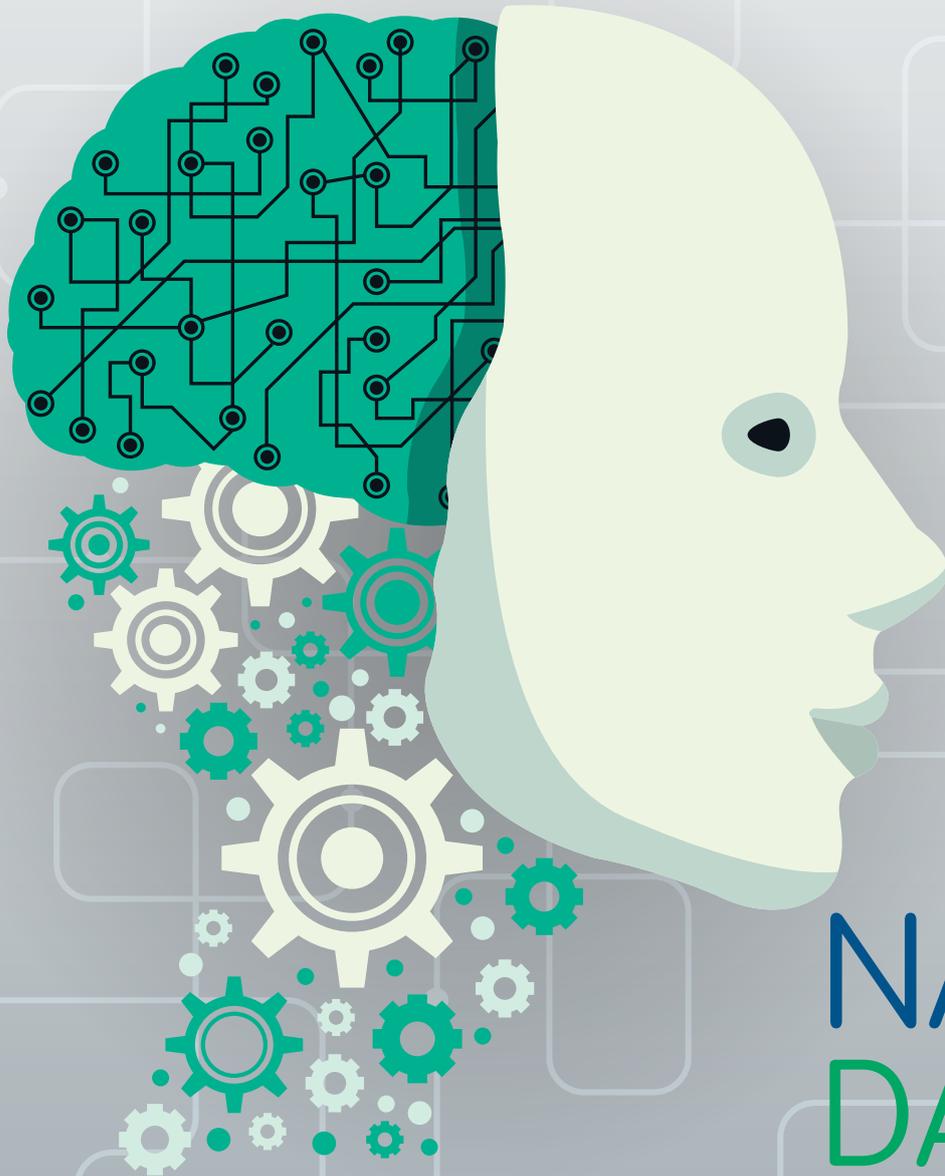


Enf^orm ação

ENFERMAGEM EM CONTÍNUO MOVIMENTO



NA LINHA DA FRENTE

CUIDADOS À CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
do *ACTION RESEARCH ARM TEST*

Nº 9 | JAN a ABR 2018
ISSN 2182-8261

Já conhece a



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



**Brevemente vamos estar
na sua Unidade para
divulgar o que fazemos!**

A **ACE** tem como missão
promover a Formação,
divulgar o conhecimento de
Enfermagem e fomentar
a Investigação.

www.acenfermeiros.pt

ACE
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

**FORMAÇÃO CONTÍNUA
PROXIMIDADE | PARTILHA**

A ACE tem como missão promover a formação, divulgar o conhecimento de Enfermagem e fomentar a Investigação.

BENEFÍCIOS DO SÓCIO:

- Apoio à realização de eventos científicos promovidos pelo Sócio.
- Acesso a programas de apoio à formação/investigação.
- Participação gratuita em workshops realizados pela Academia ACE.
- Participação em Jornadas e Congressos pelo valor reduzido.
- Publicação de artigos científicos na revista digital DFormação.
- Acesso a protocolos de parceria com benefícios e descontos para os sócios e familiares.
- Acesso a conteúdos científicos exclusivos no website.

TORNE-SE SÓCIO EM
www.acenfermeiros.pt

**Contamos consigo,
conte connosco!**

editorial



Conselho Directivo
Filomena Leal
Elsa Folgado
Helena Xavier
Paula Santos
Luís Pereira
[enformacao.direcao@gmail.com]

Conselho Redatorial
Cláudia Rodrigues
Helena Xavier
Ivete Monteiro
Paula Duarte
Sandy Severino
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico
Ana Marinho
Delmira Pombo
Lígia Malaquias
Luís Sousa
[enformacao.cc@gmail.com]

Sede
Direção dos Serviços de Enfermagem
R. José António Serrano, 1150 Lisboa
Telefones 218 841 896 / 1573
Fax 218 864 616

Design Gráfico
Cognição
www.cognição.pt

Revista Digital
Períodicidade Quadrimestral
ISSN 2182-8261

*“...o mundo pertence
a quem se atreve
e a vida é muito para
ser insignificante.”*



Filomena Leal
Presidente

Caros Colegas,

Na linha da frente... faz-nos pensar num campo de batalha, por vezes sangrante, inóspito, onde a maioria das Pessoas se movem por automatismo, vivendo o dia-a-dia, lutando pela sobrevivência, sem objetivos!

Nós os Enfermeiros estamos sempre **na linha da frente**, num combate difícil, complexo, rico em diversidade, mas, humanista, científico e real.

Sim, real, não metafórico! É ser ator na arte de lidar com a experiência humana de saúde.

Na linha da frente... nas diferentes unidades funcionais é imperioso ter lideranças ativas, construtivas e que se envolvam no crescimento global das equipas proporcionando momentos de reflexão do processo de cuidar.

Na linha da frente... diariamente existem desafios, limitações na gestão dos recursos humanos, desgaste físico e emocional, mas atenção, se estivermos unidos por uma causa, a força surge e com a ela a capacidade de continuar a lutar. Os Enfermeiros são resilientes.

Na linha da frente... procuramos melhorar as competências que são intrínsecas ao nosso conteúdo funcional e para isso a ACE contribui com o apoio à formação e ao incentivo de parcerias formativas expressas em workshops, jornadas e eventos multidisciplinares.

Na linha da frente... este ano, os corpos sociais, através da Academia ACE, vão aproximar-se da Sociedade Civil e promover encontros com a mesma. Sentimos que é algo importante e que a formação e o esclarecimento permitem ganhos em saúde e melhoria da literacia dos cidadãos.

