





# Revista

## INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº20 SÉRIE 2 - AGOSTO 2017

### SUMÁRIO / SUMMARY

#### EDITORIAL

7

---

#### CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO E ADESAO AO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA TRANSPLANTADA AO CORAÇÃO

SELF-CARE CAPACITY AND ACCESSION TO THE THERAPEUTIC REGIME OF THE PERSON HEART TRANSPLANTED

9

CAPACIDAD DE AUTOCUIDACIÓN Y ADESIÓN AO REGIMIENTO TERAPÉUTICO DA PESSOA TRANSPLANTADA A CORAÇÃO

*Antônio José Santos Ferreira; Paulo Alexandre Carvalho Ferreira; Emília Conceição Mesquita Sola*

---

#### PROPRIEDADES MÉTRICAS DO TIMED UP AND GO TEST NO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE TIMED UP AND GO TEST IN COMMUNITY-DWELLING ELDERLY PEOPLE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

21

PROPIEDADES CLINICOMÉTRICAS DEL TIMED UP AND GO TEST EN ANCIANOS DE LA COMUNIDAD: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

*Ana Margarida Pinheiro Rosa; Alexandra Sofia Matias de Freitas; Catarina Alexandra Varão Simão Lopes; Sandra Cristina Fernandes Gonçalves; Ana Catarina Gonçalves dos Santos Redondo; Luís Manuel Mota de Sousa*

---

#### APLICAÇÃO DE PELÍCULA DE CLORETO DE POLIVINIL (CLINGFILM) EM QUEIMADURAS

APPLICATION OF POLYVINYL CHLORIDE FILM (CLINGFILM) IN BURNS

33

APLICACIÓN DE PELÍCULA DE CLORETO DE POLIVINIL (CLINGFILM) EM QUEIMADURAS

*Catarina Isabel Figueiredo da Cruz; Herlander Tadeu Godinho Soares; João Manuel Garcia Nascimento Graveto*

---

#### COPING E BEM-ESTAR NAS PESSOAS COM DOENÇA CARDÍACA, ONCOLÓGICA E/OU INFECCIOSA

COPING AND WELL-BEING IN PEOPLE WITH HEART, ONCOLOGIC AND/OR INFECTIOUS DISEASE

45

EL COPING Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ONCOLÓGICAS Y/O INFECCIOSAS DE ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN

*Diana Nélia Pereira De Sousa; Ana Catarina Silva Costa; Carlos Melo-Dias*

---



# Revista

## INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

### REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

### DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

### CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Luís Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

### CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

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

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Dinis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

#### Propriedade e Administração/Ownership

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Internet - [www.sinaisvitais.pt/](http://www.sinaisvitais.pt/) E-mail - [suporte@sinaisvitais.pt](mailto:suporte@sinaisvitais.pt)

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

## ESTATUTO EDITORIAL

1 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é uma publicação periódica trimestral, vocacionada para a divulgação da investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

2 - A *Revista Investigação em Enfermagem* destina-se aos enfermeiros e de uma forma geral a todos os que se interessam por temas de investigação na saúde.

3 - A *Revista Investigação em Enfermagem* tem uma ficha técnica constituída por um director e um Conselho Científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito por princípios éticos e deontológicos.

4 - A *Revista Investigação em Enfermagem* publica sínteses de investigação e artigos sobre teoria de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham o reconhecimento do corpo de revisores científicos (*peer reviews*) constituídos em Conselho Científico.

5 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é propriedade da Formasau - Formação e Saúde, Lda, entidade que nomeia o director. O Conselho Editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.



# EDITORIAL

---



## O GRITO DE IPIRANGA

Depois das expectativas criadas em torno de um novo modelo de desenvolvimento profissional, aprovado em Assembleia Geral da OE em Maio de 2007, a carreira de enfermagem nos termos do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, foi decepada em 2009 com a criação de uma carreira especial (Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro), tendo sido eliminadas as categorias que vigoravam, nomeadamente, a de enfermeiro especialista, para se imporem apenas 2 categorias: enfermeiro e enfermeiro principal.

Esta nova carreira de enfermagem alterou completamente o paradigma protagonizado para um desenvolvimento profissional que se pretendia sustentado e motivador da formação e da procura constante de evidência científica que permitisse, por uma lado, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem nos diversos contextos clínicos e, por outro, promover o desenvolvimento da Disciplina de Enfermagem.

Perante esta nova legislação e as políticas de austeridade dos últimos anos assistiu-se à degradação progressiva do sistema nacional de saúde, com as condições de trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, a piorarem significativamente, com reflexos evidentes na qualidade dos cuidados de saúde, e na maioria dos indicadores de saúde, essenciais para uma resposta adequada às necessidades em cuidados de saúde da população, cada vez mais envelhecida, dependente e fragilizada.

Nos últimos meses, para além de algumas alterações das condições de trabalho relacionadas com horários de trabalho, mais que justificadas, observaram-se movimentações legítimas de diversas entidades, nem sempre coesas e articuladas da melhor maneira, em torno da carreira de enfermagem e, em concreto, relacionadas com as especialidades de enfermagem em geral, com as suas competências e respetivas remunerações.

O “Grito de Ipiranga” resultou e permitiu atingir um acordo com o governo, o que é de louvar, apesar dos constantes obstáculos e dificuldades, pouco claros e estranhos, levantados durante o processo de negociações. Aparentemente estão reunidas condições para o regresso (esperamos que rápido) da categoria de enfermeiro especialista, uma decisão mais do que justificável no contexto atual, fundamental para o incremento, tão necessário e urgente, da qualidade dos cuidados de saúde.

A afirmação e a consciência profissional não depende apenas da aprovação de legislação e regulamentos, mas passa por um comportamento e atitude coerente com as competências inerentes aos diversos contextos, com profissionalismo, sem preconceitos, nos diversos níveis de intervenção, desde o enfermeiro gestor ao enfermeiro generalista, o que nem sempre se tem verificado, nem verifica...

Não podemos escamotear a nossa história, mas não podemos esquecer o desenvolvimento profissional, ao longo dos anos, em Portugal e no mundo, e desperdiçar todos os avanços alcançados em termos de conhecimentos e de competências, sem esquecer a articulação e a interdisciplinaridade inerente aos cuidados de saúde.

Lembremos que entre as diversas competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2011), consta o *“disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem”*, sem a qual nenhuma disciplina e profissão se desenvolve e afirma científica e socialmente.

Arménio Cruz

# CAPACIDADE DE AUTOUIDADO E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA TRANSPLANTADA AO CORAÇÃO

António José Santos Ferreira<sup>(1)</sup>; Paulo Alexandre Carvalho Ferreira<sup>(2)</sup>; Emília Conceição Mesquita Sola<sup>(3)</sup>



## Resumo

A não adesão ao regime terapêutico e a baixa capacidade de autocuidado nos doentes transplantados ao coração são fatores determinantes para a redução da expectativa e da qualidade de vida destas pessoas, tendo impacto no aumento dos custos e na utilização dos serviços de saúde.

Com a elaboração do estudo pretendeu-se conhecer a capacidade para o autocuidado e a adesão ao regime terapêutico da pessoa que vive com um transplante de coração há mais de seis meses. Assim, realizámos um estudo transversal, descritivo e correlacional, recorrendo à estatística descritiva e inferencial para análise dos dados. A colheita de dados foi realizada nas consultas de acompanhamento de doentes transplantados ao coração de um hospital universitário, recorrendo a uma amostra não probabilística e acidental de 62 indivíduos. Utilizámos uma Escala de Capacidade de Autocuidado (ECA) e uma Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

A MAT permitiu-nos verificar um bom nível médio de adesão (5,78). Calculados os scores da ECA, verificou-se que 75,8% dos indivíduos tem muito boa e 24,2% tem boa capacidade de autocuidado, constatando-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a capacidade de autocuidado e a adesão ao regime terapêutico.

**Palavras-chave:** Transplante Cardíaco, Adesão Terapêutica, Capacidade de Autocuidado

## Abstract

### SELF-CARE CAPACITY AND ACCESSION TO THE THERAPEUTIC REGIME OF THE PERSON HEART TRANSPLANTED

*The non-adherence to therapeutic regimen and a low self-care capacity in heart transplant patients has been recognized as determining factors in reducing both their life expectancy and their quality of life having an impact on the increase of costs and on the use of health care services.*

*This study intended to meet the capacity of self-care and adherence to treatment regimen of the person living with a heart transplant for more than six months. We conducted a cross-sectional, descriptive and correlational study, using descriptive and inferential statistics for data analysis. Data collection was carried out during the follow-up of heart transplant patients at a university hospital, using a non-probabilistic and random sample from 62 individuals. The data collection instrument included a Self-Care Ability Scale (SCAS) and Measure Adherence to Treatment (MAT).*

*The MAT has enabled us to verify a good mid-level adherence (5.78). Calculating the scores of the SCAS, it was found that 75.8% of individuals had very good ability to self-care and 24.2% good. It was found that there is a statistically significance correlation between self-care ability and adherence to the treatment regimen.*

**Keywords:** Heart Transplantation, Therapeutic Adherence, Self-Care Capacity

## Resumen

### CAPACIDAD DE AUTOUIDACIÓN Y ADESIÓN AO RÉGIMEN TERAPÉUTICO DA PESSOA TRANSPLANTADA A CORAÇÃO

*La no adherencia al régimen terapéutico y la baja capacidad de autocuidado en pacientes con trasplante de corazón son reconocidos como factores determinantes para la reducción de la expectativa y calidad de vida de estas personas, que tienen impacto en el aumento de los costes y en la utilización de los servicios de salud.*

*Con la elaboración de este estudio se pretende conocer la capacidad para el autocuidado y la adherencia al régimen de tratamiento de la persona que vive con un trasplante de corazón durante más de seis meses. Por lo tanto, se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional, utilizando estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los datos. La recogida de los datos se llevó a cabo en las consultas de control de los pacientes transplantados de corazón de un hospital universitario, utilizando una muestra no probabilística y aleatoria de 62 individuos. El instrumento de recogida de datos incluyó una Escala de Capacidad de Autocuidado (ECA) y para medir la adherencia al tratamiento la escala MAT.*

*El MAT nos ha permitido comprobar una adherencia de un nivel medio (5.78). Las puntuaciones calculadas mediante la ECA, revelaron que el 75,8% de los individuos tiene muy buena capacidad de autocuidado y un 24,2% buena. Existe una correlación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado y la adherencia al régimen de tratamiento.*

**Palabras clave:** Trasplante de corazón; Adherencia al Régimen Terapéutico; Capacidad de Autocuidado

Rececionado em maio 2017. Aceite em julho 2017

<sup>(1)</sup> Enfermeiro no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Centro de Cirurgia Cardiorrástica, Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. antonio.jsfer@gmail.com

<sup>(2)</sup> Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, PhD

<sup>(3)</sup> Enfermeira Chefe no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Centro de Cirurgia Cardiorrástica, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## INTRODUÇÃO

A transplantação cardíaca é atualmente um tratamento de reconhecida validade que permite ao doente com insuficiência cardíaca terminal, ver a sua expectativa de vida aumentada e a sua qualidade de vida melhorada.

O aprimorar das técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento de novos fármacos imunossuppressores, permitiram uma evolução enorme na área dos transplantes de órgãos, no entanto, não podemos deixar também de salientar, a importância de uma forte envolvimento de todos os atores comprometidos no processo da transplantação cardíaca, no qual se incluem os enfermeiros. A sua formação permite-lhes a obtenção de ferramentas únicas e situarem-se numa posição bastante privilegiada, na promoção do autocuidado e na melhoria da adesão a um regime terapêutico rigoroso, condições essenciais para a melhoria da sobrevida e da qualidade de vida da pessoa transplantada ao coração.

Neste contexto e para a realização deste estudo, utilizámos uma metodologia de investigação de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional, no sentido de dar resposta aos seguintes objetivos: identificar o nível de adesão aos tratamentos; descrever a capacidade de autocuidado; e analisar de que forma é que a capacidade de autocuidado se relaciona com a adesão aos tratamentos da pessoa transplantada ao coração.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As doenças cardiovasculares continuam a ser uma das principais causas de morte no mundo Ocidental, constituindo um peso significativo quer em termos financeiros quer em termos emocionais para toda a sociedade. Apesar dos avanços científicos que se conheceram nas últimas décadas, a verdade é que as doenças cardiovasculares ainda são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos em Portugal, representando assim a principal causa de morte (Portugal, 2009).

De acordo com Bortolotto *et al.* (1997), a sobrevida de doentes com IC (Insuficiência Cardíaca) refratária ao tratamento clínico e cirúrgico convencional é extremamente baixa, o

transplante cardíaco tem sido uma opção terapêutica importante, modificando consideravelmente a expectativa de vida, no entanto, este apenas está indicado aos doentes que já esgotaram todas as alternativas médicas ou cirúrgicas no tratamento da IC e que continuam com uma expectativa e qualidade de vida bastante limitadas.

A constante ameaça de morte e a incerteza do prognóstico de vida são desafios com que os doentes que aguardam o transplante de coração e os seus familiares se debatem no dia-a-dia. A incapacidade para a atividade física, para o desempenho do seu papel no seio da família e da sociedade onde está inserido e o aumento da dependência para a realização de pequenas tarefas relacionadas com o seu próprio autocuidado são outros fatores perturbadores e geradores de grande ansiedade.

A complexidade e a especificidade do transplante cardíaco exigem do enfermeiro uma assistência específica com qualidade e domínio técnico-científico. É no processo de avaliação para transplante que se deve iniciar um programa de suporte emocional e psicossocial do doente e dos seus familiares (Baumgartner *et al.*, 1996).

Inserido numa equipa multiprofissional, o enfermeiro responsável pela avaliação dos candidatos a transplante, deve-se centrar também em aspetos psicossociais que permitam avaliar se a pessoa e a família tem condições de manter uma conduta adequada relacionada com a sua saúde. O candidato e a sua família devem compreender que o transplante não é uma cura, mas uma alternativa que oferece uma melhoria na qualidade e expectativa de vida e que em substituição de alguns problemas podem advir outros.

Assim, o enfermeiro deve avaliar de forma objetiva e direcionada as necessidades do doente e dos seus familiares. Nesse processo de avaliação deverá conhecer-se a capacidade para o autocuidado relativamente à gestão do regime terapêutico, como por exemplo a preparação e administração da medicação imunossupressora e a adoção de hábitos de vida saudáveis.

De acordo com Bacal *et al.* (2009), a avaliação pré-transplante deve contemplar as seguintes condições: Aceitabilidade – capacidade de

aceitação e adesão ao tratamento pelo doente e cuidador; Dinâmica familiar – identificar o cuidador informal/formal que participe na promoção dos cuidados; Acesso – a distância ao hospital deve ser inferior a duas horas de viagem e deve ter acesso aos meios de comunicação como o telemóvel/telefone; Condições socioeconómicas – deve ser identificado o nível de escolaridade e a capacidade para compreender a educação para saúde que lhe vai ser realizada, avaliar as condições da habitação, a profissão e se necessário pedir avaliação/intervenção do serviço social.

Para o doente e para a família, a cirurgia de transplante cardíaco é um marco a transpor. O trabalho em equipa, uma comunicação aberta e o respeito pelos protocolos instituídos são fatores importantes para otimizar a recuperação do doente e minimizar as complicações que possam surgir. Mas uma cirurgia e um pós-operatório imediato bem sucedidos não significam o fim de todas as preocupações.

Depois de transplantado, a qualidade de vida do doente e o sucesso do transplante dependem, em muito, da adesão ao tratamento e do interesse e capacidade que este demonstra para o autocuidado. É do enfermeiro a responsabilidade de facilitar esta adesão, quer pelo estabelecimento de uma relação de ajuda e de confiança, quer pela implementação de ações educativas que visem a mudança de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis.

Apesar do problema da não adesão ao regime terapêutico no geral e à medicação em particular ser um tema debatido com alguma frequência em várias áreas da saúde, em Portugal e na área da transplantação cardíaca, é um tema que ainda não está suficientemente desenvolvido pelos enfermeiros.

Adesão (*adherence*) implica uma atitude ativa, com envolvimento voluntário e colaborativo do utente e do profissional de saúde, num processo conjunto para a mudança de comportamento do primeiro. O “utente adere ao tratamento ou ao protocolo terapêutico, tendo por base um acordo conjunto que tem a sua participação, o que o leva a reconhecer a importância de determinadas ações prescritas” (Camarneiro, 2002, p.26).

Delgado e Lima (2001) definiram a adesão aos tratamentos “como o grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico proposto” (p. 82).

Segundo Geest *et al.* (2001), a não adesão ao tratamento imunossupressor é um factor de risco *major* para a rejeição aguda e está também associada, à vasculopatia do enxerto em doentes transplantados cardíacos.

De acordo com Correia *et al.* (2007), a não adesão ao regime terapêutico em doentes transplantados é muito frequente, sendo a sua prevalência média de 25% a 28%, podendo ser influenciada por diversos fatores, nomeadamente fatores demográficos (idade, estado civil, sexo, raça e nível socioeconómico), fatores psiquiátricos e psicológicos (depressão, perturbações da personalidade, atraso mental, alcoolismo, crenças da doença) e outros fatores, como o custo da medicação e história de transplante prévio.

Os mesmos autores afirmam que, depois de realizado o transplante, os níveis de adesão podem variar consideravelmente ao longo do tempo. Por exemplo, durante o primeiro mês, os doentes apresentam geralmente uma boa adesão se forem devidamente informados da importância dessa conduta. Após esse período, podem começar a apresentar uma não adesão ocasional (falhar uma ou duas tomas por semana ou não respeitarem o horário das tomas). Nos meses seguintes alguns doentes podem apresentar uma não adesão intermitente que se pode tornar em persistente e total. Esta não adesão está habitualmente relacionada com os efeitos secundários dos fármacos e com a sensação de imortalidade reforçada pelo tempo decorrido sem problemas de saúde.

Bleser *et al.* (2009), baseados em várias revisões sistemáticas sobre a adesão em doentes transplantados, referem que, 50% das rejeições agudas tardias e 15% das perdas dos órgãos transplantados, estão associados à não adesão aos tratamentos. E acrescentam, pequenos desvios sobre a dose prescrita e os *timings* de administração das drogas é o suficiente para aumentar o risco de morbidade e mortalidade entre estes doentes.

Neste contexto, podemos afirmar que, a não adesão à terapêutica em doentes transplantados é hoje reconhecida como um fator determinante para o aumento da morbidade e da mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e maior taxa de utilização dos serviços de saúde.

Para além da adesão à terapêutica farmacológica, é igualmente essencial, que a pessoa adote hábitos de vida saudáveis, sendo a atividade física, os hábitos alimentares, o controlo do stresse e da ansiedade, a abstinência ao tabaco e ao consumo de álcool, alguns exemplos para o controlo de fatores de risco cardiovasculares, como as dislipidemias, a hipertensão arterial e o excesso de peso / obesidade.

Neste sentido, sendo a pessoa transplantada ao coração, reconhecidamente como portadora de uma doença crónica, com necessidades muito específicas em saúde, o indivíduo, a família e a própria sociedade em que está inserido, deverão estar munidos de ferramentas, que permitam ao indivíduo ser agente do seu próprio cuidado (*self-care*), e se possa autopromover como um ser biopsicosocioculturoespiritual.

Para Orem (2001), capacidade de autocuidado, significa no contexto da teoria, aquilo que a pessoa é capaz de realizar por si e para si própria. Refere-se ao conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências adquiridas ao longo da vida para a realização do autocuidado. A pessoa que possui esta capacidade, Orem denominou "*self-care agency*".

A capacidade de se envolver e executar as atividades de autocuidado está relacionada com um processo de aprendizagem contínuo que, de acordo com Orem (2001), está sujeita a vários fatores que a podem condicionar, tais como, a idade, as experiências de vida, os valores, a cultura, os recursos financeiros, o sexo e a própria educação. Foi este conceito de capacidade de autocuidado da teórica Dorothea Orem que serviu de base para a construção da *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (Isenberg, 2001).

Assim, após a realização do transplante, o doente vai ter que reaprender a viver com o seu novo coração. Para além da capacidade técnica

que se exige ao enfermeiro que cuida do doente com transplante cardíaco, este não deve descurar as suas necessidades psicossociais. Para além disso, este é um processo que não afeta apenas o indivíduo, mas também todo o seu sistema familiar e social, dimensões essenciais para o autocuidado.

## METODOLOGIA

Com a elaboração deste estudo pretendeu-se conhecer a capacidade de autocuidado e a adesão aos tratamentos da pessoa que vive com um transplante de coração há mais de seis meses, tendo como finalidade primordial, melhorar a capacidade de resposta e adequá-la às necessidades dos utentes. Com este propósito, formulámos a seguinte questão de investigação: "Qual a capacidade para o autocuidado e de que forma é que esta se relaciona com a adesão aos tratamentos do indivíduo transplantado ao coração?".

