

# ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

## PERCURSOS DE INVESTIGAÇÃO

REHABILITATION NURSING  
RESEARCH PATHS

Série Monográfica | Monographic Series  
Educação e Investigação | Health Sciences Education  
em Saúde | and Research

14

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing  
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
NURSING  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM

## SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

MONOGRAFIA – Nº 14

ISBNp: : 978-989-99426-2-2

Coordenação: Investigador Principal dos Projetos estruturantes Qualidade de vida, necessidades e promoção da autonomia de pessoas em processos de transição de saúde, e Promoção da mobilidade na prevenção de declínio funcional e descondicionamento de idosos e adultos dependentes em fase aguda de internamento hospitalar

### COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 6ª edição)

Morais, A., Cruz, A., & Oliveira, C. (2015). *Enfermagem de Reabilitação – Percursos de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

### COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 6ª edição)

Rodrigues, A., & Moraes, A. (2015). Competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação: perspectiva profissional. In A. Moraes, A. Cruz & C. Oliveira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação – Percursos de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 3-15). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

# ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

## PERCURSOS DE INVESTIGAÇÃO

REHABILITATION NURSING  
RESEARCH PATHS

Coord.

António José Pinto de Morais  
Arménio Guardado Cruz  
Carlos Alberto Cruz Oliveira

Série Monográfica | Monographic Series  
Educação e Investigação | Health Sciences Education  
em Saúde | and Research

14

**Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

Health Sciences Research Unit: Nursing  
Nursing School of Coimbra

# FICHA TÉCNICA

## TÍTULO

Enfermagem de Reabilitação – Percursos de Investigação

## EDITOR

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*  
Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

## COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

António José Pinto de Morais, *Ph.D., Professor coordenador na ESEnfc*

Arménio Guardado Cruz, *Ph.D., Professor coordenador na ESEnfc*

Carlos Alberto Cruz Oliveira, *MsC, Professor coordenador na ESEnfc*

## AUTORES

Adélia da Conceição Rodrigues

António José Pinto de Morais

Rita Maria da Silva Santos

Carlos Alberto Cruz de Oliveira

Mara Sofia Bica Serras

Arménio Guardado Cruz

Ana Margarida de Oliveira Felício

Manuel Augusto Duarte Mariz

Helena Paula Oliveira Laranjeira

Joel Ribeiro Cardoso

Maria de Fátima de Sequeira Loureiro

Maria do Rosário Peres Pinto

Carla Patrícia Lopes Costa

Ana Rita Ventura Santos

Virgílio da Cruz Conceição

## SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

## MONOGRAFIA

Número 14

ISBNp: 978-989-99426-2-2

DEPÓSITO LEGAL: 402428/15

## COPYRIGHT

© 2015 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:  
Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem  
de Coimbra (ESEnfc)

## REVISÃO TÉCNICA/FINAL

Cristina Louçano, *Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês*

Daniela Filipa Batista Cardoso, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Ana Teresa Pedreiro, *MsC, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Maria Lucília Cardoso, *MsC, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

## MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

## REVISÃO DOCUMENTAL

Serviço de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

## GRÁFICA

Candeias Artes Gráficas Unipessoal, Lda – Braga

## TIRAGEM

400 exemplares

ANO DE PUBLICAÇÃO 2015

## NOTA CURRICULAR

**Adélia da Conceição Rodrigues**, Especialista e Mestre em Enfermagem de reabilitação, CHL-Leiria (adelia.cr@hotmail.com)

**António José Pinto de Morais**, PhD, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (amorais@esenfc.pt)

**Rita Maria da Silva Santos**, Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (rita\_port@iol.pt)

**Carlos Alberto Cruz de Oliveira**, MSc, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (oliveira@esenfc.pt)

**Mara Sofia Bica Serras**, Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, CHMT, EPE, U. Abrantes (mara.serras82@gmail.com)

**Arménio Guardado Cruz**, PhD, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Professor Coordenador da ESEnfc (acruz@esenfc.pt)

**Ana Margarida de Oliveira Felício**, Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, CHUC (anam.felicio@hotmail.com)

**Manuel Augusto Duarte Mariz**, MSc, Especialista em Enfermagem de Reabilitação Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (mariz@esenfc.pt)

**Helena Paula Oliveira Laranjeira**, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, CHUC (helaranjeira@hotmail.com)

**Joel Ribeiro Cardoso**, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, CHUC (joelcardoso@gmail.com)

**Maria de Fátima de Sequeira Loureiro**, MSc, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, CHUC (marialoureiro-enf@hotmail.com)

**Maria do Rosário Peres Pinto**, Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, CHUC (rosarinho.peres@gmail.com)

**Carla Patrícia Lopes Costa**, Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, CHL-Pombal (carlahdp@yahoo.com)

**Ana Rita Ventura Santos**, Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (aritavs13@gmail.com)

**Virgílio da Cruz Conceição**, MSc, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (virgilio@esenfc.pt)



# ÍNDICE

PREFÁCIO.....	1
<i>António Morais</i>	

## CAPÍTULO I

<b><i>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: perspetiva profissional.....</i></b>	<b>3</b>
<i>Adélia da Conceição Rodrigues</i>	
<i>António José Pinto de Morais</i>	

## CAPÍTULO 2

<b><i>Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após acidente vascular cerebral .....</i></b>	<b>17</b>
<i>Rita Maria da Silva Santos</i>	
<i>Carlos Alberto Cruz de Oliveira</i>	

## CAPÍTULO III

<b><i>Fatores determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde após acidente vascular cerebral .....</i></b>	<b>35</b>
<i>Mara Serras</i>	
<i>Arménio Guardado Cruz</i>	

## CAPÍTULO IV

<b><i>Vivências da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica.....</i></b>	<b>53</b>
<i>Ana Margarida de Oliveira Felício</i>	
<i>Manuel Augusto Duarte Mariz</i>	
<i>António José Pinto de Morais</i>	

## CAPÍTULO V

<b><i>O impacto do processo de reabilitação da mulher mastectomizada na recuperação da sua independência.....</i></b>	<b>67</b>
<i>Helena Laranjeira</i>	
<i>Joel Cardoso</i>	
<i>Maria Loureiro</i>	
<i>Arménio Guardado Cruz</i>	

CAPÍTULO VI

**Programa de reabilitação na prevenção de declínio funcional da pessoa em situação crítica.....83**

*Maria R. P. Pinto*

*Arménio Guardado Cruz*

CAPÍTULO VII

**A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade.....103**

*Carla Patrícia Lopes Costa*

*António José Pinto de Moraes*

CAPÍTULO VIII

**Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros em contexto hospitalar.....117**

*Ana Rita Ventura Santos*

*Carlos Alberto Cruz de Oliveira*

*Virgílio da Cruz Conceição*

**POSFÁCIO.....135**

*Manuel Alves Rodrigues*

# PREFÁCIO

Como a promoção da investigação é um dos objetivos da Unidade Científica e Pedagógica da Enfermagem de Reabilitação (UCPER), esta publicação deve ser considerada como uma oportunidade de divulgação do conhecimento produzido nesta área científica em Enfermagem. Este volume monográfico corresponde por isso a um conjunto de artigos, de trabalhos de investigação realizados nos Cursos de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que são reflexo de um processo de construção de conhecimento, enquadrado teórica e metodologicamente nas mais diversas abordagens científicas. É nesta diversidade que, na nossa perspetiva, pode residir a principal utilidade desta monografia para os estudantes dos Cursos de Mestrado, como também para aqueles que procuram atualizar e alargar os seus conhecimentos no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Embora esta monografia apresente apenas oito artigos de igual número de trabalhos de investigação na área de Enfermagem de Reabilitação, queremos assinalar a qualidade e especificidade dos principais temas que foram objeto de estudo. Temas estes que estão todos integrados na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no Grupo de Investigação Bem-Estar, Saúde e Doença, no âmbito dos projetos estruturantes Qualidade de vida, necessidades e promoção da autonomia de pessoas em processos de transição de saúde, e Promoção da mobilidade na prevenção de declínio funcional e descondicionamento de idosos e adultos dependentes em fase aguda de internamento hospitalar.

Como acreditamos que a seguir a esta publicação outras mais irão surgir, agradecemos desde já a todos os autores!

António Morais  
Coordenador da UCPER



## CAPÍTULO I

# COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PERSPETIVA PROFISSIONAL

ADÉLIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES  
ANTÓNIO JOSÉ PINTO DE MORAIS

## INTRODUÇÃO

As competências em Enfermagem de Reabilitação pressupõem um conjunto de conhecimentos, capacidades, intervenções e comportamentos estruturados em função de uma finalidade que permite agir em contexto.

Assim, todos os profissionais de saúde devem estar dotados de competências que possibilitem a sua participação e atuação multiprofissional, beneficiando os indivíduos e comunidade.

De facto, a investigação tem demonstrado que a experiência e o contexto profissional são fatores diferenciadores da perceção e da competência efetiva.

Diversos autores, por exemplo, têm indicado a experiência e o contexto profissional como fatores favoráveis ao aumento da aprendizagem e à evolução em direção à *expertise* (Benner, 2001). Também Schön (2000) e Perrenoud (2001) afirmam que é através da experiência que o profissional constrói o seu conhecimento, definido como o conjunto de esquemas de pensamento e de ações, segundo um processo que determinará as suas perceções e interpretações necessárias à tomada de decisão, face aos problemas encontrados no quotidiano do trabalho.

Foi com base neste conjunto de pressupostos, associado à regulamentação sobre o perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, que decidimos enveredar pelo presente estudo, com os seguintes objetivos: conhecer as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que estes mais valorizam; definir em quais competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação estes profissionais se consideram mais competentes;

identificar as suas necessidades de formação face às competências específicas; analisar as diferenças destas variáveis com o tempo de exercício na especialidade e o contexto do exercício profissional.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As competências correspondem a um processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos, que só existem para a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interação com o meio envolvente. O que significa que a competência não é estática, nem resulta tão-somente de conhecimentos adquiridos, mas é, sobretudo, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos (Mendonça, 2009).

Um profissional competente é um profissional que possui um repertório de conhecimento e de capacidades vasto e diversificado. Ou seja, um profissional competente é aquele que é sempre capaz de tomar, executar e avaliar as melhores decisões, mesmo em circunstâncias imprevisíveis (Sá-Chaves, 2007).

Igualmente importante, no ponto de vista concetual, é a perceção pessoal sobre a sua competência de autoeficácia. Esta está relacionada com a forma como o profissional interpreta o seu próprio desempenho. A perceção de autoeficácia enquanto perceção da pessoa sobre aquilo que acredita ser a sua competência perante situações específicas, permite indicar-lhe o que julga estar ao seu alcance, o que está em condições de poder e de saber resolver (Oliveira, 2010).

A profissão de enfermagem reveste-se de certa complexidade. A sua finalidade social exige o domínio de um conjunto de conhecimentos gerais e especializados que se devem autoalimentar, desenvolver e assegurar no progresso técnico e tecnológico que a profissão requer.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação deve possuir um nível elevado de conhecimento e experiência acrescida que lhe permita tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. Os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação podem ser prestados em diferentes contextos da prática clínica como, entre outros, unidades de internamentos de agudos, de reabilitação, de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade. Em qualquer destes contextos a excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa para uma maior autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os enfermeiros, no seu dia-a-dia de trabalho, para resolverem as diversas situações com que se deparam têm de ter competência para agir, prestando cuidados de enfermagem com eficácia e eficiência. O maior desafio é o de se adaptarem essas competências às novas exigências evolutivas da profissão.

Independentemente dos conhecimentos obtidos da formação, Benner (2001) defende que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, nos contextos de trabalho. Para a mesma autora, as competências dos profissionais desenvolvem-se de forma gradativa e temporal, o que nos leva a crer que o desenvolvimento mais ou menos rápido das competências se deve à capacidade de interiorização e reflexão, que está ligada às características individuais do sujeito e aos contextos de trabalho. Neste sentido, a formação deve ter um cariz particularmente estratégico, preocupando-se em desenvolver nos formandos as competências necessárias para mobilizar em situações concretas os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação (Le Boterf, 2003; Nóvoa, 1988).

## **METODOLOGIA**

A presente investigação enquadra-se no paradigma quantitativo, correspondendo a um estudo descritivo e correlacional.

Embora de início tivéssemos como referência alguns enunciados interrogativos, a investigação teve como fio condutor as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: há relação entre a importância atribuída às competências específicas da enfermagem de reabilitação pelos enfermeiros especialistas e o grau de competência percecionado pelos mesmos.

Hipótese 2: há relação entre a importância atribuída às competências pelos enfermeiros especialistas e as suas necessidades formativas.

Hipótese 3: há relação entre o grau de competência percecionado pelos enfermeiros especialistas e as suas necessidades formativas.

Hipótese 4: há relação entre a importância atribuída às competências pelos enfermeiros especialistas e o seu tempo de exercício na especialidade.

Hipótese 5: há relação entre o grau de competência percecionado pelos enfermeiros especialistas e o seu tempo de exercício na especialidade.

Hipótese 6: há relação entre as necessidades formativas percecionadas pelos enfermeiros especialistas e o seu tempo de exercício na especialidade.

Hipótese 7: há relação entre a importância atribuída às competências pelos enfermeiros especialistas que prestam e os que não prestam essencialmente cuidados de enfermagem de reabilitação.

Hipótese 8: há relação entre o grau de competência percebido pelos enfermeiros especialistas que prestam e os que não prestam essencialmente cuidados de enfermagem de reabilitação.

Hipótese 9: há relação entre as necessidades formativas percebidas pelos enfermeiros especialistas que prestam e os que não prestam essencialmente cuidados de enfermagem de reabilitação.

Hipótese 10: há relação entre a importância atribuída às competências pelos enfermeiros especialistas e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Hipótese 11: há relação entre o grau de competência percebido pelos enfermeiros especialistas e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Hipótese 12: há relação entre as necessidades formativas percebidas pelos enfermeiros especialistas e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Para concretizar a investigação em causa, optámos pela construção de um questionário que englobasse as competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação, para a qual foi solicitada autorização à Ordem dos Enfermeiros.

A versão final deste instrumento de recolha de dados tem três partes:

a) A primeira parte, que serve para caracterizar a amostra, contém: variáveis relacionadas com género e idade e variáveis profissionais, como habilitações académicas, tempo de experiência profissional no serviço e na profissão, tempo de exercício na especialidade, vínculo profissional, categoria e instituição de exercício na prática de enfermagem e se presta cuidados no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

b) A segunda parte do questionário tem a finalidade de avaliar: a importância atribuída às competências; o grau de competência e necessidades de formação percebidas/percebidas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Esta parte do questionário é do tipo *Likert*, pontuado de 1 a 5, organizada em concordância com as 8 unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com um total de 46 itens (Tabela 1).

Tabela 1

*Número de dimensões e pontuação da Escala de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação*

Estudo das competências Dimensões	Variáveis - Pontuação					
	Importância atribuída		Grau de competência		Necessidade de formação	
	min.	max.	min.	max.	min.	max.
<u>Dimensão 1 - Unidade de competência</u> - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. <b>Itens: 1 a 10</b>	10	50	10	50	10	50
<u>Dimensão 2 - Unidade de competência</u> - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade. <b>Itens: 11 a 22</b>	12	60	12	60	12	60
<u>Dimensão 3 - Unidade de competência</u> - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade. <b>Itens: 23 a 27</b>	5	25	5	25	5	25
<u>Dimensão 4 - Unidade de competência</u> - Avalia os resultados das intervenções implementadas. <b>Itens: 28 a 30</b>	3	15	3	15	3	15
<u>Dimensão 5 - Unidade de competência</u> - Elabora e implementa programas de treino de atividades de vida diárias (AVDs) visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. <b>Itens: 31 a 34</b>	4	20	4	20	4	20
<u>Dimensão 6 - Unidade de competência</u> - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. <b>Itens: 35 a 39</b>	5	25	5	25	5	25
<u>Dimensão 7 - Unidade de competência</u> - Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório. <b>Itens: 40 a 44</b>	5	25	5	25	5	25
<u>Dimensão 8 - Unidade de competência</u> - Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados. <b>Itens: 45 e 46</b>	2	10	2	10	2	10
<b>Total</b>	46	230	46	230	46	230

c) A terceira parte aborda as componentes formativas relacionadas com a aquisição das competências específicas do enfermeiro de reabilitação: formação académica/especializada; formação experiencial; formação pela análise das práticas e ações de formação. Para avaliar a importância das componentes formativas foram apresentados 4 atributos, que são medidos através de uma Escala de *Likert* de cinco níveis.

A validade de conteúdo foi assegurada pelo trabalho realizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011), quando delineou as *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação*. Por sua vez, a validade do constructo foi determinada para a totalidade do questionário, durante a fase de pré-teste, e para a análise da consistência interna recorreu-se ao Alpha de Cronbach (Tabela 2).

Tabela 2  
Alfa de Cronbach na totalidade do pré-teste

Importância Atribuída 0,9776	Grau de Competência 0,9708	Necessidade de Formação 0,9719
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

A amostra, que foi selecionada a partir de todos os enfermeiros especialistas em reabilitação que se encontravam na altura inscritos na Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), ficou constituída com 38 elementos. Estes correspondem ao número de enfermeiros que aceitaram e consentiram participar no estudo, depois da APER os ter contactado e enviado os questionários via internet. Aos associados da APER foram explicados os objetivos e finalidades do estudo, o seu caráter voluntário. Foi também garantido o anonimato e confidencialidade dos dados.

A colheita de dados foi realizada entre março e abril de 2012. Os dados foram tratados estatisticamente através do programa Statistical Package for the Social Sciences versão 17.0.

Quando os pressupostos de normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias não foram verificados recorreu-se a técnicas estatísticas não-paramétricas em alternativa aos testes paramétricos. Para verificar a normalidade das distribuições recorreu-se tanto ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* como ao teste de *Shapiro-Wilk*, consoante a dimensão da amostra em análise.

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha=0,05$  com intervalo de confiança de 95%.

## RESULTADOS

A maioria da nossa amostra é do sexo feminino (65,8%), com uma média de idade de 39,13 anos. O tempo mínimo de exercício na profissão foi de 5 anos para um máximo de 34 anos. A média é de 16,84 anos para um desvio padrão de 7,89 anos. Cerca de 71% dos enfermeiros inquiridos tem a especialidade há menos de 5 anos. Relativamente à instituição onde exercem funções, verifica-se que 34,2% dos enfermeiros inquiridos trabalham na região de saúde do Norte e 31,6% trabalham na região de saúde do Centro.

### Competências

Sobre a análise descritiva das variáveis *importância atribuída às competências específicas da enfermagem de reabilitação, grau de competência percebido e necessidades de formação em relação às mesmas*:

- Os enfermeiros inquiridos assinalam como *muito importante e muitíssimo importante* a importância atribuída em todas as dimensões da escala o que corresponde respetivamente ao nível 4 e 5 da escala de *Likert*.
- No grau de competência percebido, verificamos que os enfermeiros apresentam uma média de auto percepção entre o nível 3 e 4 da escala de *Likert*, que corresponde respetivamente a *competente e muito competente*. Apenas na dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” os profissionais se sentem menos competentes. A média corresponde ao nível 2 e 3 da escala de *Likert*, respetivamente *pouco competente e competente*.
- Quanto à necessidade de formação nesta variável em estudo, podemos constatar que os enfermeiros apresentam uma média entre o nível 2 e 3 da escala de *Likert*, que corresponde respetivamente a *necessito pouco e necessito*. No entanto na dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” os profissionais apresentam maiores necessidades formativas.

### Componente formativa

Na perspetiva dos enfermeiros especialistas, verificamos que as quatro componentes formativas contribuem positivamente para a aquisição das competências específicas do enfermeiro de reabilitação:

- A formação experiencial é considerada por 25 (65,8%) enfermeiros como *muitíssimo importante*.
- A análise das práticas é para 24 (63,2%) enfermeiros também *muitíssimo importante*.

- Do mesmo modo, a formação académica/especializada é *multíssimo importante* para 22 (57,9%) dos enfermeiros e por último temos as ações de formação com 11 (28,9%) enfermeiros a considerarem-nas como *multíssimo importante*.

## Hipóteses

Hipótese 1: após aplicação do coeficiente de correlação de *Spearman* e o respetivo teste de significância, os resultados mostraram que entre importância atribuída às competências e o grau de competência percebida a correlação é negativa, muito fraca e estatisticamente não significativa.

Hipótese 2: de modo idêntico procedemos ao teste desta hipótese, tendo-se verificado que entre a importância atribuída às competências e às necessidades formativas não existe correlação significativa e os valores do coeficiente são muito baixos.

Hipótese 3: nesta hipótese, utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman*, pudemos observar que existe uma relação negativa estatisticamente significativa entre o grau de competência percebido e as necessidades formativas dos enfermeiros inquiridos ao nível da dimensão 3 (“Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade”, dimensão 6 (“Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”) e dimensão 8 (“Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados”). Uma vez que o coeficiente apresentou um resultado negativo, podemos admitir que os enfermeiros com maior grau de competência tendem a apresentar valores mais baixos nas necessidades formativas.

Hipótese 4: para testar esta hipótese utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*, com o objetivo de analisar as diferenças entre a importância atribuída às competências e o tempo de exercício na especialidade. A análise descritiva permite encontrar médias mais baixas para um tempo de especialidade superior a 15 anos em todas as dimensões. Não obstante, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Hipótese 5: de modo idêntico procedemos ao teste desta hipótese. A análise dos dados revela médias elevadas no grau de competência percebido, que variam proporcionalmente com o tempo de especialidade. No entanto, é apenas nas dimensões 2 (“Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”), 6 (“Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”) e 7 (“Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório”) que existem diferenças estatisticamente significativas.

Hipótese 6: utilizando novamente o teste de *Kruskal-Wallis*, constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Hipótese 7: aplicando agora o teste de *Mann-Whitney*, os resultados apresentados revelam que as diferenças observadas não podem ser consideradas significativas. Concluímos que as importâncias atribuídas às competências específicas não dependem do facto dos enfermeiros prestarem ou não cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Hipótese 8: utilizando igualmente o teste *Mann-Whitney*, os resultados permitem-nos verificar que entre os enfermeiros que prestam e os que não prestam cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao grau de competência percebido.

Hipótese 9: de modo idêntico testámos esta hipótese, constatando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois grupos de enfermeiros, os que prestam e os que não prestam cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em relação às suas necessidades formativas.

Hipótese 10: neste caso utilizando o teste *Kruskal-Wallis*, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a importância atribuída às competências específicas e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Hipótese 11: analisando os resultados, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de competência percebido e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Hipótese 12: os resultados permitem-nos verificar que não existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre as necessidades formativas e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Os dados sugerem, no entanto, que os enfermeiros com mais tempo de prestação de cuidados de reabilitação apresentam uma distribuição média mais baixa nas necessidades formativas.

## DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, os enfermeiros inquiridos atribuem às 8 dimensões da escala de competências uma importância entre o nível 4 e 5, que corresponde, respetivamente, a *muito importante* e *muitíssimo importante*.

O que pode significar que os enfermeiros inquiridos, ao valorizarem todas as competências específicas da enfermagem de reabilitação, estão a corresponder às exigências profissionais que lhes são colocadas no exercício da sua atividade profissional. Da mesma forma, num estudo realizado por Gomes (2008), verificou-se que no âmbito da melhoria

dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros especialistas em reabilitação valorizavam todas as dimensões em referência, desde a concetualização de novas abordagens de prestação de cuidados, à aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas às situações, à promoção da reflexão sobre as práticas e à elaboração de projetos de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação.

Na análise sobre as competências específicas em que os enfermeiros especialistas de reabilitação se consideram mais competentes, verificamos que os enfermeiros apresentam uma média de autoperceção entre o nível 3 e 4 (escala de *Likert*), que corresponde, respetivamente, a *competente* e *muito competente*. Não se observam registos de incompetência o que se revela essencial, visto que, estamos a falar de competências chave para a prestação de cuidados de reabilitação. Estes resultados são de realçar, uma vez que a aquisição e o desenvolvimento de competências são um dever do enfermeiro (Artigo 78.º do Decreto-Lei nº104/1998 de 21 de abril).

Se os enfermeiros se percecionam como competentes (e num nível elevado de competência), pressupõe-se que estejam aptos a agir em situação, prontos a mobilizar os saberes, a integrá-los e a transferi-los, tornando-os capazes de tomar as melhores decisões na imprevisibilidade e na complexidade com que o enfermeiro de reabilitação se depara constantemente (Le Boterf, 2003).

Quanto à necessidade de formação verificamos que os enfermeiros apresentam uma média entre o nível 2 e 3 da escala de *Likert*, que corresponde respetivamente a *necessito pouco* e *necessito*. Constatamos, que os profissionais referem que têm maiores necessidades formativas na dimensão 6, “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”. A pontuação apresentada corresponde ao nível 3 e 4 da escala de *Likert*, que se refere, respetivamente, a *necessito* e *necessito muito*.

Estes dados convergem com os dados da questão anterior, em que os enfermeiros inquiridos na dimensão 6 se percecionam *pouco competente* e *competente*. Estes resultados vêm confirmar a importância que os enfermeiros inquiridos atribuem à necessidade de formação neste âmbito.

Relativamente aos diferentes tipos de formação na aquisição das competências, os enfermeiros consideram a formação experiencial, a análise das práticas, assim como, a formação académica como muitíssimo importantes.

Até porque, no estudo sobre “Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação”, Gomes (2006) já tinha concluído que a formação é globalmente necessária para a melhoria da prática. Também Costa (2011) menciona no seu estudo que a formação ao nível da pós- graduação e especialidades possibilita um desenvolvimento de competências e da capacidade reflexiva das práticas.

No nosso estudo observou-se: a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o grau de competência percebido e as necessidades formativas na dimensão 3 (“Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade”), na dimensão 6 (“Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”) e na dimensão 8 (“Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados”); e a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o grau de competência percebido e o tempo de exercício na especialidade nas dimensões 2 (“Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”), 6 (“Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”) e 7 (“Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório”).

De certa forma, estes achados não serão surpreendentes, se considerarmos que a avaliação do grau de competências percecionado/percebido resulta do pensamento sobre ação, da confiança e da clareza na tomada de decisões autónomas e de informações baseadas em evidências transferíveis para o contexto formativo de situações práticas (Allen, Lauchner, Bridges, Francisjohnson, McBride, & Olivarez, 2008).

Este balanço de autoavaliação sobre os graus de competência permite verificar a existência das lacunas da formação e dos saberes e possibilita a procura de oportunidades de aprendizagem que promovem o desenvolvimento das competências profissionais, com impacto/reflexo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Dias, 2006). Isto é, a autorreflexão e a autoavaliação sobre as competências profissionais funcionam como guia para a autoformação, permite antecipar o futuro e gerir o percurso de carreira de forma responsável. Funciona como motivador de uma dinâmica pessoal de autoformação, de autovalorização, de autoconfiança e de desejo de desenvolvimento/construção permanente, sempre inacabado (Pires, 2007).

No que se refere a outros resultados decorrentes da análise inferencial, no nosso estudo, contrariamente a algumas das nossas expectativas, não encontramos diferenças significativas na valorização das competências, no grau de competência percecionado e nas necessidades formativas quando foram relacionadas com o tempo de especialidade, com a prestação de cuidados essencialmente de enfermagem de reabilitação e com o tempo na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

## CONCLUSÃO

Partimos para a realização deste estudo com o intuito de conhecer as competências específicas em enfermagem de reabilitação que são mais valorizadas pelos enfermeiros que exercem esta especialidade, de definir aquelas que os mesmos percecionam deter maior grau de competência, identificar as suas necessidades de formação e analisar as diferenças destas variáveis com o tempo de exercício na especialidade e o contexto profissional.

Os enfermeiros especialistas participantes no estudo consideraram *muito e muitíssimo importantes*, todas as dimensões do perfil de competências específicas da enfermagem de reabilitação definido pela Ordem dos Enfermeiros. Sobre o grau de competência percecionado, verificámos que se consideravam como *competentes e muito competentes*. Embora no que se referia à “promoção da mobilidade, à acessibilidade e à participação social”, estes profissionais sentiam-se menos competentes, necessitando por isso de maior formação.

Quanto aos diferentes tipos de formação na aquisição das competências, os enfermeiros expressaram como *muitíssimo importante*, sobretudo, a formação experiencial, a reflexão e análise das práticas e a formação académica/escolar.

Da análise inferencial, pode-se concluir que existe uma relação negativa, embora fraca, entre o grau de competência percebido e as necessidades formativas dos enfermeiros inquiridos. O que sugere obviamente, que quanto maior é o grau de competência percecionado pelos enfermeiros menor será a sua necessidade de formação. E pode-se concluir também que há uma relação positiva entre o grau de competência percebido e o tempo de exercício na especialidade.

Quanto às outras variáveis, prestação de cuidados essencialmente de enfermagem de reabilitação e tempo na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, não se encontraram quaisquer relações estatisticamente significativas com a valorização das competências, o grau de competência percecionado e as necessidades formativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, P., Lauchner, K., Bridges, R. A., Francisjohnson, P. K., McBride, S., & Olivarez, A. (2008). Evaluating continuing competency: A challenge for the nursing profession. *Journal of continuing education in nursing*, 39(20), 81-85.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

- Costa, M. L. G. (2011). Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados. Tese de Doutoramento, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://recil.ulusofona.pt/handle/10437/1576>
- Decreto-Lei nº104/1998 de 21 de abril. Diário da República nº 93/98 I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. de 1998. Aprova a criação da Ordem dos Enfermeiros e respetivos Estatutos. Diário da Republica I Serie A. Nº93 (98-04-21),1739-1757.
- Dias, M. F. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Gomes, B. P. (2006). Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na Área de enfermagem de reabilitação. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 193-204.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação: Um contributo para a satisfação do utente. (Tese de Doutoramento)*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal. Recuperado de [Repositorio-aberto.up.pt./bitstream/10216/7275](http://Repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275).
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Lisboa, Portugal: Editorial Novembro.
- Nóvoa, A. (1988). O método (auto)biográfico na encruzilhada dos caminhos e descaminhos da formação dos adultos. *Revista Portuguesa de Educação*, 1(2), 7-20.
- Oliveira, P. C. M. (2010). *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: Percepção dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Universidade portugalense, Porto, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Conselho de Enfermagem: Parecer nº 008/2011. Lisboa, Portugal: Autor.
- Perrenoud, P. (2001). *Porquê construir competências a partir da escola?: Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades*. Porto, Portugal: Asa.
- Pires, A. L. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens: Uma problemática educativa. *Revista de Ciências da Educação*, 2, 5-20.
- Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais* (2ª ed.). Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro.
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.



## CAPÍTULO 2

# CONTRIBUTOS DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA EVOLUÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO DOENTE APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

RITA MARIA DA SILVA SANTOS  
CARLOS ALBERTO CRUZ DE OLIVEIRA

## INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é caracterizado por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica (Martins, 2006).

Com um impacto crescente na nossa sociedade, não só pelo aumento da sua prevalência mas essencialmente devido à incapacidade que provoca naqueles que sobrevivem a esta patologia, estima-se que 70% dos doentes que sobrevivem ao AVC apresentem incapacidade, dos quais 24% com um nível de incapacidade muito grave (Direção Geral de Saúde [DGS], 2001).

Os avanços da ciência, da tecnologia e a incessante descoberta de novos fármacos têm contribuído de forma significativa para que a intervenção o mais precoce possível juntos dos doentes com AVC reduza as consequências deste. A especialização dos profissionais de saúde na área da reabilitação, em particular os enfermeiros, constitui uma mais-valia na recuperação destes doentes, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida (Menoita, 2012).

Com o aumento da sobrevivência nestes doentes e, na maior parte dos casos, com a instalação de incapacidade parcial ou total, surge a necessidade de adaptação e o ajustamento quer por parte dos sobreviventes, quer da sua família. Deste modo, os enfermeiros de reabilitação têm procurado desenvolver um processo contínuo de avaliação, tratamento e reavaliação individual no sentido de passar da dependência à independência possível (Ventura, 2002).

A reabilitação deve ser iniciada o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas (Hesbeen, 2003). A implementação de um plano de cuidados de reabilitação deve iniciar-se entre 48 e 72 horas após o AVC com o objetivo de obter a máxima independência possível funcional e psicológica (Martins, 2006).

O AVC é uma temática atual e de grande implicação na qualidade de vida da população acometida por esta patologia. A presente investigação é de caráter quase-experimental e enquadra-se numa metodologia quantitativa. Tem por objetivo identificar os contributos que os cuidados do enfermeiro de reabilitação têm no âmbito da evolução da independência funcional dos doentes após o AVC, internados no serviço de medicina interna do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF), EPE. A principal finalidade consiste em explorar o fenómeno da independência funcional do doente com AVC durante a hospitalização e dar visibilidade aos cuidados do enfermeiro de reabilitação como contributo positivo para que essa independência funcional melhore progressivamente durante a hospitalização do doente.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) são uma causa comum de morbilidade e mortalidade na Europa, sendo a principal causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade em pessoas idosas (Valadas, 2007).

Em Portugal, estima-se que a incidência de AVCs seja de 1 a 2 por cada 1.000 habitantes ao ano (Menoita, 2012). No mesmo período de tempo, estima-se que sejam responsáveis pela morte de 200 em cada 100.000 portugueses (Marques, 2007), considerando-se por isso um grave problema de saúde pública, de acordo com Ferro (citado por Menoita, 2012). Estudos efetuados pela DGS em 2004 apuraram que após um AVC, 14% dos doentes apresentam incapacidade considerada grave, 15% ligeira e 59% ficam independentes.

O AVC diz respeito a uma perturbação da função cerebral, relacionada com a obstrução ou a hemorragia de uma artéria que irriga áreas dos hemisférios cerebrais ou do tronco cerebral (Marques, 2007).

Dependendo do local do cérebro que foi afetado, os AVCs manifestam-se por: falta de força de um lado do corpo; dificuldade em falar; dificuldade em perceber o que se diz; sensação de encortiçamento ou formigueiro de um lado do corpo, podendo ser de metade da cara, do braço e mão ou da perna e pé ou de todas estas partes; dificuldade em ler ou escrever, em engolir, em ver ou em lembrar-se que um lado do corpo existe (Valadas, 2007).

Os avanços da medicina científica conduziram-na a abordagens cada vez mais centradas nas várias partes do corpo. Esta especialização garante à população intervenções profissionais baseadas no conhecimento profundo de determinado órgão ou de determinada função (Hesbeen, 2003).

A reabilitação não escapou a esta especialização. Tornou-se uma disciplina cuja intenção é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade se tornem o mais independentes possível face às situações do quotidiano, evitando que o peso da sua existência se torne demasiado difícil de suportar (Hesbeen, 2003).

A reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia o indivíduo doente ou incapacitado a atingir o seu maior nível de funcionamento físico, mental e económico. Para a recuperação da pessoa com AVC, a reabilitação tem de ser fundamentada em mecanismos fisiológicos. O conceito de plasticidade cerebral baseia-se no princípio de que o cérebro tem a capacidade para se regenerar. Assim, na presença de lesões, o Sistema Nervoso Central (SNC) utiliza esta capacidade na tentativa de recuperar as funções perdidas e/ou, mais frequentemente, fortalecer funções similares às originais (Menoita, 2009).

O objetivo major da reabilitação é, portanto, a otimização do funcionamento físico, vocacional e social, depois de uma doença ou dano neurológico (Cancela, 2008). Marques (2007) acrescenta que o processo de reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida, com dignidade, autoestima e independência.

Beland e Passos (citados por Conto, Ramos, & Lessmann, 2006) descrevem alguns passos do processo de reabilitação: Identificar as necessidades do indivíduo (psicológicas, sociais, económicas); perceber o indivíduo como um ser com capacidades e potencial para ajudar; e estabelecer um programa de reabilitação que, para além de ser estabelecido pela equipa de saúde, deve ter a participação, motivação e apoio do indivíduo e da família.

Os programas de reabilitação devem ser programas holísticos, nos quais se envolvam vários profissionais da equipa multidisciplinar. Nestes deverão ser incluídos exercícios que possam ser aplicados através de qualquer meio capaz de representar situações do quotidiano e nos quais o doente é incentivado a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões, entender o discurso corrente e expressar sentimentos e pensamentos (Cancela, 2008).

## **QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESES**

No sentido de clarificar o caminho da investigação e compreender a problemática em estudo, formulou-se a seguinte questão de partida: Será que os cuidados do enfermeiro

de reabilitação contribuem para a melhoria da independência funcional dos doentes após AVC? Como hipótese proposta para este estudo: Os doentes após AVC que recebem intervenção do enfermeiro de reabilitação têm ganhos em termos de independência funcional, às 72h e no momento da alta, comparativamente com aqueles que não estão sujeitos a essa intervenção.

## **METODOLOGIA**

Atendendo às características e ao objetivo do estudo, a opção metodológica recai sobre a abordagem quantitativa, do tipo quase-experimental, tendo sido utilizada uma amostra não probabilística, do tipo acidental. Foi solicitada a autorização para a colheita de dados ao HDFF, EPE. Após aprovação da comissão de ética, obteve-se autorização por parte da administração do Hospital para a prossecução do estudo.

A população alvo foi constituída por 60 doentes vítimas de AVC internados no serviço de medicina interna do HDFF, EPE (30 doentes para o grupo controlo e 30 doentes para a grupo experimental) entre fevereiro e agosto de 2013.

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra estar internado na unidade de AVCs do serviço de medicina interna do HDFF, EPE, a participação voluntária no mesmo e não ter doenças incapacitantes prévias. Consequentemente, foram excluídos da amostra os doentes que tinham uma pontuação na escala de Rankin superior a 3, anterior ao episódio.