Na linha da frente... como presidente da ACE sinto que ainda há muito por fazer. Não vamos fraquejar apesar dos constrangimentos diários a que todos estamos expostos de uma forma ou de outra. A divulgação da associação vai continuar pelos diferentes hospitais do CHLC e a angariação de novos sócios é fulcral para o crescimento da mesma.

Na linha da frente... vamos dar continuidade à expansão das bandeiras de um percurso de dezassete anos de existência:

- Dar visibilidade do que é ser Enfermeiro integrado numa equipa de saúde;
- Permitir através da revista ENFORMAÇÃO a divulgação de artigos científicos e temas de atualidade científica;
- Fomentar a formação contínua e permanente.

Na linha da frente... contribuir com o conhecimento, atitudes e competências acrescidas, sendo estas um vetor de ajuda para os utentes readquirirem o seu estatuto social, familiar, o direito à cidadania.

Termino com um pensamento de “Augusto Branco”:

“Lute com determinação, abraça a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante”.

Desejo a todos uma Feliz Primavera recheada de cor e esperança.



12 Cuidados à Criança em situação crítica

Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem

Tânia Afonso e Fernanda Loureiro

18 Propriedades Psicométricas do Action Research Arm Test Revisão Sistemática da Literatura

Ana Cristina Soares do Nascimento, Andreia Filipa dos Santos Gonçalves, Carlos Albano Cerqueira da Silva, Lisa Nélia Esgaio Gaudêncio, Tiago Emanuel Siva Ferreira, Luís Manuel Mota de Sousa



VISIBILIDADE

05 CHLC sempre a mexer

Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
Fátima Palmeiro

AGENDA

11 Calendário

Eventos e atividades



EMPENHO

06 Marcar a diferença

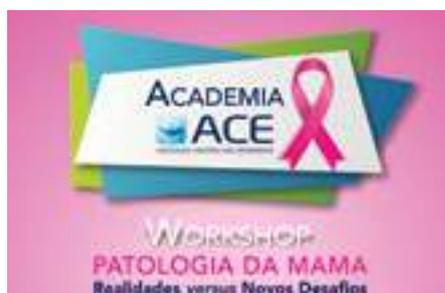
A Escrita terapêutica como ferramenta terapêutica em Enfermagem
Ricardo Fonseca

08 Viver Verde

Detox - O que é?

Benefícios e como fazer.

29



EVIDÊNCIA

29 Aconteceu

Workshop
Patologia da Mama:
Realidades versus Novos Desafios



sempre mexer

VISIBILIDADE

Fátima Palmeiro

Gabinete de Assessoria e Comunicação
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - CHLC



1.º Encontro ACES Lisboa Central / /ACES Loures-Odivelas/ CHLC “Integrar + Proximidade + Saúde”

No passado dia 1 de fevereiro realizou-se o 1.º Encontro ACES Lisboa Central / ACES Loures-Odivelas / CHLC subordinado ao tema “Integrar + Proximidade + Saúde”.

O encontro, que contou com a participação de inúmeros profissionais das três instituições, teve como objetivo a apresentação e divulgação de vários projetos inovadores conjuntos.

Após uma intervenção conjunta das diretoras dos ACES Lisboa Central e Loures-Odivelas, sobre a caracterização destas unidades, seguiram-se as apresentações do “Plano Integrado de Alta Hospitalar”; “Exames Complementares de Cardiologia em Cuidados de Saúde Primários: uma Nova Dimensão”; “Partilha e Rentabilização de Recursos na Área Laboratorial”; “Telerrastrio Dermatológico”; “Valorização do Percurso dos Doentes no SNS”; “Projecto Arpat”.

A sessão, com que o Conselho de Administração do CHLC pretendeu também assinalar dois anos de mandato, terminou com uma intervenção da Presidente do Conselho do CHLC, Prof.ª Doutora Ana Escoval, do Presidente da ARSLVT, Dr. Luís Pisco e do Prof. Doutor Constantino Sakellarides, coordenador do Programa de Literacia e Autocuidados, em que foi abordada a relação simbiótica entre cuidados hospitalares e cuidados primários.



Ministro da Saúde visita equipamentos no polo Curry Cabral

O Ministro da Saúde visitou, no início de janeiro, o polo Curry Cabral e os novos equipamentos que estão a ser instalados nesta unidade: um sistema de fluoroscopia com detetor digital para exames de gastroenterologia e um angiógrafo e tomografia computadorizada multicorte para radiologia de intervenção.

Estas tecnologias, adquiridas ao abrigo do programa POR 20-20, vão permitir, também na perspetiva do Novo Hospital de Lisboa que deverá estar pronto em 2023, equipar o CHLC para alargar a todo o sul do país um conjunto de exames e intervenções que só são possíveis, atualmente, nas regiões do Centro e Norte de Portugal.

O valor investido neste equipamento ultrapassa os dois milhões de euros, montante que em parte foi financiado com verbas do próprio CHLC.

As obras necessárias para acolher os referidos equipamentos estão em pleno andamento numa área onde, noutros tempos, funcionaram serviços de urgência e poderão estar concluídas no segundo trimestre deste ano.



Projecto “Conforto das palavras” assinala um ano de vida

Fez, no passado dia 18 de janeiro, um ano que este projecto teve início na MAC, pretendendo amenizar as circunstâncias inerentes a um internamento, promovendo o bem-estar através da literatura, sensibilizando para a importância da leitura e desenvolvendo o espírito criativo e a imaginação. Num ano foram requisitados 474 livros, número este que nos parece bastante significativo e que demonstra o impacto que este “Conforto” trouxe às nossas grávidas.

Também na Consulta de Pediatria os livros têm ajudado as crianças/ pais a passar o tempo enquanto aguardam que as chamem!

Só foi possível tornar este projecto uma realidade graças à colaboração dos profissionais dos vários serviços envolvidos.



Concurso internacional para novo hospital de Lisboa no Jornal da União Europeia

Saiu a 19 de dezembro, no Suplemento do Jornal Oficial da União Europeia, o anúncio do concurso público internacional para o “contrato de gestão que tem por objeto a gestão, em regime de parceria público-privada, do complexo hospitalar a integrar no Serviço Nacional de Saúde - Hospital de Lisboa Oriental”.

Como se pode ler no texto divulgado, a gestão “compreende as atividades de conceção, projeto, construção, financiamento, conservação, manutenção e exploração do complexo hospitalar, incluindo o fornecimento, a instalação, a conservação e a manutenção de equipamento geral fixo, bem como a conservação, manutenção e exploração dos parques de estacionamento que integram o complexo hospitalar”.

O processo, com o número 506425-2017, refere, entre outros elementos, o valor estimado da obra, fixado em 334.464.811,71 euros, sem IVA, e que a data e hora limite para entrega de candidaturas é 18 de junho de 2018, 17h, hora de Lisboa.



marcar a diferença

Ricardo Fonseca

Enfermeiro, escritor, terapeuta.
www.facebook.com/ricardofonsecaescritor

u A Escrita terapêutica como ferramenta terapêutica em Enfermagem

A escrita está intimamente relacionada com a enfermagem sendo utilizada de diversas formas e em diversos contextos do Cuidar, fazendo parte da relação terapêutica entre os enfermeiros e os seus utentes, permitindo infinitas possibilidades de registo de emoções, pensamentos, ações, objetivos, reflexões entre outras possibilidades.