Foi formulada a seguinte hipótese de investigação: "Existe relação entre a capacidade de autocuidado e a adesão aos tratamentos do indivíduo transplantado ao coração".

Neste contexto, podemos afirmar que se trata de uma estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional.

A população alvo do estudo foi constituída pelos doentes submetidos a transplante cardíaco há mais de seis meses, seguidos na consulta de transplantação cardíaca após a realização da cirurgia num centro de cirurgia cardiotorácica de um hospital universitário.

A amostra de 62 indivíduos foi do tipo não probabilístico e acidental de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser transplantado ao coração há mais de seis meses; não possuir no momento qualquer tipo de doença grave que possa afetar a sua capacidade cognitiva; frequentar a consulta de acompanhamento após o transplante; ter idade superior a 18 anos à data da aplicação dos questionários; e compreender e assinar o consentimento informado.

A recolha de dados foi realizada pela aplicação de um questionário aos doentes submetidos a transplante cardíaco, mas para além disso, recorremos também à análise documental dos processos clínicos com o objetivo de identificar dados clínicos, de monitorização e terapêutica.

Assim, depois de realizado um pré-teste, o instrumento de colheita de dados foi constituído por: um questionário para caracterização sociodemográfica da amostra; um guia para colheita de dados do processo clínico; Escala de Capacidade de Autocuidado (ECA); e pela Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

A Escala de Capacidade de Autocuidado foi elaborada e utilizada por Baquedano (2008). Segundo este autor, é um instrumento que contém 25 itens para avaliar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Descreve as pessoas pela sua capacidade em concretizar o autocuidado e não pelo facto de se estar de acordo ou não com determinada afirmação. Arias e Álvarez (2009) também são da opinião que, a escala com quatro possibilidades de resposta elimina a opção intermédia, evitando que o indivíduo se desinteresse em pensar na sua real capacidade para determinado autocuidado. Da sua utilização, Baquedano (2008) obteve um alfa de Cronbach de 0,86. O estudo de fidelidade do instrumento foi realizado conforme recomenda Maroco e Marques (2006) e revelou um bom valor de consistência interna ( $\alpha$  global = 0,781).

A Medida de Adesão aos Tratamentos foi construída e utilizada em Portugal por Delgado e Lima (2001) em doentes portadores de doenças crónicas, em que verificaram uma consistência interna aceitável, com um alfa de Cronbach de 0,74. No nosso trabalho realizámos o estudo da fidelidade com um  $\alpha$  global de 0,763.

O tratamento e a análise dos dados foi realizado recorrendo ao programa estatístico SPSS, utilizámos o teste de kolmogorov-Smirnov para verificar se a distribuição das variáveis sob estudo era normal e o teste de Levene, para testar a homogeneidade das variâncias. Para testar a hipótese em estudo, recorremos ao teste não paramétrico de correlação de Spearman e considerámos um nível de significância de 5% ( $\alpha=0.05$ ).

Foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição onde foi realizado o estudo. A todos os participantes foi explicado os objetivos do trabalho e o método de recolha de dados, assim como, o direito de desistir do estudo a qualquer momento, sendo a

sua participação, voluntária. Todos os indivíduos abordados, não excluídos pelos critérios de inclusão já mencionados, aceitaram preencher o questionário e assinar o consentimento informado.

## RESULTADOS

Relativamente à caracterização sociodemográfica, a amostra foi constituída por 83,9% de homens e 16,1% de mulheres, com uma média de idades de 57,45 anos (desvio padrão de 11,4 anos), variando entre os 26 e os 73 anos. A maior parte dos indivíduos era casada ou vivia em união de facto (80,6%) e 19,4% não tinha companheiro(a) (solteiro, viúvo ou divorciado). A maioria dos doentes transplantados eram residentes em zonas urbanas (68%) e 57% dos indivíduos procediam da zona centro do país. Em relação ao nível de instrução, 43,5% tem a instrução primária e a maioria (67,7%) encontrava-se na situação de reformado.

No que diz respeito à caracterização clínica da amostra, 27,4% dos indivíduos foi transplantado há mais de 5 anos, os que têm entre um e dois anos após o transplante, têm a mesma representatividade (27,4%) e os que foram transplantados há menos de um ano e há mais de seis meses representam 12,9% da amostra. Verificou-se que metade dos indivíduos apresentava valores de colesterol superiores a 200 mg/dl (valor considerado como critério de hipercolesterolemia segundo Costa *et al.*, 2003), 22,6% tinha hiperglicemia e 21,0% apresentava hipertensão arterial. Do grupo de indivíduos que apresentava hipertensão arterial (21,0%), 76,9% tinha valores que se enquadram no estadio 1 e 23,1% no estadio 2 da hipertensão arterial (classificação adotada pela Direção Geral da Saúde, 2004).

Em relação aos hábitos tabágicos, existe apenas um indivíduo (1,6%) que refere ter voltado a fumar depois de realizado o transplante cardíaco.

A maioria (64,5%) refere praticar uma atividade física, sendo a caminhada a atividade que mais vezes é referenciada. O tempo que é dedicado à atividade física situa-se, na maioria, entre os trinta e os sessenta minutos por dia, cinco ou mais vezes por semana. Os indivíduos que não praticam atividade física de uma forma regular (35,5%),

apontam a falta de vontade e a falta de tempo como os principais motivos para não praticarem.

A utilização da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) permite detectar os doentes que omitem a ingestão da medicação por esquecimento, que se esquecem das horas de administração ou não respeitam o horário que está pré-estabelecido, que deixam de tomar a medicação por iniciativa própria por se sentir melhor ou por se sentir pior, aborda a problemática da automedicação e de deixar de tomar os medicamentos, por terem terminado ou por outra razão não especificada. Esta medida não se refere a um medicamento específico, como por exemplo os imunossuppressores, mas abrange toda a medicação utilizada pelo doente. Da utilização desta escala no nosso estudo, o valor mínimo encontrado foi de 4,71 e o máximo de 6 pontos. O valor médio foi de 5,78 com um desvio padrão de 0,03 pontos. Com o objetivo de captar padrões de adesão, procedeu-se à conversão da escala, podendo-se verificar um indivíduo (1,6%) que, pelo seu padrão comportamental, foi categorizado como não aderente aos tratamentos.

Segundo Baquedano (2008), a Escala de Capacidade de Autocuidado faz uma abordagem às necessidades do tipo universal, tais como: alimentação, eliminação, actividade física, sono e repouso, interacção social, prevenção de riscos para a saúde, promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, necessidades relacionadas com o estado de saúde da pessoa e do seu tratamento, monitorização de sinais e sintomas relacionados com a sua saúde, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico,

entre outras.

Os valores da escala podem variar entre 0 e 75 pontos, sendo que, a valores mais altos corresponde maior capacidade de autocuidado. Na nossa amostra verificámos que o valor mínimo encontrado foi 39 e o máximo 75, com uma média de 63,18 e um desvio padrão de 1,0. Pela categorização proposta por Baquedano (2008), podemos referir que, a maior parte dos indivíduos tem muito boa capacidade de autocuidado (75,8%) e 24,2% tem boa capacidade de autocuidado.

Antes de se proceder aos testes de hipóteses, foi testada a normalidade das variáveis principais pela utilização do teste de Kolmogorov-Smirnov, tal como descrito em Maroco (2007) para um tamanho da amostra superior a 50 e verificámos que, a variável “Capacidade de Autocuidado” segue uma distribuição normal, enquanto que, a Medida de Adesão aos Tratamentos segue uma distribuição diferente da normal para um  $\alpha$  de 0,05.

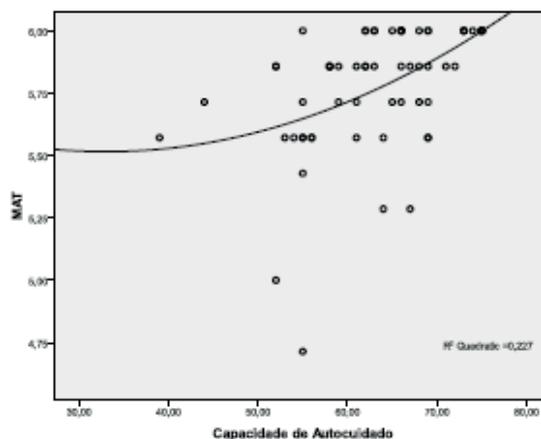
Para testar a hipótese que afirma a existência de relação entre a capacidade de autocuidado e a adesão aos tratamentos do indivíduo transplantado ao coração, utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman. Assim, a análise ao quadro 1 permite-nos verificar a evidência científica da correlação entre as duas variáveis, sendo que, a adesão aos tratamentos farmacológicos está moderada e positivamente correlacionada ( $r_s=0,423$ ) com a capacidade de autocuidado, isto é, quanto maior for a capacidade de autocuidado melhores são os níveis de adesão aos tratamentos farmacológicos (gráfico 1).

**Quadro 1 – Coeficiente de correlação de Spearman (teste bicaudal) entre a adesão aos tratamentos e a Capacidade de Autocuidado (n=62)**

Variáveis	Capacidade de Autocuidado	
Adesão aos Tratamentos	0,423*	$r_s$
	0,000	Sig.

\* A correlação é significativa ao nível de 0.01 (bicaudal)

Gráfico 1 – Diagrama de dispersão entre a medida de adesão aos tratamentos e a capacidade de autocuidado



## DISCUSSÃO

Os registos da *International Society for Heart and Lung Transplantation* (ISHLT) na Europa no ano de 2010 demonstram que, 73,0% dos indivíduos transplantados ao coração eram do sexo masculino, no nosso estudo foi de 83,9%. A maior percentagem de homens relativamente ao número de mulheres que são transplantadas deve-se, sobretudo, ao facto da miocardiopatia isquémica (que ocorre mais cedo no homem) ser ainda uma das principais causas da insuficiência cardíaca que leva à realização do transplante. De acordo com a mesma organização, a faixa etária dos 50 aos 59 anos, é a mais representativa e de facto, a média de idades da nossa amostra é de 57,75 anos (desvio padrão de 11,4 anos).

Em relação ao estado civil, a maioria dos indivíduos que constituem a amostra é casada ou vive em união de facto com o(a) companheiro(a) (80,6%). Este facto torna-se ainda mais relevante, uma vez que, o alvo da educação para a saúde na preparação da alta é muitas vezes o companheiro, porque o enfermeiro sabe que este influencia positivamente a adesão aos tratamentos e adopção de hábitos de vida saudáveis. São vários os autores que reconhecem o apoio dos cônjuges como fundamental para o sucesso do transplante cardíaco (Dobbels *et al.*, 2009; Catela e Amendoeira, 2010). Dobbels *et al.* (2009) demonstraram que não ter companheiro (ou não ter uma relação estável) foi

um preditor significativo para a perda tardia do órgão transplantado.

Relativamente à caracterização clínica, a presença dos factores de risco considerados no nosso estudo (hipercolesterolemia, hiperglicemia, hipertensão arterial e excesso de peso/obesidade), estão directamente relacionados com um maior risco de doença cardiovascular. Sabe-se que, muitas vezes é a própria medicação imunossupressora que provoca o aparecimento deste tipo de morbilidades (António *et al.*, 2010; Generis®, 2005), daí a importância acrescida de um programa de educação para a saúde ao doente transplantado, que tenha como objectivo a adesão a um regime terapêutico também focado na redução dos factores de risco considerados. Segundo Wainwright e Gould (1997) um programa de educação para a saúde bem sucedido, para além de diminuir a morbilidade e a mortalidade, pode contribuir, inclusivamente para uma utilização mais racional dos serviços de saúde, uma vez que se diminuem o número de complicações e as necessidades de reinternamento e/ou retransplantação de doentes não aderentes.

### Adesão aos tratamentos

Pretendendo saber se, em relação à medicação imunossupressora, nalguma ocasião teriam deixado de tomar os medicamentos sem indicação médica, 8,1% dos indivíduos respondeu

afirmativamente, sendo que, a maior parte deles aponta o esquecimento como a razão principal para ter deixado de tomar os respectivos fármacos. Também O'Brien *et al.* (2008) apontam o “esquecimento” como a principal razão dos doentes omitirem pelo menos uma dose dos imunossupressores, no entanto, estes autores apuraram uma percentagem bastante superior (48,5%) à que foi descrita no nosso estudo.

Para minimizar a ocorrência destes “esquecimentos”, o enfermeiro em conjunto com os doentes e familiares, deve encontrar algumas estratégias de modo a tornar a gestão da medicação mais fácil, como por exemplo: usar um programador da medicação, um relógio ou telemóvel com alarme, uma caixa própria onde possa preparar antecipadamente e semanalmente a quantidade necessária para o tratamento, coordenar a toma dos medicamentos com outras actividades durante o dia (refeições), envolver também um familiar na gestão da medicação e pedir as receitas dos medicamentos com um tempo razoável de antecedência antes destes terminarem.

De salientar que, 6,5% dos indivíduos referem necessitar de ajuda para gerir a medicação, apontando o receio de se enganar como o principal motivo dessa necessidade. O enfermeiro, para além das estratégias enunciadas anteriormente, deve nestes casos potenciar a capacidade de autocuidado e a autoconfiança do indivíduo. Valorizar o papel da família no acompanhamento da pessoa transplantada, mas promovendo sempre que possível a independência do indivíduo transplantado.

Sabendo que, a Medida de Adesão aos Tratamentos pode variar entre um e o máximo de seis pontos, a utilização deste instrumento permitiu-nos verificar um nível médio de adesão (5,78) muito próximo do máximo permitido pela escala. Para além disso, permitiu-nos perceber que, na nossa amostra existe um indivíduo (1,6%) que pelo seu padrão comportamental foi classificado como não aderente aos tratamentos.

### **Capacidade de Autocuidado**

Calculados os *scores* da escala, foi determinada uma média para a capacidade de autocuidado da amostra de 63,18 (desvio padrão de 1,0), que de

acordo com Baquedano (2008), se enquadra na categoria de muito boa capacidade de autocuidado. Verificámos que 75,8% dos indivíduos tem muito boa capacidade de autocuidado, enquanto que 24,2% se enquadra na categoria com boa capacidade de autocuidado.

No pré-transplante, o enfermeiro avalia não só a capacidade de autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca candidata a transplante que, na maioria das vezes é muito limitativa, mas também, o potencial para o autocuidado que irá ter depois de realizado o transplante e que de alguma forma, poderá influenciar na adesão ao regime terapêutico.

Neste sentido, as intervenções de enfermagem, que serão sobretudo de educação para a saúde, deverão ter como objectivo, a melhoria da capacidade de autocuidado dos que apresentam valores mais baixos e a manutenção e/ou melhoria, daqueles que apresentam valores mais altos.

A realização de um transplante cardíaco implica seguir um tratamento complexo até ao fim da vida da pessoa, com mudanças no estilo de vida que deverão ser compatíveis com o seu próprio conceito de qualidade de vida. A equipa de saúde envolvida no cuidado à pessoa transplantada e à sua família terá que ter este aspecto sempre bem presente, correndo o risco de abandono, total ou parcial, dos tratamentos estabelecidos. A adesão ao regime terapêutico é um factor susceptível de se melhorar, indo influenciar positivamente os resultados de saúde que se esperam atingir com determinados cuidados ou tratamentos.

Relativamente à principal hipótese em estudo, que afirma a existência de relação entre a capacidade de autocuidado e a adesão aos tratamentos, verificámos que existem fortes evidências estatísticas para afirmar que quanto maior a capacidade de autocuidado, melhores são os níveis de adesão aos tratamentos.

Também Arias e Álvarez (2009), num estudo que efectuaram em doentes com algum factor de risco cardiovascular, concluíram que, quando o indivíduo possui melhor capacidade para se autocuidar, conta com maiores habilidades para aderir aos tratamentos, sejam eles farmacológicos ou não farmacológicos.

Assim, aos enfermeiros exige-se que utilizem os seus conhecimentos em enfermagem, para fazer um diagnóstico dos deficits de autocuidado da pessoa transplantada ao coração e, em conjunto com o indivíduo e com a sua família, conceptualize um plano de cuidados com as intervenções necessárias de modo a capacitá-los para a realização do autocuidado.

Tendo em conta a Teoria do Autocuidado de Orem, consegue-se capacitar a pessoa para o autocuidado, se lhe proporcionarmos informações relativas aos seus tratamentos e ao próprio transplante, se a instruímos na manutenção do seu bem-estar físico (nutrição, actividade física, eliminação, repouso) e até no uso de técnicas de relaxamento, que permitam à pessoa sentimentos mais optimistas em relação à sua saúde.

### CONCLUSÃO

Ao contribuir para melhorar a capacidade de autocuidado e a adesão ao regime terapêutico, o enfermeiro estará a contribuir, numa primeira análise, para a redução do sofrimento dos doentes e dos seus familiares, mas numa perspectiva mais económica, estará também a contribuir para a redução das necessidades de reinternamentos e da utilização dos serviços de saúde, contribuindo assim, para a redução dos custos em saúde.

Por isso, é indispensável que se melhore as competências para trabalhar a capacidade de autocuidado da pessoa e da família, uma vez que, como verificámos no nosso estudo, estaremos também a melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Assim, integrado numa equipa de saúde multidisciplinar que tem como foco de atenção a pessoa transplantada ao coração e a sua família, o enfermeiro utiliza os seus conhecimentos da sua área profissional para identificar a capacidade de autocuidado do indivíduo e da família, planeia um conjunto de actividades que tenham como objectivo a melhoria dessa capacidade (educação para a saúde na área da alimentação, por exemplo), tendo em conta a individualidade da pessoa e os recursos que detém.

Depois da execução do plano e da sua avaliação, podemos estar perante duas situações: a) não existir melhoria da capacidade de autocuidado e

por isso retomamos todo o processo, colocando a hipótese de novas estratégias; b) existir melhoria da capacidade de autocuidado, e por conseguinte, obter melhoria dos níveis de adesão aos tratamentos, o que nos levará para um patamar de novos objectivos.

Assim, as intervenções de enfermagem que incentivem o autocuidado da pessoa e da família devem ser cada vez mais promovidas, sendo que, os enfermeiros estão numa posição central no sentido de dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa transplantada ao coração.

### BIBLIOGRAFIA

ANTÓNIO, Natália [*et al.*] – **A diabetes mellitus prévia não agrava o prognóstico no primeiro ano após a transplantação cardíaca.** *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Lisboa. ISSN 0304-4750. Vol. 29, nº02 (2010), p.205-220.

ANTUNES, Manuel – **Entrevista a Manuel Antunes.** *Diário de Notícias* [em linha]. 2010. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dnoticias.pt/impressa/diario/214722/madeira/214783-entrevista-a-manuel-antunes>>.

ARIAS, Anita Velandia; ÁLVAREZ, Luz N. Rivera – **Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular.** *Revista de Salud Pública* [em linha]. Vol. 11, nº4 (2009), p.538-548. Disponível em WWW:<URL: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642009000400005](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005)>.

BACAL, F. [*et al.*] – **II Directriz Brasileira de Transplante Cardíaco.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [em linha]. Nº94 (2009), p.16-73. Disponível em WWW:<URL: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz\\_transplante\\_cardiaco.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_transplante_cardiaco.pdf)>. ISSN 1678-4170.

BAQUEDANO, Irasema Romero – **Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2 no Serviço de Urgência do Hospital Regional Mérida, Yucatán, México.** São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008. 139 p. Tese de doutoramento. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/>

22132/tde-27052008-143605/pt-br.php>.

BAUMGARTNER, William A. [et al.] – **Manual de Cirurgia Cardíaca do Hospital Johns Hopkins**. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan S.A., 1996. ISBN 85-277-0371-8.

BLESER, Leentje De [et al.] - **Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review**. *Transplant International*. Vienna. ISSN 0934-0874. Vol. 22, nº8 (2009), p.780-797.

BORTOLOTO, Luiz Aparecido [et al.] – **Evolução a Longo Prazo e Complicações da Hipertensão Arterial após Transplante Cardíaco**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [em linha]. Vol.69, nº5 (1997). Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v69n5/3690.pdf>>. ISSN 1678-4170

CAMARNEIRO, Ana Paula Forte – **Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos**. *Revista Referência*. Coimbra. ISSN 0874.0283. Nº 9 (2002), p. 25-30.

CATELA, Alda Isabel; AMENDOEIRA, José – **Viver a adesão ao regime terapêutico: Experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco**. *Pensar Enfermagem* [em linha]. Vol. 14, nº2 (2010), p. 39-53. Disponível em: WWW:<URL:[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010\\_14\\_2\\_39-54%281%29.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54%281%29.pdf)>. ISSN 0873-8904.

CORREIA, Diogo Telles [et al.] – **Adesão nos doentes transplantados**. *Acta Médica Portuguesa* [em linha]. Lisboa. II Série, Vol. 20, nº 1 (2007), p. 73-85. Disponível em: WWW: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/73-86.pdf>>. ISSN 1646 – 0758.

