de um período de 2 anos, obtiveram melhor controlo da doença do que as pessoas seguidas a cada

3-12 meses em consultas de reumatologia (CR), para além de obterem melhores níveis de autoeficácia, confiança e satisfação (Primdahl, Wagner, Holst, & Horslev-Petersen, 2012). Neste estudo testou-se ainda um terceiro modelo de cuidados, partilhado entre enfermeiros e reumatologistas, no qual as pessoas eram seguidas pelo médico de família, sem consultas agendadas em reumatologia, que só teriam em caso de necessidade (com o enfermeiro e/ou reumatologista). Este terceiro grupo apenas apresentou menores índices de satisfação quando comparado com a CR (Primdahl et al., 2012).

Neste âmbito, a Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) elaborou recomendações sobre o desempenho do enfermeiro na gestão das doenças inflamatórias crónicas, que enfatizam a otimização das competências e habilidades dos enfermeiros como parte de uma gestão global da doença (van Eijk-Hustings et al., 2012). Noutro documento de consenso desta mesma entidade reforça-se a importância de se promover a educação da pessoa, que a capacite, nomeadamente para a autogestão, com consequente melhoria na adesão terapêutica (Zangi et al., 2015), atividade em boa parte do domínio dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde. Este modelo de cuidados tem, paralelamente, demonstrado contribuir para a redução de custos dos cuidados a pessoas com doença músculo-esquelética (Koksvik et al., 2013; Larsson, Fridlund, Arvidsson, Teleman, & Bergman, 2014; Larsson et al., 2015). Vários países europeus, como por exemplo o Reino Unido, Holanda, Dinamarca, Suécia, ou Noruega, possuem já perfeitamente implementadas as CE, designadamente nesta área, com resultados publicados. Contudo, em diversos outros países tem sido difícil a sua implementação devido a diferentes fatores e também pelas disparidades de formação especializada, problema que tem merecido recentemente atenção da comunidade clínica e académica (Vliet Vlieland et al., 2016). Esta revisão sistemática teve assim como objetivo comparar a eficácia de consultas realizadas por enfermeiros com a eficácia de consultas realizada isoladamente pelo reumatologista, em pessoas com AR. Mais especificamente, a revisão centra-se na seguinte questão: Qual é a eficácia das consultas realizadas por enfermeiros em pessoas com AR no controlo da atividade da doença (DAS28) e de outros outcomes reportados?.

### Método de revisão sistemática

A revisão seguiu as orientações da Cochrane (Higgins & Green, 2011). Foram definidos e aplicados critérios de seleção segundo a metodologia PICO. Participantes: Adultos ( $\geq 18$  anos), com diagnóstico definitivo de AR; Intervenção: Consultas realizadas por enfermeiros (CE); de salientar que estas consultas são de seguimento, pelo que os doentes mantêm habitualmente consultas anuais com o reumatologista; Comparações: Consultas realizadas unicamente por reumatologistas (CR); outros modelos partilhados de cuidados, nomeadamente consultas realizadas de forma não predeterminada por enfermeiros ou por reumatologistas (CE/CR); *Outcomes* - (Primário): atividade da doença; (Secundários): dor, fadiga, capacidade funcional, autoeficácia, adesão terapêutica, qualidade de vida e satisfação global. Apenas foram selecionados estudos com desenhos experimentais, incluindo ensaios controlados aleatorizados (ECAs), e estudos de coorte.

### Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos

A estratégia de pesquisa apenas incluiu estudos publicados. Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos. Inicialmente foi realizada uma pesquisa naturalista limitada à base de dados PubMed, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos, resumos e dos descritores. Posteriormente foi realizada uma segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e descritores identificados, em todas as bases de dados incluídas (Tabela 1). Por fim, foram analisadas as referências bibliográficas de todos os artigos identificados para identificar estudos adicionais. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em inglês, espanhol, francês e português. A estratégia de pesquisa por base de dados abrangeu o período entre 1 de janeiro de 2005 (data a partir do qual começaram a surgir estudos no âmbito do tema, após a realização de várias pesquisas preliminares) e 31 de agosto de 2016.