A totalidade dos indivíduos selecionados, ou o seu familiar direto, foi informada sobre os objetivos do estudo e procedimentos de colheita de dados, sendo-lhes dada a garantia do anonimato das suas informações. Após terem conhecimento do estudo foram convidados a participar no mesmo de forma voluntária, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi aplicado pré-teste a três doentes internados na unidade de AVC do serviço de medicina interna do HDFF, EPE, com dois propósitos distintos. Por um lado, visou aferir e identificar possíveis constrangimentos à aplicação do questionário à população definida, bem como o tempo previsto para o seu preenchimento. Por outro lado, permitiu que a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF) fosse feita a cada um dos doentes por dois avaliadores de forma independente, servindo como treino para a aplicação da mesma. Este último aspeto mostrou-se relevante uma vez que, durante o estudo, a aplicação da MIF foi feita por dois investigadores, especialistas em enfermagem de reabilitação. Após a respetiva análise não houve necessidade de introduzir alterações ao questionário.

O processo de colheita de dados decorreu mediante o recurso a um questionário de caracterização sociodemográfica, um questionário de caracterização clínica e à aplicação da Escala MIF. O questionário de caracterização sociodemográfica foi construído por 6 questões acerca da idade, género, estado civil, escolaridade, profissão e agregado familiar. O seu preenchimento foi realizado pelo enfermeiro mediante questionário ao doente e/ou familiar de forma individual.

O questionário de caracterização clínica foi construído por nove questões, dividido em alíneas: antecedentes pessoais; fatores de risco identificados; tipo de AVC, território afetado, primeiro AVC, intercorrências durante o internamento; força muscular; défices cognitivos, emocionais e de comunicação. No sentido de ir ao encontro dos pressupostos para a realização do presente estudo incluiu-se no questionário de caracterização clínica a aplicação da Escala de Rankin (Wilson et al., 2002). O preenchimento deste questionário foi realizado pelo enfermeiro mediante observação do doente e consulta do diário clínico.

A MIF foi desenvolvida pela *Research Foundation*, da *State University of New York*, em 1990, no âmbito de um programa conjunto da Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e do Congresso Americano de Medicina de Reabilitação. Esta verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas repartidas em seis dimensões, sendo estas os autocuidados, o controlo de esfíncteres, a mobilidade, a locomoção, os aspetos cognitivos e de comunicação e os aspetos cognitivos e de cognição social. É usada por permitir comprovar ganhos em independência funcional e considerada uma das melhores para avaliar a incapacidade funcional no momento, apresentando grande sensibilidade às mudanças (Menoita, 2012). A aplicação da escala ficou a cargo dos dois investigadores, tendo ocorrido de acordo com a disponibilidade de cada um e sem definição prévia de quem a aplicaria.

Após aplicação de Escala de Rankin e considerados os critérios de inclusão da amostra procedeu-se à aplicação do instrumento de colheita de dados, sendo que a aplicação da MIF ocorreu em três momentos distintos: na admissão do doente no serviço, passadas 72 horas e no momento da alta.

Para a consecução deste estudo, foram estruturados dois momentos distintos para a colheita de dados. Numa primeira fase colheram-se os dados relativos ao grupo de controlo e numa segunda fase os relativos ao grupo experimental.

O programa de reabilitação a que foi sujeito o grupo experimental assentou num conjunto de intervenções do enfermeiro de reabilitação, previamente definidas e ajustadas ao doente em função da avaliação efetuada e da sua situação clínica. Essas intervenções tiveram na sua base um programa previamente delineado, mas foram ajustadas individualmente a cada doente em função das suas necessidades. As sessões decorreram ao longo dos sete dias da semana, no turno das oito às 16h e foram levadas

a cabo pelos investigadores. Previamente foi discutido o plano de intervenção para cada um dos doentes individualmente e ajustado diariamente de acordo com as alterações consideradas no momento.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS versão 19.0.

## RESULTADOS

A amostra constituída por 60 doentes vítimas de AVC internados no serviço de medicina interna do HDFF, E.P.E. foi dividida em dois grupos de 30 indivíduos cada (grupo de controlo e grupo experimental).

A média de idades dos doentes do grupo de controlo foi de  $75,7 \pm 11,6$  anos sendo o mínimo de 39 anos e o máximo de 89 anos. No grupo experimental a média de idades dos doentes foi de  $75,27 \pm 13,14$ , tendo a idade oscilado entre um mínimo de 45 e um máximo de 93 anos. Verificamos que no que concerne ao sexo, a amostra é maioritariamente de mulheres (56,7%), sendo a percentagem igual nos dois grupos em estudo.

Quanto à distribuição dos doentes segundo o estado civil, podemos verificar que 63,3% dos doentes do grupo experimental são casados descendo essa percentagem para 50,0% no grupo de controlo. De referir que a percentagem de viúvos é superior (46,7%) no grupo de controlo do que no experimental (36,7%). Apenas um doente é divorciado (grupo de controlo) e nenhum solteiro.

No que concerne a escolaridade dos doentes em estudo, constatou-se que a maior parte (48,3%) nunca frequentaram a escola, sendo metade dos doentes do grupo de controlo e 46,7% do experimental. Em segundo lugar, surgem os doentes com o ensino primário (35,0%), sendo 30,0% do grupo de controlo e 40,0% do experimental. Apenas 3,3% dos doentes tem formação superior, sendo a percentagem igual nos dois grupos. Por outro lado, 10,0% dos doentes do grupo experimental tem o ensino secundário enquanto no grupo de controlo 3,3% têm esse nível de escolaridade.

Relativamente à situação profissional dos doentes em estudo, verificou-se que a maioria (81,6%) é reformada (86,7% grupo controlo e 76,7% experimental). De referir que 20,0% dos doentes do grupo experimental se encontravam profissionalmente ativos, sendo essa percentagem de 13,3% no grupo de controlo.

Quando questionados os doentes em estudo acerca do seu agregado familiar, a maior parte (43,4%) vive com o cônjuge, sendo a maioria (53,3%) dos doentes do grupo experimental

e 33,3% do grupo de controlo. De salientar que 21,7% dos doentes vivem sozinhos e 15,0% vivem com os filhos (20,0% grupo controlo e 10,0% grupo experimental).

Relativamente ao destino após a alta, metade dos doentes em estudo regressaram ao seu domicílio anterior após a alta. Devemos salientar que essa percentagem foi de 63,3% nos doentes do grupo experimental e de 36,7% no grupo de controlo. Por outro lado, 30,0% dos doentes do grupo de controlo foram viver para casa de familiares após a alta, sendo essa percentagem menos de metade (13,3%) no grupo experimental.

Quanto à caracterização clínica, verificamos que, para a maioria dos doentes, este foi o seu primeiro AVC, independentemente do grupo. No que respeita ao tipo de AVC que os doentes em estudo sofreram, observamos que para a maioria (95,0%) foi isquémico. De salientar que 6,7% dos doentes do grupo de controlo tiveram um AVC hemorrágico, enquanto no grupo experimental 3,4% tiveram este tipo de AVC.

Quanto à duração do internamento no serviço de medicina, nos doentes do grupo de controlo a média foi de 7,43 dias, oscilando entre um mínimo de três e um máximo de 19 dias. No grupo experimental a média de dias de internamento foi inferior ( $5,70 \pm 2,36$ ), sendo o mínimo de três e o máximo de 14 dias. A percentagem de doentes com internamento inferior a sete dias foi de 51,7%, sendo 60,0% do grupo experimental e apenas 43,3% no grupo de controlo.

No que diz respeito à caracterização da avaliação funcional dos elementos da amostra podemos constatar que, no que concerne à avaliação da força muscular dos membros inferiores e superiores, a média de força muscular aumentou sempre da admissão para a alta em qualquer dos grupos. Quanto a existência de défices cognitivos, emocionais ou de comunicação, a maioria dos doentes (63,1%) não os apresentava, sendo 66,7% dos doentes do grupo de controlo e 60,0% do grupo experimental.

Quando analisamos o tipo de défices apresentados pelos 22 doentes podemos constatar que o mais frequente (50,0%) é a disartria, estando presente em 60,0% dos doentes do grupo de controlo e 41,7% do grupo experimental. Em segundo lugar surge a afasia, com 40,0% dos doentes do grupo de controlo e 33,4% do grupo experimental.

Avaliando a funcionalidade dos elementos da amostra verificou-se que a independência funcional teve um aumento em todas as dimensões da Escala MIF, independentemente do grupo de doentes, quando comparado o momento da entrada com as 72h e com a alta. De forma mais detalhada, constatamos que os valores mais baixos (maior dependência funcional) na admissão são na escala locomoção em ambos os grupos em estudo, seguida da mobilidade e autocuidados. Por outro lado, é na dimensão comunicação onde se observam os valores médios mais elevados, logo maior independência funcional. Quando se compara a evolução da independência funcional nos dois grupos em estudo

ao longo dos três momentos de avaliação, podemos verificar que as dimensões com um aumento mais significativo foram a locomoção onde o valor médio duplicou (2,06/4,63) da admissão para o momento da alta no grupo experimental. Seguem-se as dimensões mobilidade e autocuidados onde se verifica o maior ganho de funcionalidade no grupo experimental nos três momentos em avaliação.

Na avaliação da independência funcional no que se refere aos esfíncteres, podemos verificar que ambos os grupos de doentes apresentavam um maior grau de dependência funcional no controlo vesical na admissão. Às 72h e no momento da alta os ganhos de independência funcional são mais notórios no grupo experimental, sendo que no momento da alta os doentes do grupo experimental são já mais independentes no controlo vesical, comparativamente com o controlo intestinal.

Relativamente ao nível de independência funcional quanto a mobilidade dos dois grupos de doentes nos três momentos de avaliação, o valor médio observado na admissão é sempre superior no grupo de doentes do grupo experimental nos três itens em análise. Contudo, os valores são muito similares nos dois grupos de doentes. Por outro lado, às 72 horas e no momento da alta, quando comparamos os valores dos dois grupos de doentes, os ganhos em termos de funcionalidade são muito superiores no grupo experimental, sendo a diferença notória ( $\pm 2$ ) para os três itens quer às 72 horas quer no momento da alta.

No que concerne a independência funcional da locomoção, podemos verificar quanto ao subir e descer 12 a 14 degraus de escadas em ambiente interior, o grau de dependência é muito elevado na admissão em ambos os grupos, sendo maior no grupo experimental. Podemos constatar que no momento da alta a independência funcional é quase o dobro nos doentes do grupo experimental quando comparados com os de controlo (4,00/2,03).

Quanto à deambulação a partir da posição de pé, ou à utilização de uma cadeira de rodas uma vez sentado, num piso plano, os valores médios observados nos doentes do grupo experimental, no momento da alta, são mais do dobro do observado no momento da admissão, sendo essa diferença de apenas 0,63 no grupo de controlo.

Na dimensão comunicação, os valores médios nos dois grupos vão aumentando com o decorrer do internamento. Esse aumento é muito similar nos três momentos em avaliação, nos dois grupos de doentes.

Quando avaliamos a independência funcional dos doentes no que concerne a cognição, podemos constatar que na admissão os doentes do grupo experimental apresentam valores médios mais elevados em todos os itens em análise, sendo essa diferença mais acentuada no que se refere a resolução de problemas da vida quotidiana (4,47/2,90). Todos os doentes apresentam ganhos de funcionalidade com o decorrer do internamento, à exceção dos doentes do grupo experimental às 72 horas e alta quanto a memória.

Através da análise inferencial, feita com base na estatística analítica com estabelecimento de uma associação entre a variável independente e a variável dependente em estudo (independência funcional) verificou-se que, relativamente à avaliação da independência funcional dos doentes na admissão no serviço, os doentes do grupo experimental apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões da MIF, bem como no global. Contudo, os resultados do teste de Mann-Whitney permitiram concluir que as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Ao avaliarmos a independência funcional dos doentes às 72 horas de internamento, verificou-se que os doentes do grupo experimental apresentam ordenações médias mais elevadas no global da escala e em todas as dimensões do que os do grupo de controlo, apresentando uma maior independência funcional. Para verificar se essas diferenças encontradas são estatisticamente significativas, aplicámos o teste de Mann-Whitney, o que nos permitiu concluir que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) ou altamente significativas ( $p < 0,0001$ ) no global da escala e na maioria das dimensões.

Cruzando a informação referente à independência funcional no momento da alta dos grupos em estudo, a tendência verificada anteriormente mantêm-se, ou seja, os doentes do grupo experimental apresentam maior independência funcional quando comparado com os do grupo de controlo. O teste de Mann-Whitney permitiu concluir que essa associação era altamente significativa ( $p < 0,0001$ ) para o global da escala e para a maioria das dimensões, com exceção das dimensões comunicação ( $p = 0,005$ ) e cognição social ( $p = 0,001$ ) onde a relação encontrada é muito significativa.

A análise dos dados permitiu verificar que se confirma estatisticamente a hipótese de investigação: a intervenção do enfermeiro de reabilitação tem poder explicativo nos ganhos em termos de independência funcional dos doentes após AVC, quer às 72h quer no momento da alta.

## DISCUSSÃO

A amostra do estudo é constituída por 60 doentes, sendo 30 do grupo de controlo e 30 do grupo experimental (grupo ao qual foi implementado um programa de Enfermagem de Reabilitação). A amplitude de idades da população estudada vai dos 39 aos 93 anos, sendo que 46,7% dos doentes têm idades superiores a 81 anos e apenas 15,0% têm idades inferiores a 60 anos. Estes dados estão de acordo com Marques (2007) quando refere que a frequência do AVC aumenta com a idade, ocorrendo mais frequentemente entre os 65 e os 85 anos.

Relativamente à média de idades verificamos que no grupo de controlo se situa nos  $75,7 \pm 11,6$  e no grupo experimental nos  $75,27 \pm 13,14$ , próxima do estudo realizado por Ricardo em 2012 sobre a avaliação dos ganhos em saúde nos doentes com AVC com intervenção do enfermeiro de reabilitação, no qual a média de idades foi de 75 anos.

Na população estudada obtivemos uma predominância do sexo feminino (56,7%), com distribuição igual pelos dois grupos. Estes dados não são concordantes com diversos estudos, nos quais se verificou a predominância do sexo masculino. Em 2008, Benvegnet al. realizaram um estudo com 26 doentes, dos quais 38,0% eram mulheres e 61,0% eram homens e, em 2012, Ricardo refere no seu estudo que a predominância ia para o sexo masculino (54,8%). Considera-se que tal facto pode dever-se à evidência de que a partir dos 50 anos a incidência do AVC tende a igualar-se em ambos os sexos e a partir dos 80 predomina no sexo feminino (DGS, 2001).

O baixo nível de escolaridade foi verificado na amostra estudada, atendendo ao facto de 48,3% dos doentes nunca terem frequentado a escola e 35,0% dos doentes apenas terem frequentado o ensino primário. De realçar que, em ambos os grupos, apenas um elemento da amostra frequentou o ensino superior. Na opinião de Marques, Rodrigues, e Kusumota (2006), o baixo nível de escolaridade pode dificultar a consciencialização das necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, da adesão ao tratamento e da manutenção de estilo de vida saudável, com reflexo sobre o controlo dos fatores de risco associados a várias patologias.

Na população em estudo, 81,6% dos doentes encontravam-se já reformados e 16,7% encontravam-se em situação ativa. Este aspeto é facilmente perceptível devido à média de idades da amostra.

Da amostra estudada, 43,4% vivem com o cônjuge e 21,7% vivem sozinhos. De realçar que 15,0% da amostra vive com os filhos e 8,3% em lares de idosos. O processo de envelhecimento influencia de forma significativa o estilo de vida dos idosos, comprometendo a sua autonomia e capacidade funcional, o que faz com que o número de idosos institucionalizados tenha vindo a aumentar.

Metade dos doentes em estudo regressou ao seu domicílio anterior após a alta., Contudo, devemos salientar que essa percentagem foi de 63,3% nos doentes do grupo experimental e cerca de metade (36,7%) no grupo de controlo. Em estudos sobre reabilitação de idosos com AVC, os investigadores encontraram dados que indicam que os doentes com idade igual ou superior a 80 anos que completam com sucesso o programa de reabilitação regressam, na sua maioria, à comunidade (Ergeletiz, Kevorkian, & Rintala, 2002).

Independentemente do facto de se tratar do grupo de controlo ou do grupo experimental, para a maioria dos doentes este é o primeiro AVC (75%). Estes dados são semelhantes

aos obtidos por Cerveira, em 2011, no estudo sobre independência funcional dos doentes com AVC, no qual identificou que da amostra em estudo, 82,9% dos indivíduos afirmavam ser o primeiro AVC.

No que diz respeito ao tipo de AVC que os doentes em estudo sofreram, a maioria (95,0%) foi isquémico. O AVC hemorrágico ocorreu apenas em 5% dos elementos da amostra. Estes dados não se encontram nos valores dos estudos citados no enquadramento teórico nem na bibliografia consultada em que o AVC isquémico tem igualmente uma evidente predominância relativamente ao AVC hemorrágico mas não atinge uma discrepância tão notória. Fazendo alusão a Salgueiro (2011), por exemplo, a prevalência do AVC isquémico é superior à do hemorrágico (cerca de 80,0% e 20,0% respetivamente).

Quanto à duração do internamento no serviço de medicina, nos doentes do grupo de controlo a média foi de 7,43 dias, oscilando entre um mínimo de três e um máximo de 19 dias. No grupo experimental a média de dias de internamento foi inferior a 5,7 dias, sendo o mínimo de três e o máximo de 14 dias. De destacar que 51,7% dos doentes tiveram internamento inferior a sete dias, sendo 60,0% do grupo experimental e 43,3% no grupo de controlo. Simões e Grilo (2012) referem que, tem sido verificado nos últimos tempos que a duração de internamento hospitalar nos doentes com AVC é cada vez mais curta. Este facto pode dever-se por um lado à necessidade de reduzir os custos relacionados com o internamento e, por outro lado, com a crescente otimização dos cuidados de saúde.

No que diz respeito à presença de défices cognitivos, emocionais e de comunicação, importa referir que dos 36,9% dos doentes que os manifestavam, 50,0% apresentavam disartria, seguindo-se da afasia (em 36,5% dos casos). Tal como refere Marques (2007), as perturbações da linguagem mais frequentes nos doentes com AVC são a afasia e a disartria.

Analisando os dados obtidos a partir da aplicação da MIF verificamos que, no momento da admissão no serviço, os elementos da amostra que constituíram o grupo experimental apresentavam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões, relativamente aos indivíduos que constituíram o grupo de controlo. Deste modo, procedeu-se à aplicação do teste de Mann-Whitney que revelou que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Assim, considera-se que o facto de no grupo experimental a MIF apresentar ordenações médias mais elevadas no momento da admissão, não é fator determinante nos valores da MIF obtidos nas avaliações seguintes (às 72h e no momento da alta).

Numa análise mais detalhada de cada uma das dimensões da MIF, salientamos que os valores mais baixos (maior dependência funcional) na admissão são relativos à dimensão locomoção em ambos os grupos em estudo, seguida da mobilidade e dos autocuidados. Por outro lado, é na dimensão comunicação que se observam os valores médios mais

elevados, logo maior independência funcional. Estes resultados estão em consonância com os apresentados por Benvegno et al. (2008), onde se observou uma menor pontuação nos mesmos itens, tendo sido justificado com o facto de essas atividades apresentarem um nível de dificuldade de realização maior em doentes hemiplégicos.

Coincidentemente é nas dimensões com valores mais baixos na admissão que se verifica um aumento mais significativo no momento da alta. De destacar a locomoção que, no grupo experimental, duplicou o valor médio (2,06/4,63). De acordo com Menoita (2012), a marcha é a meta funcional primária para a pessoa com AVC, pelo que é fundamental investir-se no seu treino.

De uma forma global e considerando o cálculo das médias ponderada, pode-se destacar que o valor total da MIF foi aumentando ao longo das 3 avaliações, quer no grupo de controlo, quer no grupo experimental. Todavia, neste último, o valor total aumentou de 3,79 para 5,98, enquanto no primeiro apenas aumentou de 3,39 para 3,79.

Segundo Kelly-Hayes (2011), o objetivo da reabilitação é melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade. Verificam-se ganhos substanciais nas capacidades funcionais das pessoas com AVC em função da rapidez de atuação e da especificidade dos cuidados do enfermeiro de reabilitação.

Analisando de forma mais detalhada cada uma das dimensões da escala e relativamente ao autocuidado, podemos verificar que, no momento da alta, o valor médio quase duplicou nos doentes do grupo experimental. Estes dados mostram a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação junto do grupo experimental e vão ao encontro dos encontrados por Albuquerque et al. em 2011 num estudo no qual verificaram que existem ganhos funcionais a nível das Atividades de Vida Diárias (AVDs); banho, alimentação, vestuário) quando doentes com AVC isquémico eram sujeitos à intervenção de um grupo de reabilitadores.

Relativamente à dimensão esfínteres, às 72h e no momento da alta os ganhos de independência funcional são mais notórios no grupo experimental embora na admissão e às 72h fossem mais independentes no controlo intestinal. No momento da alta essa tendência inverte-se e os doentes do grupo experimental são mais independentes no controlo vesical, quando comparado com o intestinal. Estes dados convergem para os apresentados num estudo levado a cabo por Riberto, Miyazak, Jucá, Lourenço, e Battistella em 2007 relativo à independência funcional de pessoas com lesões encefálicas sob reabilitação ambulatorial, no qual referem que a independência no controlo urinário foi alcançada em 10,7% dos doentes, enquanto o controlo das fezes apenas foi alcançado em 4,3% dos doentes.

Quanto à dimensão mobilidade verifica-se que, às 72 horas e no momento da alta, os valores para cada um dos 3 itens no grupo experimental são muito superiores ao do grupo de controlo. Num estudo levado a cabo por Silva, Schoeller, e Silva em 2012 foi

igualmente verificado que a reabilitação proporcionou ganhos funcionais aos doentes no que diz respeito aos aspetos da transferência da cadeira de rodas para a cama, vaso sanitário ou chuveiro.

A evolução verificada em cada uma das dimensões da MIF é relevante, uma vez que o AVC é tido como a principal causa de incapacidade por doença neurológica. Através da reabilitação, o doente com AVC pode readquirir capacidades e também aprender novas formas de realizar determinadas tarefas e compensar disfunções residuais, procurando o seu nível de função pré-enfermidade. Se tal não for possível, procura-se ajudar o doente a alcançar o máximo de independência, dentro dos limites da sua incapacidade. Logo que a situação clínica do doente se estabilize, desenvolvem-se esforços perspetivando a sua recuperação funcional (Duncan et al., 2005).

Atendendo ao facto que os doentes do grupo experimental apresentam ordenações médias mais elevadas no global da MIF e em todas as dimensões e no sentido de perceber se os dados relativos à independência funcional dos doentes do grupo experimental estavam relacionados com a intervenção do enfermeiro de reabilitação, procedeu-se à aplicação do teste de Mann-Whitney, para comparação dos dois grupos às 72h e no momento da alta do serviço. Os resultados encontrados permitem-nos concluir que, às 72h, as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), sendo inclusive altamente significativas ( $p < 0,0001$ ) no global da escala e na maioria das dimensões.

No momento da alta, a tendência mantém-se. O teste de Mann-Whitney permite concluir que existe uma diferença estatística altamente significativa ( $p < 0,0001$ ) para o global da escala e para a maioria das dimensões, com exceção das dimensões comunicação ( $p < 0,005$ ) e cognição social ( $p < 0,001$ ).

Os dados apresentados permitem confirmar estatisticamente a hipótese de investigação formulada no início do estudo. Concluímos que os cuidados inerentes à intervenção do enfermeiro de reabilitação têm poder explicativo nos ganhos em termos de independência funcional dos doentes após AVC quer às 72h, quer no momento da alta, contribuindo de forma significativa para uma evolução positiva da independência funcional dos doentes após o AVC.

## CONCLUSÃO

O número de indivíduos com perda de autonomia, com invalidez e com dependência não para de aumentar muito devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes. De entre estas patologias, o AVC assume um papel preponderante no

grupo de patologias associadas à deterioração da capacidade física, emocional e social dos indivíduos e que, inevitavelmente, colocam em risco a sua autonomia funcional e o desempenho das suas AVDs.

À enfermagem reserva-se um papel estruturante no processo de gestão da cronicidade deste novo século, exigindo-se uma competência técnica irrepreensível. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental em todo o processo de reabilitação de um doente com AVC, uma vez que é o profissional de saúde que junto do doente realiza tarefas fulcrais ao restabelecimento da sua qualidade de vida. Os enfermeiros, ao entenderem o processo de reabilitação, percecionam-se como agentes de reabilitação e mostram-se despertados para a necessidade de implementar um programa de reabilitação imediato que vise não só a prevenção de sequelas e a recuperação física mas também a reintegração familiar e social.

No presente estudo, atendendo à comparação efetuada entre os resultados obtidos a partir do grupo de controlo e do grupo experimental, consideramos ter dado algum contributo no conhecimento da relação, com significância estatística, entre os cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação e o domínio da independência funcional dos doentes com AVC.

Relativamente ao nível de independência funcional, verificámos que, no momento da admissão no serviço, não havia diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e o grupo experimental para o total da escala e suas dimensões. O valor total da MIF (nível de independência funcional) aumentou de forma significativa entre as três avaliações no grupo experimental (admissão, 72h após admissão e momento da alta). No grupo de controlo também houve aumento mas sem a mesma significância. No total, a MIF aumentou de 68,23 para 102,63 no grupo experimental e de 61,03 para 68,16 no grupo de controlo.

Das dimensões da MIF que revelaram um aumento ao longo das três avaliações do grupo experimental destacam-se o autocuidado, a mobilidade e a locomoção. No global e comparando os dados relativos ao grupo de controlo e ao grupo experimental, desde a admissão até à alta, constata-se facilmente que em todas as dimensões da MIF os doentes do grupo experimental apresentavam ordenações médias mais elevadas, logo maior independência funcional.

Tendo-se verificado que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, conclui-se que a hipótese inicialmente definida de que os doentes após AVC que recebem intervenção do enfermeiro de reabilitação têm ganhos em termos de independência funcional, às 72h e no momento da alta, comparativamente com aqueles que não estão sujeitos a essa intervenção, é aceite. A independência funcional é uma variável sempre presente na área da reabilitação que merece a atenção tanto do profissional

como do doente acometido pela doença vascular cerebral. Os ganhos em reabilitação e funcionalidade definem-se pelas alterações conseguidas na vida e no meio ambiente dos doentes, estando ligados aos objetivos que se pretendem atingir. Para isso o enfermeiro de reabilitação deve conhecer as variáveis que mais influenciam o processo de recuperação e a capacidade de atingir os objetivos funcionais de uma forma eficaz e eficiente. Este domínio revela-se, portanto, preponderante para as instituições de saúde, profissionais e investigadores, devendo ser encarado como orientador da conduta dos mesmos e constituir uma referência de qualidade no tratamento reabilitador.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que o programa implementado constitui uma opção terapêutica eficaz na melhoria da independência funcional das pessoas vítimas de AVC, com benefícios na realização dos autocuidados, mobilidade e locomoção. Os resultados permitem comprovar a eficácia do programa de enfermagem de reabilitação, com ganhos em termos de funcionalidade, constituindo assim um documento relevante para a disciplina de enfermagem de reabilitação. É essencial difundir/implementar programas ou dar continuidade a projetos/programas de enfermagem de reabilitação para doentes vítimas de AVC, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. P., Vitagliano, E., Yamada, J. Y., Fagundes, C., Garcia, R. E., Braga, R.,...Gaspar, A. P. (2011). Grupo de atividades de vida diária: Influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico. *Acta Fisiátrica*, 12(2), 71-74. Recuperado de [http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=81](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=81)
- Benvegno, A. B., Gomes, L. A., Souza, C. T., Cuadros, T. B., Pavão, R. E., & Ávila, S. N. (2008). Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico. *Revista Ciências e Saúde*, 1(2), 71-77. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4115/3652>
- Cancela, D. M. G. (2008). O acidente vascular cerebral: Classificação, principais consequências e reabilitação. *Psicologia.com.pt: O portal dos psicólogos*, 1-18. Recuperado de [www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf)
- Cerveira, J. A. (2011). *Independência funcional nos doentes com AVC: Determinantes sócio-demográficos e clínicos* (Tese de Mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1616>
- Conto, F., Ramos, G., & Lessmann, J. (2006). *O cuidado de enfermagem e o processo de reabilitação ao indivíduo com acidente vascular cerebral sob a ótica da Teoria de Orem*. Recuperado de <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0488.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa, Portugal: Autor.

- Duncan, P., Zorowitz, R., Bates, B., Glasberg, J. J., Graham, G. D., Katz, R. C.,...Reker, D. (2005). Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline. *Journal of the American Heart Association*, 36. Recuperado de <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100>
- Ergeletziz, D., Kevorkian, C. G., & Rintala, D. (2002). Rehabilitation of the older stroke patient: Functional outcome and comparison with younger patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81, 881-889. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12447086#>
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Kelly-Hayes, M. (2011). *Avaliação funcional*. In S. P. HOEMAN, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 161-172). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Marques, S., Rodrigues, R., & Kusumota, L. (2006). O idoso após acidente vascular cerebral: Alterações no relacionamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3). Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt\\_v14n3a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a09.pdf)
- Martins, I. (2006). Funções cognitivas. In J. Ferro, J. Pimentel (Eds.), *Neurologia: Princípios, diagnóstico e tratamento* (pp. 1-23). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Menoita, E. (2009). Viver depois de um AVC: Contributos da enfermagem de reabilitação. *Revista Sinais Vitais*, 86, 36-40.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Riberto, M., Miyazak, M. H., Jucá, S. S. H., Lourenço, C., & Battistella, L. R. (2007). Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. *Acta Fisiátrica*, 14(2), 87-94. Recuperado de [www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=193](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=193)
- Ricardo, R. M. P. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de enfermagem de reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10198/7680>
- Salgueiro, H. D. (2011). Factores de risco vascular e AVC nos Idosos. *Revista Sinais Vitais*, 80, 32-36.
- Silva, G., Schoeller, S. D., & Silva, E. M. (2012). Reabilitação funcional após acidente vascular cerebral: uso da Escala de Medida de Independência Funcional. *Revista Digital*, 17(167). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd167/reabilitacao-apos-acidente-vascular-cerebral.htm>
- Simões, S. C., & Grilo, E. N. (2012). Cuidados e cuidadores: O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 31, 18-23. Recuperado de [http://www.ulsbc.min-saude.pt/media/6461/artigo\\_revisao\\_1.pdf](http://www.ulsbc.min-saude.pt/media/6461/artigo_revisao_1.pdf)

- Valadas, M. A. (2007). O doente internado na unidade de AVC's. *Revista Sinais Vitais*, 70, 14-18.
- Ventura, M. C. (2002). Independência funcional em doentes com AVC: Influência do hemisfério afectado. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(9), 31-40.
- Wilson, J.T., Hareendran, A., Grant, M., Baird, T., Schulz, U.G., Muir, K.W., & Bone, I. (2002). Improving the Assessment of Outcomes in Stroke: Use of a Structured Interview to Assign Grades on the Modified Rankin Scale. *Stroke: a Journal of Cerebral Circulation*, 33(9). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12215594>



## CAPÍTULO III

# FATORES DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

MARA SERRAS  
ARMÉNIO GUARDADO CRUZ

## INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta-se como a principal causa de morte em Portugal, correspondendo a uma condição de saúde prevalente de grande relevância em termos de saúde pública, (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2010; Menoita, 2012; Salgueiro, 2011), condizendo ainda com a principal causa de incapacidade funcional para as atividades de vida diárias (DGS, 2010; Rangel, Belasco, & Diccini, 2013).

As expectativas de vida não param de crescer e os conhecimentos científicos têm proporcionado um aumento da esperança média de vida e consequentemente mudanças no perfil da morbilidade, mas as sequelas continuam a influenciar a Qualidade de Vida (QV; Delboni, Malengo, & Shmidt, 2010).

O conceito QV apesar de atual na área da saúde é usado como Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), dado que considera os problemas associados à saúde (Amorim, 2009). Atualmente este conceito é imprescindível dado que, ajuda a considerar as pessoas nas suas diversas facetas e também prepara para uma maior compreensão e ação, onde sobressai a reabilitação da pessoa vítima de AVC. Um programa de reabilitação deve ser iniciado o mais precocemente possível, uma vez que existem fatores que influenciam a QVRS (DGS, 2010).

Considerando a pertinência do tema, sentiu-se a necessidade de aliar a prática à investigação científica de forma a produzir conhecimento que possa enriquecer a profissão de enfermagem, concretamente a especialidade de reabilitação, com vista a uma melhoria dos cuidados prestados, assim como uma melhoria da QV das pessoas.

A pessoa vítima de AVC como é compreensível tem alterações da sua dinâmica pessoal e familiar com implicações na sua QVRS, da associação da nossa prática com a percepção

que se tem das respostas da sociedade aos problemas, assim como com as dificuldades destes indivíduos neste processo de transição, resultou a questão inicial: Qual a QVRS da pessoa vítima de AVC e quais os fatores associados?

Assim estudaram-se as pessoas vítimas de AVC internadas nos serviços de medicina do Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. (CHMT, EPE), procurando: (a) avaliar a QVRS da pessoa vítima de AVC; (b) identificar os fatores determinantes da QVRS da pessoa vítima de AVC; (c) caracterizar em termos sociodemográficos e clínicos as pessoas vítimas de AVC; (d) comparar a QVRS da pessoa vítima de AVC no momento da alta e após 3 meses; (e) determinar a existência de relações entre variáveis sociodemográficas e clínicas da pessoa vítima de AVC, e a QVRS; (f) descrever o programa de reabilitação da pessoa vítima de AVC, durante o internamento e após alta clínica; (g) identificar os profissionais intervenientes no programa de reabilitação das pessoas vítimas de AVC.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A QV é um conceito atual, no entanto no contexto da saúde é utilizado preferencialmente o termo QVRS, atendendo a que o foco está centrado na saúde. Como tal foram desenvolvidos instrumentos de avaliação de QV para as mais diversas finalidades, podendo ser mais genéricos do estado de saúde e mais específicos relacionados com uma doença (Fernandes, 2010; Monteiro 2011).

Os instrumentos mais genéricos são menos sensíveis para explorar os efeitos de incapacidades provocados por uma doença específica, como por exemplo o AVC, podendo subestimar o impacto do AVC (Monteiro, 2011). A utilização de instrumentos específicos relaciona de forma mais direta as alterações da QV com a patologia, estas surgem adaptadas a uma doença, tratamento ou características definidas (Fernandes, 2010).

A existência de instrumentos específicos possibilita a definição de objetivos ajustados e direcionados às reais necessidades, facultando a gestão de recursos de forma a melhorar os aspetos que interferem na qualidade de vida para maximizar os resultados em saúde. Como tal os enfermeiros de Reabilitação, assumem um papel determinante na medida que são um elemento nuclear da na promoção da qualidade de vida dos indivíduos, assim como na sua reintegração (Santos, 2010).

## METODOLOGIA

Face aos objetivos foi desenhado um estudo descritivo correlacional, de cariz longitudinal, com uma abordagem quantitativa. Tendo por base os objetivos, construíram-se as seguintes questões de investigação:

- Q1 – A QVRS da pessoa vítima de AVC é diferente entre o momento da alta e após 3 meses?
- Q2 – O género condiciona a QVRS da pessoa vítima de AVC?
- Q3 – A QVRS da pessoa vítima de AVC é condicionada pela sua idade?
- Q4 – O estado civil condiciona a QVRS da pessoa vítima de AVC?
- Q5 – A QVRS da pessoa vítima de AVC é condicionada pelo nível socioeconómico do agregado familiar?
- Q6 – Existe relação entre o tipo de AVC e a QVRS da pessoa vítima de AVC?
- Q7 – Existe relação entre o tipo de comprometimento neurológico decorrente do AVC e a QVRS da pessoa vítima de AVC?
- Q8 – A QVRS da pessoa vítima de AVC é condicionada pelo número de dias de internamento?
- Q9 – O tempo decorrido após o AVC e o início do programa de reabilitação influenciam a QVRS da pessoa vítima de AVC?
- Q10 – Existe relação entre a presença de dor na parte do corpo afetada decorrente do AVC e a QVRS da pessoa vítima de AVC?
- Q11 – A manutenção de um programa de reabilitação no pós-alta hospitalar influencia a QVRS da pessoa vítima de AVC?

Na presente investigação, foram definidas como variáveis independentes: tipo de AVC, comprometimento neurológico, dias de internamento, programa de reabilitação, nível socioeconómico e dor. Como variável dependente: qualidade de vida e como variáveis de atributo: idade, género, categoria profissional, habilitações literárias, estado civil e agregado familiar.

Como tal a população do estudo foi composta por pessoas vítimas de AVC internadas nos serviços de medicina do CHMT, EPE, no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014 e que cumpriam os critérios de inclusão. Constituíram critérios de inclusão pessoas com AVC confirmado por diagnóstico clínico, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 40 e os 85 anos e que estavam no domicílio no período

prévio à admissão. Constituíram critérios de exclusão pessoas com Acidente Isquémico Transitório (AIT), ou institucionalizadas, ou com uma pontuação igual ou superior a 8 na aplicação do Teste de Diminuição Cognitiva.

Utilizou-se o método de amostragem não probabilística, do tipo acidental ou por conveniência. Resultou desta forma uma amostra de 37 pessoas vítimas de AVC internadas nos serviços de medicina do CHMT, EPE, no período definido. Importa clarificar que duas pessoas, apesar de reunirem os critérios de inclusão, recusaram-se a participar no estudo.

Para a concretização do estudo recolheram-se dados, através da aplicação de dois questionários em dois momentos distintos: o primeiro, no momento da alta das pessoas admitidas no CHMT, EPE, nos serviços de medicina, no período definido para a colheita dos dados, e o segundo, três meses após a alta hospitalar.

O primeiro questionário é composto por quatro partes. As partes I, II e III incluem questões que pretendiam colher dados sobre variáveis em estudo e cuja construção inicial teve a colaboração de enfermeiros especialistas. A última parte é constituída pela Escala de Qualidade de Vida específica para utentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC), instrumento que pretende avaliar a perceção da QV das pessoas após ocorrência de AVC.