Ao mesmo tempo que os enfermeiros utilizam a escrita para registar inúmeros fatores, processos, situações dos seus utentes poderão, de igual modo, utilizar a escrita como uma ferramenta terapêutica que permita a expressão de emoções, sentimentos com o objetivo de uma gestão saudável das suas emoções e dos seus utentes.

A Escrita Terapêutica é uma ferramenta terapêutica que dá resposta a essa expressão de emoções, pois é uma terapia onde através da escrita possibilita a expressão de emoções, sentimentos, pensamentos, relacionados com diversos processos emocionais do percurso de Vida do ser humano visando uma gestão saudável de emoções com repercussões positivas aos níveis das nossas relações pessoais, profissionais e conosco próprios.

A Escrita Terapêutica pode ser utilizada em diversos contextos de Vida do Ser Humano e aplicada em diversas áreas como a área da saúde, educacional, associativa entre outras, pois oferece inúmeras possibilidades de utilização, através quer da realização de exercícios orientados a determinados processos emocionais quer na elaboração de diversos formatos de escrita, visando sempre a expressão das emoções, sentimentos e de igual modo, a reflexão sobre a forma como gerimos as nossas emoções e de que forma as queremos gerir no nosso dia-a-dia.

Na enfermagem, a escrita terapêutica encontra uma panóplia de situações e contextos onde pode ser utilizada, pois na área da saúde vivem-se inúmeros processos emocionais com cargas emocionais mais ou menos positivas, quer sejam esses processos vividos pelos enfermeiros, cuidadores informais, utentes, familiares, entre outros. É muito importante a gestão de todas as emoções associadas a esses processos emocionais, de um modo saudável, para o aperfeiçoamento da relação terapêutica, dos cuidados de enfermagem e, de um modo geral, da saúde emocional dos enfermeiros e dos seus utentes.

A escrita já é muitas vezes utilizada de um modo terapêutico na enfermagem, como por exemplo, quando os enfermeiros recebem uma carta/postal dos utentes que cuidaram, manifestando a sua gratidão; quando os enfermeiros solicitam aos seus utentes que escrevam algo onde expressem o que sentem, de modo a apoiar processos de aceitação da doença, de superação da mesma, entre outros processos e, tendo em conta o que foi referido, a escrita terapêutica, de certo modo, relaciona todas essas atividades onde a escrita é utilizada, tendo em conta o seu foco e objetivo terapêuticos.

Alguns os processos emocionais em enfermagem onde a escrita pode ser utilizada de forma terapêutica são os processos de luto, processos de aceitação da doença (em especial de doença crónica), o estabelecimento de objetivos, o reconhecimento de competências, de agudização de doença (com reinternamentos), entre outros, onde um dos modelos da escrita terapêutica que podem ser utilizados são as cartas terapêuticas.



As cartas terapêuticas são cartas elaboradas pelos enfermeiros cujos destinatários são os seus utentes cujo propósito é demonstrar o apoio e disponibilidade, ajudar a encontrar soluções face a um certo problema, expressar palavras de encorajamento, de incentivo, de apoio, reconhecer capacidades e habilidades do utente, reconhecer mecanismos de superação e aceitação, visando o aperfeiçoamento da relação terapêutica e consequentemente do Cuidar.

Num estudo realizado por Fonseca (2015) sobre a influência das cartas terapêuticas na promoção da esperança dos pais de crianças com doença crónica foram elaboradas, pelos enfermeiros, três tipologias de cartas terapêuticas, a carta de agudização do processo de doença, a carta de reconhecimento de competências parentais e a carta de acolhimento, sendo que neste estudo conclui-se que as cartas terapêuticas são um instrumento terapêutico em enfermagem e de igual modo, uma estratégia promotora de esperança, contribuindo para a promoção da esperança parental e dos enfermeiros que elaboraram as cartas.

As cartas terapêuticas também poderão ser elaboradas pelos utentes e dirigidas aos enfermeiros, seus cuidadores, sendo cartas onde são expressas as emoções dos utentes sentidas durante o processo de doença e que permitem que os enfermeiros reflitam sobre os seus cuidados, sobre a relação terapêutica e, não menos importante, sobre a forma como gerem as suas emoções no seu dia-a-dia, quer pessoal quer profissional.

Como se pode ler ao longo deste artigo a escrita terapêutica pode ser utilizada e aplicada na enfermagem quer de um modo leigo, ou seja, por vontade própria dos enfermeiros que queiram escrever sobre as suas emoções seja para si mesmos ou com destinatários específicos quer de um modo científico, sendo que começam a surgir diversos estudos que a abordam a escrita como uma ferramenta terapêutica em saúde, demonstrando um vasto campo com muito potencial a ser investigado e aplicado na prática dos enfermeiros.

Quando escrevemos sobre as nossas emoções iniciamos um confronto saudável connosco próprios, pois começamos a deparar-nos com as emoções que interferem com o nosso dia-a-dia, seja de um modo mais ou menos positivo e que, na área da enfermagem, poderá consequentemente interferir com a forma como cuidamos e lidamos com as emoções dos utentes.

Escrever sobre as nossas emoções, de um modo terapêutico, é entrar em contacto com o que sentimos, sem medo de reconhecer as nossas emoções, aceitando que fazem parte de nós mesmos e que são essenciais na forma como nos relacionamos connosco próprios e com os outros, pois apoiam todo um percurso de reconhecimento, aceitação e integração do nosso modo de sentir, pensar, agir e, na enfermagem, de cuidar.

A escrita terapêutica é uma ferramenta terapêutica muito importante, de fácil acesso para todos os enfermeiros, sem quaisquer custos associados, necessitando apenas da vontade e da disponibilidade de cada enfermeiro, para lidar com as suas emoções e as emoções daqueles que por si cuidados, visando uma gestão emocional saudável, um aperfeiçoamento do Cuidar e, ousar referir, um enobrecimento da enfermagem.

Detox - o que é?

OS BENEFÍCIOS E COMO FAZER.

O conceito de DETOX refere-se a um processo ao qual se elimina do corpo as substâncias tóxicas ou pouco saudáveis. Depurar o corpo é uma prática existente há vários séculos que já tem demonstrado que traz benefícios muito saudáveis para o organismo. O DETOX começou a ganhar popularidade nos últimos anos por causa dos efeitos visíveis, quer físicos, quer mentais.

O organismo por si só faz um processo de detoxificação mas a quantidade de toxinas a que uma pessoa está exposta é muito maior do que a capacidade de eliminá-las, daí a importância de uma dieta que potencialize essa ação.

O principal objetivo da detoxificação não é a perda de peso mas sim o equilíbrio do organismo. O processo de emagrecimento é apenas uma consequência, visto as toxinas acumularem-se nos tecidos do corpo, nas células de gordura, entre outros.

O DETOX evita a entrada de toxinas e estimula a saída. Ajuda no bom funcionamento do intestino, que forma uma barreira e age como um filtro, impedindo que as toxinas cheguem ao fígado. Assim, o fígado não fica sobrecarregado e consegue trabalhar da forma correcta, fazendo com que as toxinas fiquem solúveis na água, para serem eliminadas.

As toxinas estão presentes no dia-a-dia em:

- alimentos
- poluição do ar
- medicamentos
- álcool
- corantes
- aditivos químicos
- cosméticos
- e outros

RECONHEÇA



BENEFÍCIOS

- Contribui para o bom funcionamento do intestino;
- Diminui a retenção de líquidos;
- Promove a aceleração do metabolismo, aumentando o gasto calórico;
- Maior sensação de saciedade;
- Diminuição do apetite por doces;
- Energia e bem-estar durante todo o dia;
 - Desaparecimento do acne;
 - Diminuição de celulite;
- Aquisição de novos hábitos alimentares
 - Sono tranquilo de qualidade;
 - Redução de enxaquecas e dores de cabeças diárias.