Tabela 1  
*Fórmulas e limitadores da pesquisa aplicados por base de dados e os respetivos resultados*

Base de dados (resultados por base de dados)	Fórmula booleana
Pubmed (71)	("Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] OR "Rheumatoid arthritis"[Title/Abstract]) AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR "Nurse's role"[Title/Abstract] OR "Nursing consultations"[Title/Abstract] OR "shared care"[Title/Abstract] OR "Nurse-led rheumatology clinic"[Title/Abstract] OR "Multidisciplinary team-care"[Title/Abstract]) AND ("Education"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Pain"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Fatigue"[Mesh] OR "Education"[Title/Abstract] OR "Patient satisfaction"[Title/Abstract] OR "Quality-Adjusted life years"[Title/Abstract] OR "Quality of life"[Title/Abstract] OR "Pain"[Title/Abstract] OR "Self-efficacy"[Title/Abstract] OR "Fatigue"[Title/Abstract] OR "Disease activity"[Title/Abstract] OR "Treatment Adherence"[Title/Abstract]) Após aplicação de limitadores: 46.
EBSCO (CINAHL Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; 52)	(TX "Rheumatoid arthritis") AND (TX "Nurse's role" OR TX "Nursing consultations" OR TX "shared care" OR TX "Nurse-led rheumatology clinic" OR TX "Multidisciplinary team-care") AND (TX "Education" OR TX "Patient satisfaction" OR TX "Quality-Adjusted life years" OR TX "Quality of life" OR TX "Pain" OR TX "Self-efficacy" OR TX "Fatigue" OR TX "Disease activity" OR TX "Treatment Adherence") Após aplicação de limitadores: 45.
Embase (55)	("rheumatoid arthritis"/exp OR "rheumatoid arthritis" AND ("multidisciplinary team-care" OR "nurse-led rheumatology clinic" OR "shared care" OR "nursing consultations" OR "nurse role")) AND ("education" OR "patient satisfaction" OR "quality-adjusted life years" OR "quality of life" OR "pain" OR "self-efficacy" OR "fatigue" OR "disease activity" OR "treatment adherence") Fórmula pesquisada no campo [Title/Abstract]. Após aplicação de limitadores: 35.

## Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

A qualidade metodológica foi avaliada por dois revisores independentes usando três instrumentos, a referir: Grelha para a avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado, para ECA, que considera *estudos de qualidade* apenas os que obtêm um *score* igual ou superior a 75% (Carneiro, 2008); o JBI *Critical Appraisal Checklist for Cohort and Case-control studies*, para estudos coorte (Joanna Briggs Institute, 2014), em que foram considerados estudos de qualidade os que obtivessem até, no máximo, duas respostas negativas (definido após consenso prévio à análise dos investigadores de modo a preservar um *score* igual ou superior a 75% de respostas positivas, mantendo o critério do instrumento anterior); e o instrumento padronizado de avaliação crítica da Colaboração Cochrane através do software Cochrane Collaboration's (RevMan 5.2.8) utilizado para gerar o quadro de resumo do risco de viés.

## Extração de dados

Os dados foram extraídos pelos mesmos dois revisores, usando o instrumento *The Joanna Briggs Institute data extraction form for systematic review of experimental/observational studies* e incluiu as características dos participantes, as características da intervenção, os métodos de estudo e os resultados pertinentes dos *outcomes* avaliados.

## Síntese de dados

O impacto do controlo da atividade da doença, avaliada pelo Disease Activity Score (DAS28), ao fim de 1 ano de seguimento (período uniforme disponível) foi agrupado numa meta-análise com recurso ao software RevMan 5.2.8. Todos os resultados foram sujeitos a dupla entrada de dados. Os resultados foram expressos em diferenças de médias (MD), com intervalos de confiança de 95%, através do método do inverso da variância e utilizando o modelo de efeitos aleatórios. Por se tratar de dados contínuos, quando os estudos não reportavam o desvio padrão (*DP*), este foi calculado a partir da seguinte fórmula:  $SD = \sqrt{N \times (\text{upper limit} - \text{lower limit}) / 3.92}$  (Higgins & Green, 2011; Santos, Ferreira, & Marques, 2016).

Os restantes *outcomes* foram descritos em formato narrativo.

## Apresentação dos resultados

Tal como apresentado na Figura 1, a pesquisa identificou 181 estudos potencialmente relevantes. Destes, 52 foram excluídos pelos limitadores de pesquisa e 26 por serem duplicados; dos restantes 103, foram excluídos 78 após avaliação do título e resumo; 18 dos restantes 25 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão após leitura integral do texto. Foi avaliada a qualidade metodológica dos restantes 7 estudos sendo estes incluídos na revisão. Apenas quatro estudos integraram a meta-análise.