O segundo questionário está estruturado em duas partes. A primeira parte foi construída com a finalidade de recolher informações relevantes, referentes à profissão após a alta e à frequência de um programa de reabilitação após a alta hospitalar. A última parte correspondia à EQVE-AVC, a qual foi desenvolvida com base na perceção dos indivíduos que sofreram um AVC.

A EQVE-AVC foi adaptada para a língua portuguesa e validada em termos psicométricos pelos autores (Malheiro, Nicola, & Pereira, 2009). É constituída por 49 itens agrupados em doze dimensões, nomeadamente a energia, o papel familiar, a linguagem, a mobilidade, a disposição, a personalidade, os autocuidados, o papel social, a capacidade mental, a função do membro superior, a visão, e o trabalho/produktividade, definidos com base na perceção dos utentes após AVC. Os itens são graduados segundo uma escala de Likert, variando entre 1 (pior), que corresponde a *Ajuda total/Não o consegui fazer de todo/Concordo fortemente*, e 5 (melhor), que significa *Sem ajuda/Sem dificuldade/Discordo fortemente*. O score total pode variar entre 49 e 245, sendo que 49 representa pior qualidade de vida e 245 melhor (Malheiro et al., 2009).

Foram preservados os princípios éticos, como tal foram atendidos os seguintes requisitos: (a) obtenção de parecer para estudos não envolvendo experimentação humana ao conselho de administração, comissão de ética e enfermeiro diretor do CHMT,

EPE; (b) Obtenção do consentimento informado de todos os participantes no estudo; (c) Obtenção de autorização para proceder ao uso da escala (Stroke Specific Quality of Life Scale) dos autores do seu processo de adaptação e validação (Malheiro et al., 2009).

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico IBM-SPSS versão 20.0. Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda de mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) e o coeficiente Alpha de Cronbach.

Para decidir quais os testes estatísticos a utilizar (paramétricos/não paramétricos) avaliou-se a normalidade, através do teste estatístico Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors (quando  $p > 0,05$  as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal), mediante os resultados do teste elegeram-se a utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Os seguintes testes foram aplicados: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Wilcoxon e correlação de Spearman. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha = 0,05$  com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios para testar as questões estatísticas definiram-se: para um  $\alpha$  significativo ( $p \leq 0,05$ ) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um  $p > 0,05$  não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

## RESULTADOS

No que diz respeito à análise psicométrica da EQVE-AVC, no presente estudo, a avaliação no momento da alta dos valores de Alfa de Cronbach, mostrou uma oscilação entre 0,803 (papel familiar) e 0,995 (linguagem), sendo o valor verificado para o global da escala de 0,975. Na segunda avaliação (três meses após a alta hospitalar), o Alfa de Cronbach verificado para o global da escala foi de 0,989, oscilando entre um mínimo de 0,776 (visão) e um máximo de 0,990 nas dimensões auto-cuidados e trabalho/produzividade.

Dos 37 indivíduos, 62,2% eram do género masculino e 37,8% do género feminino, apresentavam idades compreendidas entre os 47 e os 85 anos, com uma média de 72,54 anos, 64,9% eram casados e os restantes viúvos (35,1%). A grande maioria possuía apenas o 1º ciclo (83,8%), sendo que, a maior parte encontrava-se reformada (86,5%) e apenas 13,5% tinham atividade laboral.

No que respeita ao tipo de AVC, a maioria foi isquémico (86,5%) e a maior parte tinha patologias associadas (89,2%). Em relação à localização cerebral das lesões constatou-se que em igual percentagem (45,9%) de indivíduos a área atingida foi o hemisfério direito ou esquerdo,

sendo que 97,3% ficou com comprometimentos neurológicos, a maioria com hemiparesia (41,7%), seguindo-se hemiplegia (30,6%) e 27,8% com outros comprometimentos. Dos indivíduos que ficaram com compromissos motores, o hemicorpo afetado foi na maior parte o direito (47,2%) e 38,9% o esquerdo.

Em média a duração do internamento foi de 12,59 dias, com um mínimo de 5 dias e o máximo de 29 dias, sendo que 48,6% teve intercorrências no internamento, 55,6% infecção do trato urinário e 33,3% infecções respiratórias. Apenas 24,35% referiram dor na parte do corpo afetada, mas a maioria referiu como localização o ombro (77,8%).

Quanto à caracterização do programa de reabilitação no internamento, verificou-se que a maioria dos indivíduos (94,6%) frequentou um programa de reabilitação, destes 88,6% iniciou na primeira semana, com uma média de 3,49 dias, a maioria (68,6%) frequentou diariamente, mas 31,4% apenas nos dias úteis. Relativamente às sessões por dia, a maior parte (51,4%) frequentou uma sessão/dia, sendo a duração de cada sessão para a maioria (88,6%) igual ou inferior a 30 minutos.

Relativamente ao profissional interveniente no programa de reabilitação para a maioria (57,1%) foi o enfermeiro de reabilitação e o fisioterapeuta, sendo que para 40% foi apenas o enfermeiro de reabilitação, como tal o local das sessões foi para a maior parte (57,1%) no internamento e no ginásio, e para 40% foi apenas no internamento.

No que concerne à caracterização do programa de reabilitação no pós-alta hospitalar, dos indivíduos questionados sobre a sua continuidade, a maioria (64,9%) respondeu afirmativamente, em média retomaram ao fim de 18,13 dias. A maior parte (45,8%) apenas realizou nos dias úteis, para a maioria o profissional interveniente foi o fisioterapeuta (87,5%) e apenas para 8,3% foi o enfermeiro de reabilitação.

Pela caracterização da QVRS no momento da alta e três meses após alta hospitalar, concluiu-se que, os indivíduos em estudo têm uma perceção negativa da sua QVRS quer no momento da alta, quer nos três meses após a alta hospitalar. Verificou-se que a perceção global da QVRS melhora aos três meses quando comparada com o momento da alta. Pela análise das médias ponderadas (Tabela 1) verificou-se que existem valores mais baixos no momento da alta (menor QVRS percecionada), nas dimensões papel familiar e mobilidade. Três meses após a alta hospitalar a dimensão papel familiar apresentou o valor médio mais baixo, seguida da dimensão personalidade.

Ao comparar a evolução da perceção da QVRS entre os dois momentos (Tabela 1), verificou-se que as dimensões com um aumento mais significativo foram a mobilidade (aumento de 0,78 no valor da média), seguindo-se a dimensão trabalho/produktividade (aumento de 0,57 no valor da média), função e autocuidados (aumento de 0,44 no valor da média). Por outro lado verificou-se uma diminuição nas dimensões: energia

(diminuição de 0,33 no valor da média), disposição (diminuição de 0,13 no valor da média), personalidade (diminuição de 0,11 no valor da média) e capacidade mental (diminuição de 0,08 no valor da média), os indivíduos em estudo percecionam uma pior QVRS aos três meses pós-alta do que no momento da alta hospitalar.

Tabela 1

*Estatística descritiva da média ponderada verificada na avaliação da percepção de QVRS dos indivíduos no momento da alta e aos 3 meses pós-alta*

Qualidade de Vida (Escala EQVE-AVC)	Alta		3 Meses	
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP
Energia	2,86	1,62	2,53	1,45
Papel familiar	1,81	0,93	2,11	1,31
Linguagem	4,03	1,30	4,25	0,99
Mobilidade	1,91	1,24	2,69	1,44
Disposição	2,59	1,22	2,46	1,41
Personalidade	2,28	1,34	2,17	1,30
Autocuidados	2,16	1,36	2,60	1,47
Papel social	2,26	0,87	2,43	1,25
Capacidade mental	3,41	1,36	3,33	1,48
Função do membro superior	2,16	1,47	2,60	1,49
Visão	4,75	0,68	4,84	0,36
Trabalho/productividade	2,00	1,20	2,57	1,47
EQVE-AVC (Global)	2,48	0,85	2,72	1,07

Pela análise dos valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors ( $p < 0,05$ ), foi possível concluir que a amostra segue uma distribuição muito diferente da normal, associada à reduzida dimensão da amostra ( $n=37$ ), como tal foram eleitos para o estudo testes estatísticos não paramétricos.

Para aferir a relação entre as variáveis procedeu-se à verificação das questões, considerando um nível de significância de 0,05, com intervalo de confiança de 95,0%.

Relativamente à Q1, a QVRS da pessoa vítima de AVC é diferente entre o momento da alta e após 3 meses?, podemos inferir que existem diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre os dois momentos, em relação ao global da escala ( $p = 0,031$ ) e nas dimensões linguagem ( $p = 0,025$ ), mobilidade ( $p = 0,000$ ), autocuidados ( $p = 0,003$ ), função do membro superior ( $p = 0,002$ ) e trabalho/produktividade ( $p = 0,000$ ). Como tal existem diferenças significativas entre a QVRS do indivíduo após o AVC, no momento da alta e passados 3 meses. Os participantes deste estudo tendem a ter melhor QVRS no pós-AVC, passados 3 meses após alta clínica.

No que concerne à Q2, o género condiciona a QVRS da pessoa vítima de AVC?, é possível constatar, pelo teste de Mann-Whitney, que não se identificaram diferenças significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

Quanto à Q3, a QVRS da pessoa vítima de AVC é condicionada pela sua idade?, pela relação da QVRS percebida pelos indivíduos com a sua idade, verificou-se que a correlação é estatisticamente significativa para o global da escala ( $p = 0,013$ ), e para a maioria das suas dimensões: papel familiar ( $p = 0,001$ ), mobilidade ( $p = 0,003$ ), disposição ( $p = 0,036$ ), autocuidados ( $p = 0,025$ ), capacidade mental ( $p = 0,011$ ) e função do membro superior ( $p = 0,022$ ).

Em relação à Q4, o estado civil condiciona a QVRS da pessoa vítima de AVC?, os resultados permitiram constatar que as diferenças encontradas são significativas ( $p < 0,05$ ) apenas na dimensão papel familiar ( $p = 0,013$ ).

No que refere à Q5, a QVRS da pessoa vítima de AVC é condicionada pelo nível socioeconómico do agregado familiar?, observou-se uma correlação negativa e significativa para o global de escala ( $p = -0,365$ ;  $p = 0,029$ ), e verificou-se a mesma tendência para todas as dimensões, com exceção da dimensão visão. Existindo diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: energia ( $p = -0,345$ ;  $p = 0,036$ ), disposição ( $p = -0,370$ ;  $p = 0,024$ ), capacidade mental ( $p = -0,389$ ;  $p = 0,019$ ) e trabalho/produktividade ( $p = -0,358$ ;  $p = 0,030$ ).

Relativamente à Q6, existe relação entre o tipo de AVC e a QVRS da pessoa vítima de AVC?, os indivíduos que tiveram um AVC isquémico obtiveram ordenações médias mais elevadas no global, no entanto com o intuito de verificar se essas diferenças eram estatisticamente significativas, determinámos um valor de  $p$  superior ao nível de significância fixado ( $p = 0,05$ ) para o global da escala e para todas as suas dimensões, o que permitiu refutar a questão de investigação.

No que concerne à Q7, existe relação entre o tipo de comprometimento neurológico decorrente do AVC e a QVRS da pessoa vítima de AVC?, pela análise foi possível aferir a

existência de diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) para o global da escala e para a maioria das suas dimensões (com exceção das dimensões papel familiar, linguagem e papel social). Os indivíduos que tiveram hemiplegia são aqueles que percecionam pior QVRS.

Em relação à Q8, a QVRS da pessoa vítima de AVC é condicionada pelo número de dias de internamento?, a correlação foi estatisticamente significativa para o global da escala e para todas as suas dimensões, com exceção das dimensões linguagem ( $p = 0,116$ ) e visão ( $p = 0,963$ ).

Quanto à Q9, o tempo decorrido após o AVC e o início do programa de reabilitação influenciam a QVRS da pessoa vítima de AVC?, o valor de  $p$  determinado foi muito superior ao nível de significância estabelecido ( $\alpha = 0,05$ ), concluiu-se então que a correlação encontrada não foi significativa, não se confirmando esta questão de investigação.

No que diz respeito à Q10, existe relação entre a presença de dor na parte do corpo afetada decorrente do AVC e a QVRS da pessoa vítima de AVC?, da análise dos dados verificou-se que os indivíduos que não tinham dor, apresentavam ordenações médias mais elevadas no global da escala e em todas as dimensões (com exceção da visão), do que aqueles que referiram dor na parte do corpo afetada pelo AVC. Assim identificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre os grupos, no global ( $p = 0,037$ ) e nas dimensões linguagem ( $p = 0,025$ ), disposição ( $p = 0,032$ ), personalidade ( $p = 0,046$ ) e papel social ( $p = 0,002$ ). Os indivíduos sem dor percecionam melhor QVRS.

Por fim testando a Q11, a manutenção de um programa de reabilitação no pós-alta hospitalar influencia a QVRS da pessoa vítima de AVC?, verificou-se que os indivíduos que mantiveram um programa de reabilitação percecionaram melhor QVRS, as diferenças encontradas foram significativas ( $p < 0,05$ ) apenas na dimensão mobilidade ( $p = 0,049$ ). Logo, a manutenção de um programa de reabilitação no pós-alta hospitalar tem valor preditivo sobre a QVRS dos indivíduos apenas no que concerne à dimensão mobilidade.

## DISCUSSÃO

Os dados revelam uma amostra maioritariamente do género masculino (62,2%), com idades compreendidas entre os 47 e os 85 anos, dados que são concordantes com diversos estudos. Scalzo, Souza, Moreira, e Vieira (2010) mostraram em seu estudo que o AVC é um diagnóstico clínico mais frequente em pessoas idosas e do género masculino. Da população estudada, 86,5% encontravam-se reformados, 64,9% casados e 35,1% viúvos.

A maioria sofreu AVC isquémico (86,5%), resultados que estão em harmonia com o que diz a literatura e os estudos. O AVC isquémico representa 85% dos AVCs, como refere

Leal (citado por Menoita, 2012). Quanto aos comprometimentos neurológicos a maior parte apresentou hemiparesia (41,7%), seguindo-se hemiplegia (30,6%), e por último 27,8% ficaram com outros comprometimentos, destes, 50% apresentaram desequilíbrio.

Scalzo et al. (2010) no seu estudo demonstraram o predomínio do AVC isquémico (72,3%) em relação ao hemorrágico (27,7%). Outros autores em seus estudos referiram o predomínio do AVC isquémico, um total de 42 pessoas apresentou sequelas, com destaque para a hemiparesia (Cruz & Diogo, 2009).

Quanto ao local onde ocorreu a lesão cerebral, na amostra em estudo o hemisfério direito e esquerdo foram igualmente atingidos verificando-se a percentagem de 45,9%. No entanto os comprometimentos segundo o hemisfério foram predominantemente à direita para 47,2% e para 38,9% à esquerda, dados que estão em consonância com os dados analisados por Hammer e Lindmark (2010), que encontraram maior percentagem de hemiparesia no hemisfério direito, referindo ter ficado afetado o lado considerado dominante.

Em relação à presença de outras doenças para além do AVC, 89,2% afirmaram ter antecedentes pessoais, os quais constituem fatores de risco. Santos (2010) verificou uma prevalência de 84% de HTA, 63,2% de dislipidemia, 42,4% de diabetes mellitus e 18% enfarte agudo do miocárdio prévio ao AVC.

A média de dias de internamento foi de 12,59 dias, 51,4% não tiveram complicações durante o internamento, mas 48,6% apresentaram, sendo as mais frequentes infeções urinárias e infeções respiratórias. Paulo et al. (2009), no seu estudo identificaram um tempo médio de internamento dum doente com AVC de 13,8 dias, sendo que, 26,7% apresentou complicações.

No total da amostra somente 24,3% apresentou dor no momento da alta, sendo a localização mais frequente o ombro. Os doentes frequentemente apresentam uma variedade de síndromes de dor, como refere Silva (2010), sendo frequente as pessoas referirem dor moderada a intensa, com irradiação para o ombro em membros afetados, denominado ombro doloroso.

A maioria dos indivíduos (94,6%) da amostra em estudo frequentou um programa de reabilitação durante o internamento, em média ao fim de 3,49 dias, sendo que, a maioria iniciou em menos de uma semana (88,6%). Pois como refere Baia (2010) as evidências dos estudos demonstram que um programa de reabilitação deve ser iniciado precocemente, logo que a condição da pessoa permita, acrescenta Menoita (2012).

Da amostra em estudo a maioria das pessoas realizou sessões diárias de reabilitação (68,6%), com a duração da sessão igual ou inferior a 30 minutos para a grande maioria

(88,6%). Os principais profissionais intervenientes foram o enfermeiro de reabilitação e o fisioterapeuta (57,1%) e em 40% dos casos foi o enfermeiro de reabilitação.

Segundo alguns autores, apesar do nível de intensidade do programa de reabilitação não estar claramente estabelecido, verifica-se uma associação entre o aumento da frequência da reabilitação e a melhoria, nomeadamente a melhoria dos resultados funcionais (Silva, 2010).

No pós-alta hospitalar a maioria dos indivíduos manteve um programa de reabilitação, retomando em média ao fim de 18,13 dias. A frequência das sessões de reabilitação para 45,8% ocorreu nos dias úteis. O principal profissional interveniente foi o fisioterapeuta (87,5%), seguindo-se o enfermeiro de reabilitação (8,3%). Pois como refere Baia (2010), um aspeto importante e fundamental para a recuperação da pessoa após um AVC é a reabilitação, e Pereira e Guedes (2011) chamam a atenção para o objetivo estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que aos 90 dias após AVC, 70% dos indivíduos afetados sejam independentes nas atividades de vida diária.

Pela análise mais detalhada verificou-se que os valores mais baixos (menor QVRS) no momento da alta eram relativos às dimensões papel familiar e mobilidade. Sendo que, na dimensão papel familiar aos três meses pós-alta hospitalar se verificou o valor médio mais baixo, seguido da dimensão personalidade.

Na comparação da evolução da perceção da QVRS, as dimensões que tiveram um aumento mais relevante foram a mobilidade, seguindo-se a dimensão trabalho/ produtividade e por fim função e autocuidados. Por outro lado nas dimensões energia, disposição, personalidade e capacidade mental os indivíduos percecionam uma pior QVRS aos três meses pós-alta hospitalar do que no momento da alta, como já foi anteriormente mencionado.

Segundo Bays (citado por Tubone, 2007) uma meta-análise com 68 artigos, demonstrou que existe um aumento considerável no domínio físico em doentes que sofreram AVC a partir dos três meses. Mostrou também variáveis que têm efeito negativo ao longo dos meses sobre a QVRS como o domínio psicológico, a depressão e o prejuízo cognitivo.

Pelos resultados foi possível inferir que, houve uma evolução positiva na QVRS percecionada, em todas as dimensões com exceção da energia, disposição, personalidade e papel social, sendo as diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) para o global da escala e para dimensões linguagem, mobilidade, autocuidados e função do membro superior. Os participantes tendem a ter melhor QVRS pós-AVC passados três meses após a alta clínica do que no momento da alta, existindo diferenças significativas entre os dois momentos na QVRS global, e nos domínios papel familiar, mobilidade, autocuidados e função do membro superior, o que permite afirmar a respetiva questão de investigação.

Segundo Martins (2006), mesmo após a recuperação funcional, muitos indivíduos continuam a classificar a qualidade de vida como deficitária nalguns domínios, daí a necessidade de se considerar para além da capacidade física e funcional, o domínio social, emocional e psicológico.

Estes indivíduos são afetados por alterações nos sentimentos de identidade e autoestima, que muitas vezes fazem com que o indivíduo deixe de cuidar de si, de investir no seu processo de recuperação e consequentemente na sua reabilitação, como refere Oliveira (citado por Menoita, 2012).

No que diz respeito ao género constatou-se que as mulheres obtiveram ordenações médias mais elevadas na maioria das dimensões relativamente aos homens. Têm uma melhor perceção da QVRS, no entanto pela aplicação do teste estatístico não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, logo o género não tem poder preditivo sobre a QVRS da pessoa vítima de AVC, rejeitando-se a segunda questão de investigação. O que corrobora o estudo de Tubone (2007), que não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a QVRS e o género.

Quando se relacionou a QVRS após o AVC com a idade, constatou-se a tendência para a idade se correlacionar negativamente com a QVRS percecionada no global da escala e em todas as suas dimensões, verificando-se que a correlação foi estatisticamente significativa para o global da escala e para a maioria das dimensões. O que permite afirmar que a idade dos indivíduos tem valor preditivo da QVRS pós-AVC, nomeadamente no que refere ao papel familiar, mobilidade, disposição, auto-cuidados, capacidade mental e função do membro superior, afirmando assim a terceira questão de investigação: a QVRS da pessoa vítima de AVC é condicionada pela sua idade, neste caso, quanto maior a idade menor a QVRS. Como referem Fróes, Valdés, Lopes, e Silva (2011), num estudo com uma amostra de 64 adultos após um AVC, quanto mais jovens eram os indivíduos melhor QVRS apresentavam, nomeadamente em aspetos funcionais.

Testando a questão do estado civil condicionar a QVRS da pessoa vítima de AVC, constatou-se que as diferenças eram estatisticamente significativas apenas na dimensão papel familiar. O que permite afirmar que o estado civil tem poder preditivo sobre a QVRS dos indivíduos pós-AVC apenas no que concerne ao papel familiar, isto é, os indivíduos da amostra casados são os que relatam maior QVRS pós-AVC na dimensão papel familiar.

A QVRS segundo Oliveira e Orsini (2009) após um AVC engloba uma ampla variedade de domínios físicos, psicológicos, sociais, sendo que os fatores que mais se relacionam com a QVRS dizem respeito ao desempenho funcional nas atividades de vida, aspetos psicossociais, assumindo aqui particular interesse o suporte social. Como tal indivíduos com melhor suporte social e familiar têm sido relacionados com melhor QVRS.

Os resultados permitem inferir que existe correlação negativa e significativa entre a QVRS no seu global e o nível socioeconómico do agregado familiar, permitindo afirmar que à medida que aumenta o nível socioeconómico do agregado familiar os indivíduos tendem a perceber uma pior QVRS pós-AVC. Sendo legítimo afirmar que o nível socioeconómico dos indivíduos condiciona a sua perceção da QVRS pós-AVC, designadamente no que refere à energia, disposição, capacidade mental e trabalho/ produtividade. Santos (2010), numa investigação que comparou a qualidade de vida e o nível socioeconómico, também constatou pelos resultados obtidos que o nível socioeconómico tinha influência na QV global dos doentes pós-AVC.

Relativamente ao tipo de AVC, verificou-se que não existe evidência estatística para se afirmar que a QVRS pós-AVC é diferente entre indivíduos com AVC isquémico ou hemorrágico, como tal, o tipo de AVC não influencia a QVRS pós-AVC. Também Fróes et al. (2011), no seu estudo, não encontraram associação significativa entre a QVRS e a lesão cerebral numa amostra de 64 indivíduos.

Quanto à relação entre o tipo de comprometimento decorrente do AVC e a QVRS, verificou-se que os indivíduos que tiveram hemiplegia foram aqueles que perceberam pior QVRS, com existência de diferenças estatisticamente significativas, como tal existe relação entre o tipo de comprometimento neurológico decorrente do AVC e a QVRS da pessoa vítima de AVC. A perda de autonomia e uma diminuição da capacidade funcional em doentes após um AVC está associada à diminuição da qualidade de vida (Rua, 2012).

Relativamente à relação da QVRS após o AVC com o número de dias de internamento, observou-se uma tendência para os dias de internamento se correlacionarem negativamente com a qualidade de vida, logo, quanto maior for o número de dias de internamento menor a QVRS pós-AVC. Como refere Rua (2012) no seu estudo, os doentes com mais dias de internamento apresentam uma perceção mais negativa da QV.

No que concerne à correlação do tempo decorrido após o AVC e o início do programa de reabilitação com a perceção que os indivíduos têm da sua QVRS, concluiu-se que a correlação encontrada não é significativa. Segundo Pereira e Guedes (2011) a reabilitação de doentes portadores de lesão cerebral é um processo que visa a recuperação precoce dos défices, assim como a preparação para uma reintegração na vida em comunidade, com o melhor resultado funcional possível, independência e qualidade de vida relacionada com a saúde.

Verificou-se que os indivíduos que não têm dor percebem melhor QVRS, identificando-se diferenças estatisticamente significativas. Logo, a presença de dor na parte do corpo afetada após o AVC tem valor preditivo sobre a perceção de QVRS pós-AVC, nomeadamente no que concerne à linguagem, disposição, personalidade e papel social.

As pessoas vítimas de AVC, como refere Santos (2010), geralmente têm de enfrentar incapacidades residuais, como perda da mobilidade, incapacidades sensoriais, dores, entre outras. Como tal Couvreur (citado por Santos, 2010) menciona que existe relação entre a saúde e a QV, efetivamente quanto melhor for a saúde melhor a QV, daí que, indivíduos sem queixas percecionam melhor qualidade de vida.

Observou-se que os indivíduos que mantiveram um programa de reabilitação no pós-alta hospitalar percecionaram melhor QVRS, no entanto apenas na dimensão mobilidade as diferenças encontradas foram significativas.

Num estudo Rua (2012), verificou que a perda de autonomia se correlaciona fortemente com o domínio funcional, sendo ainda que, os indivíduos associam a dependência nos autocuidados a uma diminuição da QV.

O estudo apesar de dotado de contribuições apresenta algumas limitações, como a dimensão da amostra (n=37), que é manifestamente reduzida e o facto de ser utilizada uma amostra não probabilística por conveniência.

## CONCLUSÃO

A avaliação da QVRS após um AVC, assim como o reconhecimento de que a sua avaliação deve integrar a perspetiva da pessoa é amplamente considerada, dado ser indispensável relacionar quais os fatores que interferem na qualidade de vida destas pessoas.

Os enfermeiros especialistas em reabilitação assumem um papel basilar nesta conjuntura, na medida em que são um elemento nuclear na promoção da qualidade de vida das pessoas ao longo do seu ciclo vital. Pois a reabilitação deve buscar uma melhoria da funcionalidade e participação social, o que pode contribuir para uma melhoria da QVRS.

A reabilitação deve ser precoce, bem como contínua, para que seja adaptada às reais necessidades de cada pessoa, como tal é essencial que os enfermeiros de reabilitação procedam a uma avaliação criteriosa da pessoa, recorrendo a instrumentos de avaliação adequados e específicos, de forma sistemática e contínua.

Os indivíduos têm uma perceção negativa da sua QVRS, existindo diferença entre a QVRS após o AVC no momento da alta e após 3 meses. Pela análise dos dados a perceção global da QVRS melhora aos 3 meses quando comparada com o momento da alta.

O género não tem valor preditivo sobre a QVRS da pessoa vítima de AVC, mas a QVRS é condicionada pela idade, quanto maior a idade menor a QVRS.

Relativamente ao estado civil, este influencia a QVRS após o AVC apenas no domínio papel familiar, os indivíduos casados são os que relatam maior QVRS neste domínio.

Da análise dos dados concluiu-se que o nível socioeconómico condiciona a perceção da QVRS pós-AVC, nomeadamente no domínio energia, disposição, capacidade mental, trabalho e produtividade. O tipo de AVC não influencia a QVRS pós-AVC, mas existe relação significativa entre o tipo de comprometimento neurológico e a QVRS do indivíduo após o AVC;

A QVRS da pessoa vítima de AVC é condicionada pelo número de dias de internamento, quanto maior o número de dias de internamento menor a QVRS pós-AVC.

Os dados alcançados revelam que o tempo decorrido após o AVC e o início do programa de reabilitação não influenciam a QVRS da pessoa vítima de AVC. Sendo que a manutenção de um programa de reabilitação no pós-alta hospitalar condiciona a QVRS na mobilidade.

Relativamente à dor, a presença desta na parte do corpo afetada decorrente do AVC influencia a perceção da QVRS pós-AVC na linguagem, disposição, personalidade e papel social.

Como tal a idade, o estado civil, o nível socioeconómico, o comprometimento neurológico, o número de dias de internamento, a presença de dor e a manutenção de um programa de reabilitação após alta hospitalar parecem ter valor preditivo sobre a qualidade de vida.

Desta forma sugere-se a continuidade de trabalhos no âmbito da QVRS das pessoas vítimas de AVC, a elaboração de programas de reabilitação, visando minimizar as deficiências adquiridas, reduzindo as incapacidades e contribuindo para uma melhoria da QVRS.

Numa lógica de produção de conhecimento fica a convicção de que foram atingidos os objetivos propostos inicialmente, sendo compreensível a mais valia da avaliação da QVRS. Esta corresponde a um importante resultado em saúde e os resultados da avaliação da mesma revertem-se de imprescindível importância dado que permitem avaliar os benefícios dos programas de reabilitação, permitindo reequacionar estratégias de forma a ajustar ou direcionar os programas de reabilitação às necessidades reais/potenciais do indivíduo/família. Como tal, é fundamental o papel do enfermeiro de reabilitação no desenvolvimento de projetos/programas de intervenção em articulação com a instituição, de forma a direcionar os recursos numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção de complicações, aspirando ganhos em saúde.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, M. I. S. P. (2009). *Para lá dos números... aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2* (Doutoramento em Saúde Mental). Recuperado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7211>

- Baia, P. R. P. (2010). Doente com AVC: Dificuldades da família. Recuperado de <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1851>
- Cruz, K. C. T., & Diogo, M. J. (2009). Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(5),666-672. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/11.pdf>
- Delbonil, M. C., Malengo, P. C., & Shmidt, E. P. (2010). Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular encefálico. *O Mundo da Saúde*, 2, 165-175. Recuperado de [www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/75/165a175.pdf](http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/165a175.pdf)
- Direcção Geral de Saúde. (2010). *Acidente vascular cerebral: Itinerários clínicos*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Fernandes, A. B. (2010). Análise da qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Neurociencia*, 18(2),145-146.
- Fróes, K., Valdés, M. T., Lopes, D. P., & Silva, C. E. (2011). Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 69,371-376 Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/anp/v69n2b/v69n2ba20.pdf>
- Hammer, A. M., & Lindmark, B. (2010). Responsiveness and validity of the Motor Activity Log in patients during the sub acute phase after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1184-1193.
- Malheiro, A., Nicola, A., & Pereira, C. (2009). Contributo para adaptação e validação da escala de qualidade de vida para utentes após AVC (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL). *ESSFisioonline*, 5(2), 12-29.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidados*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Monteiro, A. L. (2011). *Qualidade de vida em indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral*. Vila Nova de Gaia, Portugal: ESTSP.
- Oliveira, M. R., & Orsini, M. (2009). Escalas de avaliação de qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular cerebral. *Revista Neurociências*, 17(3), 255-262 Recuperado de <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2003/235%20revisao.pdf>
- Paulo, R., Guimarães, T., Helito, P., Marchiori, P., Yamamoto, F., Mansur, L., ...Conforto, A. (2009). Acidente vascular cerebral isquémico em uma enfermaria de neurologia: Complicações e tempo de internação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(3), 313-316. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a25.pdf>
- Pereira, J. A., & Guedes, N. (2011). Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Revista Portuguesa Medicina Interna*, 18(3), 81-87.
- Rangel, E. S., Belasco, A. G., & Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta paulista de Enfermagem*, 26(2), 205-212. doi: 10.1590/S0103-21002013000200016

- Rua, M. A. (2012). *Qualidade de vida do doente após acidente vascular cerebral* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1659/1/RUA%20Maria%20Augusta%20Gon%C3%A7alves%20Alves%20-%20Diss%20mestrado.pdf>
- Salgueiro, H. D. (2011). Factores de Risco Vascular e AVC nos Idosos. *Revista Sinais Vitais*, 95, 32-36.
- Santos, V. (2010). *Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral*. Recuperado de [http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22426/Qualidade\\_vida\\_apos\\_acidente\\_vasc\\_cerebral\\_enf\\_vit.pdf](http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22426/Qualidade_vida_apos_acidente_vasc_cerebral_enf_vit.pdf)
- Scalzo, P. L, Souza, E., Moreira, A., & Vieira, D. (2010). Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: Clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Revista Neurociencia*, 18(2),139-144.
- Silva, E. J. (2010). *Reabilitação após o AVC* (Dissertação de mestrado). Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/52151>
- Tubone, M. Q. (2007). *Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquémico*. Trabalho do Curso de Graduação em Medicina, Florianópolis, Brasil. Recuperado de [www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0621.pdf](http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0621.pdf)



## CAPÍTULO IV

# VIVÊNCIAS DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

ANA MARGARIDA DE OLIVEIRA FELÍCIO

MANUEL AUGUSTO DUARTE MARIZ

ANTÓNIO JOSÉ PINTO DE MORAIS

## INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade crónica, de mortalidade e de perda de qualidade de vida, sendo esperado o seu aumento nas próximas décadas (Ministério da Saúde, 2005). Em Portugal, estima-se que a prevalência da DPOC seja de 14,2% para os portugueses com mais de 40 anos, estando 7% já num estadio relativamente avançado da doença (estadio II ou mais da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* – GOLD). Desta forma, sofrerão da doença cerca de 800.000 portugueses, metade dos mesmos já em fase sintomática da doença e necessitando de acompanhamento e tratamento (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2011). A DPOC surge como causadora de incapacidade e de acentuado impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e nos seus meios familiar, profissional e social (Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [DGS], 2005).

Apesar de se reconhecer que a reabilitação tem um papel fundamental na saúde das pessoas com DPOC e, embora o número de doentes seja muito elevado, a maioria não é envolvida num programa de enfermagem de reabilitação. O alargamento da acessibilidade do doente com DPOC a cuidados de reabilitação encontra-se previsto no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (Ministério da Saúde, DGS, 2005).

Segundo o Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (2011), é fundamental um novo paradigma de organização centrado na pessoa, assente numa base de informação e que contemple as necessidades das pessoas. Este deve basear-se numa relação continuada e personalizada, considerando a pessoa como parceira na gestão da sua saúde e doença e responsabilizando-se pela saúde da população em todo o ciclo de vida.

O interesse pelo tema surgiu pela proximidade com as pessoas com DPOC, através do meu contexto profissional, e pela proximidade com a temática da reabilitação respiratória, que foi desenvolvida durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Assim, foi delineada a presente investigação cujos objetivos consistiram em conhecer as experiências vividas pela pessoa com DPOC, analisar o significado atribuído a essas mesmas experiências e refletir sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação a estes doentes.

Na pesquisa efetuada verificou-se que existiam poucas investigações acerca da temática em estudo, sendo que as existentes não tinham sido realizadas em Portugal. Por este facto, e pelo reconhecimento da importância de uma particularização dos cuidados e corresponsabilização na gestão da doença, a pertinência desta investigação ficou reforçada.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo Godoy e Godoy (2002), o impacto da DPOC sobre a pessoa portadora não se dá somente na limitação física para a execução das atividades da vida diária, mas também nas relações afetivas, conjugais e sexuais, no lazer e no exercício profissional. Nesta situação, muitos doentes tornam-se dependentes dos seus familiares, reforçando o seu sentimento de incapacidade e contribuindo para a diminuição da sua autoestima.

A dispneia é sentida nos doentes com DPOC como muito perturbadora, porque episódios de falta de ar convertem-se muitas vezes em momentos de ansiedade e pânico. Um doente ansioso tem maior dificuldade em controlar estes episódios. Vários estudos revelam que todos os tipos de pessoa, independentemente da sua personalidade, e que sofrem de DPOC ou de outra doença respiratória crónica, referem ansiedade, depressão, fadiga e preocupações somáticas.

Todas estas disfunções emocionais causam um agravamento dos estados fisiológicos e provocam no doente uma reação de defesa das próprias emoções e conflitos, levando-o a isolar-se. Consequentemente, a depressão tende a instalar-se (Gomes & Sotto-Mayor, 2003). Por este facto, muitos programas de reabilitação incluem também uma componente psicossocial, baseada na necessidade de cada doente (Fernandes, 2009).

Filho (2007) refere mesmo que a dispneia é a principal responsável pela ansiedade, ao constituir o sintoma mais temido e, por isso, o que causa maior angústia e preocupação. Ao mesmo tempo, a ansiedade, permanente ou em crises, agrava a dispneia, criando um ciclo vicioso.

Devido às crises de dispneia, a pessoa pode sentir o seu futuro ameaçado pela insegurança em relação à possibilidade de controlar a sua doença (Silva, Souza, Francioni, & Meirelles, 2005). Quando as crises são sucessivas, os doentes podem sentir-se frequentemente confrontados com a morte (Filho, 2007).

De acordo com Victorson, Anton, Hamilton, e Cella (2009), a dispneia crónica consiste na percepção de falta de ar persistente, que pode variar em intensidade e ser afetada por episódios intermitentes de dispneia aguda. As consequências da dispneia crónica são divididas em consequências físicas (atividade física reduzida, atividades de vida diária reduzidas e fadiga), psicológicas (perda de papéis e depressão) e socioculturais (isolamento e perdas profissionais). Na dispneia crónica, os aspetos psicológicos como a depressão constituem-se como as maiores consequências de viver com a patologia.

Normalmente as pessoas deixam de efetuar determinadas atividades quando não estão mais dispostas a tolerar o desconforto que estas ocasionam. Para além disso, existe muitas vezes um aumento do tempo necessário para desempenhar determinada tarefa (Victorson et al., 2009).

Os doentes com DPOC consomem elevada parcela da sua disponibilidade energética a realizar atividades simples da vida diária. Acredita-se que alguns dos músculos da parte superior do tronco, quando estão envolvidos no posicionamento dos braços, deixam de participar da ventilação, desviando o trabalho ventilatório para o diafragma (Velloso & Jardim, 2006).