COSTA, João [et al.] – **Incidência e Prevalência da Hipercolesterolemia em Portugal: Uma Revisão Sistemática da Literatura. Parte I**. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Lisboa. ISSN 0304-4750. Vol. 22, nº4 (2003), p. 569-577.

DELGADO, Artur Barata; LIMA, Maria Luísa – **Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos**. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol. 2, nº2 (2001), p.81-100.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Circular Normativa nº2/DGCG. 31/03/2004**.

**Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial** [em linha]. 21p. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/>>.

DOBBELS, Fabienne [et al.] – **Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: An evidence base for pretransplant psychosocial screening**. *Transplantation* [em linha]. Vol.87, nº10 (2009), p.1497-1504. Disponível em: WWW:<URL: [http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2009/05270/Pretransplant\\_Predictors\\_of\\_Posttransplant.11.aspx](http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2009/05270/Pretransplant_Predictors_of_Posttransplant.11.aspx)>. ISSN 1534-0608.

GEEST, Sabina De [et al.] – **Profiles of patients who experienced a late acute rejection due to nonadherence with immunosuppressive therapy**. *The Journal of Cardiovascular Nursing* [em linha]. Vol.16, nº1 (2001) p.1-14. Disponível em WWW:<URL:[http://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2001/10000/Profiles\\_of\\_Patients\\_Who\\_Experienced\\_a\\_Late\\_Acute.2.aspx](http://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2001/10000/Profiles_of_Patients_Who_Experienced_a_Late_Acute.2.aspx)>. ISSN 1550-5049.

GENERIS®, Farmacêutica – **Ciclosporina Generis®: 25/50/100 mg Cápsulas moles**. Folheto informativo da Ciclosporina Generis®. [S.I.], 2005. 14 p.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR HEART AND LUNG TRANSPLANTATION (ISHLT) – **Overall Heart and Adult heart Transplantation Statistics** [em linha]. Texas: ISHLT, 2010b. Disponível em WWW:<URL:<http://www.isHLT.org/registries/slides.asp?slides=heartLungRegistry>>.

ISENBERG, Marjorie A. – **Self-care Deficit Nursing Theory: Directions for advancing nursing science and professional practice**. In PARKER, Marilyn E. – *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: Davis Company, 2001. ISBN 0-8036-0604-4. p.179-191.

MAROCO, João – **Análise estatística com utilização do SPSS**. 3ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 822 p. ISBN 978-972-618-452-2.

MAROCO, João; MARQUES, Teresa Garcia – **Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?** *Laboratório de Psicologia*. Lisboa. ISSN 1645-7927. Vol. 4, nº 1 (2006), p. 65-90.

O'BRIEN, Rebecca A. [et al.] – **Medication adherence among heart and/or lung**

**transplant recipients: an exploratory study.**

*Patient Preference and Adherence Journal* [em linha]. Vol.2008, nº2 (2008), p.115-120. Disponível em WWW:<URL:http://www.dovepress.com/medication-adherence-among-heart-and-lung-transplant-recipients-an-peer-reviewed-article-PPA>. ISSN 1177-889X.

OREM, Dorothea E. – **Nursing: Concepts of Practice**. 6ªed. United States of America: Mosby, 2001. 542 p. ISBN 0-323-00864-X.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – **As doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos em Portugal** [em linha]. Portugal, 2009, actual. 01 Out. 2009. Disponível em WWW:<URL:http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulato/doencascardiovasculares.htm>.

WAINWRIGHT, Steven P.; GOULD, Dinah – **Non-adherence with medications in organ transplant patients: a literature review**. *Journal of Advanced Nursing* [em linha]. Vol.26, nº5 (1997), p.968-977. Disponível em WWW:<URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.00451.x/abstract>. ISSN 1365-2648.



# PROPRIEDADES MÉTRICAS DO TIMED UP AND GO TEST NO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Margarida Pinheiro Rosa<sup>(1)</sup>; Alexandra Sofia Matias de Freitas<sup>(2)</sup>; Catarina Alexandra Varão Simão Lopes<sup>(3)</sup>; Sandra Cristina Fernandes Gonçalves<sup>(4)</sup>; Ana Catarina Gonçalves dos Santos Redondo<sup>(5)</sup>; Luís Manuel Mota de Sousa<sup>(6)</sup>

## Resumo

**Objetivo:** identificar as propriedades clinicométricas do Timed Up and Go Test em pessoas idosas residentes na comunidade.  
**Materiais e métodos:** Revisão integrativa da literatura. A questão de partida foi: Quais as propriedades clinicométricas do Timed Up and Go Test em pessoas idosas residentes na comunidade? A formulação da estratégia PICO [Population – pessoa idosa, Interest Area - propriedades clinicométricas do Timed Up and Go Test e; Context - viver na comunidade] contribuiu para a definição dos critérios de inclusão. A seleção dos artigos foi feita através das orientações da Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. Foi avaliada a qualidade dos artigos incluídos. Foram avaliadas as propriedades clinicométricas, com recurso aos critérios de validade, reprodutibilidade, fidedignidade e sensibilidade/responsividade  
**Resultados:** A amostra foi constituída por sete artigos. O Timed Up and Go Test é fiável, válido e apresenta sensibilidade à mudança, não sendo influenciado pelo efeito teto e chão.  
**Conclusões:** o Timed Up and Go Test é adequado para avaliar a mobilidade e o equilíbrio funcional, é preditor no idoso frágil, mas usado isoladamente não é preditor de queda.  
**Palavras Chave:** Timed up and go test; Psicometria; Idoso; Comunidade.

## Abstract

**PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE TIMED UP AND GO TEST IN COMMUNITY-DWELLING ELDERLY PEOPLE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**  
**Objective:** To identify the psychometric properties of the Timed Up and Go Test in community-dwelling elderly people.  
**Materials and methods:** Integrative literature review. The starting question was: What are the psychometric properties of the Timed Up and Go Test in community-dwelling elderly people? The formulation of the PICO strategy [Population - Elderly, Interest Area - psychometric properties of the Timed Up and Go Test and; Context - community-dwelling] contributed to the definition of the inclusion criteria. The selection of articles was done using the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. The quality of the articles included was evaluated. Psychometric properties were evaluated using the criteria of validity, reproducibility, reliability and sensitivity / responsiveness  
**Results:** The sample consisted of seven articles. Timed Up and Go Test is reliable, valid and sensitive to change, not being influenced by the ceiling and floor effect.  
**Conclusions:** The Timed Up and Go Test is adequate to evaluate mobility and functional balance, it is a predictor in the fragile elderly, but used alone is not predictor of fall.  
**Key words:** Timed up and Go Test; Psychometrics; Aged; Community

## Resumen

**PROPIEDADES CLINICOMÉTRICAS DEL TIMED UP AND GO TEST EN ANCIANOS DE LA COMUNIDAD: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA**  
**Objetivo:** Identificar las propiedades clinicométricas del Timed Up and Go Test en ancianos de la comunidad.  
**Materiales y Métodos:** Revisión integradora de la literatura. El punto de partida fue: Cuales son las propiedades clinicométricas del Timed Up and Go Test en ancianos de la comunidad? La fórmula de la estrategia PICO ( población-anciano, area de interés -propiedades clinicométricas del Time Up and Go Test y Contexto -viver en la comunidad) ayudó a la definición de los criterios de inclusión. La selección de los artículos se basó en las orientaciones de la Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. Se evaluó la calidad de los artículos incluídos. Se evaluaron las propiedades clinicométricas, en base a los criterios de validad, reproductividad, confiabilidad y sensibilidad.  
**Resultados:** La muestra está formada por siete artículos. El Time Up and Go Test es fiable, válido y representa sensibilidad al cambio, sin ser influenciado por el efecto “techo y piso”.  
**Conclusiones:** El Timed Up and Go Test es adecuado para evaluar la movilidad y el equilibrio funcional, es predictor en el anciano frágil, pero usado aisladamente no es predictor de caídas.  
**Palabras clave:** Timed up and Go Test; Psicometria; Anciano; Comunidad

Rececionado em abril 2017. Aceite em junho 2017

<sup>(1)</sup> Enfermeira no serviço de Cirurgia 2, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte - HSM. Licenciada em Enfermagem. Estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Universidade Atlântica. Lisboa, Portugal, email: asfreitas31@gmail.com

<sup>(2)</sup> Enfermeira no serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central. Licenciada em Enfermagem. Estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Universidade Atlântica. Lisboa, Portugal.

<sup>(3)</sup> Enfermeira no serviço de Pneumologia/Reumatologia do Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Licenciada em Enfermagem. Estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Universidade Atlântica. Lisboa, Portugal.

<sup>(4)</sup> Enfermeira no serviço de Medicina Intensiva, do Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte. Licenciada em enfermagem. Estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Universidade Atlântica. Lisboa, Portugal.

<sup>(5)</sup> Enfermeira na UCC (Unidade de Cuidados Continuados), ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) ALBUS PETRA, ACES Sintra, Licenciada em Enfermagem. Estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Universidade Atlântica. Lisboa, Portugal.

<sup>(6)</sup> Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Serviço de Ortopedia do Hospital Curry Cabral – Centro Hospitalar Lisboa Central. Licenciado em Gestão em Saúde. Mestre em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa e Professor Assistente na Universidade Atlântica. Lisboa, Portugal

## INTRODUÇÃO

Atualmente assiste-se um envelhecimento populacional mais acelerado que no passado, prevendo-se que entre 2015 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos vai quase duplicar, passando de 11% para 22% (World Health Organization [WHO], 2015).

A Organização Mundial de Saúde [OMS] define idoso conforme o nível socioeconómico do respetivo país, pelo que em países em desenvolvimento, é considerada idosa toda a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos e em países desenvolvidos essa idade passa para os 65 anos.

Em Portugal, à data dos Censos 2011, 19% da população tinha mais de 65 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Prevê-se que em 2020 a população de 65 e mais anos aumente para 21% (INE, 2012). A idade avançada é caracterizada pelo surgimento de vários estados de saúde complexos que tendem a ocorrer somente mais tarde na vida e que não se enquadram em categorias de doenças distintas. Estes são comumente chamados síndromes geriátricos, sendo frequentemente a consequência de vários fatores subjacentes que incluem, a fragilidade, a incontinência urinária, as quedas, o delírio e as úlceras por pressão (WHO, 2015).

O envelhecimento acarreta ainda diminuição na agilidade, na coordenação, no equilíbrio, na flexibilidade e na mobilidade articular (Andrade, 2012).

A manutenção da postura estática, a estabilização da postura dinâmica é necessária para a realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Neste sentido, a capacidade funcional é a habilidade para realizar as atividades de autocuidado de forma a viver independentemente e que se encontra diretamente relacionada com qualidade de vida (Dutra, Cabral & Carvalho, 2016).

Os testes funcionais de equilíbrio como, a Escala de Equilíbrio de BERG e o Índice de Tinetti são utilizados para estimarem o risco de

queda (Santos, Borges & Menezes, 2013).

Concomitantemente a estes testes, existe o teste Timed up and go (TUG) que é um dos instrumentos de avaliação da mobilidade e de equilíbrio funcional mais utilizados a nível nacional e internacional e de fácil aplicação (Dutra *et al.*, 2016). O seu objetivo principal é avaliar a mobilidade e equilíbrio. Foi desenvolvido em 1991 como uma versão modificada do *Get Up and Go test*.

Para realizar o teste como descrito na versão original, vai-se pedir à pessoa que se sente numa cadeira, com cerca de 46cm de altura, com as costas apoiadas no encosto e os braços apoiados nos apoios da cadeira (20 cm). De seguida, pede-se há pessoa para se levantar, logo que ouçam o comando para tal, e deve caminhar num ritmo seguro e confortável (passo do dia a dia) até à linha marcada no chão depois de três metros, deve virar-se, percorrer a mesma distância e sentar-se novamente. Será cronometrado o tempo que levam desde que se levante até se sentar de novo. O teste deve ser realizado com o calçado habitual e ou com seu auxiliar de marcha (Dutra *et al.*, 2016). Face ao exposto, e partindo da questão “Quais as propriedades métricas do Timed and Go up test em pessoas idosas na comunidade?”, o objetivo deste estudo é identificar as propriedades métricas do teste TUG em pessoas idosas residentes na comunidade.

## MÉTODO

A revisão integrativa da literatura é um método específico, que resume a literatura empírica, ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno (Botelho *et al.*, 2011). Esta permite a combinação de diversas metodologias (estudos experimentais e não experimentais) e tem o potencial de desempenhar um papel importante na prática baseada na evidência em Enfermagem (Whittemore & Knaf, 2005; Souza *et al.*, 2010).

Este método de investigação tem seis fases distintas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração

da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/ síntese do conhecimento (Ganong, 1987; Souza et al., 2010; Botelho et al., 2011)

Neste sentido e para a avaliação das propriedades métricas do teste TUG foram utilizados os critérios de validade (conteúdo, constructo, concorrente e discriminante), reprodutibilidade (intra e inter-observador) e responsividade (Sousa, Marques-Vieira, Severino, e Caldeira, 2017).

A validade permite avaliar a capacidade do instrumento em medir o que se propõe. Por outro lado, a reprodutibilidade é uma medida que indica que o instrumento fornece um resultado reprodutível quando submetido a circunstâncias similares, e feito da análise da fiabilidade intra-observador (teste-reteste) e inter-observador. Por último, a responsividade mede as mudanças num período de tempo pré-estabelecido (Sousa, 2015; Sousa *et al.*, 2017).

Para a formulação da questão de investigação considerou-se as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2011) a partir da estratégia PICO (População, Área de Interesse, Contexto). Cada dimensão do PICO contribuiu para a definição dos critérios de inclusão: População – Pessoas idosas; Área de interesse – Propriedades métricas do TUG; Contexto – Comunidade. Como critérios de exclusão foram definidos, outra língua que não inglês e português; publicação anterior a 2011; artigo que apresentem menos de 75% dos critérios de qualidade nas grelhas da JBI, (2011) e grelhas de avaliação crítica segundo Bugalho e Carneiro (2004); que não estejam disponíveis na íntegra numa plataforma informática.

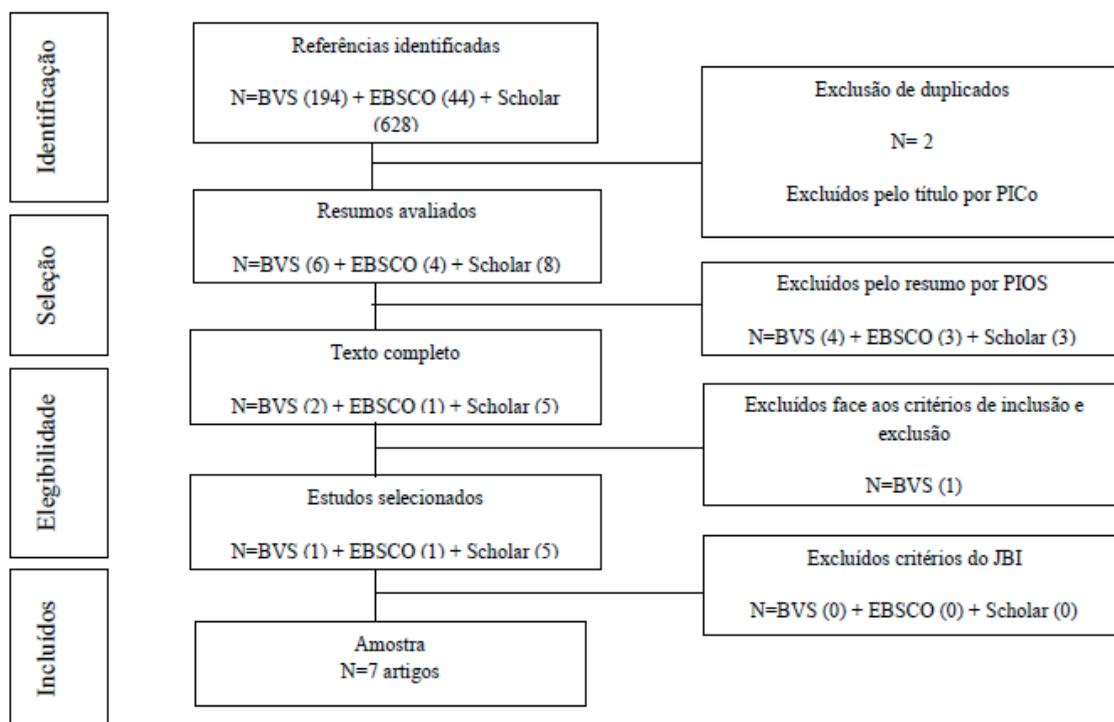
A pesquisa eletrónica foi realizada durante os meses de Outubro e Novembro de 2016 com recurso à plataforma EBSCOHost® (CINAHL Complete e MEDLINE Complete), Biblioteca

Virtual de Saúde (BVS) e Google académico.

As estratégias de pesquisa foram ((elderly people) AND (Timed up and go test)) e (elderly people) OR (Aged) AND (Accidental falls) OR (Balance) AND (Psychometrics) AND (Timed up and go test), cujos descritores foram validados na plataforma de Descritores Ciências da Saúde (DeCS) exceto o nome do teste. Tendo em conta estas estratégias, foi realizada a pesquisa e seleção dos estudos pelos 4 revisores de forma independente, seguindo a sequência sugerida pelas guidelines internacionais (PRISMA, 2015). Os resultados obtidos traduziram a leitura faseada desde o título, depois o resumo e por último o texto integral. Em cada fase, os resultados obtidos de forma independente foram confrontados e apurada concordância entre os investigadores. No caso de discordância ou dúvida, o artigo seguia para a fase seguinte de análise.

O consenso sobre a qualidade metodológica dos estudos foi conseguido através da comparação das classificações obtidas na avaliação dos mesmos, por dois avaliadores independentes. Recorreu-se à classificação da JBI para estudos descritivos e da avaliação crítica de uma revisão sistemática segundo Bugalho e Carneiro (2004). A classificação dos níveis de evidência foi realizada através das recomendações da Registered Nurses' Association of Ontario (2007).

## RESULTADOS



**Figura 1 – Identificação, análise e seleção dos artigos.**

Dos 7 artigos que integram esta amostra, três pertencem a análises de revisões sistemática e meta-análise e quatro a estudos descritivos, dois foram publicados em 2011 (Herman et al., 2011 e Beauchet et al., 2011), dois em 2013 (Savva et al., 2013 e Schoene et al., 2013) dois em 2014 (Mercant et al., 2014 e Barry et al., 2014) e um de 2016 (Dutra et al., 2016).

As amostras variam entre 30 (Beauchet et al., 2011) e 12,832 participantes (Schoene et al., 2013). Quanto ao país de origem dois provêm da Republica da Irlanda (Savva et al., 2013; Barry et al., 2014), um da Austrália (Schoene et al., 2013), um da França (Beauchet et al., 2011) um dos Estados Unidos da América (Herman et al., 2011), outro do Brasil (Dutra et al., 2016), e por último um de Espanha (Mercant et al., 2014)

Todos os artigos em análise foram classificados por tipo de estudo e nível de evidência, de acordo com os critérios de Registered Nurses' Association of Ontario

(2007). Foram incluídos 3 artigos com evidência nível Ia (Beauchet et al., 2011; Schoen, et al., 2013; Barry et al., 2014) e 4 artigos com evidência nível III (Savva, et al., 2013; Herman et al., 2011; Dutra et al., 2016; Mercant et al., 2014).

Foi elaborada uma tabela que sistematiza a informação recolhida a partir da análise dos sete artigos.