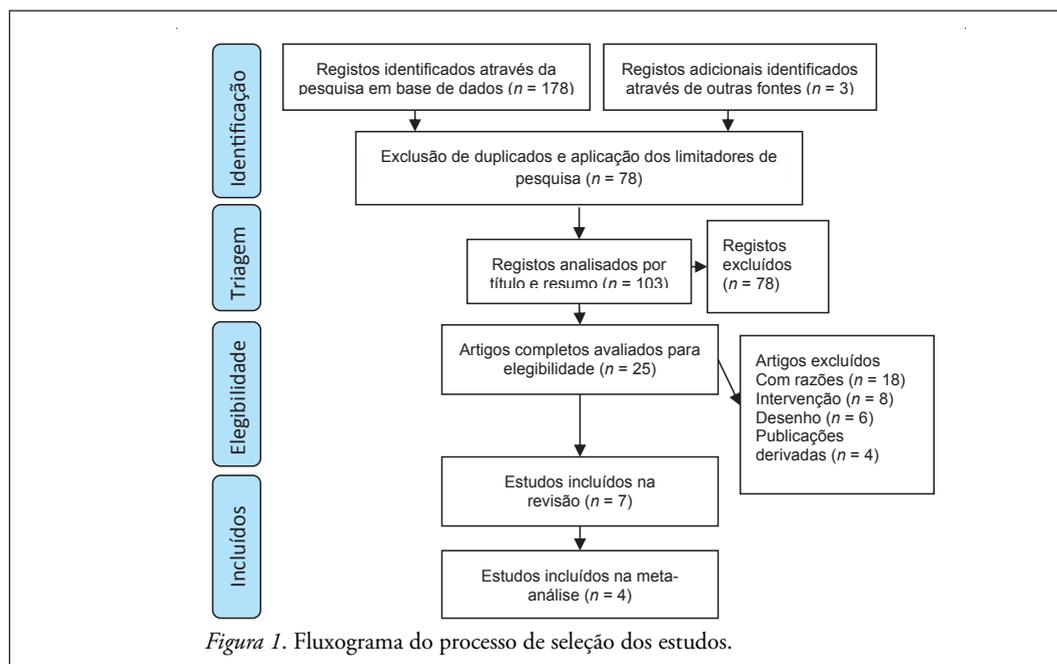
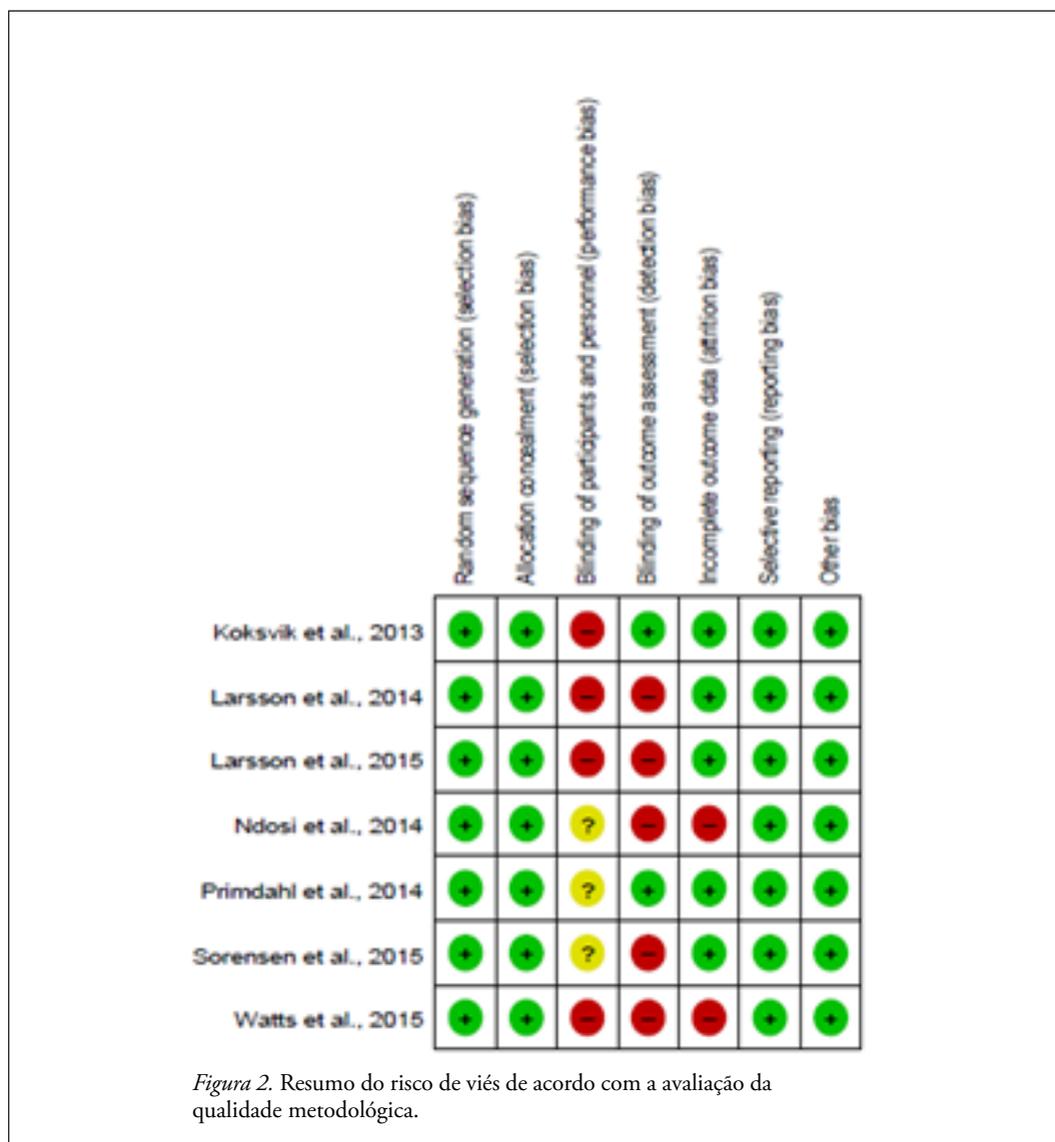