Muitas vezes as pessoas referem dispneia e fadiga durante as atividades de vida diárias (AVDs) simples em que utilizam os membros superiores, como comer, escovar os dentes, pentear os cabelos, tomar banho e vestir-se. Doentes com DPOC, quando submetidos ao treino dos membros superiores e inferiores em programas de reabilitação respiratória, referem melhoria na sensação de dispneia ao realizarem as suas AVDs. Para que isto aconteça estão envolvidos vários mecanismos, como a dessensibilização da dispneia, a melhoria do condicionamento físico, a melhor coordenação dos músculos participantes na elevação dos membros superiores e adaptações metabólicas musculares (Velloso & Jardim, 2006). As técnicas de conservação de energia reduzem o gasto energético dos doentes com DPOC durante a realização das suas AVDs, diminuindo também a sensação de dispneia e aumentando a sua funcionalidade (Velloso & Jardim, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, DGS (2009), a técnica de controlo da dispneia mais utilizada é a estratégia de respiração com os lábios semicerrados. No entanto, há outras formas de executar tarefas simples que os doentes devem ser aconselhados a fazer.

A utilização das técnicas de conservação de energia, a adaptação do ambiente e a adequação postural para a realização das AVDs demonstraram ser eficientes na redução da sensação de dispneia, do consumo de oxigénio, da produção de dióxido de carbono e

da frequência cardíaca dos doentes com DPOC (Velloso & Jardim, 2006). Ainda segundo o Ministério da Saúde, DGS (2009), nas fases moderada a grave, os sintomas depressivos estão presentes em cerca de metade dos doentes e levam à autoexclusão social e familiar. Entre os sintomas de depressão encontram-se a falta de apetite, a insónia, o isolamento, o sentimento de fracasso, a tristeza, a dificuldade de concentração, a dispneia, a falta de esperança e as ideias suicidas.

Os doentes com depressão grave deverão ter orientação psicológica ou psiquiátrica específica. Integrada no programa de reabilitação respiratória, a intervenção psicossocial pode ser concretizada individualmente ou em grupo. As abordagens típicas incluem o ensino de estratégias anti-stress, controlo do pânico e aplicação de treino de relaxamento (Ministério da Saúde, DGS, 2009).

A hipoxemia associada ou não à depressão pode levar, nas fases avançadas da doença, a disfunções neurofisiológicas que se manifestam em dificuldade de concentração, perda de memória e outras perturbações cognitivas (Ministério da Saúde, DGS, 2009). Segundo o estudo de Zanchet, Viegas, e Lima (2004), os portadores de DPOC apresentam também sono fragmentado e baixa eficiência do sono, pela dificuldade em iniciar o sono e em aprofundá-lo.

Quando existem sintomas da doença que são visíveis para outras pessoas, a vergonha e o isolamento podem estar presentes (Vertstegen citado por Silva et al., 2005). Para não enfrentarem a reação das outras pessoas, os doentes preferem isolar-se, evitando o estigma (Silva et al., 2005).

De acordo com Filho (2007), a forma como a pessoa encara a doença depende de vários fatores como sejam a sua personalidade anterior, o grau de incapacidade física e os seus recursos socioeconómicos, culturais e educacionais. Pelo seu carácter crónico e progressivo, a DPOC impõe a adoção de comportamentos e regimes terapêuticos que visem o controlo da sintomatologia e a interrupção da progressão da doença.

Nos doentes com DPOC existe uma baixa taxa de adesão ao regime terapêutico, com graves lacunas nos conhecimentos e capacidades que levam à ausência de autocontrolo da doença (Padilha, 2010). A não adesão terapêutica pode ser classificada em intencional, quando o doente não cumpre o tratamento apesar de o conhecer, ou não intencional, quando o doente não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde, quando se esquece ou quando sente dificuldade em gerir a medicação, sendo muitas vezes o resultado de má comunicação entre o doente e o profissional (World Health Organization [WHO], 2003).

A ausência das competências de adesão e de eficaz gestão do regime terapêutico condiciona a capacidade dos doentes para se adaptarem à condição de saúde e para implementarem comportamentos tendentes a diminuir a sintomatologia ou a alterar/

manter o estado de saúde (Padilha, 2010). Segundo o mesmo autor, os aspetos que modificam a capacidade do doente se adaptar à condição de saúde e diminuem a adesão ao regime terapêutico são as alterações no sono, a coexistência de depressão, o pânico, a baixa autoestima, a frustração, a negação e o medo.

Com a progressão da doença, a pessoa sofre uma redução funcional ao nível físico, psicológico e social, aumentando a sua dependência de terceiros. Por norma, a família assume o apoio à pessoa, pelo que a DPOC implica profundas alterações não só na vida do doente, mas também na dos seus familiares (Gardiner et al., 2010).

Segundo Sexton citado por Bergs (2002), a presença de uma pessoa em casa é um dos fatores mais importantes na adaptação das pessoas às doenças crónicas. No entanto, é importante conhecer o impacto da experiência de cuidar de um familiar com DPOC (Bergs, 2002; Simpson, Young, Donahue, & Rocker, 2010). De acordo com Kanervisto, Paavilainen e Heikkilä (2007), para se adaptarem às alterações que ocorrem quando um membro da família tem DPOC, as famílias precisam de informações sobre a doença para tomar decisões relativas ao dia a dia.

## **METODOLOGIA**

Com este trabalho pretendemos ir além da doença, procurando conferir visibilidade à experiência vivida das pessoas doentes, o que se considera ser uma exigência ética que se impõe a todos os profissionais de saúde. Nesta perspetiva, formulámos os seguintes objetivos de investigação: Conhecer as experiências vividas pela pessoa com DPOC; analisar o significado atribuído às experiências vividas pela pessoa com DPOC; e refletir sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação aos doentes com DPOC.

Atendendo às características e aos objetivos previamente enumerados, o estudo desenvolveu-se de acordo com a abordagem qualitativa, segundo o método fenomenológico, com especial ênfase na fenomenologia interpretativa ou hermenêutica. Como a investigação qualitativa não tem como intenção a manipulação, controle e generalização dos resultados, optámos pelo tipo de amostragem intencional, tendo como perspetiva a inclusão das pessoas que tenham experiência na cultura ou no fenómeno em estudo (Streubert & Carpenter, 2002).

No que diz respeito ao tamanho da amostra, Polit, Beck, e Hungler (2004) explicam que este deve ser determinado pela necessidade de informação. Este conceito está relacionado com a saturação dos dados, que, segundo Streubert e Carpenter (2002), diz respeito à repetição de informação até ao momento em que não é obtida nenhuma informação nova, confirmando-se os dados previamente colhidos.

Assim, a amostra do presente estudo foi composta por pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica que tiveram um período de internamento num Serviço de Pneumologia de um hospital central. Os critérios de inclusão foram os seguintes: apresentação de discurso fluente; disponibilidade para participar na investigação; fazerem oxigenoterapia de longa duração e/ou ventilação não invasiva no domicílio; apresentarem pontuação superior a 37,5 na *London Chest Activity of Daily Living Scale* (LCADL); e não se encontrarem institucionalizados.

Por exercer funções de enfermeira no referido serviço, abordei os doentes no momento da alta para participarem na investigação, sendo devidamente explicitado o âmbito da investigação, os seus objetivos e a necessidade de realizar uma entrevista no seu domicílio. Nesse sentido, evidenciámos que os dados colhidos serviriam exclusivamente para fins de investigação, ficando totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade bem como o direito de recusar a participação ou o direito a retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Ao mostrarem disponibilidade para participar na investigação, foi solicitada a respetiva morada e um contacto telefónico para posteriormente ser agendada a entrevista. O contacto telefónico tinha como objetivo o agendamento da entrevista e fornecia também uma oportunidade aos participantes de retirar o seu consentimento de participação na investigação, se assim o desejassem. A escala foi aplicada no final da entrevista, de forma a não direcionar as respostas das pessoas para a dispneia nas AVDs.

O facto do estudo se direcionar para pessoas com DPOC com moderada a elevada dificuldade na realização das atividades de vida diária e a realizar oxigenoterapia e/ou ventilação não invasiva no domicílio prende-se com o potencial de riqueza de informação acerca do fenómeno em estudo. Ou seja, acredita-se que estas pessoas com maior dificuldade na realização das atividades de vida diária e a realizar oxigenoterapia e/ou ventilação não invasiva no domicílio, possuem vivências onde os enfermeiros de reabilitação podem ter uma intervenção mais direta e simultaneamente mais abrangente.

Segundo Kohli (citado por Flick, 2005), os pontos de vista dos sujeitos são mais facilmente expressos numa situação de entrevista aberta, do que numa entrevista estruturada ou num questionário. A abordagem selecionada para a colheita de dados foi a entrevista semiestruturada. No que se refere ao local onde se realizaram as entrevistas, considerou-se mais adequado o contexto domiciliário de forma a manter um ambiente familiar e a garantir uma maior privacidade.

Para assegurar a preservação dos dados colhidos, as entrevistas foram registadas utilizando gravação áudio de modo a recolher na íntegra a informação fornecida pelos participantes, viabilizando a sua análise posterior. Para além disso, ainda se recorreu a algumas notas manuscritas.

Quando os participantes descreveram as suas experiências e não foi necessária mais nenhuma clarificação, a entrevista foi considerada completa. As entrevistas foram realizadas entre os meses de novembro de 2011 e janeiro de 2012 e duraram entre 17 e 44 minutos. Considerou-se ter-se atingido a saturação dos dados ao fim de 10 entrevistas.

Quanto ao processo de análise da informação, este iniciou-se com a audição e transcrição das entrevistas dos participantes no estudo, prolongando-se continuamente através da leitura e releitura das transcrições a fim de confirmar a sua fiabilidade. A fase seguinte deste processo consistiu na análise temática das declarações obtidas, para a criação/obtenção de categorias específicas. A apreensão ou captura das relações essenciais entre as declarações e a preparação de uma descrição detalhada do fenómeno constituiu a fase final (Streubert & Carpenter, 2002).

Apesar da diversidade de propostas para a investigação fenomenológica, optou-se por utilizar o método de Colaizzi, cujas etapas processuais se descrevem seguidamente: Descrever o fenómeno de interesse; colher a descrição dos participantes sobre o fenómeno; ler todas as descrições do fenómeno feitas pelos participantes; retornar às transcrições originais e extrair as declarações significantes; tentar soletrar o significado de cada declaração significativa; organizar os significados agregados formalizados em grupos de temas; escrever uma descrição exaustiva; regressar aos participantes para validar a descrição; se novos dados forem revelados durante a validação, incorporá-los na descrição exaustiva (Streubert & Carpenter, 2002).

Para a obtenção de um processo mais rigoroso, sistemático e fiável aquando da operacionalização de investigação qualitativa, recorreu-se ao programa informático de análise de dados qualitativos NVivo 8. Este programa permitiu uma visão facilitada da categorização das informações e flexibilidade na sua reorganização, sempre que houve necessidade.

Relativamente à validade do estudo, tal como preconiza o método de Colaizzi, foi confirmada quando os participantes reconheceram os achados obtidos como sendo as suas próprias experiências. Não foi necessário incorporar novas informações na descrição, pois não foram revelados dados novos durante a validação.

Na presente investigação, recorreremos à triangulação de investigadores, tendo participado em toda a investigação, desde o seu início, um orientador e um coorientador, ambos com experiência em investigação fenomenológica. Desta forma, e de acordo com Streubert e Carpenter (2002), um segundo investigador para rever os dados e as categorias também pode servir para verificação da validade, o que sucedeu nesta investigação.

Os aspetos éticos que foram considerados na realização desta investigação tiveram em conta, nomeadamente: os direitos dos participantes à autodeterminação, intimidade,

anonimato, confidencialidade, proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999); e os princípios da não maleficência, da autonomia, da beneficência e da justiça (Streubert & Carpenter, 2002).

Para obtenção da participação consciente dos participantes no estudo, foram fornecidas informações acerca da finalidade estudo, tendo-se considerado essencial a elaboração de um consentimento informado que permitiu assegurar o direito à autodeterminação dos participantes. O consentimento informado fez parte da documentação avaliada pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cujo parecer relativo ao desenvolvimento do estudo foi favorável.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa realizada revelou a existência de um número limitado de investigações publicadas sobre o que as pessoas com DPOC realmente valorizam. A maioria das pesquisas anteriores nesta área centra-se no impacto dos sintomas da DPOC em vez dos temas definidos como importantes pelos próprios doentes.

Note-se que o tema vivências pode ser analisado sob várias perspetivas. No nosso estudo, a vivência refere-se à consciência imediata do objeto, tendo sempre um resultado impregnado de significado, perdurável no tempo, para quem o vive ou experimenta (Frias, 2003).

Os temas que emergiram da análise fenomenológica efetuada ao conteúdo das entrevistas foram o sentimento de incapacidade/dependência, a vida ameaçada e a adaptação à situação de saúde/doença, que se relacionam entre si:

- Os participantes sentiram a sua vida ameaçada, o que reforça o sentimento de incapacidade/dependência e este, por sua vez, colabora para o sentimento de vida ameaçada;
- O sentimento de incapacidade/dependência e a adaptação da pessoa à sua situação de saúde influenciam-se mutuamente;
- A adaptação à situação de saúde/doença, por sua vez, influencia o sentimento de vida ameaçada, sendo também por ele condicionada.

Ainda que o esquema interpretativo da relação entre as unidades temáticas só tenha sido finalizado após a análise e interpretação das narrativas, este apresenta-se seguidamente, para uma mais fácil compreensão da relação entre os temas (Figura 1).

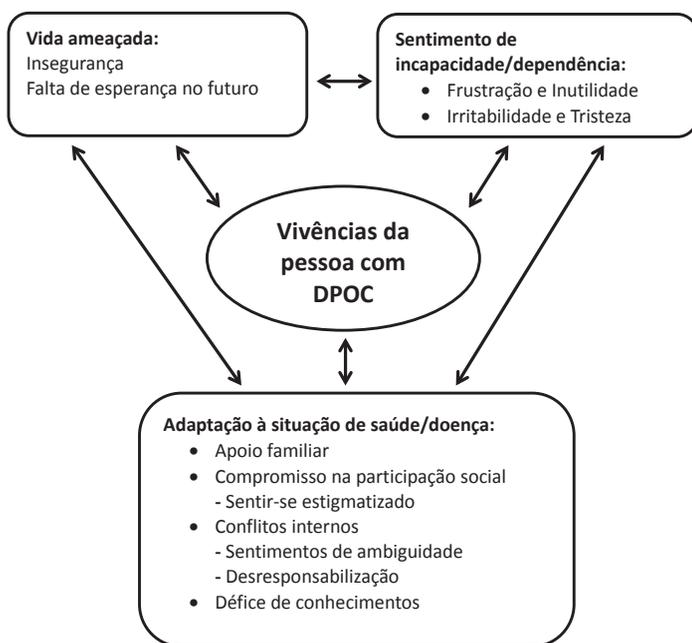


Figura 1. Vivências da Pessoa com DPOC.

Devido às crises de dispneia, e principalmente pela insegurança em relação à possibilidade de controlar a doença, os participantes sentiam a sua vida ameaçada. O sentimento de insegurança relacionava-se com o afastamento da fonte de oxigénio ou da ventilação não invasiva (VNI), por receio de uma crise de dispneia, ou com determinadas condições climáticas, que podiam condicionar uma recaída no seu estado de saúde. Os participantes sentiam-se impotentes e receosos a respeito do que poderia acontecer. De forma a sentirem-se mais seguros, os participantes evitavam sair de casa ou mesmo ir a determinadas divisões da casa.

Dúvidas e receios acerca da morte estiveram presentes, nomeadamente sobre o sofrimento que pensam provocar a morte com dispneia, desejando, por isso, morrer subitamente ou ansiando a aprovação da lei da eutanásia. Ao verem a sua saúde agravar-se pela evolução da patologia, os participantes demonstraram falta de esperança no futuro.

Decorrente principalmente das limitações físicas, os participantes apresentavam incapacidade funcional, o que os levou a tornarem-se amplamente dependentes dos seus cuidadores, inclusivamente nas AVDs básicas. Para além de ser difícil aceitarem ser dependentes de outras pessoas, os participantes viram-se obrigados a renunciar a

atividades que lhes davam prazer e que constituíam uma forma de ocupação do dia a dia. Apesar das dificuldades, verificou-se um esforço para se manterem ativos, como se recusassem tornar-se dependentes.

O facto dos participantes se sentirem incapazes e dependentes conduziu a sentimentos de tristeza, frustração, irritabilidade e inutilidade, ao compararem a sua vida no momento atual com a vida que tinham antes de adoecer ou numa fase inicial da doença. A situação de terem deixado de trabalhar, devido à DPOC, contribuiu para acentuar o sentimento de inutilidade. Esse aspeto foi difícil de ser suportado e aceite, visto que as pessoas se encontravam no auge da sua vida economicamente ativa, deixando de poder contribuir para o sustento da família. Para além disso, o trabalho também se configurava como uma forma de ocupação do dia a dia, que deixou de existir.

Outra mudança que emergiu da análise das narrativas foi a alteração de papéis que ocorreu dentro da família, configurando-se como mais uma mudança na vida de doentes e cuidadores. Apesar disso, os participantes sentiam-se confortados, sentiam que a sua família compreendia a sua condição e limitações, contribuindo para a superação de dificuldades. Assim, ao ser indicado como elemento facilitador à forma como a pessoa enfrenta a doença, o apoio familiar constituiu-se como fator promotor da adaptação da pessoa à sua situação de saúde.

Em vários momentos ao longo das narrativas, os participantes demonstraram também preocupação com os cuidadores, valorizando o seu apoio, dissimulando o seu sofrimento para não os preocupar e mostrando apreensão relativamente ao facto de se tornarem mais dependentes e mais difíceis de cuidar. Estas inquietações são demonstrativas do sentimento de coesão familiar.

O compromisso na participação social, os conflitos internos e o défice de conhecimentos foram sentidos como fatores dificultadores da adaptação da pessoa à sua situação de saúde. Os participantes referem que o compromisso na participação social teve como causas principais a dispneia e a dependência da oxigenoterapia e da VNI, devido à não portabilidade dos equipamentos de apoio. Por outro lado, os participantes deixaram igualmente de ir de férias tanto pela limitação física que os impedia de passear como faziam anteriormente, como também pela dificuldade no transporte dos equipamentos. Este compromisso na participação social foi também reforçado pela reforma precoce por invalidez, ficando os participantes privados do contacto com os colegas de trabalho.

O sentimento de vergonha pelos aspetos visíveis da doença (expetoração e equipamento de oxigenoterapia) levou os participantes a evitar exporem-se, de forma a defenderem-se do sentimento de estigma. Esta situação conduziu também ao isolamento.

Foram ainda revelados sentimentos ambíguos relativamente ao hábito de fumar. Por um lado, os participantes reconheciam os malefícios do tabaco mas, por outro, constituía uma fonte de prazer, revelando-se causa de conflitos internos. Para além disso, o facto de associarem a DPOC a outras causas que não o tabaco aparecia como uma forma de desculpabilização/desresponsabilização de si próprios do hábito de fumar. Os participantes evidenciaram ainda desconhecimento acerca da importância de efetuar o tratamento aconselhado. Para além da dificuldade em abandonar o hábito tabágico, os participantes referiram não cumprir a oxigenoterapia prescrita por dificuldade na interpretação da prescrição ou mesmo por desvalorização do cumprimento do horário prescrito.

## CONCLUSÃO

No estudo, viver com DPOC é relatado como uma experiência complexa e dinâmica, que invadiu quase todos os aspetos da vida dos participantes. Para além disso, a vivência da DPOC envolveu não só o indivíduo, mas também a sua família e a comunidade.

Os resultados encontrados permitem alargar o escasso conhecimento acerca de como se vive com DPOC. Acredita-se que a compreensão do significado das vivências das pessoas com DPOC fornece indicações para melhorar a eficácia dos cuidados de enfermagem que lhes são prestados. Nesse sentido, apresentam-se seguidamente as implicações para a prática dos cuidados, tendo como base os achados da presente investigação.

As implicações mais diretas que este trabalho pode assumir espelham-se no contexto profissional de prática clínica, considerando-se pertinente sensibilizar os diferentes profissionais que trabalham com este grupo de doentes para as vivências que emergiram no estudo e que refletem algum sofrimento, tanto físico como psíquico. Esta intervenção terá como propósito a concretização de um esforço conjunto na melhoria dos cuidados aos doentes com DPOC.

Ao reconhecer que praticamente nenhum doente com DPOC é encaminhado para a reabilitação respiratória, considera-se indispensável a sensibilização de doentes e equipa médica para esta questão fulcral. Considera-se ainda que a falta de informação manifestada nas narrativas é algo que pode ser colmatado pelos enfermeiros. Estes podem providenciar formação relativa às vivências relatadas pelas pessoas com DPOC, como forma de diminuir o estigma e aumentar a compreensão das dificuldades por que passam estas pessoas, estando assim a contribuir para a continuidade de cuidados no domicílio.

Sendo a DPOC uma doença crónica, a autogestão da doença pelo doente é fundamental para influenciar favoravelmente a história natural da doença, reduzir as complicações por ela causadas e contribuir para uma melhor inserção do doente na comunidade.

Os ensinamentos revelam-se assim essenciais à concretização do objetivo de autocontrolo da doença. Indo de encontro às necessidades identificadas no estudo, os doentes necessitam de ser ensinados acerca de várias temáticas do âmbito da enfermagem de reabilitação, nomeadamente: as técnicas respiratórias para controlo de crises de dispneia, técnicas de conservação de energia e oxigenoterapia.

Considera-se importante ainda que a aceitação do estado de saúde seja sistematicamente foco da atenção dos enfermeiros, pois a reconciliação e a aceitação da sua condição de saúde são pré-requisitos fundamentais para criar nas pessoas as disposições necessárias para a adoção de comportamentos de adesão. Em muitos casos, a falta de compreensão acerca da sua situação e do seu prognóstico contribuiu para aumentar as preocupações em relação ao futuro. Neste sentido, ao esclarecer e apoiar a pessoa, o enfermeiro facilita o seu processo de adaptação à doença.

Relativamente à gestão do regime terapêutico, segundo o nosso entendimento, é necessário, nos serviços de internamento, que os enfermeiros se encontrem mais sensibilizados para avaliar a capacidade da pessoa de gerir o seu tratamento, sendo fundamental o reforço dos ensinamentos. Consideramos ainda como fator facilitador um acompanhamento de proximidade com estes doentes. Assim, como implicação prática do estudo realizado, propõe-se a referenciação da situação para os centros de saúde da área de residência, de forma a monitorizar-se a situação através de visitas domiciliárias.

A visita domiciliária dá aos doentes a oportunidade de expressarem os seus sentimentos e preocupações, constituindo-se como essencial na transmissão de segurança emocional, atenção e apoio, contribuindo para que a pessoa desenvolva estratégias de adaptação à sua nova situação. Serve também para obter uma melhor compreensão da experiência da pessoa na sua singularidade e, assim, acompanhá-la em harmonia com as suas vivências.

A necessidade de uma melhor partilha de informação e de cuidados de vigilância e de apoio surgiu a partir dos dados. O enfermeiro deve ajudar a pessoa a desenvolver as suas potencialidades e a viver da forma mais harmoniosa possível. Para tal, é importante que o enfermeiro seja capaz de promover um ambiente terapêutico de empatia e parceria junto da pessoa e do seu cuidador.

Idealmente, o contacto de proximidade com a pessoa com DPOC deveria ser concretizado por um enfermeiro de reabilitação, pelos seus conhecimentos e competências. Considera-se ser o profissional que está melhor posicionado para dar respostas às necessidades no campo respiratório e funcional das pessoas com DPOC.

Apesar das vivências demonstradas pelos participantes no estudo não se poderem generalizar, constituem marcos importantes para a reflexão sobre a intervenção dos enfermeiros no processo cuidativo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergs, D. (2002). The hidden client: Women caring for husbands with COPD: Their experience of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 613-621. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2002.00651.x/pdf>
- Fernandes, A. (2009). Reabilitação respiratória em DPOC: A importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão, Atualizações Temáticas*, 1(1), 71-78.
- Filho, J. (2007). *Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: Desígnio de enfermagem em formação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Barnes, S., & Halpin, D. (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature. *Respiratory Medicine*, 104(2) Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611109003059>
- Godoy, D., & Godoy, R. (2002). Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *Jornal de Pneumologia*, 28(3) Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n3/a02v28n3.pdf>
- Gomes, M., & Sotto-Mayor, R. (2003). *Tratado de pneumologia*. Lisboa, Portugal: Permanyer.
- Kanervisto, M., Paavilainen, E., & Heikkilä, J. (2007). Family dynamics in families of severe COPD patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8) 1498-1505. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01804.x/pdf>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2005). *Circular normativa nº 04/DGCG: Programa nacional de prevenção e controlo da doença pulmonar obstrutiva*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2009). *Circular Informativa nº 40A/DSPCD: Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2011). *Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Portugal: Autor.
- Padilha, J. (2010). Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 6(4), 627-639. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0873-1592010000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0873-1592010000400010&script=sci_arttext)
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora

- Silva, D., Souza, S., Francioni, F., & Meirelles, B. (2005). Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: A contribuição de um grupo de convivência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 7-14. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100002>
- Simpson, A., Young, J., Donahue, M. & Rocker, G. (2010). A day at a time: Caregiving on the edge in advanced COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5, 141-151. Recuperado de <http://www.dovepress.com/a-day-at-a-time-caregiving-on-the-edge-in-advanced-copd-peer-reviewed-article-copd-recommendation1>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociências.
- Victorson, D., Anton, S., Hamilton, A., & Cella, D. (2009). A conceptual model of the experience of dyspnea and functional limitations in chronic obstructive pulmonary disease. *Value in Health*, 12(6),1018-1025 Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19402847>
- Velloso, M., & Jardim, J. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6), 580-586. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/a17v32n6.pdf>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: Author.
- Zanchet, R., Viegas C., & Lima, T. (2004). Influência da reabilitação pulmonar sobre o padrão de sono de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30(5), 439-444. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n5/v30n5a07.pdf>

## CAPÍTULO V

# O IMPACTO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA MULHER MASTECTOMIZADA NA RECUPERAÇÃO DA SUA INDEPENDÊNCIA

HELENA LARANJEIRA  
JOEL CARDOSO  
MARIA LOUREIRO  
ARMÉNIO GUARDADO CRUZ

## INTRODUÇÃO

O cancro da mama é o segundo tipo de cancro mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, sendo uma das maiores preocupações de saúde pública em todo o mundo e a principal causa de óbito nas mulheres entre os 30 e os 54 anos. A cada ano, dos novos casos de cancro, cerca de 22% são da mama. Em Portugal, tal como afirmam Bastos, Barros, e Lunet (2007), também, é o tumor mais frequente nas mulheres.

Vários são os tratamentos para o cancro da mama, sendo a cirurgia com ablação total ou parcial da mama e estruturas adjacentes (mastectomia) o mais usado. Esta terapêutica provoca um impacto profundo na saúde das mulheres, podendo ser incapacitante tanto física como psicologicamente e, por tal, refletir-se na sua independência. Deste modo, os enfermeiros devem ter uma compreensão profunda das modalidades de tratamento, habilidades de avaliação e intervenção especializadas para abordar as necessidades físicas e psicológicas das pessoas que se confrontam com estas situações e suas famílias. Apesar de ser grande a amplitude destes factos, a investigação sobre reabilitação das mulheres mastectomizadas é praticamente inexistente. Tal evidência determinou ser importante progredir nesta área produzindo conhecimento. Várias inquietações sobre as experiências individuais da mulher sujeita a mastectomia foram surgindo, as quais, depois de devidamente refletidas e delimitadas, serviram de base para a formulação da questão de investigação: Qual o impacto do processo de reabilitação da mulher mastectomizada na recuperação da sua independência?

Pretende-se que esta investigação desperte para as mais-valias decorrentes do papel da Enfermagem de Reabilitação; que se compreenda a necessidade, importância e amplitude

da sua intervenção; e implementem programas de reabilitação que permitam às mulheres mastectomizadas uma recuperação efetiva da sua independência/qualidade de vida.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com as estatísticas atuais, o risco de uma mulher, ao longo da vida, desenvolver cancro da mama é de 1 em 8, não sendo esse risco igual para todos os grupos etários. Bastos et al. (2007) indicam que os fatores de risco mais significativos para o cancro da mama são, em particular, os que se relacionam com a história reprodutiva. Outros autores sugerem ainda como fatores de risco a mutação genética BRCA-1 ou BRCA-2, idade superior a 50 anos, história pessoal ou familiar de cancro da mama, menarca precoce, menopausa tardia, história de doença mamária proliferativa benigna, exposição a radiação ionizante entre a puberdade e os 30 anos de idade, obesidade, terapia de substituição hormonal e ingestão de álcool. Ainda os mesmos autores apresentam como fatores que conferem alguma proteção, a prática regular de exercício físico que, aparentemente, retarda a menarca, suprime a menstruação e, tal como a gravidez, reduz o número de ciclos menstruais ovulatórios.

Várias são as possibilidades de tratamento (dependendo da situação clínica), entre elas a quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormonoterapia e cirurgia, podendo, em alguns casos, ser implementada a associação de várias estratégias terapêuticas. A cirurgia é, no entanto, o tratamento de eleição do cancro da mama, desempenhando a função de controlo locorregional da doença, evitando a sua disseminação. A abordagem cirúrgica depende do estadio do tumor, podendo as doentes ser submetidas a mastectomia radical, radical modificada ou simples, quadrantectomia ou tumorectomia. Dentro destes métodos cirúrgicos, os procedimentos mais utilizados para o tratamento local do cancro da mama invasivo são a mastectomia e a tumorectomia combinada com a radioterapia, com o propósito de diminuir a possibilidade de recidiva. A mastectomia radical pode acarretar repercussões negativas do ponto de vista físico, emocional e mesmo social. Quanto maior o comprometimento de toda a glândula e envolvimento de outros sistemas, maiores as consequências físicas e psicológicas, sendo fundamental que os enfermeiros mantenham atenção constante sobre as mesmas. Machado, Jammal, e Rodrigues (2008) referem que a mastectomia radical, principalmente, acompanhada de radioterapia, pode determinar complicações físicas, imediatas ou tardias, tais como limitação da amplitude de movimento do ombro e do cotovelo, linfedema, fraqueza muscular, infeção, dor, parestesia, e alterações de sensibilidade e funcionalidade ipsilaterais. Alguns destes problemas podem traduzir-se em impotência funcional do membro superior do lado operado, com diminuição dos seus movimentos. Tal compromisso funcional poderá levar a mulher a criar receios ou poderá, mesmo, levar à impossibilidade de desenvolvimento

de atividades que anteriormente realizava, tanto a nível pessoal como profissional, desencadeando importantes repercussões na sua independência e autonomia. Fabbro e Westin (2009) afirmam que um dos maiores receios da mulher mastectomizada é o de não poder cuidar de si e se tornar dependente de outros, o que afeta grandemente a sua qualidade de vida. Rietman et al. citados por Silva, Derchain, Rezende, Cabello, e Martinez (2004), observaram que, após cirurgia por cancro da mama, as mulheres apresentavam dificuldade em realizar as suas atividades de vida diária. Um quinto das mulheres referiam dificuldade em vestir roupa pela cabeça, 72% não eram capazes de correr um fecho localizado nas costas da sua roupa e 29% tinham dificuldade em levantar pesos. As atividades domésticas também foram reduzidas ou tiveram que ser adaptadas por metade das mulheres.

Apesar de todos os avanços, o aparecimento destas complicações, responsáveis por importantes limitações físicas, emocionais e psicológicas, continuam a verificar-se, existindo poucas alternativas terapêuticas. A reabilitação apresenta-se classicamente como uma hipótese terapêutica embora, até à data, poucas publicações nacionais tenham sido dedicadas ao tema (Veiros, Nunes, & Martins, 2007). A ênfase da Reabilitação está direcionada para a prevenção de complicações promovendo a adequada recuperação funcional e restauração da independência da pessoa no menor tempo possível. Neste contexto, torna-se imprescindível uma abordagem multidisciplinar, considerando não só o quadro patológico, mas também a reabilitação global, física, psicológica, social e profissional, existindo preocupação crescente com a manutenção e melhoria da qualidade de vida das mulheres (Machado et al., 2008).

Silva, Santos, Fernandes, e Festas (2003) descrevem que o processo de reabilitação se inicia no pré-operatório, com o ensino de exercícios a serem efetuados logo após a cirurgia, de modo a prevenir o aparecimento de limitação das amplitudes articulares e linfedema do membro superior homolateral, cicatrização patológica, complicações vasculares e neurológicas. Estas complicações podem ser evitadas com a adoção de um programa de exercícios de reabilitação funcional iniciado o mais precocemente possível, obtendo-se também resultados favoráveis a nível psicológico. As mulheres submetidas a tratamento de reabilitação veem diminuído o seu tempo de recuperação e retomam mais rapidamente as suas atividades quotidianas, ocupacionais e desportivas, readquirindo amplitude nos seus movimentos, força, boa postura, coordenação, autoestima e, principalmente, minimizam as possíveis complicações pós-operatórias e melhoram a qualidade de vida (Silva et al., 2004).

Na perspetiva de Box (citado por Picaró e Perloiro, 2005), a reabilitação ainda não está acessível a todas as mulheres submetidas a cirurgia, devido ao escasso conhecimento do papel e dos benefícios da reabilitação nesta área de intervenção por parte de alguns profissionais de saúde e, ainda, devido aos escassos recursos das unidades de saúde.

Batiston e Santiago (2005) revelam que o encaminhamento médico das mulheres mastectomizadas para a reabilitação foi, na maioria, realizado objetivando o tratamento de complicações já instaladas (76,9%), existindo muito menos encaminhamento preventivo das mesmas (23,1%). No entanto, é inquestionável que a reabilitação nas mulheres operadas por cancro da mama é fundamental tanto na prevenção como no tratamento das complicações após a cirurgia e/ou tratamentos associados, e, também, na recuperação da autoestima e de uma imagem corporal ativa.

## METODOLOGIA

Tradicionalmente, a ciência serve-se de uma abordagem quantitativa justificada pelo sucesso da medição, da análise, da réplica e do conhecimento aplicado obtido por esse paradigma. Contudo, a incapacidade de medir quantitativamente alguns fenômenos e a insatisfação com os resultados da medição de outros, conduziram a um interesse crescente pelo uso de outras abordagens a fim de estudar fenômenos humanos. Desta forma surgiu a abordagem qualitativa, que tem vindo a ter uma maior aceitação. Dentro dos métodos englobados na investigação qualitativa, optou-se pelo método fenomenológico, por este permitir estudar a experiência subjetiva do indivíduo, assumindo que o objeto de estudo pode ser estudado e definido por várias formas (Ribeiro, 2008), neste caso as experiências vivenciadas pela mulher mastectomizada.

Dada a amplitude de questões de interesse relativas aos cuidados à mulher mastectomizada que se poderiam colocar, optou-se por estudar um fenómeno que assume grande preponderância na sua vida, a recuperação funcional pós-cirúrgica. Assim, a questão de investigação que representou o elemento fundamental da investigação foi: *“Qual o impacto do processo de reabilitação da mulher mastectomizada no processo de recuperação da sua independência?”*.

Os objetivos de investigação representam aquilo que o investigador se propõe realizar para responder às questões de investigação. Nesta investigação objetivou-se:

- Identificar as experiências das mulheres mastectomizadas relativamente à sua independência depois de serem submetidas a mastectomia e ao longo do processo de reabilitação;
- Descrever as experiências das mulheres mastectomizadas relativamente à sua independência depois de serem submetidas a mastectomia e ao longo do processo de reabilitação;
- Identificar qual o impacto da reabilitação da mulher mastectomizada na recuperação da sua independência;

- Compreender a percepção das mulheres mastectomizadas sobre a importância das intervenções da enfermagem de reabilitação para a recuperação da sua independência;
- Refletir sobre a necessidade da intervenção da Enfermagem de Reabilitação junto das mulheres submetidas a mastectomia, despertando para a relevância do papel destes profissionais.

Na seleção dos participantes tornou-se imperativo definir critérios de inclusão, considerando-se que não seria uma mais-valia a integração de indivíduos de ambos os géneros, dada a taxa reduzida de homens mastectomizados e a elevada mortalidade nos mesmos, pelo que apenas foram selecionadas mulheres. O estudo com mulheres que tivessem sido submetidas a tratamentos muito díspares também poderia originar diferenças consideráveis, pelas diversas repercussões que têm, pelo que apenas foram incluídas as sujeitas a mastectomia radical e que integraram um programa de reabilitação no pós-cirúrgico. Apesar do universo de entrevistadas ser limitado, pois a maioria das mulheres mastectomizadas não têm acesso a reabilitação com acompanhamento profissional, tentou-se obter a mais ampla variedade possível de informantes. O grupo de participantes foi constituído por mulheres submetidas a mastectomia radical com idades compreendidas entre os 36 e 75 anos, de diferentes estratos sociais, com vida ativa, que executavam atividades básicas e instrumentais de vida diária e que eram acompanhadas num programa de reabilitação por Enfermeiro Especialista, nos Centros de Saúde Norton de Matos ou de Soure. Foram dez as entrevistas necessárias para que se atingisse a saturação dos dados, ao verificar que os temas e as categorias dos dados se estavam a tornar repetitivos e redundantes.

Após a definição do tipo de investigação foi importante selecionar o melhor método de colheita de informação, tendo sido escolhida a entrevista por esta permitir a descrição das experiências pelos próprios participantes, relatos autobiográficos (em forma escrita ou oral) e observação, na qual o investigador parte das observações do comportamento verbal e não-verbal dos participantes, do seu meio ambiente e das anotações que ele mesmo fez no campo. Optou-se pelas entrevistas semiestruturadas por se obterem dados comparáveis entre os vários sujeitos e por permitir compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno, por parte dos entrevistados. Foi elaborado um guião de entrevista com o objetivo de enumerar uma listagem de questões que fossem exploradas, assegurando que a informação fosse obtida. Inicialmente, o guião foi constituído por quatro questões abertas, contudo, na validação do instrumento, que foi efetuada com entrevista a duas mulheres mastectomizadas, verificou-se que as participantes compreendiam as questões, no entanto houve necessidade de incluir uma última, de forma a tornar mais enriquecedora a colheita de dados.