PERMITIDO!

- Fruta
- Legumes
- Grãos integrais
- Castanhas
- Sementes
- Leguminosas
- Azeite extra-virgem
- Óleos extra-virgens
- Chás
- Muita água

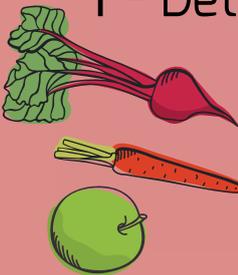
PROIBIDO!

- Qualquer alimento industrializado
- Alimentos com glúten
- Farinha branca
- Açúcar e Sal
- Café
- Carnes vermelhas
- Lacticínios
- Massas
- Manteiga
- Chocolate
- Bebidas alcoólicas
- Maionese e molhos em geral
- Evitar o uso do microondas
- Evitar o uso de cosméticos muito fortes



RECEITAS DE SUMOS DETOX

1 - Detox Beterraba



- 1 Beterraba sem casca
- 1 Cenoura com casca
- 1 Maçã com casca

Bata tudo no liquidificador com 1L de água, se quiser pode colocar gelo. A cenoura melhora a digestão, já a beterraba ajuda a controlar o colesterol e protege o coração, fechando com a maçã que traz diversos benefícios ao sistema respiratório.

2 - Detox Verde



- 2 Laranjas descascadas, cortadas e sem sementes
- 3 Folhas de couve bem lavadas e com talo
- 1 Pedacço de gengibre

Bata tudo no liquidificador com 1L de água e coloque bastante gelo. Além da vitamina C da laranja, temos o benefício da couve que é anti-inflamatória e cicatrizante, e por último o gengibre que é considerado um alimento termogénico.

3 - Detox Abacaxi



- ½ Abacaxi
- Hortelã a gosto
- 1 Colher de chá de farinha de linhaça

Bata tudo no liquidificador com 300ml de água e coe. O abacaxi e a hortelã ajudam na digestão e evitam a azia. Já a linhaça melhora o funcionamento do intestino.

4 - Detox Morango



- 7 Morangos
- 250ml de água de coco
- 1 Colher de sopa de linhaça dourada

Bata tudo no liquidificador e coe se preferir. O morango ajuda a eliminar as toxinas do organismo e a água de coco auxilia na manutenção dos rins.

VENHA CRESCER CONNOSCO!

Seja sócio em www.acenfermeiros.pt

CRESCER FAZ PARTE INTEGRANTE DA VIDA

A ACE, Associação Científica dos Enfermeiros
está continuamente a trabalhar desde 2001
em prol da Formação dos Enfermeiros
e pela visibilidade da Enfermagem.

Por si, por nós e por todos.

Contamos consigo!



agenda



08-09 março



I Congresso de Enfermagem - Almada

Organizado pela Direção de Enfermagem do Hospital Garcia da Horta. Mais informações em: <http://congressoenfermagemhgo.pt/programa/>

08-10 março

XXXVIII Congresso Nacional de Cirurgia - Lisboa

Organizado pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia. Mais informações em: <https://www.spcir.com/congressos/xxxviii-congresso-2018/>

09-11 março



14.º Congresso Português de Diabetes - Vilamoura

A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) organiza o 14.º Congresso Português de Diabetes. Mais informações em: <http://www.diabetologia2018.com/>

14-17 março

35.º Encontro Nacional de MGF - Vilamoura

Com realização da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). Mais informações em: <http://www.apmgf.pt/websites/apmgf/evento.html?id=279>

21-23 março

III Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação - Coimbra

É sob o lema "A pessoa, função e autonomia - Reabilitar nos processos de transição na respiração: Ventilação/perfusão/difusão". Mais informações em: <https://www.esenfc.pt/event/event/home/index.php?target=home&defLang=1&event=223>

18-20 abril



III Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem - Lisboa

Jornadas com o apoio da ACE, terão como premissa a inovação e a partilha de conhecimentos na área respiratória a todos os profissionais de saúde. Mais informações em: <http://cognicao.pt/3jornadas-resp/>

17-19 maio

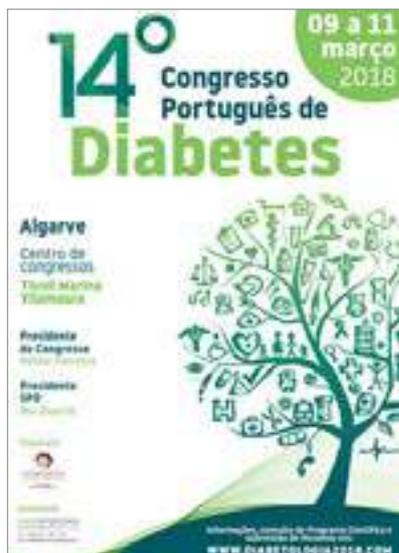
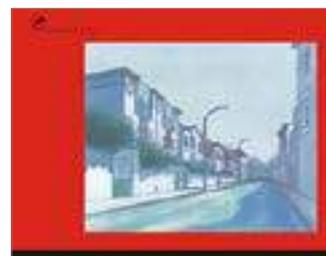
II Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos - Lisboa

Organizadas pela Liga Portuguesa contra o Cancro vão se realizar no ISCTE - IUL em Lisboa. Mais informações em: <https://www.ligacontracancro.pt/ii-jornadas-de-cuidados-paliativos-pediaticos/>

27-29 maio

X Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória / VII Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória - Lisboa

A Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória realiza com os temas: Inovação, Novas Tecnologias e Benchmarking - Novas estratégias na abordagem do paciente para Cirurgia Ambulatória. Mais informações em: <http://diventos.eventkey.pt/geral/detalheeventos.aspx?cod=81>



A close-up photograph of a woman with blonde hair, wearing a white top, smiling warmly at a young child. The child is lying down, wearing a white shirt, and laughing joyfully with their mouth wide open. The woman's hands are gently holding the child's head. The background is softly blurred, showing white pillows and a bed.

Cuidados à Criança em situação crítica

REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE APRENDIZAGEM

“ A utilização de registos de aprendizagens, diários ou reflexões é uma realidade no ensino de enfermagem no contexto nacional (Macedo, Augusto, Silva, & Rosário, 2013). ”

RESUMO

Introdução: O ensino clínico constitui um método de aprendizagem imprescindível que permite a aquisição de competências enquanto aluna e futura enfermeira. Apresenta-se um artigo que resulta de um trabalho desenvolvido no âmbito do ensino clínico do curso de enfermagem, realizado no serviço de urgência pediátrica.

Objectivo: Promover o desenvolvimento de competências e a reflexão acerca da prática profissional.

Material e Método: O artigo relata uma experiência de cuidados à criança em situação crítica, analisada segundo a metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs, sequenciada em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

Resultados: A reflexão possibilita o desenvolvimento do saber profissional em enfermagem nos domínios de competência: prestação, gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

Conclusão: O registo estruturado permitiu efetivar a ligação entre teoria e prática numa óptica de integração do saber, contribuindo para a aquisição da competência respectiva ao desenvolvimento profissional.