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Os resultados do consenso da qualidade metodológica podem ser observados na Figura 2, tendo-se observado uma concordância de 87,75% entre os dois revisores. A ocultação dos participantes e do *outcome* não foi

evidenciada na maioria dos estudos. Contudo, consideramos que devido à natureza do objeto de estudo esta seria impossível de realizar e como tal não incorre de risco de viés nas análises efetuadas.



Os estudos incluídos foram publicados entre 2013 e 2015 e realizaram-se em um, dois ou mais centros (até 10) do mesmo país europeu. A maior parte dos estudos (Larsson et al., 2014; Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015) definiu, entre outros critérios de inclusão, um DAS28  $\leq$  3,2, ou seja, que os doentes tivessem a doença em remissão ou em baixa atividade.

O tamanho das amostras incluídas nesta revisão variou entre 68 e 349 participantes. Foram solicitadas informações adicionais sobre dados estatísticos aos autores de um estudo incluído (Primdahl et al., 2014). Na Tabela 2 apresentam-se os métodos, características dos participantes, intervenções e conclusões dos estudos incluídos, bem como o score final da avaliação crítica da qualidade.

Tabela 2  
Características dos estudos incluídos

Autor, Ano (País)	Tipo Estudo/ População	Intervenções	Resultados/ Outcomes	Conclusões	Análise crítica da qualidade
Koksvik et al., 2013 (Noruega)	ECA/68 pessoas com artrite inflamatória crônica em que 35 (53%) tinham AR	Experimental: CE ( $n = 35$ ), em que 19 pessoas tinham AR Controlo: CR ( $n = 33$ ), em que 17 pessoas tinham AR	Diferenças estatisticamente significativas na satisfação do utente (LSQ; $p < 0,05$ ); Melhoria da atividade da doença (DAS28; $p = 0,03$ ) aos 9 meses; O grupo de controlo revelou satisfação reduzida na <i>disponibilização de informação e acesso</i> e continuidade de cuidados” ( $p < 0,01$ ).	As pessoas seguidas em CE demonstraram maior conhecimento do processo da doença, estratégias de tratamento e autogestão.	85%
Larsson et al., 2014 (Suécia)	ECA/107 pessoas com artrite inflamatória crônica em que 60 (56%) tinham AR	Experimental: CE ( $n = 47$ ), em que 25 pessoas tinham AR Controlo: CR ( $n = 50$ ), em que 35 pessoas tinham AR	Sem diferenças estatisticamente significativas na atividade da doença (DAS28), capacidade funcional (HAQ), dor (EVA), satisfação e confiança (NRS).	As CE têm a mesma segurança e eficácia que as CR.	80%
Larsson et al., 2015 (Suécia) <sup>a</sup>	ECA / 107 pessoas com artrite inflamatória crônica em que 60 (56%) tinham AR	Experimental: CE ( $n = 47$ ), em que 25 pessoas tinham AR Controlo: CR ( $n = 50$ ), em que 35 pessoas tinham AR	Diferenças estatisticamente significativas na diminuição dos recursos usados e redução de custos ( $p = 0,004$ ).	As pessoas com AR podem ser monitorizadas por enfermeiros, com redução de custos e recursos usados, sem diferença nos <i>outcomes</i> clínicos.	80%