O processo de análise de dados foi iniciado ainda na fase das entrevistas e da transcrição das mesmas, tendo-se optado pela descrição analítica, passando ainda pela elaboração de um esquema teórico. Nesta fase optou-se por utilizar o método de Colaizzi e dado que os métodos qualitativos processam registos extensivos, considerou-se vantajoso recorrer ao programa informático NVivo 8® como forma de favorecer o processo de análise da informação recolhida. Após várias leituras atentas e com a utilização do referido programa, foram aferidas as unidades de significação que emergiram naturalmente das narrativas. Os códigos revistos foram comparados e reagrupados segundo o seu conteúdo, procurando-se o emergir dos temas comuns mais relevantes, constituindo-se assim três temas principais e quatro secundários, centrados no fenómeno em estudo. Seguidamente foi elaborado um esquema representativo que foi fundamental para a compreensão da interligação entre os temas que emergiram, facilitando o processo de validação do estudo.

No sentido de validar com rigor os resultados usámos os critérios preconizados nos estudos de características qualitativas. Assim, para atestar a credibilidade utilizaram-se diferentes tipos de triangulação e entrevistou-se um número significativo de mulheres acerca dos mesmos tópicos. O mesmo conjunto de achados foi analisado e interpretado pelos diferentes elementos do grupo investigador e para a discussão recorreu-se a diferentes autores com perspetivas distintas sobre o fenómeno, obtendo-se uma base de convergência para a verdade. Ao longo da colheita dos achados tentou-se dialogar com as Enfermeiras de Reabilitação que seguem as utentes, sobre as informações colhidas, de forma a obter uma verificação externa do processo. No sentido de acautelar a transferibilidade, apresentou-se uma ampla descrição fornecendo achados suficientes de modo que os leitores possam avaliar a aplicabilidade dos achados. A dependência (segurança dos dados colhidos através do tempo e mediante as mesmas condições) foi assegurada pelo recurso a um auditor externo, papel concretizado pelo orientador. Para manter a objetividade ou neutralidade dos dados, a informação foi colhida e descrita de forma sistemática, permitindo ao auditor externo (orientador) avaliar como e se estas podem ser seguidas até à sua fonte, chegando a conclusões sobre os achados (confirmabilidade).

As questões éticas foram uma preocupação constante veiculada tanto através de pedidos de autorização às instituições de saúde em que as mulheres em estudo se encontravam ligadas, como com as informações dadas às participantes envolvidas. As entrevistas foram efetuadas em locais apropriados de acordo com a disponibilidade e preferência das próprias, mantendo a privacidade. Após obtenção da sua autorização, as informações das entrevistas foram registadas em suporte de gravação áudio, recorrendo também a algumas notas manuscritas pelo entrevistador.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Da análise de informação recolhida nas entrevistas emergiram unidades de significação que originaram três temas estruturantes para o impacto do processo de reabilitação na independência da mulher mastectomizada, sendo eles: complicações físicas, cuidados de reabilitação e acesso à reabilitação. Não menos importantes surgiram quatro temas secundários: o autocuidado, autoconhecimento, interação social e atividade, por serem direta e indiretamente condicionados pelos temas principais que os caracterizaram (Figura 1).

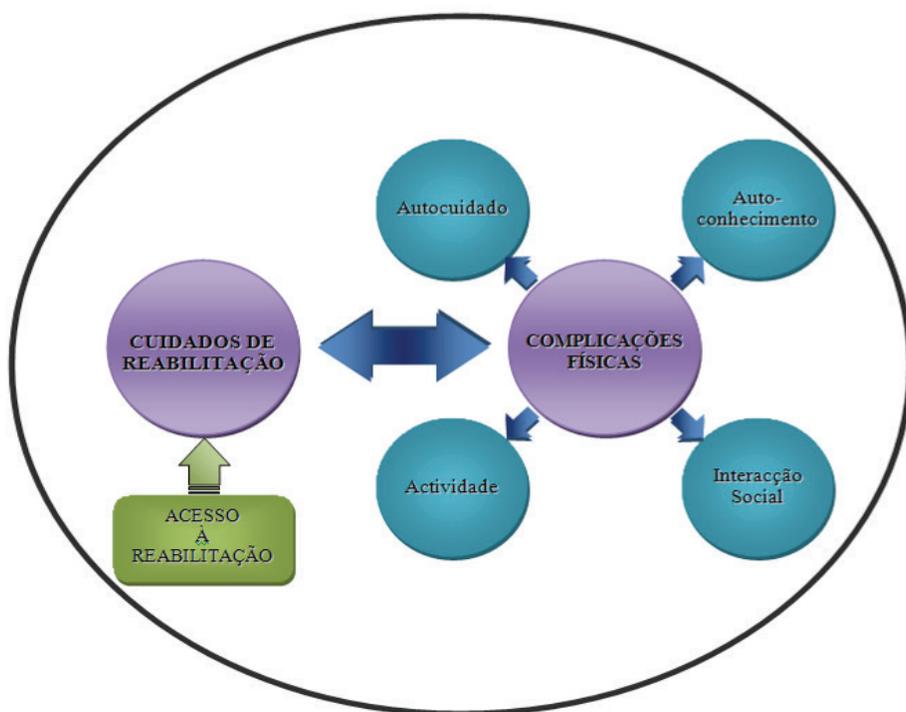


Figura 1. Esquema representativo dos temas emergentes.

### Complicações físicas da mastectomia

As complicações físicas foram amplamente referidas nas entrevistas, especialmente o défice de mobilidade do braço, surgindo também o edema e desconforto, sendo abordado o impacto

que têm no seu bem-estar, assim como a interferência que têm na sua vida pessoal e social, “noto que não o consigo mexer bem, que não tenho força e fica pesado e dá-me desconforto que o tenho que apoiar.” (E06, 2009). Estes dados assemelham-se aos obtidos por Batiston e Santiago (2005) que, num estudo efetuado, observaram como complicações: limitação do movimento do ombro (61,9%), dor (32,5%), linfedema (29,4%), aderência cicatricial (3,1%) e alterações sensitivas (2,5%). O momento em que estas complicações se manifestaram, tal como a ênfase que cada uma atribui às mesmas, foi diferente de mulher para mulher.

A mobilidade do braço é, provavelmente, a primeira complicação a ser sentida pelas entrevistadas, sendo esta referida por todas de forma repetida: “Tive um certo período que não o mexia praticamente nada.” (E01, 2009). A mobilidade do ombro marca a funcionalidade da mulher, sendo limitadora das atividades que realizava no seu dia-a-dia, tornando-se um estigma negativo na sua independência, o que é revelado por expressões como: “Tudo o que era esfregar, as panelas, essas coisas, assim tudo o que exigisse o movimento com o braço direito eu não conseguia fazer.” (E07, 2009).

Ao longo das entrevistas foram diversas as referências à dor e ao desconforto que muitas mulheres experienciaram e ainda experienciam no seu dia-a-dia. Estas sensações foram, na sua maioria, referenciadas na região do ombro e braço: “É assim, noto que não o (braço) consigo mexer bem, que não tenho força e fica pesado e dá-me desconforto que o tenho que apoiar.” (E6, 2009). Constatou-se ainda que a maioria realçou uma sensação de peso ou mal-estar no braço e outras remeteram-se mesmo ao edema: “O meu braço aumentou muito. (...) já estive mais inchado.” (E01, 2009). As entrevistadas associam o aumento do edema ao facto de descuidarem os cuidados gerais ao braço e de carregarem pesos em excesso, o que é reiterado pelo estudo de Souza, Panobianco, Almeida, Prado, e Santos (2007), no qual 37,5% das mulheres inquiridas referenciaram aqueles motivos para o aparecimento do linfedema, acrescido de um terceiro motivo que é deixarem de participar na reabilitação.

A nível de repercussões quotidianas das complicações físicas decorrentes da mastectomia, foi comum nas entrevistas, a referência ao facto de não se sentirem bem devido a estas alterações e de só começarem a melhorar após o início dos tratamentos de reabilitação.

## **Cuidados de reabilitação**

A reabilitação pós-operatória no cancro da mama compreende vários benefícios, por um lado, ela irá evitar o aparecimento de um problema articular, num contexto já sobrecarregado de consequências físicas e psicológicas, por outro, facilitará a reintegração do lado operado ao resto do corpo e às atividades quotidianas (Yamamoto, 2007 citado por Machado et al., 2008). Ao longo das entrevistas percebeu-se que as informantes,

no geral, enfatizam a importância da reabilitação, associando-a, frequentemente, à recuperação das limitações, à melhoria da qualidade de vida, referenciando alguns dos tratamentos de reabilitação que mais as marcaram no decurso do processo: “Não há dúvidas que existe uma grande diferença entre o fazer e não fazer a reabilitação, e eu sou a prova disso” (E01, 2009). Várias informantes referiram-se ao bem-estar que a reabilitação lhes proporcionou com a redução ou remissão das complicações pós-mastectomia, tornando-se, no seu entender, um tratamento que deveria ser obrigatório.

A reabilitação também é importante na educação para a saúde, uma vez que o défice de conhecimentos relacionado com o autocuidado propicia a ocorrência de complicações pós-cirúrgicas, que acabam por retardar o processo cicatricial e a recuperação. Então, será de extrema importância o ensino realizado durante o pré e pós-operatório da mastectomia, para a promoção do autocuidado que, além de prevenir complicações, será fundamental na reabilitação física e psíquica destas mulheres, tal como é reconhecido pelas mesmas: “Se vierem mais cedo fazer reabilitação e depois com os cuidados que nos são ensinados, são fantásticas e ficamos muito melhor e ficamos a saber cuidar de nós.” (E07, 2009). As melhorias, para as informantes, sentem-se sobretudo na redução ou abolição das limitações físicas, sendo manifestações disso expressões como: “Já sinto menos cansaço e menos desconforto ou peso no braço. . . .” (E03, 2009). Gouveia, Gonzalez, Grer, Fernandes, e Lima (2008) são da mesma opinião, referindo que os tratamentos de reabilitação desempenham um papel fundamental nesta etapa da vida das doentes, sendo capaz de proporcionar desde a recuperação funcional até à profilaxia de complicações, que são responsáveis pela dificuldade das mesmas em realizar as atividades de vida diária. No que se refere à qualidade de vida, ainda que esta não tenha sido referenciada de forma direta nas entrevistas, emergiu em algumas declarações, sendo referido que a reabilitação influencia a mesma: “Realmente nós se calhar conseguíamos viver sem fazer a reabilitação, mas vivíamos com menor qualidade de vida” (E08, 2009). Isto vai ao encontro de Bergmann, Mattos, e Koifman (citados por Ribeiro, Costa, e Sandoval, 2008) quando referem que a prática de reabilitação está a deixar de ser meramente curativa para, cada vez mais, se dedicar à prevenção, de forma a melhorar a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

Dentro do protocolo de reabilitação deve ser enfatizada a recuperação da amplitude de movimentos, força muscular e a dessensibilização da área, permitindo que a mulher mastectomizada retorne o mais precocemente possível às suas atividades.

### **Acesso à reabilitação**

As entrevistadas ao perceberem as suas limitações, sentiram necessidade de se informarem sobre tudo o que dissesse respeito à sua saúde e sobre os cuidados que

lhe permitissem melhorar. O que se constatou foi que existe um grande condicionalismo no acesso à reabilitação na região em que foi desenvolvida a investigação, quer pela escassez/inexistência de recursos técnicos quer pela ausência de informação sobre a mesma, “Não havia tratamentos de reabilitação na altura, não havia mesmo.” (E7, 2009). A perspetiva de Box citado por Picaró e Perloiro (2005) poderá justificar estes achados, quando mencionam que a reabilitação não está ainda acessível a todas as mulheres submetidas a cirurgia, devido ao escasso conhecimento do papel e dos benefícios da reabilitação nesta área de intervenção por parte de alguns profissionais de saúde e, também, devido aos escassos recursos das unidades de saúde. De forma geral, independentemente da instituição de saúde em que foram assistidas na fase aguda, nenhuma teve um acompanhamento de reabilitação.

No que se refere ao encaminhamento proposto pelos profissionais de saúde (formal), este fica também aquém das necessidades, sendo que, quando existe, é pautado muitas vezes por informações pouco esclarecedoras ou já algo tardias: “Quando não somos informados é que fazemos o mal também, porque elas lá na Maternidade quando me disseram ‘o braço começa a inchar não há nada a fazer, olhe dê-lhe descanso’. . . .” (E6, 2009).

Deste modo, segundo as informantes, muitas procuraram a reabilitação por orientação de outras pessoas que não profissionais (encaminhamento informal). Apesar de se salientar que esta informação foi de manifesta importância para estas mulheres, por ter contribuído para que integrassem os Processos de Reabilitação e até para encaminharem outras mulheres mastectomizadas, poderá nem sempre ser a mais adequada ou atempada.

## **Autocuidado**

No decurso da análise, constatou-se que foi referenciado em diversos momentos que a vivência independente no autocuidado foi afetada pela mastectomia pelo que as entrevistadas procuraram os cuidados de reabilitação com a expectativa de recuperarem a sua independência “Tentei procurar se havia alguma forma de melhorar, algum tratamento. . . .” (E7, 2009). Em relação aos autocuidados, aparentemente mais afetados pela situação de dependência pós-mastectomia, surgiram o comer/beber, higiene e vestuário. Em relação ao autocuidado comer/beber estas limitações devem-se aos défices de movimento do braço homolateral, desconforto e edema, “Eu queria comer e não conseguia! Porque a colher não ia!” (E6, 2009). Estes resultados são comuns aos do estudo de Frare, Ruaro, Silva, Granja, e Pacheco (2005), no qual os relatos de 25% das mulheres se remetem para a dificuldade em servir-se às refeições quando questionadas sobre os tipos de atividades e dificuldades funcionais após mastectomia. No estudo realizado por Granja (2004), a

dificuldade para tomar banho surge como dificuldade sentida para realizar atividades na vida diária em 91,67% dos casos, o que corrobora os achados do presente estudo em que as informantes referenciam limitações no autocuidado higiene, “Quando eu tinha o braço muito inchado eu nem me podia pentear nem me podia lavar nem nada! Nem podia tomar banho sozinha. . . .” (E5, 2009). O autocuidado vestuário surge também como um dos subtemas, sendo um dos mais valorizados em termos de dependência pós mastectomia pelas informantes, o que é manifesto em afirmações como: “Mas o que me custava mais era a vestir. Pronto, há peças que tinha de pedir ajuda do meu marido para me vestir. . . .” (E10, 2009). Estas dificuldades são reiteradas por Rietman et al., citados por Silva et al. (2004), que relatam que 18% não conseguiam apertar o soutien e 72% não eram capazes de fechar um fecho na roupa atrás das costas.

Neste contexto evidenciou-se, nas entrevistas, a demanda das informantes em encontrar formas para combater as limitações decorrentes da mastectomia, procurando a maximização da sua independência, logo a melhoria da sua qualidade de vida. Aspeto que vai ao encontro do defendido por Silva et al. (2004), quando refere que este autocuidado é o estado no qual o indivíduo, efetivamente, procura formas de alterar hábitos pessoais de saúde ou do meio-ambiente, para atingir um nível mais elevado de saúde.

## **Autoconhecimento**

Na análise efetuada foi notório que as entrevistadas vivenciaram alterações no seu autoconhecimento, com manifestas repercussões emocionais, alterações da sua autoestima, memória, mas com manifesta recusa de incapacidade: “e nós, depois da mastectomia não ficamos iguais, de maneira nenhuma. . . .” (E02, 2009).

A imagem corporal é a autoperceção que o indivíduo tem da sua imagem, estrutura e função corporal. Ao surgir uma alteração da função, aparência ou estrutura corporal as pessoas percebem uma imagem diferente da que habitualmente têm. Na mulher mastectomizada, associada à mudança da sua autoimagem, existe o receio da não-aceitação pelo parceiro, pela sociedade, recorrência da doença e morte. As entrevistadas referenciam que a perda da mama as perturbou não só na sua autoimagem, vendo-se mutiladas mas também pelo receio de serem vistas como pessoas disformes/diferentes pelos seus maridos ou companheiros.

Das alterações da função cognitiva, as mais valorizadas pelas inquiridas foram as da memória, “Eu ando muito esquecida mas isto já foi há 8 anos. . . .” (E05, 2009).

Em relação à incapacidade esta é a perda ou ausência de uma aptidão física ou mental, observável e mensurável, ou incapacidade física ou mental. Nos relatos das entrevistadas foi evidente a recusa da incapacidade decorrente da mastectomia, principalmente a nível

físico. Todas referem alterações psíquicas, emocionais e físicas, mas relativamente a estas últimas, talvez por serem algo que, aparentemente, pensam poder reverter com maior facilidade, sobressai um constante esforço para as debelar e ultrapassar, parecendo não aceitar que a deficiência apresentada origine incapacidade.

Ao longo da análise verificou-se, ainda, que toda a situação da mastectomia e processo terapêutico originam alterações emocionais várias, “Andava-me a sentir mal comigo própria. . . .” (E09, 2009), o que corrobora o estudo de Pinto e Gióia-Martin (2006) em que aproximadamente 72% da amostra relatou altos níveis de tensão emocional, sendo que deste percentual, 80% das inquiridas afirmam ter sentido nervosismo; 60% muita preocupação e 80% irritação fácil.

### **Interação social**

Biffi e Mamede (2009) referem-se à interação social como um fenómeno interpessoal expresso por intermédio de cuidados, da reafirmação de confiança e do mérito pessoal do indivíduo, sendo baseada nos laços sociais que se estabelecem entre as pessoas na sua interação. Numa situação de mastectomia a mulher pode vivenciar uma situação social em duas vertentes opostas. Por um lado sente a necessidade de procurar o apoio ao suporte social que construiu ao longo da vida, por outro tende a isolar-se de forma a esconder a situação que vivencia. Pode-se perceber esta antítese em: “o meu marido também me ajudou muito. . . .” (E10, 2009) e “durante esse tempo isolei-me de toda a gente. . . .” (E03, 2009).

### **Atividade**

Nas entrevistadas é transversal a referência às alterações no seu quotidiano, devido tanto aos cuidados que devem ter e lhes são ensinados para prevenir complicações, como pelas complicações que apresentam, ou simplesmente, por intolerância à atividade. Assim, viram-se forçadas ou sentiram a necessidade de alterar os seus hábitos, de se adaptarem e encontrarem estratégias novas para manterem atividades e, simplesmente, deixar outras. Contudo, da mesma forma que se percebe que existe uma mudança substancial na atividade das mulheres, é evidente, nas informações das participantes, que estas sentem necessidade de ter um emprego ou simplesmente uma ocupação. Isto será uma forma de recusarem a incapacidade e demonstrar a vontade de retomar precocemente as atividades diárias habituais, sendo a atividade laboral considerada pelas entrevistadas como uma forma de não se sentirem inúteis nem isoladas. Algumas mulheres foram, no entanto, obrigadas a abandonar o seu emprego e, até a obter reforma por invalidez, “Tive de deixar de trabalhar. . . .” (E5, 2009).

As atividades domésticas foram também amplamente referidas pelas entrevistadas, podendo afirmar-se sem qualquer dúvida que, com mais ou menos colaboração da família ou empregados, todas desempenhavam atividades domésticas e que estas marcam de alguma forma a sua independência. Num estudo realizado por Maieski e Sarquis (2007) é, também, possível depreender que o trabalho em casa está presente.

A condução automóvel foi bastante valorizada pelas mulheres entrevistadas, sendo um aspeto que praticamente todas referiram. Abordaram com desgosto o facto de, após a mastectomia, apresentarem dificuldade em conduzir: “No princípio tive dificuldade em conduzir. Não conduzia. Estive aí um, sei lá... uns 2 meses ou 3 sem conduzir.” (E07, 2009).

Independentemente da natureza do trabalho, percebeu-se que o importante para essas mulheres reside no sentimento de valorização como colaboradora nas atividades, seja diante da família ou no trabalho fora de casa (Maieski & Sarquis, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de compreender o impacto do processo de reabilitação da mulher mastectomizada na sua independência foi de extrema importância pois, permitiu conhecer as vivências destas mulheres, explorando o seu quotidiano e apreendendo as suas experiências particulares, a forma como integram e vivem as transformações que ocorreram na sua independência após esta cirurgia, as suas complicações e tratamentos e o significado que lhe atribuem.

Algumas foram as limitações, entre as quais o facto de os conhecimentos existentes no domínio em análise serem poucos, o número de informantes que cumpriam os critérios de elegibilidade apontados ser reduzido e a dificuldade em encontrar locais que oferecessem este tipo de cuidados. No entanto, no sentido de alcançar uma validade interna e externa adequadas tentou-se obter o maior número de evidências sobre o fenómeno e foram tidos em conta os critérios de rigor preconizados para as abordagens qualitativas, nomeadamente, a credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade.

Nesta investigação, foi possível compreender que a recuperação da independência das mulheres mastectomizadas, comprometida pelas várias complicações físicas, depende significativamente dos cuidados de reabilitação em que estas participam. Percecionou-se que a intervenção da Enfermagem de Reabilitação é intensamente valorizada pelas entrevistadas, sendo referenciada como um elemento crucial nos processos de transição para ultrapassar as complicações do tratamento e em todo o seu processo de adaptação à nova situação de saúde. Só efetivos cuidados de reabilitação poderão promover a

recuperação da independência das mulheres mastectomizadas, permitindo, antes de mais, que se autocuidem, mantenham a sua atividade quotidiana, a sua participação na vida familiar e social, reconquistando a sua perceção de si e aumentando a satisfação pessoal, logo, proporcionando qualidade de vida.

Constatou-se que o acompanhamento das mulheres mastectomizadas a médio e a longo prazo é praticamente inexistente, seja por falta de meios, de conhecimentos ou da reduzida sensibilidade dos profissionais de saúde para esta problemática, sendo limitado o acesso destas mulheres aos cuidados de reabilitação, o que condiciona marcadamente a sua recuperação.

A apresentação e divulgação deste estudo procura sensibilizar os profissionais de saúde e instituições para as reais necessidades da mulher mastectomizada. Pretende-se demonstrar que o tratamento não poderá limitar-se apenas à cura do cancro, e que é de suma importância proporcionar a reeducação e recuperação física e emocional.

Com sustentáculo nos achados deste estudo, percebe-se a necessidade de melhoria na oferta de cuidados de reabilitação, com enfoque nos enfermeiros especialistas em reabilitação, e que a relação de parceria e multidisciplinaridade seja incrementada e fortalecida, para que os constrangimentos sentidos por estas mulheres se possam, mais facilmente, dissipar. Assim, espera-se que os achados desta investigação permitam o início de novos percursos e de novas dinâmicas em prol de cuidados mais eficazes, eficientes e holísticos.

Propõe-se ainda, que outros estudos sejam desenvolvidos no sentido de incrementarem os achados que emergiram no nosso estudo: construção de investigação cuja população englobe os profissionais de saúde, com enfoque nos enfermeiros de reabilitação, elaborar um estudo com uma população mais alargada, incluindo diferentes instituições de várias áreas geográficas. Seria também oportuno um estudo em que se procurasse conhecer as relações dos profissionais, inseridos numa equipe multidisciplinar e a sua influência, nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Medica Portuguesa*, 20, 139-144. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/2/139-144.pdf>
- Batiston, A., & Santiago, S. (2005). Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12(3), 30-34. Recuperado de [http://www.crefito3.org.br/revista/usp/05\\_09\\_12/pdf/31\\_complicacoes.pdf](http://www.crefito3.org.br/revista/usp/05_09_12/pdf/31_complicacoes.pdf)

- Biffi, R., & Mamede, M. (2009). Dinâmica familiar: Percepção de famílias de sobreviventes de câncer de mama. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 13(1), 131-139. Recuperado de [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20091/ARTIGO%2016.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2016.pdf)
- Fabbro, M., & Westin, Ú. (2009). Histórias de vida e câncer de mama: Revendo a vida. *Ciencia Cuidado e Saude*, 8(3), 403-410. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9022/5008>
- Frare, J., Ruaro, J., Silva, J., Granja, C., & Pacheco, M. (2005). *Avaliação fisioterapêutica do comprometimento físico-funcional em pacientes mastectomizadas*. Recuperado de <http://biblioteca.univap.br/dados/INIC/cd/epg/epg4/epg4-108.pdf>
- Gouveia, P., Gonzalez, E., Grer, P., Fernandes, C., & Lima, M. (2008). Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(2), 172-176. Recuperado de <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v15n2/10.pdf>
- Granja, C. (2004). O impacto físico-funcional do câncer de mama em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico: Uma abordagem fisioterapêutica. Recuperado de <http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2004-2/pdf/cristiane.PDF>
- Machado, A., Jammal, M., & Rodrigues L. (2008). Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. *O Mundo da Saúde*, 32(4), 506-510. Recuperado de [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/65/12\\_Fisioterapia\\_baixa.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/12_Fisioterapia_baixa.pdf)
- Maieski, V., & Sarquis, L. (2007). Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. *Cogitare Enfermagem*, 12(3), 346-352. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/10031/6890>
- Picará, P., & Perloiro, F. (2005). A evidência da intervenção precoce da fisioterapia em mulheres mastectomizadas: Estudo comparativo. *EssFisiOnline*, 1(2), 3-14. Recuperado de [http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol1n2/Intervencao\\_Prececo.pdf](http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol1n2/Intervencao_Prececo.pdf)
- Pinto, A., & Gióia-Martin, D. (2006). Qualidade de vida subsequente à mastectomia: Subsídios para intervenção psicológica. *Revista SBPH*, 9(2), 3-27. Recuperado de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a02.pdf>
- Ribeiro, R., Costa, R., & Sandoval, R. (2008). Conduta fisioterápica no linfedema pós mastectomia por câncer de mama. *Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos*, 3(1). Recuperado de [http://www.fmb.edu.br/revista/edicoes/vol\\_3\\_num\\_1/CONDUTA\\_FISIOTERAPICA\\_LINFEDEMA\\_POS\\_%20MASTECTOMIA.pdf](http://www.fmb.edu.br/revista/edicoes/vol_3_num_1/CONDUTA_FISIOTERAPICA_LINFEDEMA_POS_%20MASTECTOMIA.pdf)
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Porto, Portugal: Legis Editora.
- Silva, M. P., Derchain, S. F., Rezende, L., Cabello, C., & Martinez, E. Z. (2004). Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: Estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90º no pós-operatório. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 26(2), 125-130. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200007&lng=en&nrm=iso)

- Silva, N., Santos, T., Fernandes, H., & Festas, M. (2003). O papel da medicina física e de reabilitação no cancro da mama: Experiência do serviço de medicina física e de reabilitação do hospital de São João. *Arquivos de fisioterapia*, 10(40), 103-108.
- Souza, V., Panobianco, M., Almeida, A., Prado, A., & Santos, M. (2007). Fatores predisponentes ao linfedema de braço referidos por mulheres mastectomizadas. *Revista Enfermagem UERJ*, 15(1), 87-93. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a14.pdf>
- Veiros, I., Nunes, R., & Martins, F. (2007). Complicações da mastectomia: Linfedema do membro superior. *Acta Medica Portuguesa*, 20, 335-340. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/4/335-340.pdf>

## CAPÍTULO VI

# PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE DECLÍNIO FUNCIONAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

MARIA R. P. PINTO  
ARMÉNIO GUARDADO CRUZ

## INTRODUÇÃO

Há, todos os anos, um aumento do número de pacientes que são admitidos nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que sobrevivem à doença crítica. No entanto, estes pacientes apresentam uma elevada morbidade aguda e crónica que se manifesta não só nos domínios cognitivo, funcional e emocional, mas também na qualidade de vida global, como referem Angus e Cheung (citados por Faria & Moreno, 2013).

O doente crítico, na fase mais aguda da sua patologia encontra-se (na maioria dos casos) sedado. Este facto torna-o num doente de elevado risco, uma vez que é alvo não apenas dos problemas inerentes à gravidade da sua patologia, como também dos decorrentes da imobilidade e da ventilação invasiva a que está sujeito, por vezes, com consequências tão ou mais nefastas do que a patologia que motivou o internamento. Estas consequências assumem, em grande parte das vezes, proporções muito elevadas, sendo responsáveis pelo descondicionamento e declínio funcional do paciente (principalmente no que concerne a períodos de internamentos mais prolongados), (França et al., 2012).

É neste contexto, de grande fragilidade em que se encontra o doente crítico, que seguindo a estratégia PII[C]OD, se colocou a seguinte questão de investigação: Qual o programa de reabilitação a usar na prevenção de declínio funcional da pessoa em situação crítica? Esta pergunta coloca-se pela vontade de criar um programa de reabilitação dirigido à pessoa em situação crítica e baseado na melhor evidência científica, para que a intervenção do enfermeiro de reabilitação seja mais consistente, mais sistemática e efetiva.

Para responder à questão de investigação foi realizada uma revisão sistemática da literatura, por forma a procurar o conhecimento já existente formulado neste âmbito,

bem como a identificar possíveis lacunas (podendo neste último caso servir de base para futuros trabalhos de investigação).

Pretende-se através desta revisão sistemática:

- Pesquisar e rever o conhecimento existente sobre as principais fragilidades/ problemas da pessoa em situação crítica;
- Identificar a evidência científica sobre o processo de reabilitação na prevenção de declínio funcional da pessoa em situação crítica;
- Identificar possíveis lacunas de conhecimento que existam e possam ser utilizadas como temas a abordar em futuros trabalhos de investigação.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada em diversas bases de dados, utilizando descritores em diferentes idiomas. Posteriormente foi realizada uma triagem dos artigos encontrados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos a fim de selecionar os artigos elegíveis. Por fim foram analisados os artigos selecionados e apresentados e discutidos os resultados apurados.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na última década tem-se assistido a um elevado desenvolvimento na gestão e tratamento da doença crítica, disso são exemplo as normas do tratamento da sépsis ou do desmame ventilatório e da sedação, que levaram a um aumento do número de sobreviventes. No entanto, estes sobreviventes, particularmente os mais idosos, acabam por ser alvo de novos compromissos de ordem física e cognitiva, (Brummel et al., 2012).

As sequelas associadas a internamentos prolongados nas UCIs têm um impacto extremamente negativo sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida da pessoa em situação crítica e estão relacionadas com: alterações neuromusculares, osteoarticulares (atrofia muscular, contracturas, ossificação heterotópica), lesões secundárias à ventilação mecânica, descondicionamento central (cardiopulmonar) e periférico (neuromuscular) e alterações psicoemocionais (*delirium*, deterioração cognitiva, depressão, entre outros), segundo Herridge e Rochester (citados por Vaz, Maia, Castro e Melo, & Rocha, 2011).

Os doentes em estado crítico apresentam um elevado risco de desenvolver duas condições de extrema gravidade: o *delirium* e a fraqueza. Estas estão associadas à sedação e à imobilidade a que estão sujeitos e que vão ter repercussões, não só na capacidade de sobrevivência, mas também nas capacidades física, funcional e cognitiva a longo prazo, (Balas et al., 2012).

O sistema músculo-esquelético é aquele onde os efeitos adversos da imobilidade e do repouso prolongado no leito mais rapidamente se fazem sentir. Quando um músculo é mantido inativo, ao fim de três semanas o tecido conectivo transforma-se em tiras largas de tecido fibroso, que vão resistir aos alongamentos e limitar a amplitude de movimento da articulação. As articulações mais afetadas são, normalmente, o joelho e o ombro, segundo Durigan e Kottke (citados por Boechat, Manhães, Filho, & Istoé, 2012). O quadrícipite e os músculos dorsiflexores são os mais rapidamente afetados, perdendo cerca de metade da força durante a primeira semana de imobilização, (Kho et al., 2012).

A ventilação mecânica (VM), como já foi previamente referido, também não é isenta de risco e, frequentemente é acompanhada por uma série de complicações, tais como: disfunção dos mecanismos de higiene traqueobrônquica (disfunção mucociliar, aumento do volume e viscosidade das secreções e tosse ineficaz); diminuição da expansibilidade torácica (por descondicionamento progressivo da musculatura respiratória); alteração da relação ventilação/perfusão; lesão mecânica das vias aéreas e aumento do risco de infecção respiratória, segundo Mackim (citado por Vaz et al., 2011) e Gosselink et al. (2008).

O enfraquecimento da musculatura respiratória causado pela VM prolongada é responsável por uma sobrecarga imposta ao sistema respiratório e é uma das principais causas do insucesso do desmame ventilatório, (França et al., 2012).

Pacientes com períodos prolongados de VM apresentam status funcional pobre, com fadiga persistente, fraqueza proximal e menor qualidade de vida com retorno mais tardio à atividade profissional, segundo Herridge (citado por Borges, Oliveira, Peixoto, & Carvalho, 2009).

O *delirium*, definido por diversos autores como uma disfunção cerebral aguda, caracteriza-se por alterações do estado de consciência transitórias, acompanhadas de compromisso cognitivo, (Faria & Moreno, 2013).

O *delirium* é a forma mais comum de disfunção cerebral aguda em unidades de cuidados intensivos e, como tal, constitui-se como um problema bastante significativo. De facto, a taxa de incidência em pacientes submetidos a ventilação mecânica situa-se entre 45 e 87% e a de prevalência entre cerca de 32 e 77%, segundo Salluh e Agarwal (citados por Faria & Moreno, 2013).

Este está associado a múltiplos resultados desfavoráveis como: tempos de internamento mais elevados; maior uso de fármacos; aumento de eventos adversos como extubações e exteriorizações de cateteres; aumento da mortalidade; custos hospitalares acrescidos, bem como custos sociais com aumento do declínio funcional e neurocognitivo a longo prazo, segundo Salluh e Agarwal (citados por Faria & Moreno, 2013) e segundo Dubois, Bergeron, Dumont, Dial, e Skrobik (citados por Balas et al., 2012).

São numerosos os fatores de risco modificáveis com intervenções relativamente fáceis e de baixo custo, estando entre eles: a diminuição ou suspensão da sedação (poupando benzodiazepinas); a mobilização precoce; a correção de distúrbios hidroeletrólíticos; a prevenção da hipoxia; a suspensão precoce da ventilação mecânica e a remoção de dispositivos invasivos. Essas intervenções, embora de fácil execução e com evidência de redução do risco de *delirium*, não são ainda amplamente realizadas nas UCI a nível mundial, segundo Patel (citado por Faria & Moreno, 2013).

## METODOLOGIA

A metodologia selecionada para a elaboração deste estudo de investigação foi a revisão sistemática da literatura, sem metanálise, uma vez que o objetivo principal é identificar e sintetizar a evidência disponível relativamente ao programa de reabilitação na prevenção de declínio funcional da pessoa em situação crítica.

Para a elaboração da questão de investigação, seguiu-se a estratégia PI[C]OD que obedeceu aos seguintes critérios: Problema/Participantes – pacientes internados em UCI; Intervenções – programas/protocolos de reabilitação; Resultados – resultados obtidos com a aplicação dos programas de reabilitação; Desenho do estudo – metodologia.

Deste modo, partindo da análise dos pressupostos teóricos pretendeu-se responder à seguinte questão de partida: Qual o programa de reabilitação a usar na prevenção de declínio funcional da pessoa em situação crítica?

Para seleção dos estudos de investigação foram definidos os critérios de inclusão e exclusão com efeitos na constituição da amostra (Tabela 1).

Tabela 1

*Critérios de inclusão e exclusão dos estudos constituintes da revisão sistemática da literatura*

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2013;</li> <li>• Estudos realizados em contexto de UCI;</li> <li>• Estudos de abordagem quantitativa e revisões sistemáticas da literatura, que descrevam protocolos de reabilitação no contexto de cuidados intensivos;</li> <li>• Estudos que apresentem texto completo;</li> <li>• Estudos em idioma inglês, espanhol e português.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos que não apresentem a melhor evidência científica, como os estudos descritivos e estudos de caso;</li> <li>• Estudos que não apresentem texto completo;</li> <li>• Estudos de cariz qualitativo</li> </ul>

Para a definição inicial dos descritores, foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCO de artigos sobre o tema de interesse para avaliar as palavras contidas nos títulos e nos resumos, bem como as palavras-chave utilizadas pelos mesmos.

Para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na revisão, foram utilizados como critérios de busca, descritores relacionados com a população alvo e com a intervenção de interesse. Não foi utilizado qualquer descritor relativo ao delineamento, considerando o interesse em incluir nesta revisão mais do que um tipo de desenho de estudo. Para aceder a um maior número de estudos, foi efetuada pesquisa com diferentes descritores e em diferentes idiomas.

O levantamento de artigos nas diferentes bases de dados foi conduzido utilizando frases construídas através das palavras-chave: *Rehabilitation*; *Protocol*; *“Early mobilization”*; *ICU* e *Delirium* e do operador booleano (AND), que permitiu ampliar o número de estudos abrangidos.

A revisão da literatura foi relativa ao período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2013. A pesquisa foi restrita a estudos de idioma português, inglês e espanhol e foi realizada através das bases de dados: GOOGLE, RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), WOS (*Web of Science*), JBI (*Joanna Briggs Institute*) e EBSCO (*CINAHL plus with full text*, *MEDLINE with full text*, *Nursing and Allied Health Collection*, *DARE*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*,

*Cochrane Methodology Register, MedicLatina, LISTA, Health Technology Assessments, Nursing & Allied Health Collection, Academic Search Complete*), com o intuito de alargar a base de dados disponível.

Para tornar a pesquisa reprodutível foram sendo registadas informações como: a base de dados; a data de pesquisa; os descritores e o número de estudos encontrados.

Numa primeira fase foi realizado pelos autores, uma leitura dos títulos e dos resumos dos artigos resultantes da pesquisa e aplicado um primeiro teste de relevância para consenso dos artigos elegíveis. O primeiro teste de relevância foi aplicado às referências e resumos dos artigos selecionados, no qual se respondeu de forma afirmativa ou negativa às seguintes perguntas apresentadas: O estudo está de acordo com o tema investigado? Foi publicado dentro do período estipulado no projeto? No idioma estipulado no projeto? O estudo envolve diretamente os pacientes críticos? Aborda a solução do problema que está a ser investigado?