**Quadro 1 – Sistematização da informação fornecida pelos sete artigos analisados**

Referência Autor/ Ano	População	Descrição do TUG	Resultados TUG	Conclusão/ Limitações	Tipo de estudo/ Nível de evidência
Savva, <i>et al.</i> , 2013  Artigo 1	1814 adultos com mais de 65 anos. Foram apenas aceites indivíduos sem alterações cognitivas.	Condições: realizaram o teste apenas uma vez. Os participantes foram colocados em posição sentados, caminharam 3 metros ao seu ritmo habitual, viram-se, caminharam de volta para a cadeira e voltaram a sentar-se na cadeira.	Tempo: Indivíduos não frágeis - tempo inferior a 10seg Pré frágil ou frágil - 15 segundos  Propriedades métricas Validade preditiva: O TUG foi completado por 1,793 (99%) TUG identifica indivíduos frágeis (AUC=0.87), mas que com valores de teste superiores a 12 seg, a acurácia diminui para valores inferiores a 52%.	O TUG é preditor de pessoas idosas frágeis.  Limitações: falta de padrão de fragilidade	Estudos descritivos / Estudos de séries de Casos  Nível III
Schoen, <i>et al.</i> , 2013  Artigo 2	12.832 participantes com idade mínima de 60 anos a viver independentemente ou institucionalizados	Condições: 43 dos estudos foram feitos a velocidade normal e sete a velocidade acelerada. um com distância de 5m, um com uma segunda cadeira a 3m e um que andavam à volta da cadeira antes de sentar.	Tempo: nos indivíduos que vivem de forma independente varia entre 8.1 e 16 seg em velocidade confortável e entre 11 e 13.5 na sua máxima velocidade. Nos institucionalizados o tempo varia entre 13 e 32.6 segundos Quedas: a performance do TUG está associada a quedas múltiplas. A capacidade de preditor é fraca a moderada, sendo que prevê ter múltiplas quedas e não diferenciar os que caem dos que não caem. Valor de corte: os que caem são mais lentos com uma diferença de 0.4seg em pessoas saudáveis. Nos de baixa funcionalidade a diferença é superior a 4 seg. Propriedades métricas Validade preditiva: A acurácia diagnóstica dos tempos de realização do TUG na correta classificação das quedas foi considerada pobre a moderada entre os estudos. O intervalo de variação em idosos que vivem independentemente variou entre 8.1 e 16 segundos a passada normal e entre 11 a 13.5 segundos a passada rápida. Nos idosos institucionalizados houve grande variação entre 13-32.6 segundos. A diferença entre os que caem e não caem e estão institucionalizados foi de 3.59 segundos, sem evidência de heterogeneidade.	Existe uma evidência limitada para a capacidade prediativa do TUG a identificar os que não caem, como foi demonstrado pela grande sensibilidade. O TUG a apresenta uma capacidade fraca a moderada de predição de queda.  Limitações: os valores corte eram diferentes entre os estados analisados não tornando possível a recomendação baseada nos valores limite dos que caem e não caem nas pessoas que vivem de forma independente ou institucionalizadas	Revisão sistemática da literatura (total de 53 artigos)  Nível Ia

<p><b>Barry et al.,2014</b> <b>Artigo 3</b></p>	<p>Adultos com 65 ou mais anos num total de 2314 participantes</p>	<p>Condições: a aplicação e condições do teste variaram em muitos dos estudos. Estas variações incluíam para andar tão rápido quanto possível, utilização de dispositivos de apoio, cadeiras sem apoio de braços, altura do assento variável entre 40 a 50cm, andar com os braços cruzados. Nalguns estudos foi permitido uma primeira realização teste e/ou duas a três tentativas de melhores os tempos de desempenho.</p>	<p>Tempo: o melhor desempenho funcional é uma pontuação de <math>\geq 13.5</math> segundos que é utilizado como ponto de corte para identificar o aumento do risco de quedas</p> <p>Quedas: O TUG tem capacidade limitada para prever quedas em idosos no domicílio e não deve ser utilizado isoladamente para identificar indivíduos de alto risco.</p> <p>Valor de Corte: o valor de corte para identificar aumento do risco de quedas em pacientes independentes variou entre 8.1-16 segundos para a realização de TUG a uma passada normal e 11-13.5 segundos para a realização de TUG a uma passada rápida.</p> <p>Propriedades métricas Validade Preditiva: foi realizada uma análise da acurácia, especificidade e sensibilidade dos estudos em análise. O ponto de corte esteve relacionado com o nível funcionalidade. Idosos com elevada funcionalidade 0.63 segundos e os institucionalizados 3.59 segundos. A análise de regressão indica que o tempo de TUG não é um preditor de queda. Foi utilizado o modelo de efeitos aleatórios bivariado que estima a sensibilidade e especificidade do TUG em intervalos de 95%.</p>	<p>A probabilidade de queda após a realização do teste aumenta de 54% para 64% com andar rápido.</p> <p>Conclui-se que a acurácia diagnóstica do TUG era pobre a moderada.</p> <p>Limitações: Falta de informação nalguns estudos das condições de realização e os dados</p>	<p>Revisão sistemática da literatura (25 artigos incluídos na revisão sistemática e 10 estudos na meta-análise obtidos necessitariam de ser analisados no contexto das limitações do estudo.</p> <p>Nível Ia</p>
<p><b>Herman et al.,2011</b> <b>Artigo 4</b></p>	<p>265 idosos saudáveis com idades entre 70-90 anos</p>	<p>Condições: Participantes foram colocados em posição sentados, caminharam 3 metros ao seu ritmo habitual, viram-se, caminharam de volta para a cadeira e voltaram a sentar-se na cadeira, foi permitido o uso de auxiliares de marcha e realizaram o teste duas vezes.</p>	<p>Tempo: não descrito</p> <p>Quedas: TUG não é bom preditor do risco de queda.</p> <p>Valor de Corte: Idosos que caíram 2 ou mais vezes levaram mais tempo a realizar o TUG (<math>10.3 \pm 1.9\text{seg}</math>) Idosos que não caíram levaram <math>9.5\text{seg} \pm 1.7\text{seg}</math></p> <p>Propriedades métricas: Validade concorrente: foi avaliada a validade concorrente entre o TUG e as variáveis de mobilidade, equilíbrio e cognitivas. Responsividade: A sua responsividade não é influenciada pelos efeitos teto e chão, porque tem uma distribuição normal.</p>	<p>Períodos Follow-up de 12 meses em que a associação de quedas isoladas ou múltiplas com tempos acima de 13.5seg não foram significativas (<math>p&gt;0.544</math>)</p> <p>Limitações: Não são claras</p>	<p>Estudos descritivos / Estudos de séries de Casos</p> <p>Nível III</p>
<p><b>Beauchet et al.,2011</b> <b>Artigo 5</b></p>	<p>O número de participantes variou entre 30 a 2388. Idades compreendidas entre 74.4 e os</p>	<p>Condições: houve variação de 3 metros na realização do teste, foi feito com passo normal e passo acelerado. Na maioria dos estudos os participantes</p>	<p>Tempo: dois estudos mostraram que o tempo de realização acima de 30 segundos a decorrer uma distância de 5m era preditor de risco de quedas</p> <p>Nº de quedas: Quedas isoladas: mais comuns, o <i>outcome</i> de risco de queda variou entre 7.5 a 60%</p>	<p>3 estudos focaram-se na ocorrência de 1<sup>as</sup> quedas enquanto os restantes 4 nas quedas recorrentes (&gt;2 quedas)</p>	<p>Revisão sistemática da literatura (analisaram 11 artigos observacionais)</p>

	<p>84.8 anos.</p> <p>Foram analisados residentes em lares com grande funcionalidade de (5 artigos) e idosos frágeis (3 artigos)</p>	<p>puderam usar auxiliares de marcha. Em todos foi usado uma linha referência no chão.</p> <p>Períodos de follow-up variados entre 9 dias, 6 meses e até 5 anos</p>	<p>Quedas recorrentes: a probabilidade de ocorrência de novas quedas foi mais baixa nos estudos prospectivos comparada com os estudos retrospectivos.</p> <p>Valor de corte: que separam os que não caem dos que caem variam entre 10 a 32.6 segundos</p> <p>Propriedades métricas:</p> <p>Validade preditiva: seis estudos incluíram a análise da acurácia apresentando valores de sensibilidade, especificidade ou AUC (<i>area under the curve</i>), este valor variou entre 0.5 a 0.93 com associação com história de quedas. Existiam dados insuficientes nos estudos prospectivos para os autores calcularem o valor de desempenho de TUG identificador de quedas futuras.</p>	<p>Limitações:</p> <p>Nenhum dos estudos identificou as limitações para avaliar a predição de quedas.</p> <p>Dos estudos retrospectivos apenas um de 4 mostrou uma associação significativa entre o desempenho no TUG e história de quedas</p>	<p>Nível Ia</p>
<p>Dutra <i>et al.</i>, 2016</p> <p>Artigo 6</p>	<p>69 idosos com média de idade de 72,45 anos (25 homens e 44 mulheres) Do total 37 eram institucionalizados e 32 residiam na comunidade</p>	<p>Condições: Teste-reteste feito com um intervalo de 4 dias e por 2 examinadores.</p> <p>Feito na velocidade normal, sem auxiliares de marcha até 3 metros e regressar.</p>	<p>Tempo: realizado num primeiro dia duas vezes com a diferença de 2 minutos entre cada avaliação. Repetido ao fim de 4 dias também em dois períodos.</p> <p>Propriedades métricas:</p> <p>Reprodutibilidade: excelentes resultados intra e inter-observador (variação de 0.094 e 0.992): excelente reprodutividade</p> <p>Validade:</p> <p>Validade concorrente: Forte correlação entre o TUG e o EEB indica que o mesmo tem validade</p> <p>Validade de conteúdo: tradução e retroversão</p>	<p>O teste TUG é válido e fiável para aplicação em idosos brasileiros.</p>	<p>Estudos descritivos / Estudos de series de Casos</p> <p>Nível III</p>
<p>Mercant <i>et al.</i>, 2014</p> <p>Artigo 7</p>	<p>Foram selecionadas 5 pessoas de uma população saudável com mais de 65 anos de idade</p>	<p>Condições: feito utilizando uma manga com dois dispositivos (Inertiacube3 e iPhone4) com um sistema de aceleração 3D, localizada no 1/3 médio do esterno. Realizado num corredor de 10 metros. O princípio e o final estavam marcados no chão com uma linha. Foi utilizada cadeira sem apoio de braços e solicitado aos participantes que não utilizassem os braços para se levantarem e sentarem.</p>	<p>Resultados: através de estatística descritiva com medições da média e dispersão de pontos foram analisadas as relações entre os dados do IC3 e iPhone4.</p> <p>Propriedades métricas:</p> <p>Reprodutibilidade: foram obtidos valores de coeficiente de relação entre observadores iguais ou superiores a 0.8, provando que as acelerações com iPhone4 apresentam bons níveis de reprodutibilidade.</p> <p>Validade: os sensores de inércia incorporados no iPhone4 são válidos e fiáveis para a identificação de padrões cinéticos no TUG em idosos saudáveis.</p>	<p>Teste foi realizado três vezes, não sendo referido o período de intervalo entre testes.</p> <p>É fiável porque se verificou uma forte correlação entre os 2 dispositivos analisados</p>	<p>Estudos descritivos / Estudos de series de Casos</p> <p>Nível III</p>

## DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática da literatura tinha como objetivo conhecer e descrever as propriedades métricas do TUG nas pessoas idosas, por forma a podermos afirmar que o TUG é um teste válido, reprodutível e com responsividade.

Quanto à qualidade da evidência verificou-se que o predomínio de artigos incluídos foi de nível Ia e III (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007), sendo um ponto forte desta RIL.

Diversos estudos tiveram em conta amostras populacionais que variaram entre 30 e 12,832 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 60 e os 84.8 anos. O TUG foi aplicado na sua versão original e ainda com modificações, nomeadamente a velocidade da marcha, distância percorrida e uso ou não de auxiliares de marcha habituais da pessoa. Relativamente à velocidade da marcha, alguns testes foram realizados a uma velocidade confortável e outros à máxima velocidade da pessoa. Em relação à distância percorrida esta foi, nomeadamente de três, cinco e seis metros, usando por vezes uma segunda cadeira aos três metros antes de perfazer os seis metros (Schoene *et al.*, 2013; Barry *et al.*, 2014; Beauchet *et al.*, 2011).

Verificou-se que, em relação ao tempo de execução do TUG, este variou entre 8.1 e 32.6 segundos. Os idosos residentes na comunidade e não frágeis realizaram o TUG entre 8.1 e 16 segundos a uma velocidade confortável e entre 11 e 13.5 segundos na sua máxima velocidade. Nos idosos institucionalizados ou frágeis o tempo de execução variou entre os 10 e os 32.6 segundos (Schoene *et al.*, 2013; Beauchet *et al.*, 2011).

A validade do teste foi estudada nas suas múltiplas dimensões. Nos estudos a sensibilidade e especificidade do TUG foi elevada a rondar os 87%, o que demonstrou que o mesmo tem validade preditiva, contudo esta análise não permitiu prever quedas futuras, apenas identificou a fragilidade das pessoas idosas (Herman *et al.*, 2011). Os mesmos autores

afirmaram que o TUG está relacionado com a capacidade cognitiva, com ênfase nas funções motoras enquanto os restantes testes em análise (Escala Equilíbrio de Berg e Índice de marcha dinâmico) não possuem esta capacidade. Desta forma, a validade concorrente do TUG esteve relacionada com variáveis de mobilidade, equilíbrio e cognitivas, aspeto também comprovado por Dutra e colaboradores (2016) quando correlacionou o TUG com Escala de Equilíbrio de Berg (EEB). Nos dois estudos descritivos analisados (Savva *et al.*, 2013, Herman *et al.* 2011) foi aplicado o TUG na versão original. Em ambos pode notar-se que o teste não foi um bom preditor do risco de queda, no entanto foi um bom correlacionador da fragilidade, exaustão, perda de peso, lentidão, fraqueza, déficit da atividade física, capacidade cognitiva e capacidade de execução.

Segundo Savva e colaboradores (2013) o TUG tem validade preditiva pois a sua acurácia para identificar idosos frágeis foi elevada apresentando AUC (*area under the curve*) de 0.87, mas se os valores de realização do teste forem superiores a 12 segundos, a acurácia diminui para valores inferiores a 52%. Em contrapartida, Shoene e colaboradores (2013) demonstraram que a capacidade preditiva do TUG, para identificar os idosos que caem e os que não caem foi limitada, assim como nos idosos independentes porque a variação do tempo foi somente de 0.4 segundos, não sendo este valor clinicamente significativo. As pessoas frágeis tiveram um tempo superior de execução do teste, na ordem dos 15 segundos enquanto que os não frágeis demoram cerca de 10 segundos (Savva *et al.*, 2013). Ao observar os períodos de *follow up* em Herman e colaboradores (2011), cerca de um ano depois, dos 265 idosos monitorizados, 26 caíram duas ou mais vezes, enquanto que 201 não caíram.

A validade preditiva foi ainda comprovada por Beauchet *et al.* (2011) quando referiu que tempos de realização do TUG acima dos 30 segundos a percorrer uma distância de cinco metros era preditor do risco de

quedas. A probabilidade de queda após a realização do teste aumentou de 54 para 64% com a velocidade máxima. Barry e colaboradores (2016) também referiram que aproximadamente 30% dos idosos que moram na comunidade cairá uma vez em cada ano.

Em contraste, é de realçar que o TUG é um importante teste de diagnóstico na fragilidade (Savva *et al.* 2012), usando como valor corte 0.16 segundos o TUG apresenta uma elevada capacidade preditiva, com valores de 98% para os idosos não frágeis a terminar o teste mais rápido que os idosos frágeis. Os mesmos autores concluíram que o TUG é um teste sensível e acurado para a fragilidade.

Savva e colaboradores (2012) definiram a capacidade do TUG para identificar os indivíduos frágeis da população usando a definição do fenótipo de fragilidade como padrão-ouro sendo assim um instrumento acurado.

Tendo por base esta análise verificou-se que o TUG faz uma melhor discriminação nos indivíduos de baixa funcionalidade, sendo que a diferença no tempo de execução dos que caem e não caem têm uma variação de quatro segundos, o que significa que o teste tem validade discriminativa (Shoene *et al.*, 2013)

Dutra e colaboradores (2016) obtiveram excelentes resultados intra e inter-observador (variação de 0.094 e 0.992), demonstrando a excelente reprodutibilidade do teste. Esta propriedade métrica do teste, foi ainda confirmada por Mercant e colaboradores (2014) que obtém valores inter-observadores de 0.8.

No que diz respeito à responsividade do TUG, Herman e colaboradores (2011) referiram que não é influenciada pelos efeitos teto e chão pois tem uma distribuição normal.

Desta forma apesar de se verificar boas capacidades métricas em todos os estudos estes apontam algumas limitações ao TUG.

Primeiramente, as quedas são resultados de vários fatores e não podem ser explicadas recorrendo somente a um teste. O TUG mede indiretamente a força, o equilíbrio e a

estabilidade, mas pode não refletir fatores de risco, tais como a falta de visão, cognição e efeitos de terapêutica (Shoene *et al.*, 2013).

As pessoas idosas não formam um grupo homogêneo, pois variam em idade, uso e tipo de auxiliares de marcha e a existência de medo ou não de cair. A localização da queda (meio) também foi um dado importante (Shoene *et al.*, 2013).

Por último, podem existir razões metodológicas do próprio teste, nomeadamente erros de medida, diferentes localizações do teste, tempo que medeiam os testes e amostra pouco representativa de idosos com alto risco de queda, pois estes podem não se voluntariar, desistem mais cedo e podem não completar o teste. Em análise todas estas limitações fizeram com que a capacidade do TUG em ser preditor do risco de queda seja fraca a moderada, estando a sua performance mais associada à ocorrência de múltiplas quedas (Shoene *et al.*, 2013).

## CONCLUSÃO

O TUG é um teste simples e de fácil aplicação que permite avaliar a capacidade de mobilidade e equilíbrio funcional nos idosos, tanto na comunidade como em instituições de saúde.

Consegue-se afirmar que o mesmo possui validade, reprodutibilidade e responsividade, sendo desta forma um instrumento com propriedades métricas adequadas podendo ser utilizado para avaliar a capacidade funcional e a mobilidade no idoso. O TUG identifica indivíduos frágeis da população usando o fenótipo fragilidade como padrão-ouro, sendo assim um instrumento acurado.

Por outro lado, após a RIL, constata-se que o TUG usado isoladamente não constitui um instrumento preditor de quedas, logo deve ser utilizado em conjunto com outros testes. Mais do que um preditor de quedas, o TUG auxilia na previsão de múltiplas quedas na pessoa idosa residente na comunidade.

Conclui-se ainda que, a existência de múltiplas variáveis intrínsecas quer à pessoa

quer ao teste, podem alterar o seu resultado, nomeadamente no que diz respeito a condições em que o mesmo se realiza, a patologias e défices cognitivos da pessoa.

### Referências bibliográficas

Andrade, A.D. (2012). *Idosos ativos, idosos saudáveis*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2934>.

Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F., & Fahey, T. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis, *BMC Geriatrics*, 14, p. 14.

Beauchet, O., Fantino, B., Allali, G., Muir, S. W., Montero-Odasso, M., & Annweiler, C. (2011). Timed Up and Go test and risk of falls in older adults: a systematic review. *The journal of nutrition, health & aging*, 15(10), 933-938.

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. D. A., e Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-36.

Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

Direção-geral de saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de saúde em Portugal*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em [http://1nj5ms21li5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacloud.com/files/2012/02/Perfil\\_Saude\\_2013-01-17.pdf](http://1nj5ms21li5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacloud.com/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf)

Dutra, M. C., Cabral, A. L. L., & Carvalho, G.A. (2016). Tradução para o português e validação do Teste Timed Up and Go. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 3(9), 81-88.

Galá-Mercant, A., Barón-López, F. J., Labajos-Manzanares, M. T., & Cuesta-Vargas, A. I. (2014). Reability and criterion-

related validity with a smarthope used in timed-up-and-go test. *BioMedical Engineering Online*, 13, 156. Disponível em <http://biomedical-engineering-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-925X-13-156>.

Ganong, L.H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research Nursing Health*, 10(1), 1-11.

Herman, T., Giladi, N. & Hausdorff, J.M. (2011). Properties of the Timed Up and go Test: More than Meets the Eye, *Gerontology*, 57(3), 203-210.

Joanna Briggs Institute (2011). *Joanna Briggs Institute's user manual: version 5.0 system for the unified management. Assessment and Review of Information*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. pág 124.

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (2015). *Welcome to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) website!* Disponível em <http://www.prisma-statement.org/>.

Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Falls Prevention: Building the Foundations for Patient Safety. A Self Learning Package*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Santos, F.P.V.D., Borges, L.D.L., & Menezes, R.L.D. (2013). Correlação entre três instrumentos de avaliação para risco de quedas em idosos. *Fisioterapia em Movimento*, 26(4), 883-894.

Savva, G. M., Donoghue, O. A., Horgan, F., O'Regan, C., Cronin, H., & Kenny, R. A. (2013). Using timed up-and-go to identify frail members of the older population. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(4), 441-446.

Schoene, D., Wu, S. M. S., Mikolaizak, A. S., Menant, J. C., Smith, S. T., Delbaere, K., & Lord, S. R. (2013). Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis.

*Journal of the American Geriatrics Society*, 61(2).

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., e Caldeira, S. (2017). *Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação*. C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. p.113-122. Loures: Lusodidata.

Sousa, L.M.M. (2015). As propriedades psicométricas dos instrumentos de hetero-avaliação. *Enformação*, 6, 20-24.

Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C.M.A., Carvalho, M.L., Veludo, F. & José, H.M.G. (2015). Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. *Enformação*,5, 25-32.

Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., e Carvalho, R. D. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?;. *Einstein* (São Paulo), 8(1), 102-6.

Whittemore, R, & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Advanced Nursing*, 52(5), 546-53

World Health Organization (2016). *Ageing and health*. World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>.