Ndosi et al., 2014 (Reino Unido)	ECA / 181 pessoas com AR	Experimental: CE ( $n = 91$ ) Controlo: CR ( $n = 90$ )	Houve melhoria na atividade de doença (DAS28; $p < 0,002$ ); melhor controlo da dor e capacidade funcional (HAQ; $p < 0,001$ ); sendo mais custo-efetivo ( $p < 0,001$ ); Houve ligeiro agravamento da fadiga (EVA), rigidez matinal, ansiedade ( $p < 0,05$ ), e depressão ( $p < 0,01$ ).	Os cuidados por enfermeiros podem ser aplicados, sem perda de eficácia e com aumento da satisfação.	80%

		Experimental: CE ( $n = 94$ )	Sem diferenças significativas na atividade de doença (DAS28);	É seguro implementar cuidados partilhados ou permitir o <i>follow-up</i> realizado por enfermeiros a pessoas com AR.	
Primdahl et al., 2014 (Dinamarca)	ECA / 287 pessoas com AR	Experimental 2: CE/CR ( $n = 96$ )  Controlo: CR ( $n = 97$ )	O grupo experimental 2 apresentou menos atividade da doença ( $p = 0,049$ ), aumento da autoeficácia e confiança ( $p = 0,001$ ), e aumento da satisfação ( $p < 0,001$ ).		90%
		Experimental: CE ( $n = 94$ )	Ambos os grupos experimentais apresentaram melhores scores de qualidade de vida (EQ-5D).	As CE e as CE/CR são menos dispendiosas e fornecem resultados de saúde semelhantes aos obtidos com a monitorização clássica (CR).	
Sorensen et al., 2015 (Dinamarca) <sup>b</sup>	ECA / 287 pessoas com AR	Experimental 2: CE/CR ( $n = 96$ )  Controlo: CR ( $n = 97$ )			85%
		Experimental: CE nos cuidados de saúde primários ( $n = 195$ )  Controlo: CR no hospital ( $n = 154$ )	A capacidade funcional (HAQ) e a qualidade de vida (EQ5D) têm scores inferiores quando comparados com o grupo de controlo, mas as diferenças não são estatisticamente significativas.	Os cuidados na comunidade estão associados a maiores custos, sugerindo uma baixa rentabilidade.	
Watts et al., 2015 (Reino Unido)	Estudo Coorte / 349 pessoas com AR				9 pontos

Nota. LSQ = Leeds Satisfaction Questionnaire; DAS28 = Disease Activity Score 28; PGA = Patient Global Assessment; HAQ = Health Assessment Questionnaire; EVA = Escala Visual Analógica; NRS = Numerical Rating Scale; EQ-5D = EuroQol five dimensions health questionnaire; CE = consultas de enfermagem; CR = consultas de reumatologia; CE/CR = consultas não agendadas, partilhadas por enfermeiros ou reumatologistas; AR = artrite reumatóide; ECA = ensaios controlados aleatorizados.<sup>a</sup> Publicação derivada do estudo Larson et al. (2014). <sup>b</sup> Publicação derivada do estudo Primdahl et al. (2014).