Após esta primeira triagem foi realizada uma avaliação dos artigos em *full text* para identificar aqueles que contemplavam os critérios previamente definidos e que seriam pertinentes para a pesquisa. Os estudos selecionados foram então analisados e submetidos a um segundo teste de relevância, do qual faziam parte as seguintes questões orientadoras: O problema de pesquisa está claro? Os objetivos do estudo estão relacionados com a questão que está a ser estudada? A metodologia está descrita com clareza e alcança os objetivos? Os resultados são compatíveis com a metodologia e merecem credibilidade?

As referências bibliográficas dos artigos foram também analisadas para a identificação de possíveis trabalhos relevantes que não tivessem sido encontrados na pesquisa eletrónica realizada nas diferentes bases de dados.

Após uma leitura completa dos estudos selecionados e previamente avaliados que integram esta revisão e tendo como objetivo a análise final e a extração dos dados foi elaborado um quadro resumindo a evidência científica recolhida e os desfechos de interesse foram ainda abordados em forma de narrativa.

As principais variáveis que se pretendem avaliar relativamente aos diferentes protocolos de reabilitação consistem: na incidência de complicações; nos ganhos de funcionalidade obtidos; no reflexo no tempo de internamento e nos custos para a instituição.

Para cada estudo a qualidade metodológica foi avaliada e incluiu os seguintes itens: evidência do desenho de estudo, características da amostra, descrição das intervenções e avaliação dos resultados. Para esta etapa foi utilizado um instrumento adequado à avaliação dos ensaios clínicos tendo-se optado pelo instrumento de avaliação

disponibilizado pela *Effective Health Practice Project* (2009). Este último considera o rigor metodológico tanto de estudos aleatórios como não aleatórios e analisa aspetos relativos à caracterização do estudo, à validade externa, à validade interna e ao poder do estudo. Permite através do preenchimento de um formulário, que se atribua a cada artigo a classificação de “Forte”, “Moderado” ou “Fracó”, segundo as suas características metodológicas.

No tratamento da informação, os princípios de fidelidade e o respeito pela integridade textual foi salvaguardado fazendo referência ao autor do artigo de onde foi retirada a ideia ou o conteúdo descritos, procurando preservar-se o sentido dado pelo mesmo.

## RESULTADOS

Identificou-se através da pesquisa elaborada no dia 3 de Janeiro de 2014 uma amostra potencial de 1219 artigos, tendo sido a maioria encontrada na base de dados *Google Academic*, seguida da *Web of Science*, do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, da *Ebsco* e por último da *Joanna Briggs Institute: GOOGLE Academic* (1094), *WOS* (63), *RCAAP* (42), *EBSCO* (20) e *JB* (0).

A leitura dos títulos e dos resumos permitiu uma avaliação da relevância e pertinência dos estudos para a revisão sistemática da literatura. Foram selecionados 52 artigos, que numa análise preliminar com a aplicação do primeiro teste de relevância e dos critérios de inclusão e exclusão, pareciam corresponder aos critérios definidos, destes excluíram-se 20 duplicatas o que reduziu a amostra para 32 artigos. Após uma leitura e análise mais atenta do texto integral foi realizada uma triagem tendo em conta o segundo teste de relevância e os aspetos de interesse, o que resultou num total de 6 estudos. A maioria das exclusões ficou a dever-se à falta de rigor e de clareza na definição da metodologia, das intervenções e dos resultados.

Os estudos selecionados apresentaram alguma diversidade metodológica sendo que a maioria consiste em estudos de coorte retrospectivos. As metodologias dos restantes quatro artigos são: estudo de coorte prospetivo; ensaio clínico controlado randomizado; estudo quasi-experimental e um estudo piloto.

No que concerne à qualidade metodológica, dos seis estudos selecionados, quatro apresentam forte qualidade, um qualidade moderada e outro qualidade fraca. Os estudos que apresentam qualidade forte compreendem os estudos retrospectivos, o prospetivo e o estudo quasi-experimental, que apesar de não se encontrarem no topo da hierarquia da qualidade, apresentaram rigor no processo metodológico e uma descrição detalhada do mesmo.

Apesar de todos os estudos se realizarem em contexto hospitalar e no âmbito do doente crítico, as populações apresentam alguma heterogeneidade, já que as unidades divergem, sendo algumas do foro médico e cirúrgico, outras de foro traumatológico e uma do foro neurocrítico.

Quanto ao tipo de amostragem dos estudos, uma é aleatória e nos restantes artigos é intencional subordinada a objetivos específicos do investigador. Os métodos de colheita de dados utilizados pelos diferentes autores foram diversos e passaram por: observação; avaliação dos parâmetros vitais; aplicação de diferentes escalas (como a escala *Medical Research Council* - MRC da força muscular; escala de Borg; escala *Richmond Agitation Sedation Scale* - RASS, entre outras); análise documental e análise estatística.

Quanto aos resultados mais pertinentes prendem-se com a constatação de que os protocolos de mobilização precoce são seguros e passíveis de ser realizados e garantem ganhos como: aumento da força muscular periférica e respiratória, diminuição da incidência de PAV (Pneumonia associada à ventilação mecânica) e de TVP (Trombose venosa profunda), diminuição do tempo de desmame ventilatório e dos dias de internamento, e o retorno mais precoce à funcionalidade.

Vários aspetos são referidos em grande parte dos estudos como importantes e a ter em conta no estabelecimento de um protocolo de reabilitação numa UCI, como: o grau de severidade clínica dos pacientes; a formação, colaboração e comunicação eficaz entre a equipa pluridisciplinar, essenciais para a suspensão provisória da sedação e para a vigilância dos pacientes (fundamental para o sucesso da intervenção); a precocidade da intervenção de reabilitação e a dificuldade progressiva dos exercícios, até à deambulação que é uma realidade em todos eles. No entanto não houve uniformidade dos programas de reabilitação encontrados relativamente à frequência, intensidade e duração, variando de sessões diárias a tridárias, de 30 a 60 minutos.

Após a análise crítica dos artigos elegíveis, foi elaborado um quadro resumindo a evidência científica recolhida, com referência: ao autor e ao desenho do estudo; à amostra; à intervenção; às principais medidas de avaliação e aos resultados encontrados (Tabela 2).

Tabela 2  
*Resumo dos dados extraídos*

AUTORES/ TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	PRINCIPAIS VARIÁVEIS AVALIADAS	INTERVENÇÕES/ RESULTADOS
<p><b>Dantas et al. (2012)</b>            Ensaio clínico controlado randomizado.</p>	<p>Pacientes em VM, n= 59.            Grupo de controlo: n= 14 submetidos a programa de reabilitação convencional. Grupo de intervenção: n= 14 submetido a um protocolo sistemático de mobilização precoce. Óbitos, n= 31.</p>	<p>Força muscular periférica através da escala MRC e força muscular respiratória (pressão inspiratória e expiratória máximas).</p>	<p>Intervenção: Programa de reabilitação convencional: sessão diária, 5 vezes por semana. Protocolo sistemático de mobilização precoce: sessões bidárias todos os dias. 5 níveis de evolução progressiva até cicloergómetro nos membros inferiores, treino de equilíbrio e deambulação.</p> <p>Resultados: Ganhos de força periférica e respiratória para o grupo de intervenção.</p>
<p><b>Clark, Lowman, Griffin, Matthews, e Reiff (2013)</b>            Estudo de coorte retrospectivo.</p>	<p>Pacientes em VM (UCI traumatologia e queimados), n = 2176. Grupo de intervenção: pacientes admitidos entre 05/2009 e 04/2010. Grupo de controlo: pacientes admitidos entre 05/2008 e 04/2009.</p>	<p>Segurança da mobilização precoce, frequência de complicações, tempo de ventilação mecânica e de internamento e custos associados.</p>	<p>Intervenção: Protocolo de intervenção desenhado a 4 níveis com evolução progressiva que consiste em exercícios muscularto-articulares, sentar, levantar, transferências e deambulação.</p> <p>Resultados: Diminuição significativa das complicações vasculares e pulmonares (PAV e TVP). Sem diminuição significativa dos dias de ventilação mecânica e de internamento.</p>
<p><b>Drolet et al. (2013)</b>            Estudo quasi-experimental.</p>	<p>Pacientes internados numa UCI foro cirúrgico/médico, de 03 a 08/2011, n= 619. Grupo de controlo: n= 193 pré- implementação do protocolo. Grupo de intervenção: n= 426 submetido a um protocolo de mobilização precoce.</p>	<p>Percentagem de pacientes que deambularam nas primeiras 72 horas de internamento na UCI.</p>	<p>Intervenção: Protocolo de mobilização precoce, algoritmo em que se estabelece o nível de mobilidade base e se constrói o programa de reabilitação a partir dessa referência, com foco na deambulação e aumento progressivo na distância.</p> <p>Resultados: Aumento da percentagem de doentes que deambularam, nas primeiras 72h de internamento na UCI, passando de 6,2% para 20,2%.</p>

Tabela 2 (continuação)  
*Resumo dos dados extraídos*

AUTORES/ TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	PRINCIPAIS VARIÁVEIS AVALIADAS	INTERVENÇÕES/ RESULTADOS
<b>Engel, Tatebe, Alonzo, Mustille, e Rivera (2013)</b> Estudo coorte retrospectivo.	Pacientes em VM (UCI foro cirúrgico/ médico). Grupo de controlo: n= 179 submetidos a programa de reabilitação convencional (03 a 12/2009). Grupo de intervenção: n= 294 submetido a um protocolo sistemático de mobilização precoce (03 a 12/2010).	Segurança; número de dias desde a admissão até ao início da avaliação da fisioterapia; distância (em passos) percorrida na deambulação; número de dias de internamento na UCI e no hospital.	Intervenção: Protocolo de mobilização precoce, quando RASS entre -5 e -3 interrupção da sedação e medicação para o delirium, se necessário. Se RASS entre -2 e +1 evolução de mobilizações e exercícios no leito, passando por treino de equilíbrio e de transferências para cadeira até à deambulação.  Resultados: A mobilização precoce revelou-se segura, efetiva e eficaz na prevenção do descondicionamento e diminui o tempo de internamento na UCI.
<b>Zomorodi, Topley, e McAnaw (2012)</b> Estudo Piloto.	Pacientes críticos, em VM (UCI foro traumatológico e cirúrgico), n= 3.	Segurança e eficácia do protocolo (eventos adversos e a facilidade de aplicação); percepção do esforço físico (escala de Borg) e número de dias de internamento.	Intervenção: Protocolo de mobilização precoce bi-diário, constituído por 6 níveis, com evolução desde a posição de sentado na cama até à deambulação entre 15 a 30 metros.  Resultados: O protocolo de mobilização precoce revelou-se seguro e de fácil aplicabilidade, sem resultados conclusivos relativamente ao tempo de internamento.
<b>Titworth et al. (2012)</b> Estudo coorte prospetivo.	Pacientes internados numa UCI de foro neurocrítico, n= 3291. Grupo de controlo: pré intervenção (de 04/2010 a 01/2011). Grupo de intervenção: submetido a um protocolo de mobilização precoce PUMP (Progressive Upright Mobility Protocol) plus (de 02 a 07/2011).	Percentagem de doentes submetidos a programa de mobilização, segurança e número de dias de internamento na UCI e no hospital.	Intervenção: O algoritmo PUMP apresenta 5 passos, com elevação progressiva da cabeceira até à transferência para cadeira. O PUMP plus apresenta mais seis passos desde a transferência para a cadeira em 2 ou 3 refeições até à deambulação sem supervisão.  Resultados: Diminuição do tempo de internamento (na UCI e no hospital), das infeções adquiridas em meio hospitalar e da PAV, sem aumento dos eventos adversos.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Apesar de haver um maior interesse em obter ensaios clínicos controlados randomizados, pela sua posição na hierarquia da qualidade, a verdade é que no âmbito da questão de investigação deste estudo, estes são escassos. É também importante perceber que o facto do estudo ser aleatório, não lhe garante qualidade metodológica ou relevância clínica constatando-se essa realidade nesta revisão sistemática da literatura pois a única investigação com esse cariz metodológico, o estudo de Dantas et al. (2012), apresentou uma qualidade “Moderada”. Segundo a maioria dos critérios, este estudo apresentava uma forte qualidade, no entanto, pelo facto de a amostra final (que efetivamente terminou o estudo) representar menos de 50% da amostra selecionada inicialmente (pela elevada taxa de mortalidade na população, quer do grupo de intervenção, quer do grupo de controlo) apresentou um *score* fraco em um dos critérios. Esta realidade condicionou o seu valor final, pondo em causa a validade e a generalização dos resultados.

Além da diversidade metodológica foram identificadas como limitações destes estudos a descrição insuficiente relativamente à população em estudo e ao sigilo de alocação, dificultando a avaliação da validade externa e a extrapolação dos resultados. Contudo, pelo rigor metodológico, quatro dos estudos selecionados apresentam *score* de qualidade “Forte”, o que de alguma forma permite a generalização dos resultados, sendo eles os estudos de Engel et al. (2013), Drolet et al. (2013), Clark et al. (2013) e Titsworth et al. (2012).

O artigo que apresentou qualidade fraca consistiu no estudo piloto, realizado por Zomorodi et al. (2012), onde a amostra era constituída por apenas três pacientes, pondo em causa a representatividade da mesma e a generalização dos resultados.

### Avaliação e suspensão da sedação

A avaliação do estado de consciência e a necessidade de despertar o paciente para obter a sua colaboração máxima foi referida em quatro dos estudos (três dos quais apresentam maior qualidade metodológica) e em todos se utilizou como referência a RASS. O objetivo era manter o paciente no target ótimo (correspondente a *scores* entre -1 e +1) o que se traduz num paciente desperto e colaborante, evitando estados de demasiada agitação ou de grande sonolência e prostração. Titsworth et al. (2012) e Dantas et al. (2012) são os únicos que não nomeiam este aspeto como parte integrante do programa de reabilitação.

Um estudo que avaliava a relação entre a sedação e a função cognitiva a longo prazo constatou que os pacientes do grupo que suspendia diariamente a sedação, apresentavam melhores resultados neurocognitivos, três meses após a alta, (Davidson, Harvey, Bemis-Dougherty, Smith, & Hopkins, 2013).

A diminuição de complicações como PAV, hemorragia digestiva alta e barotrauma também surgiu no grupo onde foi realizado o despertar diário, no ensaio clínico de Schweickert et al. (2009), coincidindo com muitos dos resultados obtidos nos estudos selecionados nesta revisão.

A interrupção da sedação, como forma de potenciar o processo de reabilitação, parece ser (ainda) uma prática pouco presente nas unidades de cuidados intensivos a nível nacional. Apesar de muitas delas já utilizarem a RASS e desenvolverem um esforço no sentido de manter o paciente estável (confortável e adaptado à prótese ventilatória) com a menor sedação possível, parece não haver ainda a noção do benefício que a interrupção diária da sedação poderia trazer para o paciente, especialmente no momento da reabilitação, sobrepondo-se o receio da possível agitação do doente.

Seria importante educar e formar as equipas multidisciplinares (competências estas que fazem parte do papel do enfermeiro especialista) relativamente aos ganhos que podem estar associados à interrupção da sedação no momento da mobilização precoce. Esta medida permitiria evoluir no sentido de adaptar os protocolos vigentes, conciliando o trabalho da equipa de enfermagem de cuidados gerais responsável pela gestão da sedação (cumprindo o protocolo implementado) com a enfermagem de reabilitação, potenciando a intervenção de ambos e os ganhos funcionais do paciente.

### **Avaliação e monitorização do *delirium***

Praticamente todos os estudos referem a preocupação e a necessidade de manter os pacientes o mais despertos possível, com a procura do target ideal ou até a suspensão, mesmo que provisória, da sedação. Essa medida é já, por si só, preventiva da instalação do *delirium*. No entanto, apenas o estudo desenvolvido por Engel et al. (2013) refere como parte do processo de reabilitação, embora de forma ténue, a monitorização e a intervenção no *delirium*.

Engel et al. (2013) descrevem que um dos primeiros passos após avaliação da RASS (que deve apresentar *score* entre -2 a +1 para que o protocolo tenha início) é a avaliação da confusão mental através da escala Confusion Assessment Method (CAM-ICU) e a necessidade de orientar o paciente. Passo este que surge sempre como necessário para o paciente progredir para o próximo nível do protocolo. Contudo, não refere especificamente as estratégias definidas para tal.

Sendo o *delirium* um dos problemas mais frequentes no doente crítico parece haver uma carência de evidência científica, que sustente o desenvolvimento de uma prática orientada para o mesmo. Segundo Balas et al. (2012) o *delirium* está associado a resultados desfavoráveis como aumento do uso de sedação contínua e do tempo de internamento na UCI e no hospital (com o conseqüente aumento dos custos assistenciais). É interessante, notar que sendo o estudo de Engel et al. (2013) o único que monitoriza o *delirium*, é também um dos únicos (juntamente com o de Titsworth et al., 2012) que refere como ganhos a diminuição dos dias de internamento na UCI e no hospital nos pacientes submetidos ao protocolo de mobilização precoce.

Com o aumento da consciencialização dos profissionais sobre a incapacidade funcional e cognitiva relacionada com a doença crítica têm sido, ao longo dos últimos anos, desenvolvidas estratégias de prevenção e de reabilitação. No entanto, estas focam-se essencialmente na vertente física com pouca atenção na vertente cognitiva, (Brummel et al., 2012). Estratégias de prevenção e/ou tratamento do *delirium* adquirido na unidade de cuidados intensivos são, deste modo, urgentes para que haja uma melhoria nos resultados obtidos no paciente e conseqüentemente no contexto social, (Balas et al., 2012).

A utilização de uma estratégia multidimensional que inclua a reorientação repetida, a mobilização precoce, a redução do ruído, a utilização de um protocolo do sono (com medidas não farmacológicas) reduz a incidência de *delirium* em cerca de 40% dos casos, segundo Inouye e Marcantonio (citados por Zaal & Slooter, 2012). De facto, a simples colocação de tampões nos ouvidos, realizada no grupo de intervenção de um estudo randomizado controlado, diminuiu a incidência de períodos de confusão leve de 40% para 15%, segundo Immers (citado por Zaal & Slooter, 2012). Finalmente, sabendo-se que os pacientes internados na UCI permanecem por períodos extensos em inatividade cognitiva, a utilização de exercícios de estimulação cognitiva pode ter, à luz do paradigma “*use it or lose it*”, a capacidade de melhorar a função cognitiva e, conseqüentemente, o status funcional, (Brummel et al., 2012).

## **Mobilização precoce**

O elemento chave de todos os protocolos analisados consiste na mobilização precoce. Todos os grupos de intervenção foram submetidos a uma mobilização sistematizada e, de início, mais precoce relativamente aos programas de reabilitação convencional e todos eles referiram ganhos (embora em diferentes áreas), sem aumento dos efeitos adversos, antes pelo contrário com uma diminuição dos mesmos, efetivando a sua segurança.

Vários são os autores que referem a mobilização precoce como uma das principais medidas para prevenir e contrariar os efeitos adversos relacionados com a imobilidade e a ventilação

mecânica, que os pacientes internados em UCIs apresentam tão elevado risco de desenvolver e como uma fonte de estimulação sensório-motora, capaz de trazer benefícios.

Num estudo randomizado realizado por Schweickert et al. (2009) foram criados dois grupos, um que recebia a reabilitação física convencional e outro onde o início da reabilitação era mais precoce (os dois grupos cumpriam as normas do target de sedação e da interrupção diária da mesma). Os resultados revelaram que o grupo de intervenção apresentou uma menor duração do coma e do *delirium* e um maior número de dias sem ventilação mecânica, com melhoria no status funcional e cognitivo.

A mobilização precoce tem vindo a ser cada vez mais reconhecida como uma importante componente no cuidado à pessoa em situação crítica uma vez que proporciona uma melhoria da função pulmonar e muscular, promovendo a independência funcional e acelerando o processo de recuperação, segundo Clini (citado por França et al., 2012) e Gosselink et al. (2008). Na realidade, os pacientes que são submetidos a programas de reabilitação de mobilização precoce têm maior probabilidade de manter as suas capacidades físicas e funcionais (como a força e a capacidade de deambular) e menor probabilidade de desenvolver fraqueza muscular generalizada durante a doença crítica, (Schweickert et al., 2009). A mobilização precoce é também referida, por diversos autores, como sendo uma estratégia testada e efetiva na prevenção do *delirium* e os seus benefícios incluem a diminuição dos dias de internamento e da duração e prevalência do *delirium*, (Davidson et al., 2013).

## **Protocolos de Reabilitação em UCI**

Todos os estudos analisados referiram que, para a concretização dos protocolos, foi necessário cumprir as seguintes etapas: desenvolvimento de um programa de mobilização precoce; definição das contraindicações e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão ao protocolo; aquisição de recursos humanos e materiais; educação e formação da equipa pluridisciplinar; comunicação eficaz e coordenação da equipa e em alguns dos estudos gestão da sedação (a maioria através da avaliação da RASS com cumprimento do protocolo em vigor). O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, pelas suas competências, pode (e deve) assumir um papel fulcral na dinamização de todo o processo de desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de reabilitação global, que integre a intervenção de toda a equipa pluridisciplinar.

Após a realização desta revisão sistemática da literatura fica a certeza que a implementação de um protocolo de mobilização precoce se traduziu sempre em ganhos. Como tal, todas as UCIs devem fazer um esforço no sentido de definir claramente e sistematizar o processo de reabilitação. Não há, no entanto, um consenso e uniformidade nos protocolos, quanto à

definição da duração, frequência e intensidade entre os demais autores. A verdade é que os estudos analisados se desenvolveram numa grande heterogeneidade de populações, desde unidades de foro médico e cirúrgico até unidades de foro traumatológico e neurocrítico e todos os protocolos apresentaram, todavia, um esqueleto comum. Essa base comum consiste: numa evolução gradual de mobilizações passivas para ativas e posteriormente resistidas; na evolução da posição de sentado no leito para sentado com pés pendentes e seguidamente na cadeira e finalmente a progressão da posição ortostática para a deambulação, realidade ainda pouco presente nas UCIs em Portugal.

Um outro critério definido na maioria dos protocolos analisados foi o de manter o paciente o mais desperto possível, no sentido de obter a sua colaboração máxima potenciando os benefícios da reabilitação. Contudo, é importante referir uma das decisões tomadas pela equipa multidisciplinar no estudo de Engel et al. (2013), a de abrir exceções ao protocolo sempre que se revelasse apropriado.

Apesar da monitorização do *delirium* ser referida apenas num dos estudos, a evidência aponta no sentido de um protocolo completo ser aquele que integra o processo de reabilitação cognitiva além da vertente física (que por si só é favorecedora da melhoria da função neurocognitiva), potenciando os efeitos da mobilização precoce.

### **Ganhos associados aos protocolos de reabilitação**

No estudo de Clark et al. (2013), não foram registados eventos adversos significativos, verificando-se inclusivamente uma diminuição das complicações respiratórias (entre elas a PAV), comprovada pela redução de reintubações em cerca de 50%. A diminuição da PAV foi também referida no estudo de Titsworth et al. (2012). Estes dados vêm comprovar a mobilização precoce como uma estratégia eficaz na promoção da melhoria da relação ventilação/perfusão, da *compliance* pulmonar, da *clearance* mucociliar e da redução do trabalho respiratório. Tais benefícios permitem a diminuição do tempo de VM e de internamento numa UCI (Gosselink et al., 2008).

No estudo de Clark et al (2013) foi também referida a diminuição da incidência de TVP no grupo submetido ao protocolo de mobilização precoce (explicada pelo exercício mais precoce e ativo realizado com os membros inferiores), que promove o combate à viscosidade sanguínea causada pela imobilidade (conhecida como principal responsável pelo risco aumentado de tromboembolismo; Cazeiro & Peres, 2010).

A capacidade funcional acrescida foi referida em grande parte dos estudos sendo que, nos estudos de Engel et al. (2013) e Drolet et al. (2013), a comprovação ocorre pela capacidade de deambulação mais precoce e num maior número de pacientes, no estudo de Dantas et al. (2012), advém da avaliação da força muscular periférica e respiratória e,

na investigação de Tistworth et al. (2012), pelo retorno mais precoce à funcionalidade. O que vem ao encontro dos resultados obtidos num dos maiores ensaios clínicos realizados, onde os pacientes submetidos a um programa de mobilização precoce conseguiram fazer transferências, treinar a posição ortostática e deambular num menor número de dias, apresentando maior probabilidade de voltar ao seu status funcional prévio, após a alta, (Schweickert et al., 2009).

Adicionalmente, Engel et al. (2013) e Tistworth et al. (2012) referem como ganhos a diminuição dos dias de internamento na UCI e no hospital, dos pacientes submetidos ao protocolo de mobilização precoce.

O processo de reabilitação demonstrou-se seguro e eficaz em praticamente todos os estudos, tal aspeto não é referido apenas no ensaio clínico de Dantas et al. (2012).

A reabilitação global, que surge como a combinação da interrupção da sedação com a terapia física e ocupacional, aplicada de forma precoce na doença crítica é segura, bem tolerada e traduz-se em melhores resultados para o paciente, com melhor capacidade funcional no momento da alta, quando comparada com os programas de reabilitação convencional. Num estudo realizado por Brahmhatt, Murugan, e Milbrandt (2010), os pacientes submetidos a um programa de reabilitação global apresentavam uma taxa de independência funcional muito superior (subindo de 35% para 59%), menor duração do *delirium* (com média de 2 dias relativamente a 4 dias) e maior número de dias sem ventilação mecânica (que passaram de 21 para 24 dias). A suspensão do protocolo de reabilitação global apenas se verificou em cerca de 4 % das sessões, essencialmente por assincronia ventilatória.

Em suma, é importante referir que, para instituir um programa de reabilitação precoce, é necessário ter em conta uma série de fatores como: a transformação da cultura de cuidados intensivos (que ainda passa muito por manter os pacientes imobilizados com medo da instabilidade hemodinâmica ou ventilatória que possa ocorrer); encorajar o envolvimento da equipa pluridisciplinar; coordenar a interrupção da sedação com o momento da mobilização; monitorizar o *delirium*; determinar quais as modalidades de exercício que trazem maior benefício para o paciente; promover a segurança do paciente; perceber a dotação de elementos de reabilitação necessária para pôr o protocolo em prática e para alcançar o maior número de pacientes possível e criar indicadores e instrumentos que possibilitem a mensuração dos resultados obtidos, para justificar a importância da reabilitação na prevenção de declínio funcional (físico e cognitivo) da pessoa em situação crítica.

Apesar da evidência científica apontar para a mobilização precoce como estratégia fundamental na prevenção de declínio funcional da pessoa em situação crítica, a verdade é que a passagem da teoria para a sua aplicação na prática clínica pode ser um desafio. Prova disso é a heterogeneidade encontrada na frequência, intensidade e duração entre os diferentes protocolos descritos.

## CONCLUSÃO

Os efeitos nefastos provocados pela imobilidade e por períodos prolongados de ventilação mecânica contribuem para o declínio funcional e da qualidade de vida da pessoa em situação crítica a longo prazo bem como, para o aumento dos custos assistenciais. Assim sendo, faz parte do papel do enfermeiro de reabilitação procurar alternativas para promover a recuperação e preservar a funcionalidade. É neste contexto que surge a mobilização precoce, acompanhada já de grande evidência científica. As principais conclusões que se podem retirar desta revisão sistemática da literatura são: manter os pacientes despertos e móveis através de protocolos de mobilização precoce é uma medida crucial para promover a sua recuperação e evitar que sofram os efeitos secundários associados à situação crítica (que lhes trariam incapacidade a longo prazo); os protocolos de mobilização precoce sistematizados são seguros, eficazes e os principais ganhos que lhes estão associados são o retorno mais precoce à funcionalidade, e a diminuição do tempo de desmame ventilatório e dos dias de internamento na UCI e no hospital. São estes os indicadores que temos de procurar alcançar com a intervenção da enfermagem de reabilitação.

Com a realização desta revisão sistemática da literatura foi detetada uma lacuna no âmbito da investigação científica a nível nacional, uma vez que não foi encontrada nenhuma publicação portuguesa versando este tema.

As limitações metodológicas desta revisão sistemática da literatura prendem-se com o facto de ter sido desenvolvida apenas por um investigador (não havendo o cruzamento de dados com outros revisores, o que foi parcialmente superado pela supervisão fornecida ao longo de todo o processo de investigação) e a utilização de uma grelha de avaliação da qualidade metodológica generalizada a todos os estudos quantitativos (o que de certo modo se impôs, dada a diversidade metodológica dos estudos obtidos e a dificuldade da aplicação duma grelha distinta para cada um deles, pelo risco acrescido de erro na sua aplicação e interpretação).

Apesar das limitações encontradas, considera-se que a resposta à questão de investigação foi encontrada e os objetivos alcançados, uma vez que apesar deste estudo terminar sem um programa de reabilitação bem definido para a prevenção de declínio funcional da pessoa em situação crítica (já que algumas variações foram encontradas nas práticas das várias UCI analisadas), fica a certeza de que este tem de abordar um conjunto alargado de vertentes. Desde a utilização da menor sedação possível, passando pela gestão e monitorização do *delirium* até à mobilização precoce (que obedece a uma base comum). Assim sendo e como era pretendido, foi encontrado um possível programa de reabilitação, dirigido à pessoa em situação crítica, onde as práticas são baseadas na evidência e cujo principal objetivo é o de prevenir e/ou restaurar as suas capacidades física, funcional e neurocognitiva.

O papel efetivo que a enfermagem de reabilitação desempenha no processo de desmame ventilatório, na diminuição das sequelas associadas ao internamento em UCIs e na promoção do potencial funcional do doente, apesar de ser conhecido, ainda permanece pouco comprovado, carecendo de maior evidência científica. Este facto deve-se, provavelmente, ao insuficiente número de estudos realizados neste âmbito, às dificuldades metodológicas relacionadas com a heterogeneidade das populações estudadas e à ausência de uniformidade nas intervenções. Deste modo, torna-se necessária a realização de um maior número de estudos, especialmente ensaios clínicos controlados randomizados, com tamanho amostral representativo, que determinem qual a frequência, intensidade e duração mais adequadas (salvaguardando as características e as necessidades individuais, que podem implicar adaptações nos protocolos vigentes) e demonstrem a relação custo/benefício dos programas de reabilitação na pessoa em situação crítica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Burke, W. J., Boehm, L., Pun, B. T., Olsen, K. M.,... Ely, E. W. (2012). Critical care nurses role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Critical care nurse*, 32(2), 35-47.
- Boechat, J. C. S., Manhães, F. C., Filho, R. V. G., & Istoé, R. S. C. (2012). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Revista Científica Internacional*, 1(5), 89-107.
- Borges, V. M., Oliveira, L. R. C., Peixoto, E., & Carvalho, N. A. A. (2009). Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 21(4), 446-452.
- Brahmbhatt, N., Murugan, R., & Milbrandt, E. B. (2010). Early mobilization improves functional outcomes in critically ill patients. *Critical Care*, 14, 321.
- Brummel, N. E., Jackson, J. C., Girard, T. D., Pandharipande, P. P., Schiro, E., Work, B.,... Ely, E. W. (2012). A Combined early cognitive and physical rehabilitation program for people who are critically ill: The activity and cognitive therapy in the intensive care unit (ACT-ICU) trial. *Physical Therapy*, 92(12), 1580-1592.
- Cazeiro, A. P. M., & Peres, P. T. (2010). A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes na imobilização no leito. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCa*, 1(2), 149-167.
- Clark, D. E., Lowman, J. D., Griffin, R. L., Matthews, H. M., & Reiff, D. A. (2013). Effectiveness of an early mobilization protocol in a trauma and burns intensive care unit. *Physical Therapy*. 93(2), 186-196.
- Dantas, C. M., Silva, P. F. S., Siqueira, F. H.T., Pinto, R. M. F., Matias, S., Maciel, C.,... França, E. E. T. (2012). Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 24(2), 173-178.

- Davidson, J. E., Harvey, M. A., Bemis-Dougherty, A., Smith, J. M., & Hopkins, R. O. (2013). Implementation of the pain, agitation, and delirium clinical practice guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome. *Critical Care Medicine*, 41(9), 136-145.
- Drolet, A., Djulio, P., Harkless, S., Henricks, S., Kamin, E., Leddy, E. A.,... Williams, S. (2013). Move to improve: The feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings. *Physical Therapy*, 93(2), 197-207.
- Effective Public Health Practice Project. (2009). *Quality assessment tool for quantitative studies*. Recuperado de [www.ehpp.ca/tools.html](http://www.ehpp.ca/tools.html)
- Engel, H. J., Tatebe, S., Alonzo, P. B., Mustille, R. L., & Rivera, M. J. (2013). Physical therapist-established intensive care unit early mobilization program: Quality improvement project for critical care at the University of California San Francisco Medical Center. *Physical Therapy*, 93(7), 975-985.
- Faria, R. S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 25(2), 137-147.
- França, E. E. T., Ferrari, F., Fernandes, P., Cavalcanti, R., Duarte, A., Martinez, B. P.,... Damasceno, M. C. P. (2012). Fisioterapia em pacientes críticos adultos: Recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 24(1), 6-22.
- Gosselink, R., Bott, J., Johnson, M., Dean, E., Nava, S., Norrenberg, M., Schönhofer B.,... Vincent, J. L. (2008). Physiotherapy for adult patients with critical illness: Recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Medicine*, 34(7), 1188-1199.
- Kho, M. E., Truong, A. D., Brower, R. G., Palmer, J. B., Fan, E., Zanni, J.M.,... Needham, D.M. (2012). Neuromuscular electrical stimulation for intensive care unit –acquired weakness: Protocol and methodological implications for a randomized, sham-controlled, phase II trial. *Physical Therapy*, 92(12), 1564-1579.
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L.,... Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874-1882.
- Titsworth, W. L., Hester, J., Correia, T., Reed, R., Guin, P., Archibald, L.,... Mocc, J. (2012). The effect of increased mobility on morbidity in the neurointensive care unit. *Journal Neurosurgery*, 116, 1379-1388.
- Vaz, I. M., Maia, M., Castro e Melo, A. M., & Rocha, A. (2011). Desmame ventilatório difícil: O papel da medicina física e de reabilitação. *Acta Medica Portuguesa*, 24, 299-308.
- Zaal, I. J., & Slooter, A. J. C. (2012). Delirium in critically ill patients epidemiology, pathophysiology, diagnosis and management. *Therapy in Practice. Drugs*, 72(11), 1457-1471.
- Zomorodi, M., Topley, D., & McAnaw, M. (2012). Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU. *Critical Care Research*, 2012, 1-10. doi:org/10.1155/2012/964547



## CAPÍTULO VII

# A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E OS EVENTOS ADVERSOS DA RESTRIÇÃO FÍSICA DA MOBILIDADE

CARLA PATRÍCIA LOPES COSTA  
ANTÓNIO JOSÉ PINTO DE MORAIS

## INTRODUÇÃO

Nos estudos consultados sobre a Restrição Física da Mobilidade (RFM), as taxas de prevalência situam-se entre 7,4% e 17% nos serviços hospitalares de internamento, e 3,4% a 21% nos doentes em fase aguda da doença. Em lares, a prevalência varia entre 41% e 64% (Evans, Wood, & Lambert, 2003; Hamers & Huizing, 2005).

A Sociedade Americana de Geriatria (citada por Marques, 2012) classifica a RFM como uma intervenção levada a cabo com o intuito de inibir os movimentos voluntários do doente. Recorre-se a um dispositivo que os limita, não podendo ser facilmente removidos pelo próprio doente nem colocadas a seu pedido, o que exclui a colocação de grades a pedido daquele para o auxiliar a posicionar-se.

Embora em Portugal tivéssemos encontrado apenas um estudo sobre doentes hospitalizados com RFM (Faria, Paiva, & Marques, 2012), ao contrário de outros países que já têm um longo historial de investigações realizadas neste domínio, o recurso a sistemas de contenção da mobilização é uma prática comum/frequente em doentes internados nos hospitais. Trata-se de uma tentativa de impedir as pessoas confusas de vaguear, de evitar a exteriorização de dispositivos médicos e de minimizar o risco de queda.

No entanto, sendo verdade que a RFM tem em vista reduzir alguns riscos, a sua implementação conduz a outros, denominados de Eventos Adversos (EA) da RFM. Estes efeitos indesejáveis, que muitas vezes são coincidentes com o que se pretende evitar, têm-se traduzido em numerosas campanhas e políticas de redução de medidas de RFM.

Neste contexto, a investigação deste tema assume particular importância na vertente da enfermagem de reabilitação, no sentido de obter uma maior compreensão dos EA de RFM.

Com este estudo procuramos, por conseguinte, estudar os EA da RFM mais sensíveis à prática de enfermagem de reabilitação e procuramos, também, encontrar fundamentação baseada na evidência científica que constitua uma mais-valia para a prática do exercício profissional.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A RFM é uma prática ainda muito frequente levada a cabo por profissionais de saúde na tentativa de gerir o risco e promover a segurança dos doentes nos serviços de saúde.

A Direção Geral de Saúde (DGS) na circular normativa Nº: 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07 define contenção física como “a restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade / violência em relação a si próprio e / ou a outros” (p. 2).

Por sua vez, a *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé* (2000) considera haver restrição à mobilidade quando há utilização de todos os meios, métodos, materiais e vestuário que impedem ou limitam as capacidades de mobilização voluntária de todo corpo, ou de parte dele, tendo como único objetivo, obter a segurança do indivíduo que apresenta um comportamento considerado perigoso ou mal adaptado.

Em Portugal, as medidas de RFM são muito frequentes nas unidades de cuidados de doentes agudos e cuidados continuados. São medidas frequentemente implementadas com o objetivo de prevenir danos e proteger os doentes, traduzindo-se muitas vezes numa redução da qualidade de vida dos doentes em grande parte devidos aos es EA que delas resultam (Faria et al., 2012).