World Health Organization (2016). *Ageing And Life Course*. World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/ageing/about/en/>.



# APLICAÇÃO DE PELÍCULA DE CLORETO DE POLIVINIL (CLINGFILM) EM QUEIMADURAS

Catarina Isabel Figueiredo da Cruz<sup>(1)</sup>; Herlander Tadeu Godinho Soares<sup>(2)</sup>; João Manuel Garcia Nascimento Graveto<sup>(3)</sup>



## Resumo

A pele é o maior órgão do corpo humano, recebendo um terço de toda a circulação sanguínea. A sua principal função é proteger o organismo do meio ambiente que o rodeia. Por vezes ocorrem fenómenos que comprometem a integridade deste órgão, como é o caso das queimaduras. As queimaduras são traumas graves relacionados com danos na pele, causando extrema dor e, em casos mais graves pode ocasionar a morte. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa de literatura efetuada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e NURSING REFERENCE CENTER e repositórios científicos nacionais de referência, utilizando os descritores de pesquisa: *burn; clingfilm; polyvinyl; polyvinyl chloride; PVC*. Neste contexto, procurou-se dar resposta à seguinte questão de pesquisa: Em relação aos doentes com queimaduras (P), de que modo a utilização da película de cloreto de polivinil no cuidado imediato à lesão (I) é eficaz na sua evolução (O)?

Com a realização da mesma conclui-se que existem estudos que provam que a película de cloreto de polivinil (*clingfilm*) em contexto pré-hospitalar, é eficaz na proteção de queimaduras de pequena extensão, travando o seu processo e atua como agente promotor da cicatrização. Este material não adere à ferida, não provoca dor e permite a sua constante visualização. A prática baseada na evidência sustenta que este tipo de produto não atua como fomite, mantendo um ambiente estéril na solução da continuidade.

Palavras Chave: *Clingfilm*, queimaduras, pré-hospitalar

## Abstract

### APPLICATION OF POLYVINYL CHLORIDE FILM (CLINGFILM) IN BURNS

The skin is the largest organ in the human body, receiving a third of all blood circulation. Its main function is to protect the organism from the surrounding environment. Sometimes phenomena occur that compromise the integrity of this organ, as is the case of burns. Burns are serious trauma related to skin damage, causing extreme pain and possibly death.

The methodology used was the integrative review of literature carried out mainly in the databases CINAHL, MEDLINE and NURSING REFERENCE CENTER and national scientific repositories of reference, using the descriptors: *burn; clingfilm; polyvinyl; Polyvinyl chloride; PVC*. In this context, we sought to answer the following research question: With regard to patients with burns (P), in what way the use of polyvinyl chloride film (I) in the immediate care of the lesion is effective in its evolution (O)?

With the accomplishment of the same it is concluded that there are studies that prove that the film of polyvinyl chloride (*clingfilm*) in the prehospital context, being effective in the protection of burns of small extent, blocking its process and acts as a healing promoting agent. This material does not adhere to the wound, it does not cause pain and allows its constant assessment. Evidence-based practice holds that this type of product does not act as fomite, maintaining a sterile environment in the solution of continuity.

Keywords: *Clingfilm*, burns, prehospital

## Resumen

### APLICACIÓN DE PELÍCULA DE CLORETO DE POLIVINIL (CLINGFILM) EM QUEIMADURAS

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, recibiendo un tercio de toda la circulación sanguínea. Su principal función es proteger al organismo del medio ambiente que lo rodea. A veces ocurren fenómenos que comprometen la integridad de este órgano, como es el caso de las quemaduras. Las quemaduras son traumas graves relacionados con daños en la piel, causando un dolor extremo y, en casos más graves puede ocasionar la muerte.

La metodología utilizada fue la revisión integrativa de literatura efectuada en las bases de datos CINAHL, MEDLINE y NURSING REFERENCE CENTER y repositórios científicos nacionales de referencia, utilizando los descriptores de investigación: *burn; Clingfilm; Polyvinyl; Polyvinyl chloride; PVC*. En este contexto, se buscó responder a la siguiente pregunta de investigación: En relación a los pacientes con quemaduras (P), de qué modo la utilización de la película de cloruro de polivinil en el cuidado inmediato a la lesión (I) es eficaz en su evolución (O).

Con la realización de la misma se concluye que existen estudios que prueban que la película de cloruro de polivinil (*clingfilm*) en contexto prehospitalario, es eficaz en la protección de quemaduras de pequeña extensión, trabando su proceso y actúa como agente promotor de la cicatrización. Este material no se adhiere a la herida, no provoca dolor y permite su constante visualización. La práctica basada en la evidencia sostiene que este tipo de producto no actúa como favorece, manteniendo un ambiente estéril en la solución de la continuidad.

Palabras Clave: *Clingfilm*, quemaduras, prehospitalario

Recebido em maio 2017. Aceite em junho 2017

<sup>(1)</sup> Enfermeira no serviço de Pneumologia A setor B no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, RN

<sup>(2)</sup> Enfermeiro na Unidade de Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, RN. (email: herlandersoares.enf@gmail.com)

<sup>(3)</sup> Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, RN, MS, PhD.

## INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, correspondendo a cerca de 15% do seu peso corporal, recebendo um terço de toda a circulação sanguínea (Rocha, 2006). A principal função da pele é proteger o organismo do meio ambiente que o rodeia. Por vezes ocorrem fenómenos que comprometem a integridade deste órgão, como é o caso das queimaduras.

A WHO (2014) refere que a queimadura é uma lesão da pele ou outro tecido orgânico principalmente causada pelo calor ou por radiação, radioatividade, eletricidade, fricção ou contacto com produtos químicos.

Neste contexto, a perda da integridade da pele cria uma porta de entrada de microrganismos que aumentam o risco de se poder a vir a desenvolver uma infeção, sendo importante que se proteja a lesão o mais precocemente possível.

Seguindo esta linha de pensamento, decidiu-se abordar a temática: aplicação de película de cloreto de polivinil em queimaduras, através da realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL). Perante a investigação existente sobre queimaduras e película de polivinil, realizou-se uma RIL para encontrar respostas para a seguinte questão: Em relação aos doentes com queimaduras (P), de que modo a utilização da película de cloreto de polivinil no cuidado imediato à lesão (I) é eficaz na sua evolução (O)?

As queimaduras são traumas que podem ser graves relacionados com danos na pele, podendo causando intensa dor e, possivelmente, morte. Dentro da RIL realizada verificou-se existirem recomendações para aplicar a película de cloreto de polivinil (*CLINGFILM*) em contexto pré-hospitalar.

As películas de cloreto de polivinil são finas, flexíveis, resistentes, não adesivas o que as poderá tornar apropriadas para aplicar na pele danificada, como o caso de queimaduras (Pereira; Guterres; Balducci; Colombo; Sonvico, 2014).

Este tipo de revisão revela-se importante, pois procurou integrar as informações de estudos realizados separadamente de um determinado fenómeno de investigação, podendo apresentar resultados conflituosos e/ou coincidentes, bem

como identificar temas que necessitem de evidência, contribuindo para investigações futuras (Vilelas, 2009).

O presente artigo encontra-se estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo é realizado um enquadramento teórico relativamente à pele e sua importância, a problemática das queimaduras. Em seguida introduz-se o conceito de película de cloreto de polivinil (*Clingfilm*) na sua aplicação sobre feridas provocadas por queimaduras. O segundo capítulo integra a RIL, na qual se aborda a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. No final são traçadas as conclusões com o intento de trazer novos contributos que se traduzam em ganhos em saúde através da prática de Enfermagem e para outros profissionais de saúde.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pele é o maior órgão do corpo humano, correspondendo a cerca de 15% do seu peso corporal, recebendo um terço de toda a circulação sanguínea (Rocha, 2006). A principal função da pele é proteger o organismo do meio ambiente que o rodeia, e também assume a função de regulação térmica, controlo do fluxo sanguíneo e funções sensoriais (calor, frio, pressão, dor e tato) (Lima, 2016).

A pele devido as suas características e complexidade, é um órgão complexo composto por diversos tecidos, tipos celulares e estruturas especializadas. Pode-se considerar como uma membrana que reveste o corpo com características específicas, sendo resistente e flexível. Embora pareça frágil a pele assume um papel fulcral para a manutenção da vida do sujeito, com esse motivo sempre que ocorram fenómenos que comprometem a integridade deste órgão deve ser foco de atenção dos profissionais de saúde, como é o caso das queimaduras.

A WHO (2014) refere que a queimadura é uma lesão da pele ou outro tecido orgânico principalmente causada pelo calor ou por radiação, radioatividade, eletricidade, fricção ou contacto com produtos químicos.

“Os danos por queimaduras na pele ocorrem quando o calor ou químicos cáusticos entram em

contacto com a pele e podem danificar os seus componentes celulares e química.” (Campbell, Pág. 246, 2012). Quanto maior é a queimadura maior é o risco de infecção, a DGS (2012) considera que é importante uma abordagem à lesão da ferida ajustada à sua dimensão, pois a extensão da queimadura influencia diretamente a integridade física e psíquica de uma pessoa queimada. A WHO (2014) considerou a queimaduras como uma problema de saúde pública, estima-se que são responsáveis por 265 000 mortes por ano.

Complementarmente, Campbell (pág. 287, 2012) considera que, para além da lesão real do tecido, existe uma “resposta inflamatória corporal ao dano da pele pode resultar numa lesão adicional ou aumentar a gravidade de uma queimadura”.

Não obstante, as queimaduras variam desde pequenas queimaduras, podendo ser geridas no contexto dos cuidados de saúde primários, ou mesmo auto tratadas, para queimaduras que, de tão severas, influenciam de forma significativa a integridade e função protetora da pele, necessitando de cuidados intensivos especializados e de várias cirurgias (Hammell, 2010).

Neste sentido, as queimaduras graves são eventos que deixam os pacientes com desafios físicos e psicológicos de longo prazo que são reconhecidos por profissionais de saúde no mundo inteiro como uma das lesões mais complexas e desafiadoras conhecidos dos serviços médicos e de resgate de emergência (Bourke, 2015).

As porções da pele que são necrosadas pela agressão térmica sofrida são referidos como a zona de coagulação, “ao redor desta área há uma zona de estase em que os tecidos irão morrer se o fluxo sanguíneo não for restaurado. (...) Esta condição é vista nas áreas mais profundas de queimaduras de espessura parcial e é ajudado por bons cuidados queimadura e ressuscitação de fluidos” (Campbell, pág. 287, 2012).

A perda da integridade da pele cria uma porta de entrada de microrganismos que aumentam o risco de infecção. Por este motivo, é importante que se proteja a lesão o mais precocemente possível. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde estejam consciencializados de como intervir nas queimaduras para que possam ser tratadas com

sucesso e como as suas intervenções podem afetar a cura e os resultados dos doentes (*Idem*).

Esta preocupação de travar o processo de queimadura o mais precocemente possível para diminuir o sofrimento físico e psíquico da pessoa com queimadura é transversal aos profissionais de saúde um pouco por todo o mundo, assim vão surgindo estudos que demonstram que para além de a queimadura estar protegida para evitar a infecção deve ser um material não adesivo e que não cause trauma adicional.

É nesta ótica que surge a película de cloreto de polivinil (*Clingfilm*). A película de cloreto de polivinil (PVC) foi a primeira forma de filme plástico desenvolvida, que foi inicialmente apenas utilizado no ambiente doméstico que entretanto foi substituído pelo polietileno de baixa densidade (Liao; Andresen; Martin; Harvey e Holland, 2014). As associações mundiais que prestam cuidados à queimadura em situação de emergência e trauma defendem cada vez mais que esta película apresenta um papel de apoio à ferida, não só na fase imediata para travar o processo de queimadura, mas também no processo de resolução da mesma (Bourke, 2015).

Este material proporciona limpeza, resistência, transparência não aderente e fluido. Ele reduz a dor da exposição ao ar e permite a avaliação médica sem a sua remoção. Tem sido amplamente recomendado de o ideal para colocar no doente no período inicial da lesão provocada pela queimadura enquanto aguarda a transferência para um serviço de queimados (Hammell, 2010).

O tipo de material que se coloca a proteger a lesão provocada pela queimadura é determinante para ajudar a controlar a dor do doente e para manter a área queimada limpa. A área queimada deve ser coberta com um tipo de celofane em filme plástico, lembrando-se do efeito de constrição possível que daí ocorre (Bourke, 2015).

Assim, o uso de materiais que aderem à queimadura ou que causam trauma na pele circundante, irá aumentar a dor, por isso foi identificada a importância de usar pensos não aderentes. O cloreto de película torna-se num penso temporário e vantajoso, pois é facilmente disponível, flexível, não aderente e transparente.

Além disso, ele não liberta fibras, logo que não vai aderir à ferida. O *clingfilm* deve ser colocado sobre a queimadura e não enrolada em torno do membro como isso pode ter um efeito de garrote se ocorrer inchaço (Butcher; Swales,2012).

A utilização da película de cloreto de polivinil torna-se especialmente útil nas crianças, pois a sua aplicação evita a evaporação e consequente perda de calor (Bourke,2015).

### METODOLOGIA

A história da ciência permite afirmar que tanto o método como o caminho que constrói o pensamento científico se vai construindo (Vilelas, 2009). Assim, é essencial elaborar uma questão de investigação que serve de base à formulação do problema de investigação (Fortin, 2009). Portanto, definiram-se critérios para a formulação da questão de investigação, tal como se pode observar na tabela 1.

**Tabela 1 – Critérios para formulação da questão**

			CONCEITOS	PALAVRAS-CHAVE
<b>P</b>	Participantes	Quem foi estudado?	Doentes com queimaduras	Burns, burn; clingfilm; polyvinyl; polyvinyl chloride; PVC.
<b>I</b>	Intervenções	O que foi estudado?	Utilização de película de cloreto de polivinil ( <i>Clingfilm</i> )	
<b>O</b>	Outcomes	Resultados/ efeitos ou consequências	Cuidado imediato à lesão é eficaz na sua evolução	
<b>D</b>	Desenho	Todos os estudos incluídos	Pesquisa em bases de dados científicas, repositórios institucionais portugueses e internacionais.	

Desta forma, a questão de investigação que norteou esta RIL foi: *Em relação aos doentes com queimaduras (P), de que modo a utilização da película de cloreto de polivinil no cuidado imediato à lesão (I) é eficaz na sua evolução (O)?*

### TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa, pelas características que apresenta, enquadra-se numa revisão integrativa da literatura, norteadas por passos da metodologia *Cochrane Handbook*.

### CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Para a realização da RIL, estabeleceu-se previamente critérios de inclusão e exclusão de estudos. Estes critérios serviram para direcionar a pesquisa para estudos específicos sobre esta temática, tendo como horizonte temporal os anos de 2010 até 2016, a estratégia de pesquisa apresenta-se evidenciada na tabela 2.

**Tabela 2 – Estratégia de pesquisa**

PALAVRAS -CHAVE	LIMITE TEMPORAL	VIAS	RESULTADOS
S1 AB burn AND AB clingfilm	20100101-20151231	CINAHL Complete;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Database of Abstracts of Reviews of Effects;Cochrane Central Register of Controlled Trials;Cochrane Database of Systematic Reviews;Cochrane Methodology Register;Library, Information Science & Technology Abstracts;MedicLatina;Health Technology Assessments;NHS Economic Evaluation Database	4
S2 AB burn AND AB polyvinyl chloride	20100101-20151231	EBSCO Discovery Service	11
S3 AB polyvinyl AND burn	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20100101-20161231 Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa - Pesquisa avançada Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Database of Abstracts of Reviews of Effects;Cochrane Central Register of Controlled Trials;Cochrane Database of Systematic Reviews;Cochrane Methodology Register;Library, Information Science & Technology Abstracts;MedicLatina;Health Technology Assessments;NHS Economic Evaluation Database	3
S4 PVC and burns	Consultados os artigos com data de publicação entre 20100101-20161231	Pesquisa em Repositórios Institucionais Portugueses on-line e Bibliotecas Nacionais de Referência.	5

**COLHEITA DE DADOS/ ANÁLISE**

A RIL foi norteada por passos metodológicos de uma revisão sistemática da literatura, de acordo com o modelo *Cochrane Handbook*, a partir da qual se definiram critérios de inclusão e exclusão de estudos. Estes critérios serviram para direcionar

a pesquisa para estudos recentes. Definiu-se, portanto, como critérios de inclusão pesquisas que estudem queimaduras nas quais se aplicou de clingfilm. Os critérios de inclusão e exclusão adotados encontram-se mencionados na tabela 3.

**Tabela 3 – Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos artigos**

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Nº de artigos excluídos
Participantes	Pessoas com queimaduras	Animais	1
Intervenção	Aplicação do <i>Clingfilm</i> em queimaduras	Aplicação de outros tipos de materiais (compressas, ligaduras)	3
Ano do Estudo	2010-2016	Anteriores a 2010	0
Desenho do estudo	Prática baseada na evidência; Revisão da literatura; Experimental	Estudos ainda em curso; <i>Guidelines</i>	1
Língua do estudo	Português, Inglês	Outra língua	1
Acesso ao artigo	Texto integral	Resumos ; Artigos de opinião;	8

Artigos selecionados: 5

A pesquisa bibliográfica realizou-se entre Março e Maio de 2016 em base de dados como a EBSCOhost, B-On e repositórios institucionais portugueses.

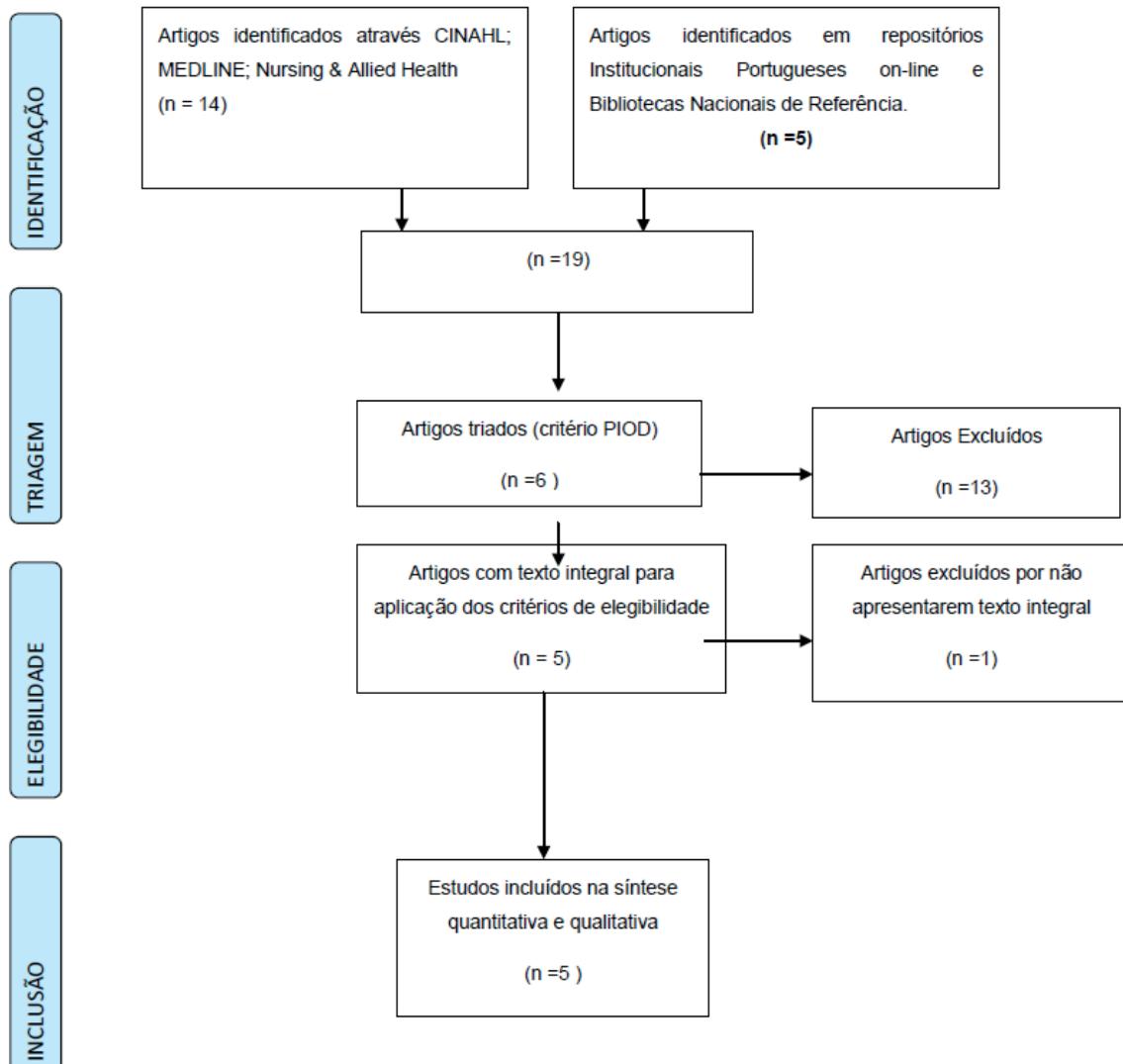
Para iniciar a pesquisa realizou-se uma pesquisa global do tema, tendo-se utilizado como palavras-chave (de pesquisa): Burns, burn; clingfilm; polyvinyl; polyvinyl chloride; PVC.