### Meta-análise dos resultados

Apenas quatro dos sete estudos incluídos na síntese de dados foram elegíveis para meta-análise, perfazendo um total de 528 doentes. Da análise dos resultados da meta-análise e do respetivo *forest plot* (Figura 3), podemos inferir que, ao fim de 1 ano de *follow-up*, existe um efeito benéfico no controlo da ati-

vidade da doença (DAS28) no grupo das CE, o que é corroborado pelo valor do resultado meta-analítico, embora este não seja significativo (MD = -0,13; IC 95% = -0,30-0,05;  $p = 0,15$ ). Do estudo da heterogeneidade podemos inferir que esta não é estatisticamente significativa (Tau<sup>2</sup> = 0,00,  $\chi^2 = 0,85$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,84$ ;  $I^2 = 0\%$ ).

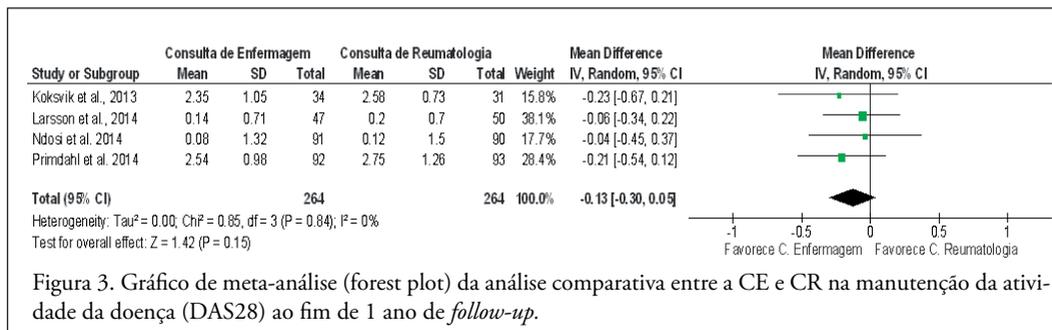


Figura 3. Gráfico de meta-análise (forest plot) da análise comparativa entre a CE e CR na manutenção da atividade da doença (DAS28) ao fim de 1 ano de *follow-up*.

## Interpretação dos resultados

Apesar de, tradicionalmente, as pessoas com AR serem monitorizadas periodicamente em consultas médicas (Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015), vários estudos e a síntese narrativa evidenciam resultados favoráveis quando este seguimento é realizado também por enfermeiros, nomeadamente na capacidade funcional, na qualidade de vida, na dor (Ndosi et al., 2014), e na satisfação global (Koksvik et al., 2013; Ndosi et al., 2014; Primdahl et al., 2014).

Para além destes resultados é ainda evidente a *não-inferioridade* (não existindo diferenças estatisticamente significativas) das CE em relação às CR, por exemplo, nos *outcomes*: atividade da doença, capacidade funcional (Larsson et al., 2014; Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015), fadiga (Koksvik et al., 2013; Primdahl et al., 2014), qualidade de vida (Koksvik et al., 2013; Primdahl et al., 2014; Sorensen et al., 2015) e dor (Koksvik et al., 2013; Larsson et al., 2014; Primdahl et al., 2014).

Os resultados da síntese narrativa sugerem, ainda, que quando comparamos as CE com as CR ou com as consultas partilhadas sem agendamento (CE/CR) não são encontradas diferenças significativas no controlo da atividade da doença (DAS28), existindo até benefício, embora não atinja o nível de significância estatística; e que as pessoas ficam mais *satisfeitas* com as CE. Resultados desfavoráveis são reportados apenas para o *outcome* capacidade funcional, no grupo das CE (Watts et al., 2015) e para o *outcome* fadiga (Ndosi et al., 2014).

É de referir que a maioria dos *outcomes* apresentados não foram agrupados sob a forma de meta-análise devido aos elevados níveis de heterogeneidade estatística, clínica e metodológica encontrada. Assim, apenas foi possível comparar em termos de meta-análise o controlo da ati-

vidade da doença (DAS28) ao fim de 1 ano de *follow-up* entre as CE e as CR.

Em relação às limitações dos estudos incluídos, em alguns, os investigadores não praticaram ocultação e nem sempre foram respeitadas as recomendações estatísticas pois verificámos a presença de dados incompletos. Contudo, todos os estudos foram considerados de qualidade como critério de inclusão e alvo dos instrumentos previamente referidos.