De acordo com os principais estudos internacionais nesta área, também se verifica que a RFM nos idosos é uma prática comum em instituições hospitalares: Austrália, Coreia, Holanda, Suécia, USA e Alemanha são exemplo de países que recorrem à prática de RFM (Evans et al., 2003).

Contudo os valores apresentados internacionalmente apresentam uma grande amplitude de dados, que poderá ser explicada pela diferença na definição apresentada por cada autor no enquadramento do estudo (Haut, Kolbe, Strupeit, Mayer, & Meyer, 2010). Em Ulm na Alemanha, um estudo de observação, com uma amostra de 122 doentes de uma unidade de psicogeriatrica, demonstrou que 37 doentes (30%) estavam fisicamente restritos. Já na Irlanda do Norte, num estudo com 102 doentes observados, durante um período de 3 dias, 68% foram sujeitos a um tipo de restrição em pelo menos uma ocasião. Noutro estudo levado a cabo entre enfermeiros de quatro hospitais turcos sobre

o uso de RFM, dos 254 inquiridos 96,1% (244) admitiram o uso de imobilizadores de pulso e 88,2% (224) de membro inferior (Demir, 2012).

Mas o que leva à aplicação de medidas de RFM? Para melhor compreender este fenómeno, torna-se importante a identificação das motivações que levam à sua prática.

Segundo Karlsson (citado por Marques, 2012) o uso de dispositivos de restrição de movimentos é atribuído à preocupação dos enfermeiros com a segurança dos doentes (prevenção de quedas e outros acidentes) e necessidade de controlo de comportamentos desadequados. A sensação de segurança transmitida pelo uso destes métodos torna-se superior a qualquer efeito negativo que este possa provocar. O mesmo autor conclui ainda que algumas das justificações para o uso de restrições prendem-se com um inadequado número de enfermeiros, que se traduz em falta de tempo para o desenvolvimento de todas as atividades. Esta foi uma questão também abordada e assumida pela DGS. da.

Os autores são unânimes em apontar o risco de queda, a prevenção de retirada de dispositivos médicos e a gestão da agressividade e agitação como principais razões para a implementação destas medidas (Hamers & Huizing, 2005; Lai, Chow, Suen, & Wong, 2011).

Os locais onde são utilizadas as RFM são variadíssimos, como por exemplo: o leito, cadeira de rodas, sofá. A escolha do local para a aplicação da restrição tem que ter em consideração o objetivo final. Pretende-se uma restrição parcial ou completa dos movimentos da pessoa? Nesta matéria, podemos dizer que existe um consenso relativamente aos locais mais comuns de RFM. O local mais comum de restrição é o leito, quer seja com a colocação de grades ou restrição dos membros superiores e inferiores. A contenção de doentes em cadeira é significativamente menos frequente (Mohr, 2003).

Na Austrália, Retza (1998) atribui aos cintos de restrição uma taxa de 18,9% a 29%, aos coletes de 25,3% a 5,1%. Já na Coreia, nas unidades de cuidados intensivos, Choi e Song (2003) atribuem 9,6% para a imobilização de apenas um punho; 67% para a imobilização dos dois punhos; 2,1% para um dos tornozelos; 5,3% para a imobilização das quatro extremidades; 13,8% alternadamente os dois punhos com as quatro extremidades; 1,1% alternadamente as quatro extremidades e a imobilização do tronco; 1,1% alternadamente dois punhos com quatro extremidades com peito.

No único estudo português, publicado por Faria et al. (2012), verificou-se que o local mais frequente é o leito, com uma representatividade de 92,7%, seguida da cadeira de rodas, com 6,7% e o sofá apenas com 0,95%. Neste estudo, foram identificados três tipos de restrições: 58,5% são referentes às grades, seguidas dos imobilizadores de punho com 29,6% e o lençol com 11,9%. De ressaltar que foi observada a presença de mais que um tipo de restrição ao mesmo tempo em alguns doentes.

Como todas as ações têm uma consequência, surge o et EA), que é todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde, de um ato terapêutico ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente (Fragata & Martins, 2004).

Nesta área da RFM os EA podem ter consequências importantes e um impacto negativo sobre a saúde dos doentes.

Além das complicações da imobilização prolongada, a utilização deste método está relacionado com outros e EA graves que ocorrem quando as pessoas são fisicamente restritas pelos dispositivos numa posição que cria um risco de asfixia, morte e lesões por quedas, o que pode ser visto como um contrassenso, pois muitas vezes estas medidas são implementadas como forma de prevenir quedas em doentes com elevado risco de queda.

Entre os EAs que o autor denomina de efeitos negativos podemos encontrar as úlceras de pressão, a perda óssea, diminuição da força muscular, infeção, diminuição do apetite, desidratação, obstipação, incontinência urinária, entre outros.

Aqui, o Enfermeiro de Reabilitação pode ter um papel determinante ao: prevenir complicações; promover maior independência funcional e qualidade de vida.

Tal como refere Gomes (2008), a reabilitação tem acompanhado as alterações de cenários no campo da saúde, não estando direcionada exclusivamente para a recuperação dos doentes, mas considerando também o impacto dos impedimentos e restrições de participação nos vários domínios funcionais (físico, mental, emocional e social).

Desta forma, a presença do enfermeiro de reabilitação faz sentido nos diferentes tipos de contextos tal como o hospital, os centros de reabilitação, as instituições de cuidados continuados e cuidados de saúde primários, locais onde se torna possível a promoção de capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

Um utente, com várias patologias associadas, sujeito a longos períodos de imobilidade no leito vê aumentada a probabilidade de complicações relacionadas com imobilidade. Após períodos de três dias de repouso no leito, há perda de plasma e cálcio, menor tolerância à glicose, diminuição do fluxo sanguíneo aos membros inferiores e menor secreção de suco gástrico. À imobilidade foram atribuídas complicações como hipotensão ortostática, sobrecarga cardíaca, diminuição da força e tônus muscular, alterações do equilíbrio, formação de trombos, diminuição dos movimentos respiratórios, osteoporose, contraturas, úlceras de pressão

É nesta vertente que a enfermagem de reabilitação poderá dar o seu contributo para minimizar os EA da RFM.

## METODOLOGIA

Neste estudo, optou-se por um estudo quantitativo, longitudinal do tipo descritivo e correlacional, tendo por referência os seguintes objetivos: identificar o tipo, motivo e local de RFM mais comuns em doentes sujeitos a RFM; verificar a relação existente entre RFM e a presença de edema, hematomas/abrasões no local de RFM, úlceras/zonas de pressão, independência funcional dos doentes sujeitos a RFM e força do segmento restrito; determinar qual a relação entre a RFM e o grau de confusão dos doentes sujeitos a RFM; e de que forma a Enfermagem de reabilitação pode minimizar os EA da RFM.

Assim sendo, formulámos algumas questões de investigação:

- Será que a RFM contribuirá para o aparecimento de edemas ou de hematomas/abrasões no segmento restrito?
- Haverá agravamento da globalidade das úlceras nos doentes com RFM?
- A RFM conduzirá ao aumento/agravamento do risco de queda, do grau de dependência e do nível de confusão assim como à diminuição da força do segmento restrito?
- Nos doentes imobilizados de forma permanente os EA serão mais evidentes do que nos doentes imobilizados de forma intermitente?
- De que forma a Enfermagem de Reabilitação pode diminuir os EA?

O universo populacional correspondeu aos doentes internados no serviço de Medicina Interna de um hospital da região centro, num total de 218 doentes internados.

Para a constituição da amostra definimos como critérios de inclusão: os doentes estarem sujeitos a RFM, seja ela permanente ou intermitente, internados no serviço de Medicina Interna no intervalo de tempo anteriormente definido. Como critérios de exclusão definimos: os doentes que apenas foram sujeitos a restrição no leito com elevação de grades do leito (a elevação de grades do leito é uma norma, apesar de informal, do serviço. Todas as camas do serviço têm grades e estas são elevadas quer seja como forma de restrição quer seja como auxiliar de mobilização) e os doentes sujeitos a RFM por um período inferior a dois dias.

Assim, a amostra final ficou constituída com os 44 doentes que estiveram, no período do estudo, internados no serviço e sujeitos a RFM.

O instrumento de colheita de dados foi uma grelha de observação composta por duas partes distintas. A primeira parte tem por objetivo a caracterização da amostra e a

segunda a avaliação dos EA da RFM (edema, hematomas/abrasões, globalidade das úlceras, risco de queda, grau de dependência, força e confusão) em dois momentos distintos.

O primeiro momento de avaliação foi realizado no momento inicial da RFM e o segundo momento foi realizado quatro dias após o início da RFM.

## RESULTADOS

Os elementos da amostra (44 doentes) são maioritariamente do sexo masculino (72,7%) com uma média de idades de 84,9 anos. Destes, cerca de 50%, foram internados por patologias do foro respiratório.

Relativamente aos motivos da RFM, constatou-se que a retirada dos dispositivos médicos foi o motivo dominante, quer isoladamente (47,7%), quer associado a outros motivos como a tentativa de levantar ou agressividade (27,3%) seguido da agitação (18,2%).

Em 50,6% dos doentes, as medidas de RFM foram implementadas até ao segundo dia de internamento; em 25% entre o terceiro e o sexto dia de internamento; e em 20,4%, a partir do sétimo dia.

Todos os doentes foram imobilizados nos membros superiores, com imobilizadores de punho, e quatro foram também sujeitos a aplicação de lençol na região torácica. Como seria de esperar por esta avaliação: 77,3% dos doentes tiveram os membros superiores imobilizados de forma bilateral, os restantes estiveram imobilizados em apenas um dos membros superiores ou associado à imobilização do tórax. A maioria dos doentes (61,4%) foi sujeita a RFM de uma forma permanente; apenas 18,2% sujeitos a contenção química; e um dos doentes sofreu uma queda enquanto sujeito a RFM.

### Efeitos da RFM nas variáveis de estudo

No que refere ao edema pudemos observar um aumento significativo desta variável no segmento corporal restrito na segunda avaliação, face à primeira, de 7% passou para 68%. À semelhança da variável anterior também nos hematomas se verificou o aumento da primeira para a segunda avaliação, passando de 7% para 25%. Relativamente à globalidade das úlceras de pressão, facilmente se constatou que se verificaram diferenças de intensidade entre as duas avaliações, aumentando a média para quase o dobro na segunda avaliação. Verificou-se também um ligeiro aumento do desvio-padrão: se na primeira avaliação, 62% dos doentes sujeitos a RFM não apresentavam qualquer úlcera,

na segunda avaliação só não aconteceu a 20% destes doentes. No que diz respeito ao risco de queda, com base apenas na observação de algumas medidas da estatística descritiva, não se constatou a existência de diferenças entre a primeira e a segunda avaliação. A média teve apenas um ligeiro aumento, verificando-se que na primeira avaliação 82% dos doentes sujeitos a RFM tiveram nota de 50 na escala de Morse. Na segunda avaliação esse valor aumentou para 86% dos doentes. Situação semelhante verificou-se no grau de dependência. Nos 36 dos 44 doentes não houve qualquer alteração no grau de dependência, medido pela escala de Barthel; nos restantes oito doentes, três registaram uma melhoria e cinco registaram um agravamento.

### **Principais inferências estatísticas**

A diminuição de força foi evidente da primeira para a segunda avaliação. De facto, utilizando-se o teste de *Wilcoxon* a partir dos *ranks* positivos, obteve-se um valor com sinal negativo, para um nível de significância  $<0,05$ , o que significa que a média das ordenações do grau de força na segunda avaliação é estatisticamente inferior à média das ordenações do grau de força na primeira avaliação. Relativamente ao resultado do teste sobre as alterações na distribuição da variável Grau de confusão entre a primeira e a segunda avaliação, verificou-se existir um agravamento estatisticamente significativo nesta variável. O Grau de confusão foi medido pela escala de *Neecha*, tendo-se registado em 32, dos 44 doentes, um agravamento desta variável.

Por fim, procurámos perceber como se comportavam as amostras dos doentes sujeitos a RFM permanente e a RFM intermitente, relativamente aos vários EA estudados. Para o efeito foram aplicados os testes não-paramétricos respetivos ao grupo de 27 doentes sujeitos a RFM de forma permanente e ao grupo de 17 doentes sujeitos a RFM de forma intermitente. No risco de queda, para um nível de significância  $<0,05$ , não houve alterações estatisticamente significativas da primeira para a segunda avaliação. O mesmo resultado foi verificado em relação à presença de hematomas, mas apenas nos doentes restritos de forma intermitente. Nos doentes com restrição permanente, pelo contrário, houve um aumento estatisticamente significativo, da presença de hematomas da primeira para a segunda avaliação. Nas variáveis presença de edema e nível de gravidade das úlceras, os testes estatísticos confirmaram que é significativamente mais elevado nos doentes sujeitos a RFM de forma permanente, não havendo, por outro lado, a mesmo tipo de confirmação, estatisticamente significativa, do aumento da presença de edema e do nível de gravidade das úlceras para os doentes com RFM intermitente. Relativamente à força, a sua diminuição foi mais significativa no grupo de doentes restritos de forma permanente, comparativamente ao grupo de doentes com restrição de forma intermitente.

## DISCUSSÃO

A amostra de 44 doentes correspondeu a cerca de 20,2% de doentes sujeitos a RFM. Comparativamente, nos dados apresentados por Bredthauer (2005), 37 doentes (30%) dos 125, que se encontravam internados, foram fisicamente restringidos; Gallinagh (2002) no Reino Unido, mais especificamente na Irlanda do Norte, dos 102 doentes observados durante um período de três dias, 68% foram sujeitos a qualquer tipo de restrição em pelo menos uma ocasião; segundo Faria et al. (2012) num universo de 552 doentes internados em vários serviços do hospital, 110 (19,9%) foram sujeitos a RFM.

Relativamente ao motivo pelo qual foi aplicada a RFM, podemos afirmar que a tentativa de retirada de dispositivos médicos foi o motivo com maior prevalência, isoladamente, foi responsável por 47,7% das restrições; em 18,2% dos casos foi associado a tentativas de levantar e em 9,1% a agressividade. A preocupação com a segurança dos doentes no que se refere a prevenção de quedas, apenas foi responsável por 6,8% isoladamente e 18,2% associado a retirada de dispositivos médicos. A agitação tem uma representatividade de 18,2%.

Segundo Choi e Song (2003), 70,2% das RFM devem-se à presença de dispositivos médicos (sondas nasogástricas, cateteres, dispositivos de oxigenoterapia entre outros). O estudo de Faria et al. (2012), por sua vez, aponta para o risco de queda como motivação major para a RFM, com uma percentagem de 36,5%, e a prevenção de exteriorização de dispositivos médicos com 20,2%. Já Bredthauer (2005) determinou que os motivos para implementação de restrições se agrupavam nas seguintes cinco categorias principais: agitação (82,7%), risco de queda (72,4%), agressividade (24%), retirada de dispositivos médicos (13,8%) e comportamento suicida (6,9%).

Os tipos de RFM à qual os doentes do nosso estudo foram sujeitos resumiram-se a imobilizadores de punho para a sua totalidade. Em 9,1% dos casos associou-se o lençol.

Noutros estudos por exemplo, Bredthauer (2005) encontrou como recurso os cintos de tronco em 93% dos doentes sujeitos a RFM. Faria et al. (2012) encontraram 29,6% de doentes imobilizados com imobilizadores de punho e o lençol esteve presente em 11,9% dos casos. No estudo de Demir (2012), cerca de 96,1% dos enfermeiros participantes referiram que recorriam a imobilizadores de punho, uma percentagem semelhante à do nosso estudo. Pelo contrário, os enfermeiros turcos têm uma elevada taxa de recorrência a imobilizadores de tornozelo e de imobilização de todo o corpo (tórax, pernas, braços e mãos), luvas de um dedo. Por sua vez, Lofgren (1989) apenas reporta o uso exclusivo de imobilizadores de punho em 14% dos doentes imobilizados, havendo 61% dos doentes imobilizados com colete de Posey (tipo de colete que imobiliza o tronco deixando os membros superiores e inferiores livres para desempenho de atividades), destes 24% tinham associado o uso de imobilizadores de punho.

Constatou-se facilmente que houve um aumento significativo de edemas e de hematomas no segmento restrito entre a primeira e a segunda avaliação, passando de 7% para 68% e de 7% para 25% respetivamente.

No estudo de Demir (2012), de acordo com os enfermeiros, o edema e os hematomas são as complicações mais frequentes com uma percentagem de 22,2%, nas imobilizações de punhos e do membro superior. Também o estudo de Azab e Negm (2013) sobre os conhecimentos, atitudes e prática de enfermagem relativamente à RFM concluiu que uma grande percentagem (56,51%) de doentes sujeitos a RFM desenvolve complicações associadas à RFM como abrasões da pele, edema e contusões.

A presença destes EA poderá ser facilmente explicada pelo aumento de pressão exercida pelos dispositivos de restrição, quando os doentes procuram libertar-se dos mesmos. Também doentes com idades avançadas, na sua maioria polimedicados, com várias patologias associadas, surgem como grupo de risco para o desenvolvimento de complicações da pele e tecidos subjacentes com a aplicação de medidas de RFM (Lai et al, 2011).

No que se refere ao agravamento da globalidade das úlceras de pressão, foi facilmente constatado que existia um agravamento das úlceras de pressão da primeira para a segunda avaliação: inicialmente a percentagem de doentes sem presença de úlceras de pressão era de 62%, já na segunda avaliação era apenas de 20%, o que significa que 42% dos doentes desenvolveram úlceras. Não houve nenhum utente que obtivesse um grau da globalidade das úlceras mais baixo na segunda avaliação, 30 doentes viram o seu grau aumentado e 14 mantiveram-no.

Os estudos internacionais mais importantes nesta matéria são unânimes na afirmação de que a RFM contribui para o agravamento e desenvolvimento de novas úlceras de pressão. Os enfermeiros participantes no estudo de Demir (2012) confirmaram a presença de úlceras no punho (29,1%), tornozelo (28,7%), região dorsal (15,9%), cóccix (11,5%) e axila (8,4%). Por sua vez, Lofgren (1989) observou 82 úlceras de pressão diferentes em 37 dos 102 doentes sujeitos a RFM: 36 eram novas feridas desenvolvidas em 22% dos doentes; durante a hospitalização, 23% das úlceras de pressão aumentaram de tamanho, 26% diminuíram ou cicatrizaram, e 51 % não sofreram alteração.

O risco de queda é apontado por muitos autores como motivação para implementação de medidas de RFM (Hamers & Huizing, 2005). Para este estudo e da revisão da literatura científica internacional consultada, partiu-se do princípio de que o risco de queda aumentaria com a implementação de medidas de RFM.

O que à primeira vista pode parecer um paradoxo, na realidade não o é. O risco de queda, avaliado através da escala de Morse no estudo de Lai et al. (2011), teve um aumento após a implementação de medidas de RFM, passando de 20,74 para 30,26 a

percentagem de doentes com baixo risco de queda. Este aumento desta percentagem resultou, por sua vez, da diminuição da percentagem de doentes que não apresentavam qualquer risco de queda.

Também, Capezuti (2007) verificou que o risco de queda era superior em doentes sujeitos a RFM independentemente de esta ser por grades do leito ou outro tipo de meios. No mesmo sentido, Sullivan-Marx, Strumpf, Evans, Baumgarten, e Mailsin (citados por Demir, 2012) encontraram um maior risco de queda nos doentes sujeitos a RFM.

No nosso estudo, por sinal, apenas três doentes tiveram um agravamento do risco de queda. Da observação dos dados estatísticos e dos resultados dos testes realizados não podemos concluir que o risco de queda é maior após a implementação de medidas de RFM.

Em relação à dependência/independência, no estudo de Lai et al. (2011), verificou-se uma redução significativa desta variável, avaliada pelo índice de *Barthel* após a implementação de medidas de RFM, o que se traduz num agravamento da dependência do doente na realização das Atividades de Vida Diárias AVDs.

Também os estudos de Hamers e Huizing (2005), Gallinagh (2002) e Demir (2012) confirmam o agravamento do grau de dependência após períodos de RFM.

O uso de restrições físicas em idosos com alterações cognitivas, reflete, também, o conflito entre autonomia e dependência da pessoa em causa. Incapacidade dos doentes restritos para realizar AVD e manterem a mobilidade mostra que estes doentes precisam de muita ajuda de seus cuidadores e dependem deles para gerir os seus autocuidados e necessidades Bredthauer (2005).

Ainda assim, as conclusões do nosso estudo não confirmam os dados apresentados pelos autores referidos. Dos 44 doentes do estudo, 36 (82%) já apresentavam inicialmente o valor mais baixo do Índice de *Barthel* (zero) o que aponta para um grupo de doentes com elevado grau de dependência. Neste caso, é facilmente perceptível que os doentes não poderão obter valores mais baixos sobre o seu estado de dependência.

No que se refere à avaliação do grau de força, que apenas foi realizada a nível dos membros superiores, por ser este o segmento restrito em 100% dos doentes, constatou-se que aquele diminuiu significativamente da primeira para a segunda avaliação: só um doente aumentou; 14 doentes mantiveram-na; e 29 apresentaram uma significativa diminuição.

Al-Khaled, Zahran, e El-Soussi (2011) classificaram os EA da RFM em directos, quando causados pela pressão do dispositivo, e indirectos, quando estão relacionados com a imobilidade forçada a que o utente está sujeito, ocasionando neste caso a diminuição da força. De acordo com as enfermeiras que participaram no estudo de Sarnio e Isola (2010),

a capacidade funcional dos doentes que se encontram sujeitos a RFM diminui muito rapidamente. Em duas semanas de RFM, os doentes tornam-se acamados, e observa-se um ciclo vicioso: doente imobilizado no leito, menor participação nas AVDs, maior grau de dependência, diminuição da capacidade de mobilização, diminuição da força, úlceras de pressão, prolongamento do internamento, e aumento da taxa de infeção nosocomial.

Sobre o nível de confusão, no nosso estudo, 32 registaram da primeira para a segunda avaliação uma diminuição no valor desta variável, registando um agravamento. Dos restantes doentes, seis registaram um aumento do valor da variável e os outros seis mantiveram o valor.

Também, os estudos de Evans et al. (2003), Lopez (2011) e Lai et al. (2011) são unânimes nos relatos que documentam o aumento do grau de confusão em doentes sujeitos a RFM.

Ainda assim, segundo Marques (2012), a RFM continua a ser usada como prática clínica recorrente apesar dos enfermeiros terem consciência que a sua aplicação pode levar a um agravamento do estado de confusão.

Os resultados, da comparação da amostra pré e pós-RFM em doentes sujeitos a RFM de forma permanente com a amostra pré e pós-RFM em doentes sujeitos a RFM de forma intermitente, permitiram confirmar que a ocorrência de EA em doentes sujeitos a RFM permanente é maior que naqueles que a RFM é aplicada de forma intermitente para as variáveis edema, hematoma, globalidade das úlceras e força.

## CONCLUSÃO

A RFM, frequente na realidade portuguesa dos cuidados de saúde, ocasiona EA, sendo convergente com os resultados apresentados nos estudos que consultámos sobre esta temática.

Da avaliação feita antes e depois da implementação da RFM, confirmámos a existência de complicações, sobretudo, ao nível das variáveis: edemas e hematomas, intensidade das úlceras e risco de queda, e grau de dependência, de força e de confusão.

Neste estudo, de acordo com os seus resultados, podemos extrair as seguintes conclusões:

Os doentes restritos apresentaram um aumento significativo dos edemas e dos hematomas entre a primeira e a segunda avaliação.

A presença de úlceras na segunda avaliação é significativamente superior à verificada na primeira avaliação.

Embora não houvesse diferenças estatisticamente significativas no risco de queda, entre as duas avaliações, ocorreram pequenas variações nos valores da escala de Morse. O mesmo se passou com o grau de dependência, uma vez que, os doentes já apresentavam um elevado grau de dependência total antes da implementação de medidas de RFM.

No grau de força e no grau de confusão, os doentes apresentaram evidentes alterações da primeira para a segunda avaliação. Verificou-se que o valor desta última é claramente inferior ao da anterior, o que se traduz num agravamento nestas variáveis.

Apesar das limitações do estudo, no que se refere ao tamanho da amostra, constatámos que a enfermagem de reabilitação pode e deve implementar medidas de prevenção que diminuam os efeitos adversos da RFM, por corresponderem a focos de intervenção do enfermeiro de reabilitação. Isto é, o enfermeiro de reabilitação deve dar maior atenção aos fenómenos de saúde associados à restrição física da mobilidade.

Efetivamente, os doentes com RFM sujeitos a longos períodos de imobilização, tal como foi descrito na literatura científica consultada e como foi confirmado neste estudo, apresentam compromisso da mobilidade relacionado com os EA da RFM, nomeadamente, com a diminuição da força muscular, edema e hematomas.

Em síntese, a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, nos doentes com RFM, deverá ter como objectivo a prevenção das complicações associadas à diminuição ou ausência de mobilidade. Ou seja, o enfermeiro de reabilitação deve desenvolver programas de reabilitação adequados ao utente sujeito a RFM, que permitam aumentar a força muscular, manter ou aumentar a independência nas atividades de vida diária e prevenir lesões ou traumatismos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agence Nationale D'accréditation Et D'évaluation En Santé. (2000). *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. Recuperado de <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
- Al-Khaled, T.H., Zaahran, E. M., & El-Soussi, A. H. (2011). Nurses related factors influencing the use of physical restraint in critical care units. *Journal of American Science*, 7(8). 13-22. Recuperado de [http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0708/003\\_6270am0708\\_13\\_22.pdf](http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0708/003_6270am0708_13_22.pdf)
- Azab, S. M. S., & Negm, L. A. (2013). Use of physical restraint in intensive care units (ICUS) at Ain Shames University hospitals, Cairo. *Journal of American Science*, 9(4). 230-240. Recuperado de [http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0904/033\\_17145am0904\\_230\\_240.pdf](http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0904/033_17145am0904_230_240.pdf)

- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, C., Koczi, P., & Nikolaus, Th. (2005). Factors relating to the use of physical restraint in psychogeriatric care: A paradigm for the elder abuse. *Z Gerontologia Geriatrica*, 38, 10–18. Recuperado de [http://download.springer.com/static/pdf/3/art%253A10.1007%252Fs00391-005-0285-y.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00391-005-0285-y&token2=exp=1446140080~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F3%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00391-005-0285-y.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00391-005-0285-y\\*~hmac=83e45387df92767bb6b080c275791093f520ee9c0769b2f0f8408c8a789bca7e](http://download.springer.com/static/pdf/3/art%253A10.1007%252Fs00391-005-0285-y.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00391-005-0285-y&token2=exp=1446140080~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F3%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00391-005-0285-y.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00391-005-0285-y*~hmac=83e45387df92767bb6b080c275791093f520ee9c0769b2f0f8408c8a789bca7e)
- Capezuti, E. (2007). Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 334–341. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2007.01082.x/pdf>
- Choi, E., & Song, M. (2003). Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 651–659. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00789.x/epdf>
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02501.x/epdf>
- Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). A restrição física da mobilidade: Estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 7–16. doi:10.12707/R111192
- Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O erro em medicina*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Gallinagh, R., Nevin, R., Ilroy, D. M., Mitchell, F., Campbell, L., Ludwick, R., & McKenna, H. (2002). The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: Findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 147–156. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S0020748901000207/1-s2.0-S0020748901000207-main.pdf?\\_tid=e3e0539c-7e68-11e5-9057-00000aabb0f27&acdnat=1446142647\\_52304c43ae883493f2a4ffad7fc068ee](http://ac.els-cdn.com/S0020748901000207/1-s2.0-S0020748901000207-main.pdf?_tid=e3e0539c-7e68-11e5-9057-00000aabb0f27&acdnat=1446142647_52304c43ae883493f2a4ffad7fc068ee)
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação um contributo para a satisfação do utente* (Tese de Doutoramento). Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Hamers, J. P. H., & Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly?. *Z Gerontologia Geriatrica*, 38, 19–25. Recuperado de [http://download.springer.com/static/pdf/963/art%253A10.1007%252Fs00391-005-0286-x.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00391-005-0286-x&token2=exp=1446145339~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F963%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00391-005-0286-x.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00391-005-0286-x\\*~hmac=1e414021619e7f3cb5c915f55dd8d3650ad68b8412568c12e98d1a43fe0d20e6](http://download.springer.com/static/pdf/963/art%253A10.1007%252Fs00391-005-0286-x.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00391-005-0286-x&token2=exp=1446145339~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F963%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00391-005-0286-x.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00391-005-0286-x*~hmac=1e414021619e7f3cb5c915f55dd8d3650ad68b8412568c12e98d1a43fe0d20e6)
- Haut, A., Kolbe, N., Strupeit, S., Mayer, H., & Meyer, M. (2010). Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4), 448–456. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2010.01341.x/epdf>

- Lai, C. K. Y., Chow, S. K. Y., Suen, L. K. P., & Wong, I. Y. C. (2011). The effect of a restraint reduction program on physical restraint rates in rehabilitation settings in Hong Kong. *Rehabilitation Research and Practice*, 2011, 1-9. doi:10.1155/2011/284604
- Lofgren, R. P. (1989). Mechanical restraints on the medical wards: Are protective devices safe?. *American Journal of Public Health*, 79, 735-738. Recuperado de [http://www.researchgate.net/publication/20425706\\_Mechanical\\_restraints\\_on\\_the\\_medical\\_wards\\_are\\_protective\\_devices\\_safe](http://www.researchgate.net/publication/20425706_Mechanical_restraints_on_the_medical_wards_are_protective_devices_safe)
- Lopez, E. F. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 46(1), 36-42. Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90000150&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=124&ty=114&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v46n01a90000150pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90000150&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=114&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v46n01a90000150pdf001.pdf)
- Marques, P. (2012). *O doente idoso com confusão e a acção de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Mohr, W. K., Petty, T., & Mohr, B. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330-337. Recuperado de <https://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2003/june/mohr.pdf>
- Retsa, A. P. (1998). Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Studies*, 35(3), 184-191. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S0020748998000273/1-s2.0-S0020748998000273-main.pdf?\\_tid=b99c9f04-7e6e-11e5-bf73-00000aab0f6b&acdnat=1446145153\\_efd025ccfbcb752dfe3daa5be2b2d041](http://ac.els-cdn.com/S0020748998000273/1-s2.0-S0020748998000273-main.pdf?_tid=b99c9f04-7e6e-11e5-bf73-00000aab0f6b&acdnat=1446145153_efd025ccfbcb752dfe3daa5be2b2d041)
- Sarnio, R., & Isola, A. (2010). Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3197-3207. Recuperado de doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03232.x
- Zencirci, D. A. (2012). *Use of physical restraints in neurosurgery: Guide for a good practice, explicative cases of controversial issues in neurosurgery*. Recuperado de <http://www.intechopen.com/books/explicative-cases-of-controversial-issues-in-neurosurgery/use-of-physical-restraints-in-neurosurgery-guide-for-a-good-practice>

## CAPÍTULO VIII

# LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR

ANA RITA VENTURA SANTOS  
CARLOS ALBERTO CRUZ DE OLIVEIRA  
VIRGÍLIO DA CRUZ CONCEIÇÃO

## INTRODUÇÃO

As Lesões MusculoEsqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) estabelecem um dos mais atuais e relevantes problemas de saúde dos enfermeiros, resultando da atividade de enfermagem em contexto de prestação direta de cuidados, nomeadamente em unidades hospitalares. Pesquisas realizadas em vários países exibem uma prevalência superior a 80% de ocorrência dessas lesões nos profissionais de enfermagem (Carneiro, 2012; Magnago, Lisboa, Souza, & Moreira, 2007). Estas são referidas como relacionadas com o trabalho, pois englobam as situações de acidente de trabalho, de doença profissional, de doenças “relacionadas” com o trabalho e as doenças agravada pelo trabalho (Serranheira, Sousa-Uva, & Lopes, 2008, p. 20). Estas doenças apresentam quadros dolorosos de instalação lenta e podem reduzir a capacidade funcional do trabalhador, com afeição sobretudo dos músculos, tendões, nervos, bainhas tendinosas e tecidos moles periarticulares (Serranheira, Sousa-Uva, & Leite, 2012).

A Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (AESST, 2000) considera que as LMERT poderão ser evitadas com base numa intervenção ergonómica eficaz na organização e na conceção dos locais de trabalho, baseados na avaliação dos fatores de risco. A perspetiva ergonómica integra a variabilidade humana e a necessidade de analisar cada situação de trabalho de acordo com os trabalhadores que nela desempenham funções (Serranheira, Sousa-Uva, & Sousa, 2010).

Face ao exposto, faz todo o sentido que o enfermeiro de reabilitação intervenha na prevenção das LMERT. Neste contexto, o presente estudo apresenta como objetivo central descrever a presença de sintomatologia das LMERT nos enfermeiros e os

segmentos corporais com maior prevalência, bem como verificar a relação existente com as características pessoais, profissionais, de saúde e estruturais dos serviços em análise.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As Lesões MusculoEsqueléticas (LME) são uma causa frequente de doença relacionada com o trabalho e, nas últimas duas décadas, têm-se desenvolvido devido à implementação de novos métodos e modelos de organização do trabalho. Estas lesões, designadas por LMERT, constituem, nos tempos que correm, um importante problema de saúde e interferem com o bem-estar dos trabalhadores (Serranheira et al., 2008).

Segundo diversos autores, as LME conduzem a um grave problema de saúde pública e um dos mais graves no campo da saúde do trabalhador. Essas patologias acarretam um aumento de absentismo e de afastamentos temporários ou permanentes do trabalhador e também produzem custos significativos em tratamentos e indemnizações (Magnago et al., 2007; Serranheira, Lopes, & Sousa-Uva, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as *Doenças Relacionadas com o Trabalho* são patologias de natureza multifatorial nas quais a atividade profissional e o ambiente de trabalho, entre outros aspetos, contribuem significativamente, para a etiologia da doença (Serranheira et al., 2008). As LMERT originam diferentes graus de incapacidade funcional, provocando redução da produtividade, aumento nos índices de absentismo, com compromisso da capacidade produtiva das empresas e originando despesas avultadas em tratamentos e processos indemnizatórios de responsabilidade social (Lelis et al., 2012). Serranheira et al. (2005), após a consulta de vários autores, fazem referência à dificuldade em caracterizar o diagnóstico da doença profissional, calculando que podem ficar por diagnosticar mais de 60% das LMERT, o que também sucede com muitas outras doenças profissionais.

Assim, de acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, verifica-se que a etiologia das LMERT é multifatorial. Esta inclui, além dos fatores físicos, biomecânicos e ergonómicos, os fatores de risco psicossociais e organizacionais, como stress ocupacional elevado, inadequação de suporte social, monotonia das atividades, ansiedade e depressão, entre outros (Lelis et al., 2012).

Assim, de acordo com Hagberg et al. (citados por Serranheira, et al., 2008), os fatores de risco podem ser: (a) fatores de risco físicos ou profissionais, relacionados com a atividade (com origem nos meios ou processos de realização da atividade de trabalho), geralmente desvalorizados pelas organizações; (b) fatores de risco individuais ou

relativos à suscetibilidade individual; e (c) fatores de risco organizacionais/psicossociais presentes no contexto de trabalho.

Nas instituições de saúde só recentemente se evidenciou a necessidade de adequar a configuração do local de trabalho e os equipamentos às características dos trabalhadores. Nas unidades de saúde portuguesas, na sua maioria de construção antiga, é frequente os profissionais de saúde terem de desempenhar as suas funções em espaços exíguos e inadaptados, que apresentam frequentemente disposições incorretas e ineficazes dos equipamentos e meios técnicos obrigando à alteração dos procedimentos mais adequados de mobilização do doente, tendo estes profissionais a necessidade de adotar posturas extremas na realização das suas atividades. Persiste a certeza de que a escassez de enfermeiros, a pressão organizacional com elevados objetivos de produção sob constrangimentos temporais, as inadequadas dimensões físicas dos espaços hospitalares e os regimes de trabalho por turnos, nomeadamente o trabalho noturno, constituem os principais elementos de realização de más práticas de cuidados que colocam em risco estes profissionais de saúde, bem como a segurança dos doentes (Serranheira et al., 2010).

Pesquisas realizadas em vários países, exibem prevalências superiores a 80% de ocorrência de LMERT em trabalhadores de enfermagem (Carneiro, 2012; Magnago et al., 2007). Apesar das doenças profissionais se encontrarem referidas na Lista de Doenças Profissionais e existir obrigatoriedade da sua notificação, são escassas as referências relativas à sua morbidade e, conseqüentemente, não são conhecidos dados estatísticos, que permitam conhecer com rigor, a importância das LMERT no nosso país (Serranheira et al., 2005).

Na maioria das situações de trabalho, existe uma relação óbvia entre a ergonomia e os aspetos físicos dos interfaces Homem-máquina. Contudo, existe alguma dificuldade de sentido da relação entre a ergonomia e as componentes organizacionais e hierárquicas do trabalho (Serranheira, Sousa-Uva et al., 2012).

Apesar da melhoria das condições de trabalho em meio hospitalar ser reconhecida como importante, a ergonomia na área hospitalar dá ainda os primeiros passos, sendo pouco divulgados os contributos que esta pode trazer para os doentes, profissionais de saúde, organização dos serviços e administração. Os contributos da ergonomia no setor da saúde são variados. Pode contribuir para a segurança do doente através, entre outros, de intervenções a nível da conceção/design dos postos e locais de trabalho; da seleção dos equipamentos e sua implantação; dos processos e organização hierárquica, temporal e relacional do trabalho, bem como da formação dos profissionais de saúde (Serranheira et al., 2010).

Face à complexidade da prestação de cuidados de saúde e aos enormes desafios que representa a mudança de paradigma para a cultura de saúde e segurança, a ergonomia pode ser um verdadeiro contributo para alcançar esse desejo. Desta forma, é possível

programar e desenvolver estratégias de prevenção integradas nos projetos a implementar fundamentadas numa análise ergonómica do trabalho (Serranheira et al., 2010).