Desta pesquisa, aplicados os critérios de

inclusão/exclusão, surgiram 19 artigos científicos com potencial relevância. Após a leitura e análise dos mesmos, foram considerados 6 artigos elegíveis.

Depois uma leitura integral do texto e triangulação entre pesquisadores, foram seleccionados e incluídos 5 artigos, conforme está esquematizado na figura 1:

**Figura 1:** Diagrama do processo de seleção dos artigos.



De acordo com o referido, após o processo de seleção dos artigos, foram incluídos considerados elegíveis 5 estudos. Os mesmos serão identificados com S e E, sendo que o S se refere à estratégia de pesquisa no qual o estudo E foi seleccionado. Estes

estudos encontram-se enunciados na tabela 4.

**Tabela 4 – Estudos elegíveis.**

Estudo		
S1	E1	Varley, A., Sarginson, J., & Young, A. (2015). Evidence-based first aid advice for paediatric burns in the United Kingdom. <i>Burns</i> , doi:10.1016/j.burns.2015.10.029
S2	E2	Bourke, P. M., & Dunn, K. W. (2015). The use of polyvinyl chloride film (clingfilm) with burn injury in the pre-hospital setting—the clear facts. <i>Journal Of Paramedic Practice</i> , 7(1), 20.
	E3	Butcher, M., & Swales, B. (2012). Assessment and management of patients with burns. <i>Nursing Standard</i> , 27(2), 50-56 7p.
S3	E4	Pereira, G. G., Guterres, S. S., Balducci, A. G., Colombo, P., & Sonvico, F. (2014). Polymeric films loaded with vitamin E and aloe vera for topical application in the treatment of burn wounds. <i>Biomed Research International</i> , 2014641590. doi:10.1155/2014/641590
S4	E5	Liao, A. Y., Andresen, D., Martin, H. O., Harvey, J. G., & Holland, A. A. (2014). The infection risk of plastic wrap as an acute burns dressing. <i>Burns (03054179)</i> , 40(3), 443-445 3p. doi:10.1016/j.burns.2013.08.006

De seguida, descrevem-se os resumos dos artigos, efetuando-se referência aos autores, aos títulos, aos métodos adotados, aos objetivos, às intervenções do estudo e respetivos resultados.

**S1 – E1**

**AUTORES:** Varley, A., Sarginson, J., & Young, A. (2015)

**TÍTULO:** *Evidence-based first aid advice for paediatric burns in the United Kingdom*

**MÉTODO:** Realizada uma revisão da literatura que relaciona o conteúdo com a consistência dos dados através de um corte transversal de organizações de saúde do Reino Unido envolvidas na prestação de primeiros socorros, prevenção e educação. E, posteriormente, analisado para determinar se a prática foi baseado em evidências.

**OBJETIVO:** Examinar de que forma são prestados os primeiros socorros no Reino Unido no que reporta a queimaduras e escaldões em crianças.

**INTERVENÇÕES:** Análise de 21 organizações prestadoras de primeiros socorros no Reino Unido.

**RESULTADOS:**

- O estudo demonstrou inconsistências no conteúdo dos primeiros socorros.

- 71% da informação estava disponível apenas online.

- A temperatura, o método e a duração do arrefecimento variava substancialmente, no entanto a que apontada como aquela que tem mais consenso é de 20°C.

- Todas as 14 instituições estudadas mencionaram que retiravam as roupas e as jóias como primeira ação de primeiro socorro.

- 11 das 14 instituições referiram que removiam-nas imediatamente, assim como as recomendações para a remoção das roupas e jóias e os métodos para cobrir a queimadura imediatamente após a lesão.

- Apenas 9 das instituições utilizam o *clingfilm* para proteger a lesão provocada pela queimadura.

As restantes 5 utilizam material esterilizado que não especificam qual.

- Considera necessário mais estudos, que clarifiquem se deve utilizar *o cling fim* ou outro material esterilizado que não adira à ferida.

## S2 – E2

**AUTORES:** Bourke, P. M., & Dunn, K. W. (2015)

**TÍTULO:** *The use of polyvinyl chloride film (clingfilm) with burn injury in the pre-hospital setting—the clear facts*

**MÉTODO:** Revisão da literatura focando-se em *guidelines* de países nos quais existe maior taxa de queimados (Austrália e Nova Zelândia).

**OBJETIVO:** Verificar se a utilização do *clingfilm* pode parar o processo de queimadura e promotor a recuperação do doente com queimadura.

**INTERVENÇÕES:** Utilizada revistas *online* de prática baseada na evidência de médicos de todo o mundo de forma aleatória, onde se mostra, as dez melhores dicas sobre o tratamento de feridas de queimaduras.

### RESULTADOS:

- O uso de filme de cloreto de polivinil deve ser considerado se existir uma transferência para uma unidade de queimados como um penso temporário e nunca deve ser utilizado em queimaduras da face.

- Não deve ser utilizado como um substituto de vestuário.

- Não foi possível localizar, na prática baseada na evidência, qualquer associação clinicamente comprovado, de que o uso da película de cloreto de polivinil quando utilizado na situação de emergência num ferimento de queimadura quente no ambiente pré-hospitalar possa ser um promotor da resolução da queimadura, independentemente do local no grupo corpo ou idade humana.

- O uso de filme de cloreto de polivinil (*clingfilm*) tem um papel de suporte no ferimento de queimadura não apenas na fase imediata de cuidado de queimadura de emergência.

## S2 – E3

**AUTORES:** Butcher, M., & Swales, B. (2012)

**TÍTULO:** *Assessment and management of patients with burns*

**MÉTODO:** Realizada revisão bibliográfica pelos pares através da técnica duplo-cego.

**OBJETIVO:** Compreender que avaliação inicial de uma queimadura, bem como o encaminhamento para um especialista da unidade de queimado.

**INTERVENÇÕES:** Fornecer um ambiente ótimo para ajudar a cicatrização de feridas com cicatrizes mínimas, ou de proteção temporária, até reconstrução ser realizada.

Encaminhar para uma unidade de queimados especializadas em queimaduras ou igual a área da superfície total do corpo superior a 2% em crianças e 3% em adultos.

### RESULTADOS:

- A película aderente deve ser colocada sobre a queimadura e não envolver em torno do membro para evitar o efeito garrote, se ocorrer edema.

- É preferível utilizar películas claras a sacos de plástico limpos.

- Nas queimaduras superficiais foram realizados pensos com gaze impregnada em parafina, no entanto no momento em a retirar apresenta crescimento capilar provocando dor e trauma, não se deve utilizar pensos que façam a absorção do exsudato.

- A película de cloreto de polivinil surge como alternativa à gaze porque não adere à ferida não provoca trauma nem dor, também utilizado como interface.

- O *Clingfilm* tem capacidade de absorção limitada e tende ser mais utilizado reservado para pequenas queimaduras ou ferimentos com pouco exsudato.

O tipo de material deve ser decidido pelos profissionais de saúde eu estão no local, sendo que se deve privilegiar o conforto da pessoa queimada.

## S3 – E4

**AUTORES:** Pereira, G. G., Guterres, S. S., Balducci, A. G., Colombo, P., & Sonvico, F. (2014)

**TÍTULO:** *Polymeric films loaded with vitamin E and aloe vera for topical application in the treatment of burn wounds*

**MÉTODO:** Estudo experimental

**OBJETIVO:** Desenvolver e avaliar filmes poliméricos contendo *Aloé Vera* e vitamina E para tratar feridas provocadas por queimaduras.

**INTERVENÇÕES:** Elaboradas duas soluções para produzirem filmes através da solução A e solução B

**Solução A:** ao pó de alginato foi adicionado a 20 mL solução de hialuronato a 1% aquecida e agitada até à dissolução completa. De seguida foi adicionado aloé vera e acetato de vitamina E.

**Solução B:** Em 10 ml de água e resina solúvel em água, foram dissolvidos sob aquecimento suave até a solubilização completa o sorbitol e álcool de polivinil. A solução: de polímero obtida foi deixada em repouso durante 4 h, até todas as bolhas de ar aprisionadas serem removidas

As soluções A e B, preparadas como descrito, foram misturados sob agitação magnética durante 4 horas até atingir a homogeneidade.

As películas poliméricas produziram uma solução viscosa por camadas utilizando uma faca para criar um intervalo de 2 mm de uma película laminada polietileno translúcido que após foi submetido a uma secagem durante 8 h num forno ( 55°C ).

#### **RESULTADOS:**

– As películas são resistentes e flexíveis e podem ser facilmente manipuladas, cortando-as à forma desejada, e, eventualmente, deformando-as para se adaptar ao local de aplicação.

– As películas têm capacidade de manter a ferida protegida e com capacidade de retenção de exsudato até 2h em que tem uma capacidade de retenção de fluidos de 1,55% por hora. Ao se adicionar as fórmulas de hialuronato e de alginato a sua capacidade ultrapassa as 4h e retenção de exsudato é aproximadamente 2,93% superior.

– No estudo, relataram que os filmes poliméricos de polietileno e polipropileno filmes de baixa densidade mostrou uma relação inversa entre resistência à tração e alongamento na rotura.

– A película de polímero com fórmula hialuronato e de alginato parece ser uma abordagem promissora para a aplicação de substâncias capazes para reduzir os danos e facilitar o processo de cicatrização.

#### **S4 – E5**

**AUTORES:** Liao, A. Y., Andresen, D., Martin, H. O., Harvey, J. G., & Holland, A. A. (2014)

**TÍTULO:** *The infection risk of plastic wrap as an acute burns dressing*

**MÉTODO:** Dez amostras de película de plástico foram recolhidos a partir de um rolo que tinha sido aberto há vários meses e armazenado no Burns and Plastic Treatment Centre (BPTC) em nossa instituição, um hospital pediátrico localizado em New South Wales Statewide serviço de queimados. Ocorrem no BPTC, aproximadamente 1500-2000 episódios por ano situações de queimaduras que pressupõem assistência ao doente.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi identificar a carga microbiana na película de cloreto de polivinil, utilizado como um penso temporário queimaduras, a partir de um rolo que tenha sido aberto e armazenado numa unidade de cuidados agudos.

**INTERVENÇÕES:** Utilizados rolos de película de cloreto de polivinil que tinha sido armazenado dentro de um armário em uma bandeja de fio de esmalte, ao lado de outros pensos estéreis. Não houve armazenamento específico, localização ou instruções de manuseio este rolo.

Colocado a película de cloreto de polivinil diretamente sobre uma placa de agar com sangue de cavalo, evitando que as extremidades do envoltório exterior ficassem expostas.

As placas foram incubadas durante 72 h a 35°C num incubador de CO2 sujeito a um controlo de temperatura diária de rotina.

Após a inoculação, o ensaio foi realizado num laboratório de microbiologia de diagnóstico clínico.

#### **RESULTADOS:**

-Não houve crescimento nas placas de agar após incubação aeróbia.

-Após amostragem de uma área de superfície total de mais 567 cm<sup>2</sup>, a contagem bacteriana foi de zero colónias por centímetro quadrado (one-sided CI 97,5% = 0-0.00651 colónias / cm<sup>2</sup>).

-Isto equivale a limites de confiança de 154 cm<sup>2</sup> para o infinito por Unidade formadora de colónias (UFC). Assim, uma quantidade suficiente de plástico

- Com os dados obtidos pode-se afirmar que as áreas de até 12 cm x 12 cm foram aerobicamente estéreis.

## DISCUSSÃO

No estudo de Varley, A., Sarginson, J., & Young (2015) (E1), referem algumas inconsistências e variabilidades nos conteúdos de primeiros socorros. Consideram dever-se ao facto de 71% da informação recolhida apenas se encontrar disponível *online*. No entanto, no tratamento imediato à queimadura, em contexto pré-hospitalar, é consensual que se deve arrefecer a queimadura com água a 20°C, corrente durante 20 minutos, remover-se as roupas, joias, estes autores referem que 11 das 14 instituições estudadas o fazem como cuidado imediato em primeiros socorros. Estes autores defendem que a queimadura deve ser protegida com uma película aderente, ou por um tecido limpo não adesivo, sustentando a sua conclusão, pois 9 das instituições estudadas fazem essa aplicação.

No que refere à película de cloreto de polivinil (película aderente), Butcher, M., & Swales, B. (2012) (E3) ao longo do seu estudo mencionam que este tipo de material deve ser colocado sobre a queimadura e não envolver em torno do membro para evitar o efeito garrote, se ocorrer edema. Consideram que a vantagem deste material é ser claro, o que permite fácil observação da lesão.

Os autores Butcher, M., & Swales, B. (2012) alertam para o facto da película ter capacidade de absorção limitada, dependendo da quantidade de exsudato libertado, pelo que, tende a ser mais utilizada para pequenas queimaduras ou ferimentos com pouco exsudato. Salientam, por isso, que o tipo de material deve ser decidido pelos profissionais de saúde que estão no local, sendo que se deve privilegiar o conforto da pessoa queimada.

A película de cloreto de polivinil surge como alternativa à gaze porque não adere à ferida e não provoca trauma nem dor. Também pode ser utilizado como interface. Esta ideia está realçada em E1 por Varley, A., Sarginson, J., & Young (2015), sendo reforçada esta ideia por E, Bourke, P. M., & Dunn, K. W. (2015), salientando que

o uso do *Clingfilm* surge como um importante papel de suporte no ferimento de queimadura, não apenas na fase imediata de cuidado de queimadura de emergência.

Assim, o uso deste filme de cloreto de polivinil deve ser considerado se existir uma transferência para uma unidade de queimados como um penso temporário e nunca deve ser utilizado em queimaduras da face (*Idem*).

Contudo, devido ao estudo (E2) de Bourke, P. M., & Dunn, K. W. (2015), apontam para o facto que não existem dados suficientes para se inferir que o uso da película de cloreto de polivinil, quando utilizado numa situação de emergência por queimadura quente no ambiente pré-hospitalar, possa ser um promotor da resolução da ferida.

No entanto, o estudo E4, de Pereira, G. G., Guterres, S. S., Balducci, A. G., Colombo, P., & Sonvico, F. (2014) complementa os estudos realizados por Varley, A., Sarginson, J., & Young (2015) (E1) e por Bourke, P. M., & Dunn, K. W. (2015) (E2), pois no estudo E4 os autores referem que as películas de cloreto de polivinil são materiais resistentes e flexíveis, podendo ser facilmente manipulado para se adaptar ao local de aplicação.

Esta flexibilidade e adaptabilidade do *Clingfilm* descrita no estudo E4 de Pereira, G. G., Guterres, S. S., Balducci, A. G., Colombo, P., & Sonvico, F. (2014) torna-o inovador, na medida em este estudo fornece dados inovadores inferindo que se pode adicionar à película de polímero a fórmula hialuronato e de alginato para rentabilizar o seu potencial, pois as películas têm capacidade de manter a ferida protegida e com capacidade de retenção de exsudato até 2h que, segundo os autores, apresenta uma de retenção de fluidos de 1,55% por hora. Ao se adicionar as fórmulas de hialuronato e de alginato a sua capacidade ultrapassa as 4h e retenção de exsudato é aproximadamente 2,93% superior. Com o seu estudo, estes autores sugerem que a aplicação deste tipo de material parece ser uma abordagem promissora para a aplicação de substâncias capazes para reduzir os danos e facilitar o processo de cicatrização.

A complementar o estudo (E4) de Pereira, G. G., Guterres, S. S., Balducci, A. G., Colombo, P.,

& Sonvico, F. (2014) surge o estudo 5 de Liao, A. Y., Andresen, D., Martin, H. O., Harvey, J. G., & Holland, A. A. (2014). Neste estudo (E5), que foi efetuado através de prática experimental de análise sanguínea em laboratório e, por conseguinte, através da prática baseada na evidência, foi possível concluir que após incubação aeróbia não houve crescimento bacteriano nas placas de agar.

Em E5, após amostragem de uma área de superfície total de mais 567 cm<sup>2</sup>, a contagem bacteriana foi de zero colónias por centímetro quadrado (one-sided CI 97,5% = 0-0.00651 colónias / cm<sup>2</sup>).

O estudo (E5) de Liao, A. Y., Andresen, D., Martin, H. O., Harvey, J. G., & Holland, A. A. (2014) demonstra limites de confiança de 154 cm<sup>2</sup> para o infinito por Unidade formadora de colónias (UFC).

Portanto, o estudo (E5) de Liao, A. Y., Andresen, D., Martin, H. O., Harvey, J. G., & Holland, A. A. (2014) demonstra que uma quantidade suficiente de plástico para proteger a ferida provocada pela queimadura, tornando-se uma sugestão de alteração de procedimentos fiáveis pois, com os dados obtidos neste estudo, os autores puderam afirmar que as áreas de até 12 cm x 12 cm foram aerobicamente estéreis.

Desta forma, os estudos analisados complementam-se entre si, na medida em que existem uns com práticas experimentais que revelam que o crescimento bacteriano é reduzido (E5) e outros que sugerem fortemente o uso do *Clingfilm* em detrimento de outros materiais, pois não demonstraram que não aderem à ferida, sendo os estudos incluídos unânimes a sugerir que se deve aplicar o *Clingfilm* (E1; E3, E4).

## CONCLUSÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano que envolve todo o corpo, atuando como escudo para o proteger de adversidade que podem incorrer em dano para o organismo. Porém, devido a alguns fenómenos, como é o caso das queimaduras, esse escudo protetor fica comprometido, a pele perde a integridade, potenciando a entrada de microrganismos que poderão ser prejudiciais. Por este motivo é importante que se proteja a lesão o

mais precocemente possível.

Neste contexto, revela-se uma necessidade de proteger a lesão provocada pela queimadura com um material que não cause mais traumatismo, que seja indolor e que seja mais preventivo do surgimento de infeções. Assim, foi realizada uma RIL, com análise de vários estudos internacionais, para dar resposta à questão de investigação colocada: Em relação aos doentes com queimaduras (P), de que modo a utilização da película de cloreto de polivinil no cuidado imediato à lesão (I) é eficaz na sua evolução (O)? O material em estudo foi a película de cloreto de polivinil.

Ao longo do RIL foi possível concluir, pelos estudos apresentados, que a abordagem de tratamento imediato a uma queimadura deve consistir, inicialmente, arrefecer o local da queimadura com água corrente durante 20 minutos, devendo as roupas, joias e adornos ser removidos.

A cobertura desta queimadura deve ser feita recorrendo ao uso de película aderente de cloreto de polivinilo. Esta cobertura deve ser aplicada sobre a ferida e não deverá ser envolvida em volta do membro para evitar o efeito garrote, nem deve ser aplicada na face.

Neste contexto, verificou-se que o *Clingfilm* figura-se como uma boa alternativa de tratamento de pequenas queimaduras e pouco exsudativas. Torna-se uma boa alternativa na medida em que apesar de ter uma capacidade de absorção limitada, não adere à ferida, não provoca dor nem traumatismo quando removido e permite uma rápida e fácil visualização da queimadura sem que o penso tenha de ser removido até ao tratamento especializado na Unidade de Queimados.

Por outro lado, como o crescimento bacteriano referido nas pesquisas não é significativo (97,5% = 0-0.00651 colónias / cm<sup>2</sup>), acaba por prevenir a infeção, sendo um agente promotor da cicatrização. A prática baseada na evidência de pesquisas sustentou que este tipo de produto não atua como *fomite*, mantendo um ambiente estéril na solução da continuidade.

Apesar dos estudos existentes apontarem para a utilização de *Clingfilm* como uma boa prática, com resultados visíveis, ainda existem poucas

pesquisas que tenham estudado este facto. Assim, sugere-se a realização de mais/novos estudos em diferentes países para se poderem atingir resultados mais abrangentes/generalizáveis, de forma a contribuírem para novos protocolos e novas *guidelines*.

## BIBLIOGRAFIA

Bourke, P. M., & Dunn, K. W. (2015). The use of polyvinyl chloride film (clingfilm) with burn injury in the pre-hospital setting—the clear facts. *Journal Of Paramedic Practice*, 7(1), 20.

Campbell, J. (2012). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers, United States of America*: Pearson

DGS (2012). *Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto*. Obtido em 16 de Abril de 2016, de DGS: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012.aspx>

Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Hammell, Clare (2010). *Clinical: Emergency medicine - Managing burns and scalds*. (2010). *GP: General Practitioner*, 36.