Palavras chave: Enfermagem pediátrica; Estudantes de Enfermagem; Estágio clínico; Ressuscitação.

INTRODUÇÃO

A utilização de registos de aprendizagens, diários ou reflexões é uma realidade no ensino de enfermagem no contexto nacional (Macedo, Augusto, Silva, & Rosário, 2013). Pretendem ajudar o aluno a refletir sobre as experiências de ensino clínico integrando teoria e prática.

É identificado como uma mais valia, na medida em que permite o acompanhamento do aluno pelo docente, fomenta a reflexão contínua e pelo diálogo acerca do registo, ajuda ao crescimento pessoal e profissional (Rocha & Oliveira, 2004). Para o elaborar, uma das ferramentas mais utilizadas e amplamente divulgadas é o

ABSTRACT

Introduction: Clinical education is an essential learning method that allows the acquisition of skills as a student and future nurse. An article is presented as result from the work developed in clinical education at nursing course, held at the pediatric emergency department.

Objective: To promote the development of skills and reflection on the professional practice.

Material and Methods: The article reports an experience of child care in a critical situation, analyzed according to the methodology of reflective learning cycle by Gibbs, sequenced in six steps: description, feelings, evaluation, analysis, conclusion and planning action.

Results: The reflection enables the development of professional knowledge in nursing in the areas of skills: direct care, care management and professional development.

Conclusion: The structured record allowed the connection between theory and practice from the perspective of knowledge integration, contributing to the acquisition of competence to professional development.

Key-words: Pediatric nursing; students, nursing; clinical clerkship; resuscitation.

ciclo reflexivo de aprendizagem proposto por Graham Gibbs em 1988 e disponibilizado recentemente numa versão online (Gibbs, 2013). Trata-se de um ciclo de aprendizagem baseado na reflexão acerca de experiências práticas sistematizado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

Neste sentido, o episódio que se relata segue esta metodologia, pretendendo a reflexão fundamentada acerca de uma experiência de ensino clínico, na área de saúde da criança e integrado na frequência do curso de licenciatura em enfermagem.



CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

1.ª etapa: DESCRIÇÃO

Na primeira etapa pretende-se a descrição do evento de uma forma simples, sem juízos de valor que permita dar resposta à questão: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

Foi observada uma situação de cuidados emergentes, pela primeira vez em contexto hospitalar, de uma criança de 8 anos admitida no serviço de urgência pediátrica por convulsão não febril com uma hora de evolução, correspondendo a um estado de mal epilético. A criança apresentava convulsões generalizadas tónico-clónicas, com perda de conhecimento.

O estado de mal epilético caracteriza-se por movimentos convulsivos com duração superior a 30 minutos ou convulsões sucessivas, sem recuperação do estado de consciência (Correia *et al.*, 2014). De imediato os profissionais de saúde do serviço transportaram a criança para a sala de reanimação e iniciaram a prestação de cuidados de saúde emergentes.

2.ª etapa: SENTIMENTOS

A segunda etapa do ciclo corresponde à descrição dos sentimentos e reações vivenciados face à situação sem, no entanto, os analisar e dando resposta à questão: quais foram as minhas reações/sentimentos? (Gibbs, 2013).

No momento em que a criança deu entrada no serviço, trazida pelos bombeiros e pela mãe, foi de imediato encaminhada para a sala de reanimação. Quando constatei que iria assistir pela primeira vez a cuidados emergentes, senti-me entusiasmada e empenhada em observar todo o processo inerente a uma “reanimação” em ambiente hospitalar. Senti-me calma e disposta a apreender todas as intervenções realizadas neste caso específico. Mas também um pouco ansiosa pela situação da criança e pela expressão facial e comportamento da mãe.

3.ª etapa: AVALIAÇÃO

Segue-se a etapa de avaliação onde se pretende a descrição do que foi positivo e negativo na experiência, efetivando julgamentos de forma a dar resposta à questão: o que foi bom e mau na experiência? (Gibbs, 2013).

Constatei, durante a permanência na sala de reanimação, e, após reflexão do sucedido, que estes momentos, característicos do serviço de urgência, me cativaram enquanto aluna e futura enfermeira, acentuando a minha preferência por esta área. Senti que este momento proporcionou a minha evolução enquanto aluna de enfermagem, na medida em que foi possível experienciar um caso de emergência médica. Como vertente positiva identifico a oportunidade de atingir o objectivo primordial delineado inicialmente para o ensino clínico, que corresponde à observação de uma situação de reanimação. Além desse, como factor positivo, saliento a minha postura enquanto aluna, pois consegui manter-me calma enquanto observava os procedimentos realizados. A oportunidade de acompanhar o caso integralmente, quer no tempo de permanência no serviço, quer durante a transferência para unidade de cuidados intensivos pediátrico do hospital, após o seu restabelecimento, constituiu igualmente um factor favorável.

Como vertente negativa identifico as sequelas na criança, resultantes dos episódios de convulsão consecutivos e ainda a observação do estado de ansiedade em que se encontrava a mãe da criança, revelando à chegada ao hospital que previa a morte como prognóstico. Isto porque constatei que na prática profissional é visível a confrontação com o sofrimento da criança e respetivos familiares, sendo necessário enquanto futura enfermeira desenvolver mecanismos de gestão das emoções e de *coping* para vivenciar estes momentos difíceis, de forma a conseguir prestar cuidados de saúde de qualidade.

“

... os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, assumem papéis específicos nas situações de reanimação, coordenando cuidados de forma a propiciar a melhor assistência possível.

”

4.ª etapa: ANÁLISE

Na etapa seguinte, pretende-se encontrar sentido nas experiências, juntando ideias e pensamentos às vivências e a pergunta nesta etapa é: Que sentido podemos encontrar na situação? (Gibbs, 2013).

Segundo a metodologia da triagem de Manchester, a entrada direta na sala de reanimação deve ocorrer sempre que uma criança apresente critérios de prioridade emergente, sendo-lhe atribuída uma pulseira de cor vermelha (Roukema *et al.*, 2006). Os casos de emergência correspondem a “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (Direção-Geral da Saúde, 2001, p.7). Deste modo, a sala de reanimação é o local de atendimento à criança em risco iminente de falência multiorgânica ou morte.

Reportando ao caso, perante a sintomatologia apresentada pela criança que deu entrada pela reanimação, que constitui um estado de mal epilético, é evidente que se trata de uma situação emergente. Neste tipo de situação é indicado assegurar a estabilidade respiratória e circulatória da criança através da desobstrução da via aérea, aspiração de secreções, administração de oxigénio a 100%, monitorização dos sinais vitais, nomeadamente saturações de oxigénio, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura corporal. Seguidamente é aconselhável a cateterização de duas veias periféricas para administração de terapêutica e soro fisiológico, adicionando dextrose consoante os níveis de glicémia. Posteriormente recorre-se à administração de terapêutica anti-convulsivante consoante a situação, nomeadamente diazepam, midazolam, fenitoína e fenobarbital. Por fim, como terapêutica adicional segue-se a antibioterapia/anti vírico, corticoide ou outra decidida em função de cada situação particular (Correia *et al.*, 2014).