Esta revisão também possui limitações, das quais podemos salientar o facto de não termos incluído estudos não publicados, o número limitado (embora específico tendo em conta o tema em apreço) de bases de dados onde foi realizada a localização dos estudos, e por fim, dois dos estudos incluídos incluíram pessoas com outras artrites inflamatórias que não apenas AR, mas que foram ainda assim considerados porque: i) todas essas doenças têm um componente articular inflamatório, sendo inclusivamente consideradas conjuntamente em várias recomendações, por exemplo van Eijk-Hustings et al. (2015) ou Zangi et al. (2015); ii) as pessoas com AR representam mais de metade das amostras; iii) estes estudos eram os que possuíam as amostras mais reduzidas e consequentemente menor peso nas análises; iv) a inclusão destes estudos não afetou as análises de sensibilidade nem os níveis de heterogeneidade obtidos (não se verificou heterogeneidade estatisticamente significativa).

## Conclusão

De acordo com a análise de todos os estudos incluídos e os resultados da meta-análise podemos afirmar que não foi encontrada diferença na manutenção da atividade da doença (DAS28) nas pessoas com AR que receberam seguimento por enfermeiro *versus* reumatologista. Existe, inclusivamente, alguma tendência a apontar para

um benefício nas CE nesta e noutras dimensões (na dor, na capacidade funcional, na qualidade de vida, na autoeficácia, ou na satisfação global). Esta evidência suporta o entendimento de que com a colaboração dos reumatologistas, os enfermeiros são eficazes na monitorização de pessoas com AR, nomeadamente naquelas em que a doença apresenta baixa atividade. Estes enfermeiros deverão ser detentores de competências acrescidas em reumatologia, sendo esta prática já defendida internacionalmente.

### Implicações para a prática

As CE são tão eficazes como as CR na manutenção da atividade da doença (DAS28) em pessoas com AR (Nível de evidência 1.b – Revisão sistemática de ensaios controlados aleatorizados e com outros desenhos de estudos). Com base nas conceções da *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (<http://www.gradeworkinggroup.org/>) foi analisada a qualidade do corpo da evidência que rebaixou o *ranking* em um nível (qualidade moderada) devido à análise dos seguintes fatores: i) Limitações do desenho e implementação - Possivelmente, na implementação prática das consultas há que considerar as disparidades de formação especializada dos enfermeiros entre os vários países europeus; ii) Evidência indireta - Possivelmente, a intervenção foi implementada por peritos e especialistas altamente treinados em centros especializados; iii) Heterogeneidade e inconsistência - Não se verificou; iv) Imprecisão dos resultados - Não se verificou; v) Viés de publicação - Não se verificou (devido ao número de estudos não é aconselhado produzir o *funnel plot*); Adicionalmente não foram encontrados fatores que *umentem* a qualidade (confusionais, gradiente dose-resposta e grande magnitude de efeito).

Assim, e tendo por base estas conceções, podemos referir que os profissionais de saúde podem implementar estas intervenções no tratamento de adultos (Grau de Recomendação B).

Salientamos que não apresentamos o *Summary of Findings Table* devido à natureza desta publicação.

### Implicações para a investigação

Para reforçar as evidências atuais, são necessários ECA adicionais de elevada qualidade de modo a atualizar as meta-análises de resultados

sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estudos futuros devem reportar os resultados descritos pelos doentes (*patient reported outcomes*) de forma padronizada para possibilitar uma integração meta-analítica mais facilitada. São também necessários mais estudos com resultados a longo prazo.

Recomendamos ainda a realização de meta-análises de custo-eficácia e de segurança (efeitos secundários) por verificarmos a existência de alguns estudos primários neste âmbito e que através de uma análise preliminar revelam que as CE e as CE/CR apresentam um custo menor comparativamente às CR, com segurança equivalente.

### Agradecimentos

Os autores agradecem à Dr.<sup>a</sup> Joana Fonseca Ferreira, reumatologista na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. e à Dr.<sup>a</sup> Mariana Galante Santiago, reumatologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E, pela revisão crítica do artigo e pelos comentários construtivos.