Liao, A. Y., Andresen, D., Martin, H. O., Harvey, J. G., & Holland, A. A. (2014). The infection risk of plastic wrap as an acute burns dressing. *Burns (03054179)*, 40(3), 443-445 3p. doi:10.1016/j.burns.2013.08.006

Lima, R. B. (2016). Obtido de Dermatologia.net Saude e beleza da Pele: <http://www.dermatologia.net/a-pele/>

Pereira, G. G., Guterres, S. S., Balducci, A. G., Colombo, P., & Sonvico, F. (2014). Polymeric films loaded with vitamin E and aloe vera for topical application in the treatment of burn wounds. *Biomed Research International*, 2014641590. doi:10.1155/2014/641590

Rocha, M. (2006). *Pele e cicatrização*. Coimbra: MinervaCoimbra.

Varley, A., Sarginson, J., & Young, A. (2015). Evidence-based first aid advice for paediatric burns in the United Kingdom. *Burns*, doi: 10.1016/j.burns.2015.10.029

Vilelas, J. (2009). *Investigação O Processo de*

*Construção do Conhecimento* (1ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo. doi:ISBN 978-972-618-557-4

WHO. (Abril de 2014). *Burn Prevention and Care*. Obtido em 16 de Abril de 2016, de World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/#>

# COPING E BEM-ESTAR NAS PESSOAS COM DOENÇA CARDÍACA, ONCOLÓGICA E/OU INFECIOSA

Diana Nélia Pereira De Sousa<sup>(1)</sup>; Ana Catarina Silva Costa<sup>(2)</sup>; Carlos Melo-Dias<sup>(3)</sup>



## Resumo

A adaptação à doença é um processo complexo, no qual a pessoa é confrontada com a incerteza do diagnóstico, prognóstico e com o sofrimento físico e psicológico.

O diagnóstico de uma doença (cardíaca, oncológica e/ou infecciosa) é percebido como uma forte ameaça, significando para os doentes a possibilidade de morte e a perspectiva de uma caminhada dolorosa, gerando um impacto emocional produtor de stress.

Para que a pessoa seja capaz de lidar com este processo necessita de recorrer a estratégias de coping, que poderão influenciar o seu bem-estar. O estudo teve como objetivos, conhecer quais as estratégias de coping utilizadas, conhecer qual o bem-estar, e conhecer qual a relação entre as estratégias de coping e o bem-estar das pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa.

Utilizando a estratégia PICOD delineou-se a questão de investigação, qual a relação entre as estratégias de coping e o bem-estar nas pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa?

O artigo segue as linhas gerais de elaboração de uma revisão integrativa da literatura, recorrendo-se ao EBSCO (MEDLINE e CINAHL), à SciELO e ao RCAAP, utilizando o PICOD e critérios de inclusão, procurando coping AND well-being AND patient\*, em qualquer tipo de estudo com adultos com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa, selecionando oito estudos pertinentes.

Os resultados obtidos indicam que geralmente o recurso ao coping ativo conduz a um bem-estar superior e o recurso ao coping passivo a um bem-estar inferior.

**PALAVRAS-CHAVE:** coping, adaptação, bem-estar, cuidados de enfermagem, doença

## Abstract

*COPING AND WELL-BEING IN PEOPLE WITH HEART, ONCOLOGIC AND/OR INFECTIOUS DISEASE*

*The adaptation to a disease is a complex process in which the person is faced with the uncertainty of diagnosis, prognosis and physical and psychological suffering.*

*The diagnosis of a disease (cardiac, oncological and / or infectious) is perceived as a strong threat, meaning for patients the possibility of death and the prospect of a painful walk, generating a stressful emotional impact.*

*For a person to be able to handle this process one needs to resort to coping strategies, which may affect their well-being.*

*The study had as objectives, knowing what coping strategies are used, knowing what the well-being, and knowing what the relationship between coping strategies and well-being for people with heart, oncologic and/or infectious disease.*

*Using PICOD strategy we outlined the research question what is the relationship between coping strategies and well-being in people with heart, oncologic and/or infectious disease?*

*This article follows the general lines of development of an integrative literature review, using the EBSCO (MEDLINE and CINAHL), and SciELO and RCAAP, using PICOD and inclusion criteria, searching for coping AND well-being AND patient\*, in any study design, in adults with heart, oncologic and/or infectious disease, selecting eight relevant studies.*

*The results indicate that generally that the use of active coping leads to a superior sense of wellbeing and the use of passive coping to an inferior well-being.*

**KEYWORDS:** coping, adaptation, well-being, nursing care, illness.

## Resumen

*EL AFRONTAMIENTO Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ONCOLÓGICAS Y/O INFECCIOSAS*

*La adaptación a la enfermedad es un proceso complejo en el que una persona se enfrenta a la incertidumbre del diagnóstico, pronóstico y al sufrimiento físico y psicológico.*

*El diagnóstico de una enfermedad (cardíaca, oncológica y/o infecciosa) es percibido como una fuerte amenaza, significa que se trata de una posibilidad de muerte y una perspectiva de una dolorosa caminata, produciendo un impacto emocional productor de estrés.*

*Para que una persona pueda manejar este proceso tiene que recurrir a estrategias de afrontamiento, lo que puede influenciar a su bienestar.*

*El estudio tuvo como objetivos conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas, conocer el bienestar, y conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar de las personas con enfermedades cardiovasculares, oncológicas y/o infecciosas.*

*Utilizando una estrategia PICOD se esbozó una cuestión de investigación, cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y bienestar de las personas con enfermedad cardíaca, oncológica y/o infecciosas*

*Este artículo sigue las líneas de desarrollo de una revisión integrativa de la literatura, utilizando EBSCO (MEDLINE y CINAHL) y SciELO y RCAAP, con la estrategia PICOD y criterios de inclusión, buscando coping AND well-being AND patient\*, en cualquier tipo de estudio con adultos con enfermedad cardíaca, oncológica y/o infecciosas, seleccionando ocho estudios pertinentes.*

*Los resultados obtenidos indican que generalmente el recurso al afrontamiento activo conduce a una sensación de bienestar superior y que el afrontamiento pasivo lleva a un bienestar inferior:*

**PALABRAS CLAVE:** afrontamiento, adaptación, bienestar, cuidado de enfermería, enfermedad.

Recebido em maio 2017. Aceite em junho 2017

<sup>(1)</sup> RN (ESENFC), Theater Practitioner in Trauma and Orthopaedics - Royal Berkshire Hospital

<sup>(2)</sup> RN (ESENFC) Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia da Orta

<sup>(3)</sup> RN, CNS Mental Health & Psychiatry, MSN, PhD, Professor Adjunto ESENFC, Investigador responsável do Projeto PBE-MENTAL [UICISA-E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem)], Investigador Associado e Revisor no PORTUGAL Centre for Evidence Based Practice: A JBI Centre of Excellence (PCEBP), cemelodias@esenfc.pt

## INTRODUÇÃO

O coping é um fator estabilizador que facilita o ajustamento individual ou a adaptação perante situações stressantes (Holahan e Moos 1987, citado por Ribeiro & Rodrigues, 2004). Numa perspetiva clássica Lazarus e Folkman (1984 citado por Ribeiro & Rodrigues, 2004) definem o coping como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, no qual a pessoa mobiliza um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, com o objetivo de lidar com exigências específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stresse e que são avaliadas pelo próprio, como sendo uma sobrecarga ou que excedem os seus recursos pessoais.

O diagnóstico de uma doença é percecionado como uma forte ameaça, significando para os doentes a possibilidade de morte e a perspetiva de uma caminhada dolorosa, gerando um impacto emocional produtor de stresse. A adaptação à doença é um processo complexo, que depende de vários fatores, nomeadamente físicos, psicológicos sociodemográficos, socioeconómicos e os relacionados com a própria doença.

O coping é, portanto, um conceito chave para se entender o processo de adaptação da pessoa à doença (Lazarus & Folkman, 1984; Pargament, 1997 citado por Pereira, 2012), sendo que o tipo de estratégias de coping a que a pessoa recorre para lidar com a doença poderá afetar o seu bem-estar, a sua qualidade de vida nas suas diversas dimensões, influenciando o seu sofrimento (Pereira, 2012).

O enfermeiro, integrado numa equipa interdisciplinar, pela proximidade que estabelece com as pessoas e pela sua formação e prática centrada na totalidade da pessoa, deverá estar preparado para ajudar as pessoas a desenvolverem estratégias de coping mais adequadas às situações e, portanto, potencializadoras de melhor bem-estar.

Por todas as dificuldades inerentes ao processo de doença e pela importância que reveste a forma como as pessoas se adaptam a esta situação, consideramos crucial conhecer os mecanismos de coping utilizados pelas pessoas que vivem esta experiência de doença e a influência no seu bem-estar. Assim, dos três objetivos delineados:

conhecer quais as estratégias de coping utilizadas pelas pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa, conhecer qual o bem-estar das pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa e conhecer qual a relação entre as estratégias de coping e o bem-estar nas pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa, pretendeu-se dar resposta à questão de investigação, qual a relação entre as estratégias de coping e o bem-estar nas pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa?

## CONCETUALIZAÇÃO

Na interação que a pessoa estabelece com a doença, a capacidade de coping desempenha um papel preponderante, na medida em que constitui a capacidade que a pessoa tem de confrontar a situação que provocou a crise e superá-la. Neste sentido, o coping atua como um fator mediador facilitando o ajustamento individual ou de adaptação perante situações stressantes (Pereira, 2012).

No modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984, citado Pereira, 2012), o coping centrado na emoção é entendido como o esforço que a pessoa faz para lidar com as respostas emocionais, no sentido de reduzir a tensão provocada pela situação stressante. O coping centrado no problema envolve um esforço da pessoa para atuar sobre a situação, que se traduz por ações para lidar com os próprios stressores, no sentido de equacionar o problema, sendo analisadas soluções e alternativas com o propósito de o resolver (Billings & Moos 1984; Carver & Sheier, 1994; Lazarus 1991; Lazarus & Folkman 1986, citado por Pereira, 2012).

Billings e Moss (1984, citado por Pereira, 2012), Holahan e Moos (1985, citado por Pereira, 2012) categorizam os estilos de coping com base na presença ou ausência de esforços de ajustamento ao foco de stresse: estilo ativo/aproximação, em que se verifica a existência de esforços de aproximação do foco de stresse, pela procura de informação, focalização na atenção e atividade; e o estilo passivo/evitamento, em que se verifica o afastamento do foco de stresse, evitando o problema, ou recorrendo à distração e/ou à passividade.

Segundo Lazarus (1992, citado por Pereira, 2012) não existem estratégias de coping melhores ou piores que outras, uma vez que dependem sempre do utilizador e de toda a conjuntura envolvente (momento, circunstâncias e situação específica a que a pessoa se pretende adaptar).

A conceitualização de saúde, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), deu término à dicotomia saúde/doença, passando a saúde a ser caracterizada pela presença de determinadas condições de bem-estar físico, mental, social e espiritual. A OMS ao preconizar uma assistência holística ou integral da pessoa e ao valorizar o bem-estar integra a noção de qualidade de vida, entrecruzando os conceitos de saúde e de bem-estar (OMS, 2000).

A qualidade de vida e o bem-estar são dois conceitos associados, na medida em que a conceitualização de qualidade de vida representa uma tentativa de denominar algumas características da experiência humana, que definem a sensação subjetiva de bem-estar (Fleck, 2008, citado por Pereira, 2012). O Bem-Estar Subjetivo (BES) alude aos pensamentos e sentimentos que a pessoa possui em relação à própria vida (Diener, 1984, citado por Faria & Seidl, 2006).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE vrs2) define-se:

- Bem-Estar como “Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, de contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência” (CIPE, 2011, p.41).

## METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi analítica e descritiva, recorrendo-se ao motor de busca EBSCO (MEDLINE e CINAHL) e às bases de dados RCAAAP e SciELO. As palavras-chave utilizadas foram diferentes, de forma a serem adequadas a cada um dos motores de busca das bases de dados.

A metodologia para a pesquisa e codificação dos estudos foi baseada na estratégia PICOD (Participante, Intervenção, Comparações, Outcomes e Desenho do Estudo) (ver Quadro 1) que permitiu o estabelecimento de critérios de inclusão, de modo a garantir uma seleção rigorosa dos estudos relevantes para a questão de investigação anteriormente definida.

<b>Crítérios de Seleção</b>	<b>Crítérios de Inclusão</b>
<b>Participantes (e setting)</b>	Pessoas com doença cardíaca, oncológica ou infecciosa (em Serviços de saúde em regime de internamento ou ambulatório)
<b>Intervenção</b>	Estratégias de coping e o bem-estar
<b>Comparações</b>	Serviços de saúde em regime de internamento ou ambulatório
<b>Outcomes</b>	Comparações entre o coping e o bem-estar dos participantes
<b>Desenho do Estudo</b>	Coping e bem-estar
	Qualquer tipo de estudo

Quadro 1 – Estratégia metodológica segundo PISCOS

Na pesquisa (ver figura 1) realizada na EBSCO, a 20 de maio de 2015, foi selecionada a MEDLINE e CINAHL Plus como base de dados e utilizámos as palavras-chave coping AND well being AND patient\*, sem restrição temporal e pesquisando em título. Inicialmente na MEDLINE foram obtidos 24 resultados, dos quais, após leitura do título, a pesquisa foi reduzida para 14 artigos. De seguida procedeu-se à leitura do resumo, tendo sido considerados relevantes seis artigos. Na CINAHL Plus obtiveram-se 17 resultados. Após a leitura

do título a pesquisa foi reduzida para 10 artigos, dos quais seis eram pertinentes ao estudo, mas coincidiam com os artigos da pesquisa Medline.

Recorrendo às bases de dados MEDLINE e CINAHL Plus, nas mesmas condições (sem restrição temporal e pesquisa em título), com as palavras-chave coping AND well-being AND patient\* obtiveram-se exatamente os mesmos resultados que na pesquisa anterior.

Ainda na MEDLINE e CINAHL Plus e nas mesmas condições (sem restrição temporal e

pesquisa em título), com as palavras-chave coping AND wellbeing AND patient\* foi obtido um artigo na MEDLINE e um artigo na CINAHL Plus, tendo sido ambos excluídos, por não serem relevantes ao presente trabalho.

Na base de dados RCAAAP, a 20 de maio de 2015, sem restrição temporal e pesquisando em título, recorrendo às palavras-chave: coping e bem-estar foram obtidos 19 resultados, que após a leitura do título e do resumo selecionaram-se três como documentos pertinentes ao trabalho em curso. Ainda nas mesmas condições recorrendo às

palavras-chave coping e bem-estar, foram obtidos exatamente os mesmos resultados.

Por fim, na pesquisa avançada realizada na base de dados SciELO, a 20 de maio de 2015, sem restrição temporal e pesquisando em título, recorrendo às palavras-chave: coping e bem-estar obtiveram-se oito resultados, sendo pertinentes ao estudo três artigos, dos quais dois se encontravam repetidos, tendo, portanto, sido selecionado um. Ainda nas mesmas condições recorremos às palavras-chave coping e bem-estar, obtendo-se exatamente os mesmos resultados.

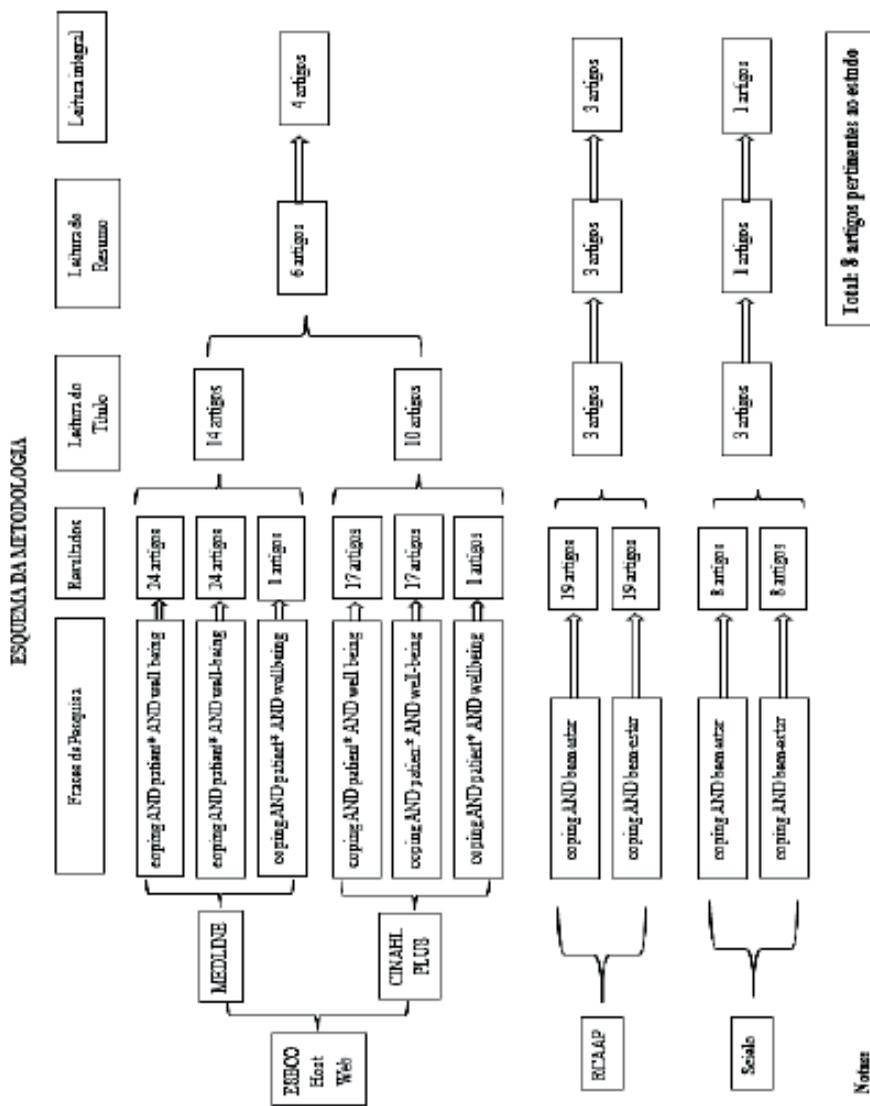


Figura 1- Esquema de Pesquisa e Seleção

Dentro dos resultados obtidos foram excluídos estudos com população de idade inferior e igual a 18 anos, artigos de língua que não portuguesa ou inglesa e artigos limitados a quadros clínicos específicos que não os pretendidos para este estudo, foram ainda excluídos todos os artigos

repetidos em pesquisas anteriores, e foram excluídos mais dois após a leitura integral dos documentos, obtiveram-se assim, um total de 8 artigos pertinentes ao presente estudo (ver Quadro 2).

Estudo	Título dos artigos	Autores	Ano
E1	Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits	Lampic, et al	1994
E2	Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e mulheres submetidas a cirurgia cardíaca	Coelho e Ribeiro	2000
E3	Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS	Faria e Seidl	2006
E4	Bem-estar Psicológico, Enfrentamento e Lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS	Seidl e Machado	2008
E5	Cancer patients experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping and goal reengagement	Schroevers, Kraaij e Gamefski	2011
E6	Bem – estar espiritual, qualidade de vida e coping em fase final de vida	Pereira	2012
E7	Subjective well-being in heart failure patients: influence of coping and depressive symptoms.	Pérez-García, Oliván e Bover	2014
E8	Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer	Pérez e Smith	2015

Quadro 2 – Artigos pertinentes ao presente estudo

## RESULTADOS

O Estudo 1 (E1) teve como objetivo explorar as relações entre os estilos de coping, o bem-estar psicossocial e a ansiedade, numa amostra de 197 pessoas com cancro e em regime de ambulatório. Neste estudo, os investigadores usaram como instrumento de avaliação um questionário aplicado em diferentes momentos. Numa fase inicial, verificou-se que o espírito de luta foi a estratégia de coping mais utilizada, seguida da ansiedade/preocupação, do desamparo/desesperança, do evitamento e, por fim, do fatalismo. Os autores constataram que o índice de bem-estar psicossocial estabelece uma correlação negativa com o estilo de coping ansiedade/preocupação, o estilo de coping desamparo/desesperança e o estilo de coping fatalismo. No que concerne ao estilo de coping espírito de luta, verificou-se o estabelecimento de uma correlação positiva com o índice de bem-estar psicossocial.

Por fim, os autores constataram que o bem-estar

global correlaciona-se positivamente com o estilo de coping espírito de luta e com o estilo de coping de evitamento e negativamente com o estilo de coping desamparo/desesperança e com o estilo de coping fatalismo.

O E2 teve como objetivo verificar o impacto do suporte social e das estratégias de coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar, numa amostra de 35 sujeitos do sexo feminino, com doença cardíaca crónica. Os autores constataram uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o bem-estar e os instrumentos de avaliação reveladores de satisfação face às amizades, família e intimidade, respetivamente. Verificou-se, também, que o bem-estar estabelece uma correlação positiva com o coping distrativo e com o coping instrumental, assim como uma correlação negativa com a sub-escala de preocupação emocional. Ainda neste estudo, apurou-se que o coping distrativo correlaciona-se positivamente

com a satisfação com as amigas, com a satisfação com a família e com a intimidade. Relativamente ao coping instrumental, este estabelece uma correlação positiva com a satisfação com as amigas, com a satisfação com a família e com a intimidade.