No caso observado foi possível constatar que a equipa de profissionais de saúde detinha conhecimentos relativos à patologia de emergência apresentada, seguindo os passos descritos anteriormente. Na reanimação que presenciei, a criança foi transportada para a sala de reanimação e colocada na maca presente na sala. De imediato, foi monitorizada, realizada avaliação dos sinais vitais, aspiradas secreções, colocada máscara facial de oxigénio com reservatório e oxigénio de alto débito e administrado diazepam rectal que não surtiu efeito. Seguidamente já se encontrava um enfermeiro a pun-

cionar um acesso venoso e a realizar colheitas de sangue para análise, auxiliado pelo assistente operacional no fornecimento de material necessário para a técnica e na imobilização do membro a puncionar. Posteriormente foi administrado diazepam por via endovenosa e a criança reverteu os movimentos convulsivos, contudo após uns minutos retomou apresentando movimentos tónico-clónicos, sendo necessária a administração de fenitoína por seringa infusora, revertendo parcialmente.

Verifica-se, deste modo, perante as inúmeras intervenções de enfermagem realizadas, que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, assumem papéis específicos nas situações de reanimação, coordenando cuidados de forma a propiciar a melhor assistência possível. É fundamental identificar de imediato a sintomatologia apresentada pela criança, deter conhecimentos teóricos sólidos relativos à patologia e à terapêutica administrada, realizar registos completos e demonstrar capacidade na execução de técnicas e destreza na realização das intervenções. Segundo Pontes, Mendonça, Ornelas & Nunes (2008, p.4) “aos enfermeiros da Urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atri-





buidas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade”. Em suma, necessitam de ser ágeis, rápidos, seguros e autoconfiantes. Desta forma, constata-se que os enfermeiros que desempenham funções no serviço de Urgência Pediátrica têm de demonstrar constantemente conhecimentos adequados às *guidelines* estabelecidas. Esta questão, vai de encontro às recomendações do conselho Europeu de Ressuscitação, referindo que a atualização da formação em suporte básico e avançado de vida, deve decorrer a cada 3 anos, no entanto os conhecimentos e as competências em reanimação declinam rapidamente a seguir à formação inicial pelo que são necessários treinos de atualização, não sendo a frequência ideal clara (Bache, 2010).

Apesar da importância da formação dos profissionais de saúde que prestam cuidados de enfermagem em serviços de Urgência é também imprescindível a existência de condições trabalho que permitam a aplicação dos conhecimentos adquiridos. Deste modo, relativamente à sala de reanimação, para que seja possível instituir manobras de suporte avançado de vida pediátrico, o material deverá estar sempre pronto e operacional, pelo que deverá existir uma pessoa responsável pela sua atualização, reposição e manutenção. Neste serviço, esta verificação é realizada em todos os turnos, sendo essa responsabilidade atribuída ao enfermeiro chefe de equipa que apoia os restantes profissionais nos postos de trabalho nas diferentes salas, nomeadamente sala de aerossóis, de tratamentos e triagem. É um elemento que assume a responsabilidade de planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados (Loureiro, 2012). É fundamental a articulação dos diferentes profissionais de saúde que se encontram na sala de reanimação, sendo imprescindível que cada um deles desempenhe a sua função em complementaridade com os restantes, de forma a proporcionar melhor qualidade dos cuidados e o rápido restabelecimento da criança. Constata-se, assim, que o trabalho em equipa na sala de reanimação é um fator imprescindível para a prestação de manobras de reanimação adequadas (Pontes *et al.*, 2008). Deve ser nomeado um líder de equipa que assuma a responsa-

bilidade de supervisionar as ações da restante equipa, sendo preferencialmente o mais experiente e formado nesta área (Bache, 2010). No momento de reanimação observado, o médico mais experiente que se encontrava de serviço foi o profissional de saúde que assumiu esta função. Importa referir que nesta experiência de observação, verifiquei que os enfermeiros foram os profissionais de saúde que demonstraram maior intervenção no contexto de urgência.

Por fim, importa ainda salientar a importância do apoio fornecido aos familiares da criança. A presença destes em situação de urgência ou procedimentos invasivos não é consensual na literatura, sendo contudo recomendada (Ferreira, Balbino, Balieiro & Mandetta, 2014). Neste caso em particular, a mãe estava muito ansiosa, interferindo com a prestação de cuidados, pelo que permaneceu no exterior da sala havendo, porém, o cuidado de a manter sempre informada acerca da evolução da criança. Esta atitude pareceu-me a mais segura e adequada, pois permitiu manter os cuidados necessários à criança e simultaneamente ajudar a diminuir a ansiedade da mãe.

5.ª etapa: CONCLUSÃO

Nesta etapa deve-se apresentar a conclusão da análise efetuada à situação dando resposta à questão: O que posso concluir? (Gibbs, 2013)

Conclui-se, deste modo, que os enfermeiros que desempenham intervenções na sala de reanimação necessitam de demonstrar competências sólidas relativamente às manobras de suporte básico e avançado de vida pediátrico, terapêutica administrada e competências práticas demonstrando destreza na realização de técnicas de enfermagem. É também fundamental a atualização dos conhecimentos adquiridos e, acrescentar a todos estes requisitos, refere-se a importância do trabalho em equipa, que constitui uma ferramenta fundamental em sala de reanimação. Para que seja possível intervir de forma apropriada em situações de reanimação é imprescindível que a sala de reanimação apresente as condições necessárias e que o material e o funcionamento do equipamento sejam revistos periodicamente. Destaca-se ainda à importância do apoio à família que, mesmo neste contexto emergente, necessita de cuidados de enfermagem.

Constituindo a situação descrita um momento de aprendizagem salienta-se, como aquisição de competências, o domínio do desenvolvimento profissional. Foram aproveitadas as oportunidades de aprender em conjunto com os profissionais de saúde, recorrendo essencialmente à observação e posteriormente à reflexão. Esta competência corresponde à adoção de uma atitude reflexiva sobre as minhas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-me na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo dessas mesmas práticas (Ordem dos enfermeiros, 2013).

6.ª etapa: PLANEAMENTO DA AÇÃO

Nesta última etapa pretende-se a projeção do acontecimento num futuro próximo incentivando o aluno a refletir sobre a sua ação e os passos a seguir caso se confronte novamente com esta situação, sendo a pergunta: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

Face à situação ocorrida, penso que a minha atitude como aluna foi a mais adequada atendendo à in experiência nesta área. Procurei observar com o máximo de pormenor e compreender a atuação da equipe de enfermagem, fundamentando e refletindo mais tarde sobre a experiência. Pretendo ter a oportunidade de assistir novamente a situações de emergência e espero, até lá, poder consolidar conhecimentos em Suporte Básico e

Avançado de Vida de forma a poder demonstrar uma maior intervenção.