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Guia de Orientação de Boas Práticas lançado em 2013, faz referência a algumas orientações para a utilização correta da mecânica corporal na prevenção de LMERT durante a prática de cuidados de enfermagem. De acordo com este documento, há evidência científica de que a formação em mecânica corporal e ergonomia, associada à existência e uso de recursos mecânicos e dispositivos de apoio, contribuem para a redução de LMERT entre profissionais hospitalares. Deverá, desta forma, ser atribuída especial atenção a abordagens pluridisciplinares que combinem a prevenção com a reabilitação (OE, 2013).

Assim, a enfermagem de reabilitação trará ganhos em saúde em todos os contextos da prática, nomeadamente na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia. O enfermeiro de reabilitação é um profissional com elevado nível de conhecimentos, cuja intervenção visa identificar uma problemática, prescrever, implementar e monitorizar intervenções que promovam ações preventivas, assegurem a capacidade funcional, previnam complicações e evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas em diversas áreas. Para tal, estes profissionais têm como objetivos gerais: Melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, logo, preservar a sua autoestima (OE, 2011).

Atendendo às competências do enfermeiro especialista de reabilitação explica-se a pertinência e adequação dos contributos deste profissional na prevenção das LME e na promoção da saúde no local de trabalho e sugerem-se como estratégias alternativas a formação e a ginástica laboral. Serranheira, Sousa-Uva et al. (2012) salientam que os profissionais de saúde especializados constituem um grupo de excelência para a aplicação dos princípios da abordagem participativa da ergonomia, através da capacitação dos trabalhadores relativamente ao conhecimento sobre as LMERT.

Nesse contexto, a formação dos profissionais de saúde, assim como dos gestores da saúde, deveria integrar a perspetiva sistémica da gestão do risco e da segurança do doente em ambiente hospitalar (Serranheira, Sousa-Uva et al., 2012). O enfermeiro especialista, em articulação com os serviços de Saúde Ocupacional e os gestores de saúde, é um dos profissionais melhor capacitados para desenvolver programas de formação na área da mecânica corporal/ergonomia e ginástica laboral para a prevenção de LMERT (Jerónimo, 2013).

A ginástica laboral consiste num método de intervenção composto de um grupo de exercícios físicos específicos de fortalecimento muscular, coordenação motora e alongamentos. Essa prática caracteriza-se como um programa de qualidade de vida e de promoção de lazer dentro do horário de trabalho (Oliveira, 2007).

## QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Este trabalho apresenta como questão de investigação central: Qual a prevalência de LMERT nos enfermeiros do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDF), EPE e a sua relação com as diferentes variáveis?

Apresenta também outras questões mais específicas, como: Qual a prevalência de LMERT nos enfermeiros? Qual o segmento corporal mais afetado pela sintomatologia de LMERT? Qual o serviço que apresenta maior prevalência de sintomatologia de LMERT? Qual a relação entre a prevalência de sintomatologia de LMERT nos últimos 12 meses e as variáveis sociodemográficas? Qual a relação entre a prevalência de sintomatologia de LMERT nos últimos 12 meses e as variáveis de saúde? Qual a relação entre a prevalência de sintomatologia de LMERT nos últimos 12 meses e as variáveis profissionais? Qual a relação entre a prevalência de sintomatologia de LMERT nos últimos 12 meses e o nível de exposição a fatores de carga física na mobilização de doentes?

## METODOLOGIA

Quanto à metodologia utilizada, trata-se de um estudo de caráter quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. A amostra foi constituída por 55 enfermeiros dos serviços de medicina, ortopedia, cirurgia, especialidades médicas e especialidades cirúrgicas do HDF, EPE, entre o período de Janeiro a Maio de 2015. Para a seleção da amostra foi tido em consideração a representatividade da população, com o intuito de obter características semelhantes nos participantes, através da amostragem do tipo não probabilístico, por conveniência.

Foi elaborado um instrumento de colheita de dados para caracterização da amostra, com base no Questionário Nórdico Musculoesquelético (QNM) e o Índice *Movement and Assistance of Hospital Patients* (MAPO). A colheita de dados ocorreu em duas fases. Primeiramente, foi aplicado um questionário aos enfermeiros, constituído por várias secções com vista a obter a caracterização sociodemográfica, profissional, do estado de saúde, das atividades de trabalho e sintomatologia musculoesquelética, através da aplicação do QNM numa versão validada para a população portuguesa (Mesquita, Ribeiro, & Moreira, 2010). Estes autores obtiveram bons coeficientes de confiabilidade, com coeficientes Kappa entre 0,8-1. Relativamente à consistência interna, o coeficiente de correlação Kuder-Richarson foi 0,885, indicativo de boa consistência interna (Mesquita et al., 2010). O QNM apresenta uma proposta para padronizar a mensuração de relato de sintomas musculoesqueléticos e, conseqüentemente, facilitar a comparação dos resultados entre as diversas investigações. Os autores do questionário supracitado salientam que este não pretende efetuar diagnósticos de LMERT (Serranheira et al., 2008).

O QNM contém 3 questões relacionadas com nove regiões anatómicas: pescoço, zona dorsal, zona lombar, ombros, cotovelos, punho/mão; ancas/coxas, joelhos e tornozelos/pés. Este grupo de questões corresponde à ocorrência de sintomatologia LMERT nos últimos 12 meses e se, nesse período de tempo, esteve impedido de realizar as suas atividades normais (trabalho, serviços domésticos e passatempos) e a presença de sintomatologia musculoesquelética nos 7 dias prévios à aplicação do questionário (Mesquita et al., 2010). Na versão validada para a população portuguesa o questionário inclui a Escala Numérica da Dor. Para a elaboração do questionário final foi também tido em consideração a versão adaptada por Serranheira et al. (2008) para a língua portuguesa.

Numa segunda fase procedeu-se à aplicação do Índice MAPO, com a visita e observação das condições físicas dos serviços, para avaliar o risco de desenvolvimento de LMERT relativo à exposição a fatores de carga física na mobilização de doentes (Cotrim & Simões, 2010).

O índice MAPO foi desenvolvido em 1997 pela *Research Unit Ergonomics of Posture and Movement*, em Itália. Battevi, Menoni, Ricci, e Cairoli (2006) consideram que a movimentação manual de doentes dependentes é um dos principais fatores associados à dor lombar entre enfermeiros. O índice MAPO foi elaborado para administração em enfermarias de hospitais e casas de saúde, não sendo aplicável nos serviços de urgência, blocos operatórios e unidades de fisioterapia, uma vez que este método não garante a correta identificação de níveis de exposição para o risco específico (Battevi et al., 2006).

De acordo com os autores supracitados, citando outros autores, o índice MAPO considera que a exposição ocupacional dos enfermeiros resulta da interação de vários fatores: A carga de trabalho relativa à prestação de cuidados diretos aos doentes, determinada pelo número de doentes dependentes; o tipo e o grau de incapacidade motora dos doentes; os aspetos estruturais de trabalho nas enfermarias; as características e o tipo de equipamentos; e a formação e o treino dos profissionais relativamente à mobilização dos doentes.

Considerando as pontuações obtidas pelo índice de MAPO estão definidas três zonas de risco diferentes: *Verde*, *amarela* e *vermelha*, às quais se atribuem diferentes graus de risco associado à mobilização de doentes e diferentes necessidades de intervenção (Battevi et al., 2006).

No que concerne aos aspetos éticos, a aplicação do instrumento de colheita de dados foi realizada após ter sido obtida a autorização da administração do HDFF, EPE. Foram também contemplados os seguintes pressupostos: salvaguarda do direito de confidencialidade dos participantes em todo o processo; isenção e autenticidade na análise e tratamento dos dados e na apresentação das conclusões.

Para a análise dos dados, recorreu-se a um instrumento para análise dos dados recolhidos, através do programa estatístico IBM-SPSS 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão para Windows. Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira (descritiva), foram determinadas as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como média, moda e mediana e medidas de variabilidade ou dispersão como coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo. No que respeita à estatística inferencial, foi aplicada estatística não paramétrica uma vez que não se cumpriam os requisitos para utilizar estatística paramétrica, nomeadamente a verificação simultânea de duas condições: as variáveis de natureza quantitativa não possuíam distribuição normal e as variâncias populacionais não eram homogêneas ao comparar duas ou mais amostras de populações. Assim, quanto à estatística não paramétrica utilizaram-se os seguintes testes: Teste de U-Mann Whitney e teste de qui quadrado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considera-se pertinente, antes de mais, abordar alguns aspetos relativos à caracterização da amostra no domínio sociodemográfico, antropométrico, profissional, estado de saúde e atividades de trabalho.

Relativamente aos dados sociodemográficos, os resultados demonstram que a amostra foi constituída por 55 enfermeiros, maioritariamente do género feminino (80%), com o intervalo de idade entre os 26 e os 57 anos, sendo a média de idades 39,76 anos. Estes resultados vão ao encontro dos registos nacionais da profissão de enfermagem, que evidenciam que esta profissão é na sua maioria exercida por mulheres. A maioria (60%) dos enfermeiros em estudo é casada e apresenta como membro superior dominante o direito.

No que concerne o Índice de Massa Corporal (IMC) da amostra, a maioria dos enfermeiros apresenta um peso considerado normal (56,4%), visto que está no intervalo entre os 18,5 e 24,9. Contudo, 36,4% apresentam pré-obesidade e 7,3% têm obesidade tipo I.

No que respeita ao estado de saúde, quando questionados sobre a existência de problemas de saúde, 38,2% dos enfermeiros responderam afirmativamente, sendo os problemas musculoesqueléticos os mais referidos (38%). Ainda relacionado com o estado de saúde da amostra, 45,5% praticam atividade física de forma regular. Quando questionados sobre hábito tabágico e consumo de álcool e café, 21,8% dos enfermeiros fumam, 20% consome regularmente bebidas alcoólicas e 72,7% consideraram ser um hábito o consumo regular de cafeína. Relativamente aos dados profissionais, os

enfermeiros em estudo são detentores de uma considerável experiência profissional visto que apresentam uma média de 8,59 anos de exercício profissional no atual serviço. Através da análise dos dados, constatou-se ainda que a maioria dos enfermeiros exerce a profissão há mais de dez anos (63,6%). A grande maioria dos enfermeiros trabalha por turnos (90,9%), com um horário por semana entre as 35-42 horas (70,9%), sendo de realçar que 69,1% trabalha exclusivamente no HDFF, EPE e 30,9% exerce atividade fora do hospital. Na amostra foi ainda possível observar que a maioria dos enfermeiros tem como função a prestação direta de cuidados (92,7%) e 7,3% têm também a cargo, para além desta função, a gestão dos serviços. No que concerne o número de pausas ao longo do turno de trabalho, a maioria dos enfermeiros referiu usufruir de duas.

Relativamente às atividades de trabalho, os enfermeiros consideram o tratamento, assistência e higiene dos doentes a atividade que maior tempo ocupa numa jornada de trabalho, seguindo-se a atividade de movimentação dos doentes. Aos enfermeiros inquiridos foi solicitado que relacionassem as atividades de trabalho com a sintomatologia dolorosa. É no levantar e deslocar cargas superiores a 20kg que os enfermeiros atribuem maior relação com os sintomas dolorosos. A grande maioria dos enfermeiros (87,3%), quando questionados acerca da atividade profissional que consideram mais difícil, referiu a mobilização/transferência de doentes. Apenas 5,5% dos enfermeiros em estudo referem sentir necessidade de faltar ao serviço em decorrência da sintomatologia apresentada. Contudo, 78,2% apresentam queixas musculoesqueléticas relativamente ao incómodo causado nas atividades desenvolvidas mas não conseguindo efetuar o trabalho, com maior ou menor dificuldade.

O presente estudo permitiu identificar uma elevada prevalência de sintomatologia de LMERT, nos últimos 12 meses, em 89,1% dos enfermeiros inquiridos. De salientar que este dado é ligeiramente superior ao encontrado em alguns estudos e que tal poderá estar relacionado com o facto de grande maioria da amostra (54,5%) trabalhar nos serviços de medicina e ortopedia, que por sua vez são os serviços que apresentam maior prevalência de LMERT.

A região lombar foi a que apresentou sintomatologia musculoesquelética mais elevada nos últimos 12 meses (76,4%), seguida da região do pescoço (56,4%) e ombros (49,1%). De salientar que a ocorrência de sintomatologia na região lombar obtida neste estudo, tal como a prevalência de sintomatologia de LMERT, é relativamente superior aos valores apresentados por outros trabalhos.

Dos enfermeiros que referiram presença de sintomatologia de LMERT nos últimos 12 meses e necessidade de evitar algumas das suas atividades, o segmento corporal que levou a uma maior evicção/afastamento foi o cotovelo (71,4%), seguida do joelho (64,7%), do pescoço (61,3%) e da região lombar (59,9%).

Quanto à ocorrência de sintomatologia nos vários segmentos corporais dos enfermeiros que referiram sintomatologia de LMERT no último ano e nos últimos 7 dias, é a sintomatologia referente ao segmento corporal anca/coxa aquela que apresentou maior prevalência (86,7%), seguindo-se a região torácica (80%) e lombar (78,6%). Similarmente à necessidade de evitar as atividades de trabalho, também na presença de sintomatologia nos últimos 7 dias, os resultados não são consensuais com a restante bibliografia consultada.

Verificou-se que o tipo de sintomatologia referida pelos enfermeiros relativamente ao segmento corporal varia com o espaço temporal, podendo a memória estar a afetar os dados recolhidos, visto que existe um espaço temporal consideravelmente longo, que faz referência aos últimos 7 dias e 12 meses, o que leva a que o inquirido possa ter apresentado queixas nos últimos 12 meses mas não apresentar nos últimos 7 dias, ou então não se recordar de tal sintomatologia. Com estes resultados, verifica-se ainda que, apesar das diversas percentagens de prevalência para os diferentes segmentos corporais, a região lombar, no presente estudo e na maioria dos estudos analisados, apresenta prevalências superiores a 50% o que significa que mais de metade dos inquiridos que responderam ter sintomatologia nos últimos 12 meses na região lombar apresentam sintomatologia nos últimos 7 dias. No que concerne a intensidade da dor percecionada pelos enfermeiros, numa primeira análise verifica-se que os valores médios são sempre superiores a 4, sendo que para muitos segmentos corporais o máximo percecionado foi de nove, nomeadamente a nível da região lombar e punho/mãos.

Relativamente à sintomatologia das LMERT segundo o serviço no qual os enfermeiros exercem as suas funções, pode-se constatar que a medicina é o serviço que apresenta maior prevalência de LMERT em oposição ao serviço de especialidades cirúrgicas, onde se verificaram as prevalências mais baixas de sintomatologia de LME. Um estudo semelhante, desenvolvido por Jerónimo (2013), também mencionou que os serviços mais acometidos a nível da sintomatologia lombar eram o serviço de urgência, medicina, ortopedia e pneumologia.

Através da estatística inferencial e análise dos dados verifica-se que existem associações estatisticamente significativas entre a prevalência de LMERT nos últimos 12 meses e algumas variáveis em estudo. No que diz respeito à idade e à prevalência de LMERT nos últimos 12 meses, verifica-se que é nos mais velhos que mais ocorre esta sintomatologia. Contudo, as diferenças são estatisticamente significativas apenas ao nível do cotovelo ( $p=0,015$ ). Assim, o aumento da idade e da prevalência de LMERT poderá estar relacionado com o facto destes profissionais se encontrarem no auge da sua capacidade produtiva e, portanto estarem mais expostos ao desgaste da profissão de enfermagem (Guerra, 2011). De forma contrária, existem estudos que apresentam maior sintomatologia musculoesquelética na faixa etária mais jovem, a nível da coluna

lombar e pescoço (Santos, 2013; Serranheira, Cotrim, Rodrigues, Nunes, & Sousa-Uva, 2012). Tal poderá estar relacionado com o nível de exigência de cuidados instituído aos mais jovens, nomeadamente, ao nível das atividades que requerem maior esforço físico.

Relativamente ao género e à prevalência de sintomatologia de LMERT nos enfermeiros, verificou-se que a percentagem de mulheres com sintomatologia dolorosa é superior à dos homens para a grande maioria dos segmentos corporais com exceção dos joelhos, tornozelos/pés e cotovelo. Serranheira, Cotrim et al., (2012) constataram que o sexo feminino apresenta sempre queixas superiores, com diversas diferenças significativas, designadamente ao nível da cervical, ombros, punhos e tornozelos/pés. No entanto, no presente estudo não se obteve diferenças estatisticamente significativas que comprovem os dados recolhidos.

Comparando a prevalência de sintomatologia das LMERT nos enfermeiros e o seu estado civil, é possível constatar que a percentagem de enfermeiros com sintomatologia de LMERT é maior nos solteiros/divorciados/viúvos quando comparado com os seus colegas que são casados para a grande maioria dos segmentos corporais. No entanto, só podemos afirmar que o estado civil dos enfermeiros tem poder explicativo sobre a prevalência de sintomatologia de LMERT ao nível do pescoço ( $p=0,011$ ). Relativamente à dor na região cervical a evidência científica salienta que são os distúrbios de ordem emocional que causam tensão emocional e conseqüentemente contração muscular, que poderá originar sintomatologia LMERT.

Em relação ao IMC dos enfermeiros e a ocorrência de sintomatologia das LMERT, pode-se constatar que não existe diferenças estatisticamente significativas em nenhum segmento corporal em análise ( $p > 0,05$ ), tal como no estudo desenvolvido por Jerónimo (2013). Contudo, no presente estudo, os enfermeiros com sintomatologia ao nível dos joelhos, tornozelo/pé, cotovelo e punho/mão têm um maior IMC. Estes dados estão em acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, que apontam a obesidade como um fator de risco inerente ao desenvolvimento de LMERT, principalmente a nível da região lombar, pelas alterações que provoca a nível da coluna vertebral (Guerra, 2011). No entanto, Serranheira, Cotrim et al., 2012) também não encontraram relações significativas entre o IMC e a presença de sintomatologia musculoesquelética a nível lombar.

Relativamente aos enfermeiros que realizam regularmente algum tipo de atividade física, a presença de sintomatologia de LMERT é maior nos enfermeiros que realizam de forma regular atividade física quando comparado com os colegas que não o fazem. Contudo, a associação entre as variáveis não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ), tal como no estudo elaborado por Santos (2013), que não encontrou associações significativas entre a dor lombar e a prática de atividade física. Isto poderá ser explicado, na opinião da autora, pelo facto de algumas lesões acometidas durante as atividades desportivas

poderem agravar durante as atividades de trabalho. Porém, estes dados são contrários aos apresentados por Guerra (2011), que refere que existe uma maior prevalência de lombalgias nos enfermeiros que não praticam qualquer atividade física. A mesma autora salienta a importância de efetuar uma atividade regular de exercício físico, para o fortalecimento da musculatura abdominal e paravertebral, como forma de prevenção de LMERT.

A percentagem de enfermeiros com sintomatologia de LMERT é muito superior nos enfermeiros que fumam quando comparado com aqueles que não têm esse hábito, para a grande maioria dos segmentos corporais. Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível da região lombar ( $p=0,029$ ), o que permite afirmar que o hábito de fumar nos enfermeiros tem poder explicativo sobre a prevalência de sintomatologia das LMERT da região lombar. Estes resultados são convergentes com os resultados obtidos no estudo de Jerónimo (2013). Neste sentido, Serranheira et al. (2005) salientam que o consumo de álcool e tabaco podem predispor ao aparecimento de neuropatias, de miopatias e de alterações da circulação sanguínea, o que torna o indivíduo mais suscetível a essas lesões.

Comparando o facto de os enfermeiros terem alguma doença com a prevalência de sintomatologia de LMERT, podemos constatar que a percentagem de enfermeiros com sintomatologia LMERT é sempre muito superior naqueles que referiram sofrer de alguma doença quando comparado com aqueles que negam ter qualquer doença para todos os segmentos corporais, com a exceção da região lombar. Contudo, essa relação só apresenta significância ao nível das ancas/coxas ( $p =0,013$ ) e dos joelhos ( $p=0,032$ ). De salientar ainda que, quando questionados sobre a existência de problemas de saúde, 38,2% dos enfermeiros responderam afirmativamente, sendo os problemas musculoesqueléticos os mais referidos (38%), nomeadamente as artroses (19%) e tendinites (19%).

No que diz respeito à categoria profissional e a relação com sintomatologia de LMERT, o valor de significância não nos permite tirar relações estatisticamente significativas para nenhuma categoria profissional. Esta informação é contrária a outros estudos desenvolvidos nesta área.

No que concerne ao tempo de exercício profissional no atual serviço e a ocorrência de sintomatologia das LMERT, pode-se verificar que não existe diferença significativa entre os grupos. Estes dados surgem em oposição ao estudo elaborado por Santos (2013) em que existe significância estatística entre o tempo de profissão e a sintomatologia de LMERT, revelando que os enfermeiros que exercem há mais de dez anos têm tendência para evidenciar maior dor lombar.

Também não se obteve associação estatisticamente significativa entre a prevalência de sintomatologia das LMERT nos enfermeiros e o exercício de atividade profissional

fora do Hospital. Contudo, é possível constatar que a percentagem de enfermeiros com sintomatologia de LMERT, nos vários segmentos corporais, é maior naqueles que exercem atividade profissional em exclusivo no hospital, quando comparado com os colegas com essa sintomatologia e que exercem também atividade profissional fora do hospital. Constatou-se assim que, mesmo apenas com o trabalho no HDFF, EPE, os valores da presença de sintomatologia musculoesquelética são bastante elevados, certamente devido à maioria da amostra (90,9%) trabalhar por turnos e, na atualidade, com horário de 40 horas semanais. Este resultado é concordante com o estudo de Santos (2013) que encontrou efeito estatisticamente significativo entre a maior probabilidade de lombalgias e o trabalho por turnos comparativamente ao trabalho em horário regular.

Relativamente à prevalência de sintomatologia de LMERT e as atividades profissionais, verificou-se que a atividade de levantar e deslocar cargas superiores a 20kg é associada a sintomatologia dolorosa. Esta atividade apresenta poder explicativo sobre a sintomatologia de LMERT nos enfermeiros nos segmentos corporais: pescoço ( $p=0,045$ ), região lombar ( $p=0,012$ ) e ombros ( $p=0,007$ ), tal como no estudo desenvolvido por Santos (2013), com diferenças estatisticamente significativas relativamente à atividade levantar o doente da cama sem ajuda mecânica e a dor lombar. Um estudo prospetivo de lesões a nível lombar, efetuado a enfermeiros na Suécia, revelou que a maior parte dos incidentes ocorria durante a transferência de doentes, frequentemente quando os enfermeiros estavam a trabalhar sozinhos (Engkvist citado por Baumann, 2007). No mesmo sentido, Serranheira, Cotrim et al., (2012) referem que os principais fatores de risco de LMERT decorrentes da atividade dos enfermeiros são o levantamento, a movimentação ou transporte e a alternância de decúbitos de doentes, com associação estatisticamente significativa a nível dos punhos/mãos.

Os resultados da análise de risco de LMERT efetuada nos diferentes serviços, através da aplicação do índice MAPO, apontam a necessidade de implementação de medidas de intervenção a curto prazo no serviço de ortopedia e a médio e longo prazo para os serviços de medicina, cirurgia, especialidades médicas e especialidades cirúrgicas. Podemos afirmar que o risco de exposição a fatores de carga física na realização das tarefas de mobilização de doentes (índice MAPO) tem poder explicativo sobre a ocorrência de sintomatologia das LMERT ao nível das ancas/coxas ( $p=0,010$ ) nos enfermeiros. Estes dados podem ser justificados com a superlotação dos serviços e com o grau de dependência dos doentes que originam uma sobrecarga de trabalho para os enfermeiros, nomeadamente nos serviços de ortopedia e medicina. Diversos estudos encontram uma relação entre a densidade de pessoal, a sobrecarga laboral, o stress e as LMERT (Baumann, 2007) pois, como foi referido anteriormente, é no serviço de medicina e ortopedia que os doentes apresentam maior grau de dependência, necessitando, assim, de mais atividades destas.

Em relação à sintomatologia das LMERT segundo o serviço onde os enfermeiros exercem funções e o segmento corporal com maior sintomatologia, constata-se, numa primeira análise, que, para a quase totalidade de segmentos corporais (exceto região cotovelo e punho/mãos), a maior prevalência de sintomatologia das LMERT é nos enfermeiros do serviço de medicina. Por outro lado, é no serviço de especialidades cirúrgicas onde se verificam as prevalências mais baixas de sintomatologia de LMERT. Ao avaliar a relação entre o risco de exposição a fatores de carga física na realização das tarefas de mobilização de doentes (avaliado pelo índice MAPO) com a ocorrência de sintomatologia de LMERT, verificou-se que os enfermeiros com sintomatologia de LMERT exercem funções em serviços com um maior risco de exposição a fatores de carga física na realização das tarefas de mobilização de doentes. Estes resultados são convergentes com a investigação de Cotrim e Simões (2010), em que 78,57% dos serviços apresentam um nível de risco moderado de desenvolvimento de LME. De destacar a existência de poucos estudos realizados com enfermeiros em Portugal com o índice MAPO, sendo difícil de efetuar comparações neste sentido.

Resumidamente, evidencia-se a importância dos fatores estruturais, individuais e organizacionais no risco de desenvolvimento de LMERT. A prevalência de sintomatologia de LMERT nos enfermeiros aponta a existência de manifestas relações, ainda que algumas não estatisticamente significativas, com variáveis sociodemográficas, profissionais, estado de saúde, bem como com o risco de mobilização dos doentes.

De salientar, no entanto, que a percentagem de sintomatologia é, na sua grande maioria, elevada nos enfermeiros em estudo, o que evidencia a importância do desenvolvimento deste estudo para identificar as LMERT já existentes e prevenção de futuras lesões.

## CONCLUSÃO

As LMERT são um problema de saúde com importância relevante na profissão de enfermagem e apresentam ligação com aspetos individuais, psicossociais e profissionais dos enfermeiros. Em meio hospitalar, os enfermeiros estão constantemente expostos a vários fatores de risco no decorrer das suas atividades que podem contribuir para o desenvolvimento de LMERT. Através deste estudo é possível concluir que existe uma elevada prevalência de sintomatologia LMERT (89,1%) nos enfermeiros (n=55) dos serviços em estudo. De salientar que o segmento corporal com maior prevalência de sintomatologia musculoesquelética varia com o espaço temporal. No entanto, referente aos últimos 12 meses, a região lombar (76,4%), cervical (56,4%) e os ombros (49,1%) foram os segmentos corporais mais afetados. Relativamente à sintomatologia apresentada nos 7 dias anteriores à aplicação do questionário, foi o segmento corporal ancas/coxas aquele

que obteve maior prevalência (86,7%), seguido da região torácica (80%) e lombar (78,6%). Quanto à necessidade dos enfermeiros evitarem as suas atividades, como trabalho, serviço doméstico ou lazer, os segmentos corporais mais referidos foram os cotovelos (71,4%), seguidos do pescoço (64,7%) e a região lombar com uma percentagem de 59,5%. Assim, é possível constatar que, independentemente do tempo decorrido, a sintomatologia referida ao nível da região lombar apresenta sempre percentagens superiores a 50%, o que evidencia a presença de lombalgias neste grupo profissional, bem como a presença de sintomatologia noutros segmentos corporais.

Ao analisar-se os dados por serviço relativos às LMERT nos últimos 12 meses, verificou-se que a região lombar continua a ser a região mais afetada na maioria dos enfermeiros inquiridos e que a maior prevalência de sintomatologia de LMERT ocorre nos enfermeiros do serviço de medicina. Por outro lado, é nas especialidades cirúrgicas que se verificaram prevalências menores destas lesões. Através do índice MAPO, verificou-se que, no geral, todos os serviços apresentam risco de LMERT associado à mobilização de doentes. No entanto, a ortopedia destaca-se por apresentar um score mais elevado (5,77), que, de acordo com a interpretação dos resultados do índice MAPO, carece de uma intervenção a curto prazo, seguindo-se da medicina (4,11), especialidades médicas (2,73), cirurgia (2,03) e especialidades cirúrgicas (1,68), que também carecem de uma intervenção a médio e longo prazo.

A ausência de relação entre algumas características sociodemográficas, profissionais e do estado de saúde e as LMERT, não invalida a importância desta problemática. Os resultados mais relevantes demonstram existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre a sintomatologia de LMERT em determinados segmentos corporais e algumas variáveis, destacando-se a idade, estado civil, hábito tabágico, antecedentes de doença, mobilização de cargas superiores a 20Kg e o nível de exposição a fatores de carga física na mobilização de doentes (índice MAPO).

As LMERT em enfermagem poderão ser prevenidas. Para isso deverá existir uma intervenção sistémica com base numa perspetiva ergonómica em que sejam considerados os aspetos individuais, profissionais, organizacionais/psicossociais, bem como o espaço arquitetónico do serviço, para melhorar a saúde dos profissionais de enfermagem.

A realização deste trabalho permitiu alcançar os objetivos propostos, apresentando assim contribuições científicas e sociais. Contudo, existem algumas limitações no estudo que impossibilitam a generalização dos resultados à restante população. Não existe também qualquer propósito nessa representatividade, uma vez que os resultados são referentes aos respondentes a este estudo, dependendo exclusivamente da sua vontade de adesão ao estudo. Assim, uma das limitações poderá estar relacionada com o tipo e dimensão da amostra utilizada, sendo possível que existam vieses relacionados

com a metodologia utilizada. Outra limitação consiste no facto da informação obtida ser baseada na memória dos inquiridos e contemplar um período de tempo muito longo que pode ir de 7 dias até 12 meses.

Terminado este estudo é possível concluir que as LMERT assumem uma grande importância na profissão de enfermagem e devem ser valorizadas para que haja uma efetiva prevenção destas lesões com vista à melhoria das suas condições de trabalho, com maior rendimento profissional e qualidade na assistência prestada ao doente. Nesse sentido, pretende-se que este trabalho possa contribuir para a redução do desenvolvimento de LMERT. Na opinião da autora, a intervenção deverá iniciar-se com um programa de formação sobre transporte, mobilização de cargas e ergonomia a todos os profissionais da instituição, bem como com a dotação de profissionais de saúde e com dispositivos de auxílio, como equipamentos de transferência de doentes e implementação de medidas de correção para as inconformidades detetadas nos espaços e equipamentos do hospital. Um outro aspeto a implementar, como sugestão de melhoria, seria o desenvolvimento de um programa de ginástica laboral, para o aperfeiçoamento da musculatura abdominal e paravertebral, com recurso a exercícios de fortalecimento, alongamento/relaxamento para uma melhor capacidade funcional deste grupo profissional. O enfermeiro de reabilitação deve ser observado como um aliado na redução de LMERT e como um elemento impulsionador da implementação de políticas de redução do risco de LMERT nas instituições de saúde, uma vez que, com os seus conhecimentos, pode prestar os cuidados diferenciados adequados às necessidades do doente, minimizando o impacto que essas práticas originam nos profissionais de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2000). *Lesões por esforços repetitivos nos Estados-Membros da EU: Síntese de um relatório da Agência*. Recuperado de <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/6/view>
- Battevi, N., Menoni O., Ricci, M.G., & Cairoli S. (2006) - MAPO index for risk assessment of patient manual handling in hospital wards: A validation study. *Ergonomics*, 79(7), 671-687.
- Baumann, A. (2007). *Entornos de prática favorables: Lugares de trabajo de calidad: atención de calidad al paciente*. Carpeta de herramienta de información y acción. International Council of Nurses. 71. Recuperado de <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007sp.pdf>
- Carneiro, P. M. (2012). *LME na prestação de cuidados de saúde ao domicílio: Avaliação do risco e construção de modelos estatísticos de previsão* (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho, Escola de Engenharia, Portugal.

- Cotrim, T., & Simões, A. (2010). Avaliação da exposição a factores de carga física em enfermeiros através do índice MAPO. Recuperado de [http://www.researchgate.net/publication/258225183\\_Assessment\\_of\\_Physical\\_Load\\_Exposure\\_in\\_Nurses\\_using\\_Mapo\\_Index](http://www.researchgate.net/publication/258225183_Assessment_of_Physical_Load_Exposure_in_Nurses_using_Mapo_Index)
- Guerra C. (2011). *Prevalência de lombalgias nos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1695>
- Jerónimo, J. (2013). *Estudo da prevalência e fatores de risco de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Lelis, C. H., Battaes, M. R., Freitas, F. C., Rocha, F. L., Marziale, M. H., & Robazzi, M. L. (2012). Work-related musculoskeletal disorders in nursing professionals: an integrative literature review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 477-482. Recuperado de [http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S010321002012000300025&pid=S010321002012000300025&pdf\\_path=ape/v25n3/en\\_v25n3a25.pdf&lang=en](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S010321002012000300025&pid=S010321002012000300025&pdf_path=ape/v25n3/en_v25n3a25.pdf&lang=en)
- Magnago, T. S., Lisboa, M. T., Souza, I. E., & Moreira, M. C. (2007). Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: Associação com condições de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6), 701-705. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000600015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000600015&script=sci_arttext)
- Mesquita, C., Ribeiro, J., & Moreira, P. (2010). Portuguese version of the standardized nordic musculoskeletal questionnaire: Cross cultural and reliability. *Journal of Public Health*, 18, 461-466. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10389-010-0331-0#/page-1>
- Oliveira, J. (2007). *A importância da ginástica laboral na prevenção de doenças ocupacionais*. *Revista de Educação Física*, 139,40-48.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 125/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação. *Diário da República, 2ª série - nº 35*, pp. 8658-8659. Recuperado de: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentacaoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentacaoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-posicionamentos e transferência e treino de deambulação*. Recuperado de <http://docplayer.com.br/3605313-Guia-orientador-de-boas-praticas-cuidados-a-pessoa-com-alteracoes-da-mobilidade-posicionamentos-transferencias-e-treino-de-deambulacao.html>
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República nº 35/2011 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Santos, P. (2013). *Determinantes da dor lombar em enfermeiros hospitalares* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Portugal.
- Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Sousa-Uva, A. (2012). Risco e fatores de risco individuais de LMELT em enfermeiros: Riscos, Segurança e Fiabilidade. In António Sousa-Uva & Florentino Serranheira (Eds.), *Frequência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho e das lombalgias em enfermeiro(a)s: estudo*. (pp.15-30). Lisboa, Portugal: Salamandra. Recuperado de [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/Publicacoes/](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/Publicacoes/)

ProjetosApoiados/2009/Documents/Estudo%20Frequ%C3%Aancia%20de%20Les%C3%B5es%20M%C3%BAsculo-Esquel%C3%A9ticas%20relacionadas%20com%20o%20Trabalho%20e%20das%20Lombalgias%20em%20Enfermeiros.pdf

- Serranheira, F., Lopes, F., & Sousa Uva, S. (2005). *Lesões Músculo Esqueléticas (LME) e Trabalho: Uma associação muito frequente. Saúde & Trabalho, 5*, 59-88.
- Serranheira, F., Sousa-Uva, A., & Leite, E. (2012). *Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: Contributos da abordagem participativa da Ergonomia. Saúde & Trabalho, 8*, 23-46.
- Serranheira, F., Sousa-Uva, A., & Lopes, M. (2008). *Lesões músculo-esqueléticas e trabalho: Alguns métodos de avaliação do risco*. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Recuperado de [<http://www.spmtrabalho.com/downloads/ca05.pdf>]
- Serranheira, F., Sousa-Uva, A., & Sousa, P. (2010). *Ergonomia hospitalar e segurança do doente: Mais convergências que divergências. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 10(2)*, 58-73.



## POSFÁCIO

A Edição da Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde é uma iniciativa iniciada em 2011 e serve os objetivos do eixo de desenvolvimento estratégico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), para a divulgação do conhecimento científico. O objetivo maior das monografias, que regularmente se tem vindo a publicar, é divulgar o conhecimento produzido no contexto da atividade de investigação dos Projetos Estruturantes inscritos na UICISA: E bem como da rede de Estudos Associados. É uma oportunidade para professores e formandos, particularmente de pós-graduação, de divulgarem os resultados das suas dissertações, cuja problemática deve emergir do âmbito dos respetivos Projetos Estruturantes.

A publicação da monografia nº 14 é uma iniciativa do Investigador Principal dos Projetos Estruturantes: Qualidade de vida, necessidades e promoção da autonomia de pessoas em processos de transição de saúde; e, Promoção da mobilidade na prevenção de declínio funcional e descondicionamento de idosos e adultos dependentes em fase aguda de internamento hospitalar.

O documento integra um conjunto de problemáticas relevantes no contexto da ação especializada de enfermagem de reabilitação: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Perspetiva Profissional; Contributos da Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Evolução da Independência Funcional do Doente após Acidente Vascular Cerebral; Fatores Determinantes da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde após Acidente Vascular Cerebral; Vivências da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; O impacto do Processo de Reabilitação da mulher mastectomizada na Recuperação da sua Independência; Programa de Reabilitação na Prevenção de Declínio Funcional da Pessoa em Situação Crítica; A enfermagem de Reabilitação e os Eventos Adversos da Restrição Física da Mobilidade; Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho dos Enfermeiros em Contexto Hospitalar.

As problemáticas relacionadas com a autonomia funcional das pessoas e sua qualidade de vida ao longo do ciclo vital é uma das prioridades atuais de saúde. Deste modo, os resultados de investigação nesta área têm implicações relevantes na formação dos profissionais de saúde. Estas evidências ao ser transferidas para a prática de cuidados contribuem para a tomada de decisão, demonstração da efetividade dos cuidados de reabilitação prestados pelos enfermeiros e maior satisfação do cidadão.

A Coordenação da Unidade de Investigação agradece aos investigadores, orientadores e orientandos, bem como aos coordenadores científicos da monografia, este contributo científico que a partir de agora fica acessível para validação social em formato digital e impresso.

Manuel Alves Rodrigues

O Coordenador da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

*Referência*  
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Revista científica indexada de divulgação internacional editada pela  
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revista indexada no SciELO Citation Index, Web of Science, Thomson Reuters