O E3 teve como objetivo investigar o poder de predição das variadas estratégias de coping, nomeadamente o coping religioso e da condição de saúde em relação ao BES, numa amostra de 110 pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Os autores constataram uma maior utilização de estratégias de coping focadas no problema, seguida da procura de práticas religiosas/pensamento fantasioso, da procura de suporte social e, em menor uso, as estratégias focadas na emoção. Relativamente à estratégia de coping religioso foi evidente uma maior utilização do padrão positivo comparativamente ao negativo. No que concerne às dimensões do bem-estar apurou-se que a média do afeto positivo foi superior à média do afeto negativo. Neste estudo, por meio de correlação de Pearson, verificou-se que o coping focado no problema estabelece uma correlação positiva com a procura de práticas religiosas e com a procura de suporte social. Os resultados relativos à variável afeto positivo indicaram que três variáveis antecedentes contribuíram de modo significativo para a sua predição: coping focado na emoção, o mais forte preditor negativo, seguido do coping focado no problema e do coping religioso positivo. Em relação ao afeto negativo duas variáveis foram consideradas preditores significativos: coping focado na emoção e coping focado no problema.

O E4 teve como objetivo investigar os efeitos da lipodistrofia sobre o bem-estar psicológico e a adesão ao tratamento antirretroviral, bem como as estratégias de coping utilizadas por pessoas com VIH, numa amostra de 21 participantes. Neste estudo os resultados apontaram que a descoberta e a vivência da lipodistrofia podem afetar o bem-estar psicológico ocasionando: redução da autoestima; percepção negativa da imagem corporal; isolamento social; medo da revelação forçada do diagnóstico; evitamento da exposição de partes do corpo; e da visualização da

imagem no espelho. As pessoas com lipodistrofia referiram utilizar como estratégias de coping: a realização de atividade física regular (musculação, natação e/ou caminhadas); a adequação de vestuário, utilizando roupas que escondem e/ou disfarçam as mudanças corporais; a realização de procedimentos dermatológicos (aplicação de metacrilato no rosto); a adoção de novos hábitos alimentares; a realização de cirurgia plástica (lipoescultura, abdominoplastia); a participação em pesquisas científicas da área de dermatologia da Universidade de Brasília; a procura de apoio social com pessoas com VIH que apresentam o mesmo problema; a procura de atividades de lazer (estratégia de distração); a suspensão do uso da TARV (terapia antirretroviral), mediante orientação médica; a realização de psicoterapia num consultório particular; e a utilização de medicação específica para controlo das taxas metabólicas.

O E5 teve como objetivo investigar a relação entre as mudanças positivas e negativas e a sua associação com o afeto positivo e negativo, numa amostra de 108 pessoas com linfoma. Os autores verificaram que a média de bem-estar, na dimensão afeto positivo, foi de 29,58 e na dimensão afeto negativo foi de 16,61, ambas numa escala com valor mínimo de 10 e máximo de 50 pontos. Na análise das estratégias de coping, a reavaliação positiva apresentou uma média de 12,76 numa escala de valores entre 4 e 20 pontos; e o coping ativo apresentou uma média de 10,23 numa escala de valores entre 4 e 16 pontos. No mesmo estudo, constatou-se uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a utilização da estratégia de coping de reavaliação positiva e a dimensão dos afetos positivos do bem-estar. Por fim, foi apurada uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o uso da estratégia de coping de autodistração e a dimensão dos afetos negativos do bem-estar.

O E6 teve como objetivo investigar a relação entre bem-estar espiritual, qualidade de vida nas dimensões física, funcional, social/familiar, emocional e estratégias de coping em 346 pessoas com doença oncológica e em fase final de vida. Na avaliação do bem-estar, as pessoas apresentaram

um bem-estar espiritual médio, percebido como positivo, sendo mais elevado na dimensão Fé do que na dimensão sentido/paz. O estudo apontou que as estratégias de coping mais utilizadas pelos elementos da amostra foram o “evitamento cognitivo” e o “fatalismo”. Em contrapartida, as estratégias a que menos recorreram foram o “espírito de luta”, a “preocupação ansiosa” e o “desânimo/fraqueza”. Na análise da correlação entre a Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) e as estratégias de coping, encontrou-se uma correlação significativa e negativa entre FACIT-Sp global com a estratégia “desânimo/fraqueza” e a “preocupação ansiosa”. Contudo, relativamente às estratégias “espírito de luta” e “fatalismo” a correlação foi também significativa, mas positiva.

No Estudo 7 (E7) fez-se uma análise sobre o BES, o coping e os sintomas depressivos, numa amostra de 60 pessoas com insuficiência cardíaca. Os autores apuraram que a média de BES da amostra foi de 25,03, numa escala com valores entre -40 e 65 pontos. Verificou-se, também, que o BES se relaciona positivamente com o coping focado no problema e negativamente com o coping focado na emoção.

O Estudo 8 (E8) teve como objetivo investigar a relação entre o coping religioso positivo e o

bem-estar, numa amostra de 179 pessoas com cancro em regime de ambulatório. Neste estudo, os autores constataram que o coping religioso positivo contribui para níveis mais elevados dos quatro tipos de bem-estar, nomeadamente bem-estar físico, bem-estar funcional, bem-estar social e bem-estar emocional.

## DISCUSSÃO

Debate-se aqui de forma crítica os resultados mais significativos da pesquisa desenvolvida com base na questão de investigação: Qual a relação entre as estratégias de coping e o bem-estar nas pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa?

De modo a cumprir o primeiro objetivo definido: “Saber quais as estratégias de coping utilizadas pelas pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa” enumeramos os diferentes estilos e/ou estratégias de coping identificados nos vários artigos analisados.

Tendo em consideração as diversas estratégias de coping identificadas nos artigos analisados, consideramos pertinente para uma melhor discussão categorizá-los em dois tipos de estratégias de coping, mediante a concetualização do presente trabalho: coping ativo e coping passivo (quadro 3).

COPING ATIVO	COPING PASSIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequação do vestuário;</li> <li>- Adoção de novos hábitos alimentares;</li> <li>- Procura de suporte social/ Coping do Suporte Social;</li> <li>- Coping distrativo;</li> <li>- Coping focado no problema;</li> <li>- Coping Instrumental;</li> <li>- Coping religioso positivo;</li> <li>- Participação como voluntário em pesquisa científica;</li> <li>- Procura por atividades de lazer e culturais;</li> <li>- Realização de atividade física regular;</li> <li>- Realização de cirurgia plástica;</li> <li>- Realização de procedimentos;</li> <li>- Realização de psicoterapia;</li> <li>- Reavaliação Positiva;</li> <li>- Suspensão programada da medicação, mediante orientação médica;</li> <li>- Utilização de medicação específica para controlo das taxas/valores metabólicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coping emocional;</li> <li>- Coping de evitamento;</li> <li>- Coping focado na emoção;</li> <li>- Coping Religioso Negativo;</li> <li>- Desamparo/Desesperança;</li> <li>- Desânimo/Fraqueza;</li> <li>- Fatalismo;</li> <li>- Preocupação Ansiosa;</li> <li>- Preocupação emocional.</li> </ul>

Quadro 3 – Síntese dos tipos de estratégias de coping.

Em E1 os estilos de coping utilizados por pessoas com doença oncológica foram: o fatalismo, o espírito de luta, o desamparo/desesperança, o evitamento e a ansiedade/preocupação. À semelhança, no E6 foram identificadas como estratégias de coping: desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, espírito de luta, evitamento cognitivo e fatalismo.

Em E2 as estratégias de coping utilizadas pelas pessoas com doença cardíaca crônica foram: o coping distrativo, o coping instrumental e a preocupação emocional.

Coping focado na emoção, coping focado no problema, coping religioso positivo, coping religioso negativo e procura de suporte social foram as estratégias de coping utilizadas por pessoas com o VIH, referidas em E3. Ainda numa amostra de pessoas com VIH, foram identificadas várias estratégias de coping, nomeadamente: realização de atividade física regular; adequação do vestuário; realização de procedimentos; adoção de novos hábitos alimentares; realização de cirurgia plástica; participação como sujeito em pesquisa científica da área de dermatologia; procura de apoio social em pessoas com o VIH que apresentam o problema; procura por atividades de lazer e culturais (estratégia de distração); suspensão programada da medicação, mediante

orientação médica; realização de psicoterapia em consultório particular; utilização de medicação específica para controlo das taxas metabólicas (E4).

Em E5 as estratégias de coping utilizadas por pessoas com doença oncológica foram: a reavaliação positiva e o coping focado no problema/ ativo. À semelhança, no E7 foram identificadas como estratégias de coping usadas por pessoas com insuficiência cardíaca, o coping focado no problema, o coping de evitamento e o coping do suporte social.

Em E8 o estilo de coping usado por pessoas com doença oncológica foi o coping religioso (positivo).

De modo a cumprir o segundo objetivo definido: “Saber qual o bem-estar das pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa” a análise dos resultados permitiu verificar a existência de diversos tipos de bem-estar, nomeadamente: bem-estar psicossocial e global; bem-estar subjetivo; bem-estar subjetivo identificando as dimensões: afetos positivos e afetos negativos; bem-estar psicológico; bem-estar espiritual global distinguindo a dimensão sentido/paz e a dimensão fé; e bem-estar físico, bem-estar funcional, bem-estar social e bem-estar emocional. No quadro 4 apresentamos os tipos de bem-estar identificados em cada estudo analisado.

Estudos	Bem-estar
E1	Bem-estar Psicossocial e global
E2 e E7	Bem-estar subjetivo
E3 e E5	Bem-estar subjetivo identificando as dimensões: afetos positivos e afetos negativos
E4	Bem-estar psicológico
E6	Bem-estar espiritual global, identificando as dimensões sentido/paz e dimensão fé
E8	Bem-estar físico, bem-estar funcional, social e emocional

Quadro 4 – O Bem-estar identificado nos diferentes estudos

De modo a cumprir o terceiro objetivo definido: “Saber qual a relação entre as estratégias de coping e o bem-estar nas pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa”, procuramos identificar as relações existentes entre o coping e o bem-estar nos artigos selecionados para o desenvolvimento do presente estudo.

Os resultados do E1 permitem-nos inferir que

as estratégias de coping passivo (preocupação ansiosa, desamparo/desesperança e fatalismo) estão associadas a um índice de bem-estar psicossocial inferior, ao passo que as estratégias de coping ativo (espírito de luta e coping de evitamento) estão associadas a um bem-estar global superior.

Em E2, os dados indicam que a percepção do suporte social e as estratégias de coping ativo (coping focado no problema) estão associados a um bem-estar superior e a uma maior facilidade de ajustamento às condições de hospitalização e aos tratamentos médico-cirúrgicos. De um modo geral, verificamos que o grau de satisfação com o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade) tem um papel determinante em termos de resistência psicológica ao stress da doença e que se manifesta através da percepção subjetiva de bem-estar.

Ainda neste estudo, o suporte social aparece como um recurso de coping, cujos benefícios são operacionalizados em termos de apoio emocional, coping instrumental e/ou coping distrativo, refletindo-se, de igual modo, no bem-estar pessoal. Deste modo, confirmamos as correlações positivas entre as formas de coping ativo (coping instrumental e coping distrativo) e a apreciação favorável do suporte social disponível na rede social. Por outro lado, considerando a dimensão relativa à preocupação emocional (coping passivo), na sua relação inversa com a satisfação ao nível da família, amigos e intimidade, constatamos que a ausência de suporte social ou a presença de aspetos negativos no contacto interpessoal, exerce uma influência negativa sobre o bem-estar.

Em E3, os resultados permitem-nos averiguar que o uso de estratégias de coping passivo (coping focado na emoção) atuam como o maior preditor negativo de afeto positivo. As estratégias de coping ativo, nomeadamente coping focado no problema e coping religioso positivo, estão associadas à expressão do afeto positivo. Em contrapartida, o uso de coping passivo (coping focado na emoção) está associado à expressão do afeto negativo e as estratégias de coping ativo (coping focado no problema) atuam como preditor negativo do afeto negativo. Assim, as pessoas que lidam com o diagnóstico do VIH de forma mais adaptativa, recorrendo ao coping ativo (coping religioso positivo), tendem a apresentar um maior número de sentimentos prazerosos relativos ao BES.

De acordo com os resultados do E5, referidos anteriormente, podemos inferir que a utilização da estratégia de coping ativo (coping de reavaliação

positiva) promove o aumento da dimensão dos afetos positivos e, conseqüentemente, conduz a um bem-estar superior.

Em E6, os resultados permitem-nos verificar que o recurso a estratégias de coping passivo (desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa) não são favoráveis a um bem-estar espiritual global e, quanto pior for a percepção das pessoas a nível do bem-estar, maior será o recurso a esse tipo de estratégias. Em contrapartida, o espírito de luta (coping ativo) e o fatalismo (coping passivo) favorecem o bem-estar espiritual global quer a nível da dimensão fé, quer a nível da dimensão sentido/paz. Ainda no mesmo estudo, através da análise do papel preditivo das estratégias de coping sobre o bem-estar espiritual, constatamos que apenas as estratégias de coping fatalismo (coping passivo) e espírito de luta (coping ativo), predizem um melhor bem-estar global. Desta forma, o recurso às estratégias anteriores potencia a procura de sentido e significado para o seu sofrimento e para os acontecimentos de vida. Por oposição, as estratégias desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa (coping passivo), perturbam a harmonia interior e a paz de espírito. A nível da fé, só o fatalismo (coping passivo) evidenciou ter um papel preditivo positivo, apoiando o aprofundamento da experiência religiosa e espiritual das pessoas. Em suma, as estratégias de coping passivo (desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa) mostraram ser menos adaptativas, uma vez que apresentam um papel preditivo negativo sobre o bem-estar espiritual, ao passo que as estratégias fatalismo (coping passivo) e o espírito de luta (coping ativo) revelaram ser mais adaptativas, com um papel preditivo positivo.

De acordo com os resultados do E7, a utilização de estratégias de coping ativo (focadas no problema) estão associadas a um BES superior, ao passo que as estratégias de coping passivo (focadas na emoção) estão associadas a um BES inferior.

Em E8, os resultados indicam que o coping religioso está associado a um bem-estar superior, nomeadamente bem-estar físico, funcional, social e emocional.

Em E1, E2, E3, E5, E6, E7 e E8 verificou-se que o coping ativo se encontra associado a um

bem-estar superior. Em contrapartida, o coping passivo encontra-se associado a um bem-estar inferior nos E1, E2, E3 e no E7. O E6, em oposição ao esperado, demonstrou que uma das formas de coping passivo (fatalismo) contribui para a melhoria do bem-estar.

Por fim, em E3 e E5 o coping ativo relacionou-se a uma maior expressão dos afetos positivos, contribuindo para um bem-estar superior.

## CONCLUSÃO

A adaptação à doença é um processo complexo, no qual a pessoa é confrontada com a incerteza do diagnóstico, do prognóstico e com o sofrimento físico e psicológico. Para que a pessoa seja capaz de lidar com este processo necessita de recorrer a estratégias de coping, que poderão influenciar o seu bem-estar. Desta forma procurámos dar resposta à questão de investigação “Qual a relação entre as estratégias de coping e o bem-estar nas pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa?”, para a qual foram delineados três objetivos.

Para a resposta ao primeiro objetivo foram definidos, mediante concetualização, dois tipos de estratégias de coping: o coping ativo e o coping passivo. Esta interligação de conceitos facilitou a interpretação dos resultados na discussão. Relativamente ao segundo objetivo delineado foi possível verificar a existência de diversos tipos de bem-estar. No terceiro objetivo definido, procurámos identificar as relações existentes entre o coping e o bem-estar nos estudos selecionados. A discussão dos resultados permitiu apurar que, no geral, o coping ativo associa-se a um bem-estar superior e o coping passivo a um bem-estar inferior.

A análise e discussão dos estudos selecionados permitiu concluir que o bem-estar das pessoas com doença cardíaca, oncológica e/ou infecciosa é influenciado pelos tipos de estratégias de coping utilizadas, sendo que, no geral, o recurso ao coping ativo conduz a um bem-estar superior e o recurso ao coping passivo a um bem-estar inferior.

Reconhecendo que a doença é um processo complexo e multidimensional e sendo que um dos principais objetivos globais dos cuidados

de enfermagem é assegurar a melhor adaptação possível da pessoa ao processo de transição saúde-doença, considera-se relevante o desenvolvimento de estudos que avaliem o bem-estar das pessoas nas diversas dimensões e que identifiquem as estratégias de coping promotoras desse bem-estar. Esse conhecimento facilitará uma maior compreensão das vivências da pessoa e, conseqüentemente, uma melhor adequação das intervenções de enfermagem promotoras da utilização de estratégias de coping mais adaptativas, com resultados positivos no bem-estar.

Enquanto enfermeiras/os reconhecemos a importância de ajudar as pessoas a desenvolverem estratégias de coping mais adequadas às situações e potencializadoras de melhor bem-estar. Deste modo, acreditamos que muitos dados destas investigações poderiam e poderão ser aprofundados e explorados em pesquisas futuras. Os enfermeiros têm uma posição privilegiada para identificar e reconhecer fatores causadores de stresse, podendo influenciar o desenvolvimento da saúde mental das pessoas, através de intervenções com o foco no reforço das estratégias de coping para a promoção do bem-estar.

## BIBLIOGRAFIA

- COELHO, M., & RIBEIRO, J. - Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 1:1, (2000) 79–87.
- CIPE - CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (2011)
- FARIA, J. B., & SEIDL, E. M. - Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*. 11:1 (2006) 155–164.
- LAMPIC, C., WENNBERG, A., SCHILL, J.-E., GLIMELIUS, B., BRODIN, O., & SJODÉN, P.-O. - Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncologica*.
- MELO-DIAS, C. - Estrutura de projeto de

investigação, revisitada. *Nursing Magazine Digital*. [Em linha] (2015) Disponível em WWW:<URL: <http://www.nursing.pt/estrutura-de-projeto-de-investigacao-revisitada/>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Saúde para todos no século XXI. Genebra: OMS (2000)

PEREIRA, F. - Bem – estar espiritual, qualidade de vida e coping em fase final de vida (2012)

PÉREZ, J. E., & SMITH, A. R. - Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *Journal of behavioral medicine*. 38 (2015) 183–193.

PÉREZ-GARCÍA, A. M., OLIVÁN, S., & BOVER, R. - Subjective well-being in heart failure patients: influence of coping and depressive symptoms. *International journal of behavioral medicine*. 21 (2014) 258–265.

RIBEIRO, J. L. P., & RODRIGUES, A. P. - Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5:1 (2004) 3–15.

SCHROEVERS, M. J., KRAAIJ, V., & GARNEFSKI, N. - Cancer patients experience of positive and negative changes due to the illness : relationships with psychological well-being, coping and goal reengagement. *Psycho-Oncology*. 20 (2011) 165–172.

SEIDL, E. M., & MACHADO, A. C. A. - Bem-estar Psicológico, Enfrentamento e Lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*. 13:2 (2008) 239–247.

# NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A *Revista Investigação em Enfermagem (RIE)* publica artigos sobre teoria de investigação, sínteses de investigação e cartas ao director, desde que originais, estejam de acordo com as presentes normas de publicação e cuja pertinência e rigor científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico.

A *RIE* publica também editoriais, notícias e informação geral sobre investigação.

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínios dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

## 1 - TIPOS DE ARTIGOS

### 1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

### 1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

*Devem estruturar-se da seguinte forma:*

**Resumo:** Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

**Palavras Chave:** até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

**Introdução:** Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

**Desenvolvimento da temática**

**Conclusão:** Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

**Bibliografia:** Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

*Extensão máxima recomendada 15 páginas.*

### 1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

**Resumo; Palavras Chave; Introdução** (com as características atrás enunciadas)

**Fundamentação:** Breve revisão e localização da problemática.

**Material e métodos:** Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

**Resultados:** Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

**Discussão:** Comentará os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

**Conclusão:** Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

**Agradecimentos:** Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

**Bibliografia**

*Extensão máxima recomendada 20 páginas.*

## 2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

**Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.**

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

### **3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO**

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

Podem também ser serão endereçados ao director da **RIE**, *Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.*

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

**Imagens, figuras e fotografias** a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

**Tabelas, quadros e gráficos** devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

**A taxa de submissão de artigo é de 5€.**

### **4 - PROCEDIMENTOS DA RIE**

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

**A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 15€.**

### **5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

#### **Monografias;**

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

#### **Artigos de publicações periódicas;**

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.

**NOTA FINAL: Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.**