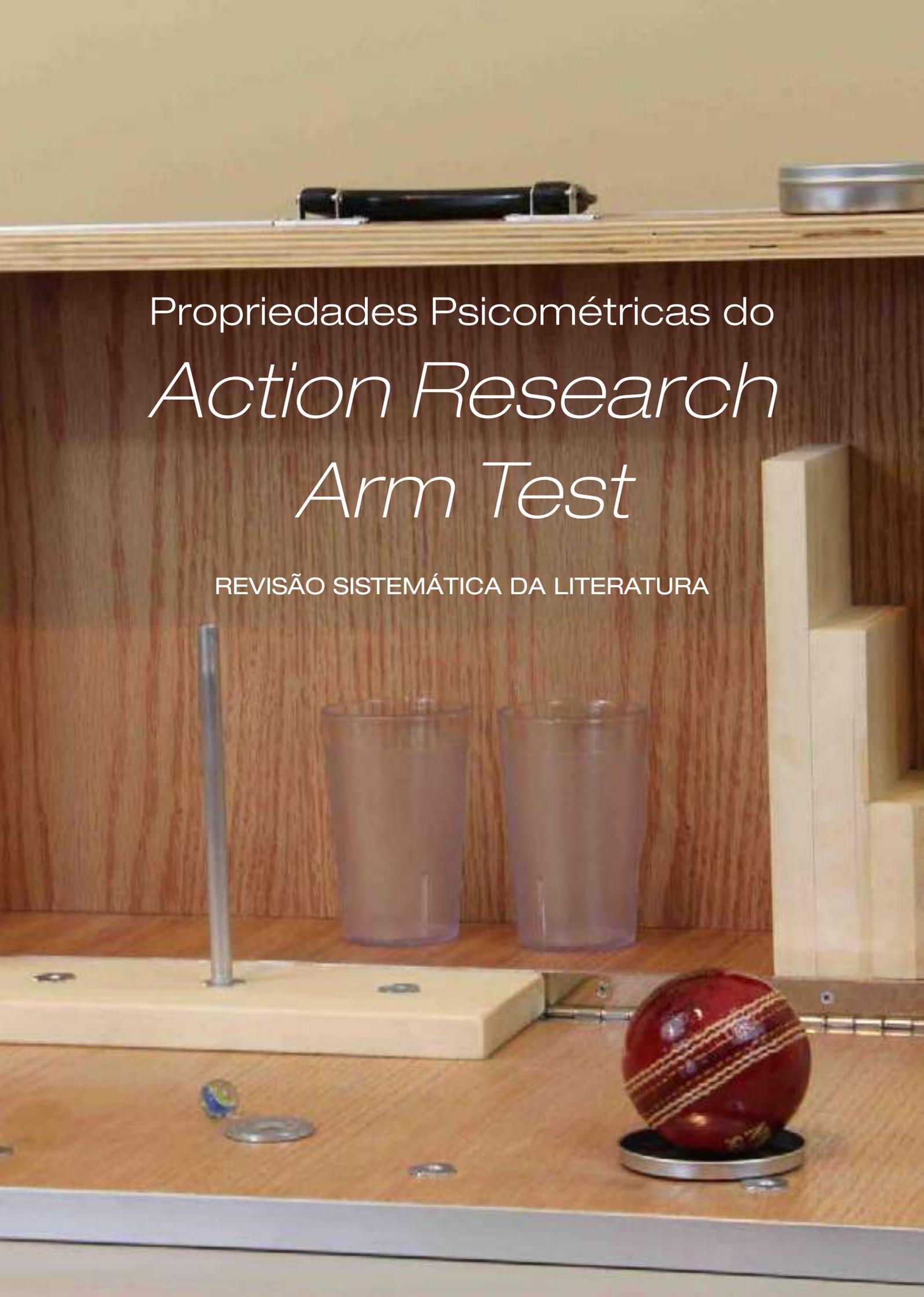
O saber profissional de enfermagem resulta de um processo de construção, assente numa prática implicada e reflectida (Correia, 2012). Conclui-se então que a reflexão estruturada e encadeada, centrada na prática profissional, possibilita o desenvolvimento das competências essenciais para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade. Sendo o ensino clínico a preparação para a etapa profissional, torna-se fulcral demonstrar-me desperta para o desenvolvimento dessas mesmas competências deste o início do meu percurso enquanto aluna, aproveitando todos os momentos do ensino clínico para que estes constituam uma aprendizagem.

Considerações finais

A experiência de ensino clínico apresentada foi analisada segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem (Gibbs, 2013) e permitiu a reflexão estruturada. A utilização deste tipo de formatos é facilitadora e auxilia o aluno na construção do registo, mas também na análise de situações de elevada complexidade na medida em que, as diferentes etapas permitem a segmentação do evento. Nesta ordem de ideias, a análise por etapas sequenciais facilita o distanciamento necessário para a análise, tornando-o mais simples.

BIBLIOGRAFIA

- Bache, J. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(12), 659. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.021
- Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. (Tese de Doutoramento em enfermagem não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf
- Correia, M., Levy, A., Camilo, C., Abecassis, F., Vieira, M., & Quintas, S. (2014). *Protocolos de Urgência em Pediatria* (3a ed.). Lisboa: ACSM Editora.
- Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>
- Ferreira, C. A. G., Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2014). Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(1), 107–113.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (1ª ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons
- Loureiro, F. (2012). Trabalho de equipa na urgência pediátrica. *Sinais Vitais*, 105, 33–37.
- Macedo, A. P., Augusto, C., Silva, M. A. M., & Rosário, H. R. V. (2013). Supervisão em Enfermagem: o contributo das narrativas reflexivas no contexto clínico. *Ensino para a Autonomia - Inovando a formação profissional*, 2, 191–216.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Pontes, B., Mendonça, C., Ornelas, G., & Nunes, M. (2008). *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência da RAM*. Lisboa: Universidade Atlântica. Disponível em: <http://docweb.uatlantica.pt>
- Rocha, A. P., & Oliveira, H. (2004). Vivências... Reflexão em ensino clínico. *Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 30, 119–122.
- Roukema, J., Steyerberg, E. W., Van Meurs, A., Ruijge, M., Van Der Lei, J., & Moll, H. A. (2006). Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 23(12), 906–10. doi: 10.1136/emj.2006.038877



Propriedades Psicométricas do
Action Research
Arm Test

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

Contexto: A parésia do membro superior é um dos sintomas mais prevalentes após a ocorrência de acidente vascular cerebral e de extrema relevância para a pessoa afetada. O *Action Research Arm Test* é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação da funcionalidade do membro superior.

Objetivo: Identificar as propriedades métricas do *Action Research Arm Test* quando aplicado a pessoas com acidente vascular cerebral.

Metodologia: Foi feita uma revisão sistemática da literatura, acedeu-se a bases de dados eletrónicas e pesquisou-se artigos nos últimos 5 anos.

Resultados: Seis artigos cumpriram os critérios definidos para inclusão no estudo. Todos os artigos incluídos avaliaram uma ou mais propriedades métricas do instrumento.

Conclusões: O *Action Research Arm Test* apresenta boas propriedades psicométricas, a nível da reprodutibilidade, da validade e da responsividade, em pessoas com alterações motoras do membro superior após um acidente vascular cerebral.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Extremidade Superior, Psicometria, Estudos de Validação.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) caracteriza-se pela ocorrência aguda de uma disfunção neurológica decorrente de uma anomalia na circulação cerebral com o surgimento de sintomatologia de acordo com a área do cérebro afetada (Damasceno & Borges, 1988). Um número considerável de pessoas com sequelas de AVC necessita de intervenções de reabilitação focalizadas, por um período de tempo variável, especialmente ao nível do membro superior afectado (Duncan, Zorowitz, Bates, Choi, Glasberg, Graham *et al.*, 2005). A título de exemplo num primeiro momento pós AVC a função do membro superior é alterada em 73 a 88% dos sobreviventes, em que 55 a 75% destes permanecem com alteração da função durante três a seis meses após a ocorrência da lesão (Cirstea & Levin, 2007).