### Referências bibliográficas

- Boonen, A., & Severens, J. L. (2011). The burden of illness of rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 30(sup.1), S3-8. doi:10.1007/s10067-010-1634-9
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., ... EpiReumaPt Study Group. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt— a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166. doi:10.1136/rmdopen-2015-000166
- Carneiro, A. V. (2008). Como avaliar a investigação clínica: O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico. *Journal Portuguese Gastroenterology*, 15, 30-36. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ge/v15n1/v15n1a07.pdf>
- Ferreira, R. J., Dougados, M., Kirwan, J., Duarte, C., de Wit, M., Soubrier, M., ... Gossec, L. (in press). Drivers of patient global assessment in patients with rheumatoid arthritis who are close to remission: An analysis of 1588 patients. *Rheumatology* doi:10.1093/rheumatology/kex211
- Gabay, C., Nissen, M. J., & van Laar, J. M. (2015). Rheumatoid arthritis: Pathogenesis and clinical features. In J. W. J. Bijlsma & E. Hachula (Eds.), *Textbook on rheumatic diseases* (2nd ed., pp. 229-264). London,

- England: BMJ Publishing Group.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: Version 5.1.0*. Recuperado de from <http://handbook.cochrane.org/>
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition*. Adelaide, Australia: Author.
- Koksvik, H. S., Hagen, K. B., Rodevand, E., Mowinckel, P., Kvien, T. K., & Zangi, H. A. (2013). Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: A 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. *Annals Rheumatic Diseases, 72*(6), 836-843. doi:10.1136/annrheumdis-2012-202296
- Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., & Bergman, S. (2014). Randomized controlled trial of a nurse-led rheumatology clinic for monitoring biological therapy. *Journal of Advanced Nursing, 70*(1), 164-175. doi:10.1111/jan.12183
- Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., Svedberg, P., & Bergman, S. (2015). A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: A cost comparison study in a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord, 16*, 354. doi:10.1186/s12891-015-0817-6
- Ndosi, M., Lewis, M., Hale, C., Quinn, H., Ryan, S., Emery, P., ... Hill, J. (2014). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A multicentre randomised controlled trial. *Annals Rheumatic Diseases, 73*(11), 1975-1982. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203403
- Primdahl, J., Sorensen, J., Horn, H. C., Petersen, R., & Horslev-Petersen, K. (2014). Shared care or nursing consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis outpatients with low disease activity-patient outcomes from a 2-year, randomised controlled trial. *Annals Rheumatic Diseases, 73*(2), 357-364. doi:10.1136/annrheumdis-2012-202695
- Primdahl, J., Wagner, L., Holst, R., & Horslev-Petersen, K. (2012). The impact on self-efficacy of different types of follow-up care and disease status in patients with rheumatoid arthritis—a randomized trial. *Patient Education Counseling, 88*(1), 121-128. doi:10.1016/j.pec.2012.01.012
- Santos, E. J., Ferreira, R. J., & Marques, A. A. (2016). How to perform and interpret a network meta-analysis for indirect and mixed comparisons: Key methodological strategies. *Revista Enfermagem Referência, 4*(8), 133-140. doi:10.12707/RIV15055
- Smolen, J. S., Landewe, R., Breedveld, F. C., Buch, M., Burmester, G., Dougados, M., ... van der Heijde, D. (2014). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Annals Rheumatic Diseases, 73*(3), 492-509. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204573
- Sorensen, J., Primdahl, J., Horn, H. C., & Horslev-Petersen, K. (2015). Shared care or nurse consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis (RA) outpatients with stable low disease-activity RA: Cost-effectiveness based on a 2-year randomized trial. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 44*(1), 13-21. doi:10.3109/03009742.2014.928945
- van Eijk-Hustings, Y., van Tubergen, A., Boström, C., Braychenko, E., Buss, B., Felix, J., ... Hill, J. (2012). EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 71*(1), 13-19. doi:10.1136/annrheumdis-2011-200185
- Vliet Vlieland, T. P., van den Ende, C. H., Alliot-Launois, F., Beauvais, C., Gobbo, M., Iagnocco, A., ... Wiek, D. (2016). Educational needs of health professionals working in rheumatology in Europe. *RMD Open, 2*(2), e000337. doi:10.1136/rmdopen-2016-000337
- Watts, R. A., Mooney, J., Barton, G., MacGregor, A. J., Shepstone, L., Irvine, L., & Scott, D. G. (2015). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in the community for people with rheumatoid arthritis: A non-randomised pragmatic study. *BMJ Open, 5*(8). doi:10.1136/bmjopen-2015-007696
- Zangi, H. A., Ndosi, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Bostrom, C., ... Gossec, L. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 74*(6), 954-962. doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807