Para avaliação das condições sensoriais, motoras e funcionais do membro superior foram desenvolvidas diversas escalas, entre as mais referenciadas estão a Escala de Desempenho Físico de *Fugl-Meyer* (UE-FMA), o Teste de Função Motora de *Wolf* (WMFT), a escala *STREAM* (*Stroke Rehabilitation Assessment of Movement*), bem como o *Action Research Arm Test* (ARAT), sendo esta última alvo desta revisão sistemática da literatura. Segundo Wade (1992), os instrumentos

ABSTRACT

Background: Paresis of the upper limb is one of the most prevalent symptoms following a stroke and of extreme relevance for the individual. The *Action Research Arm Test* is one of the instruments most commonly used in the evaluation of the upper limb's functioning.

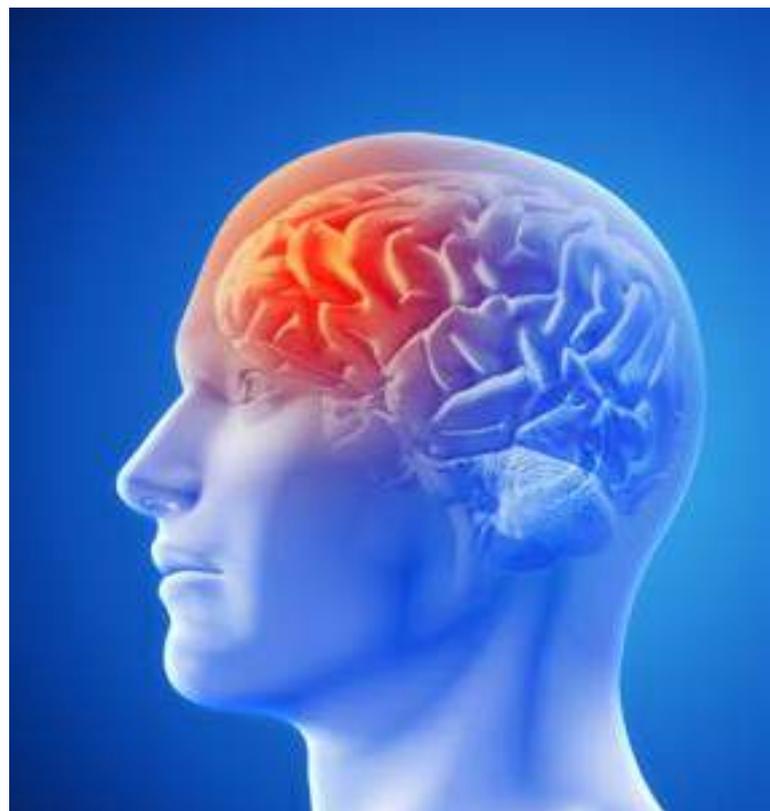
Objective: Identify the metric properties of the ARAT when applied to people who suffered a stroke.

Method: A systematic literature review was performed. Electronic data bases were consulted and a search was performed for articles from the past 5 years.

Results: Six articles met the study's inclusion criteria. All the articles that were included evaluated one or more of the instrument's metric properties.

Conclusions: The ARAT presents good psychometric properties regarding the level of reproducibility, validity and responsiveness, in people with upper limb motor alterations after suffering a stroke

Keywords: Stroke, Upper Extremity, Psychometrics; Validation Studies.





O objetivo desta Revisão Sistemática da Literatura (RSL) consiste em identificar as propriedades métricas do ARAT aplicado em pessoas com alteração da capacidade motora do membro superior na sequência de um AVC.



supracitados fornecem informações sobre o desempenho do membro em causa, evitando a heterogeneidade de medida e a subjetividade do auto-relato.

A capacidade de alcance direcionado, preensão e manipulação são componentes que correspondem ao normal funcionamento do membro superior e que formam a base da capacidade motora necessária à eficaz execução das atividades de vida diárias (Rosamond, Flegal, Furie, Go, Greenlund, Haase *et al.*, 2008).

A escala da Função da Extremidade Superior desenvolvida por Carroll, em 1965, no entanto, a sua versão resumida surge posteriormente como, Teste da Ação da Extremidade Superior (Rabadi & Rabadi, 2006). O ARAT foi validado na língua inglesa num estudo com 351 participantes (Koh, Hsueh, Wang, Sheu, Yu, Wang *et al.*, 2006). Este instrumento avalia as atividades complexas da extremidade superior designadamente: compressão, preensão, pinçamento e atividades de alcance (função motora grossa) (Lyle, 1981). A escala foi concebida com 19 itens, divididos em 4 sub-escalas, em que 6 itens avaliam a capacidade de apertar, 4 itens a capacidade de segurar, 6 itens avaliam a pinça e 3 itens avaliam a motricidade grosseira. A pontuação oscila entre os 0 e os 57 pontos e quanto mais elevado a pontuação melhor será o desempenho da pessoa (Koh *et al.*, 2006). Uma vez que a escala está disposta por ordem crescente de dificuldade, a avaliação pode ser interrompida quando uma pontuação de “zero” é atingida, não necessitando o indivíduo de realizar provas mais complexas, as quais não teria capacidade de resolução. Desde que o examinador conheça previamente o quadro funcional da pessoa, apenas alguns itens podem ser suficientes para determinar a pontuação final (Platz, Pinkowisk, Wijck & Johnson, 2005).

O objetivo desta Revisão Sistemática da Literatura (RSL) consiste em identificar as propriedades métricas do ARAT aplicado em pessoas com alteração da capacidade motora do membro superior na sequência de um AVC.

METODOLOGIA

Foi feita uma RSL (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004; Pereira & Bachion, 2006; Santos, Pimenta & Nobre, 2007). Esta investigação foi conduzida pelo método PICO - *Participant* (Tipo de participantes); *Intervention* (Tipo de intervenção); *Comparasion* (Comparação); *Outcomes* (Tipo de resultados), como se pode verificar na **Tabela n.º 1**.

Tabela n.º 1 – Método PICO

| | |
|----------------------|---|
| Participantes | Pessoa que sofreu AVC com limitação da extremidade superior. |
| Intervenção | Validação / Adaptação do <i>Action Research Arm Test</i> (ARAT) |
| Comparação | Doentes com diferentes limitações do membro superior após AVC |
| Resultados | Reprodutividade / Validade / Responsividade |

Posto isto, a questão de investigação foi **“Quais as propriedades métricas do ARAT na pessoa com comprometimento motor do membro superior após AVC?”**.

A revisão sistemática da literatura partiu em função da questão de investigação e dos descritores / palavras-

-chave mencionados na **Tabela n.º 2**. Estes foram validados na plataforma MESH e/ou na DeCS, à excepção da palavra-chave “Action Research Arm Test”.

A investigação foi feita durante o mês de Outubro de 2014, por dois investigadores em períodos distintos, através das plataformas EBSCOhost e Biblioteca Virtual em Saúde, foram consultadas as seguintes bases 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.

Da pesquisa feita obteve-se os resultados enumerados na **Tabela n.º 3**, através da conjugação de descritores. Cada conjugação foi feita por dois elementos do grupo de trabalho, sendo a seleção dos artigos / estudos também validado pelos dois.

A seleção dos artigos foi feita pela leitura do título, seguida da leitura do resumo e por último leitura integral dos artigos. Nessa seleção foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão (**Tabela n.º 4**).

Tabela n.º 2 – Método PICO, Palavras-chave e Descritores validados para a pesquisa

| | Questões de partida | Palavras-chave | Descritores |
|--------------------------|--|----------------------------|---|
| Participantes (P) | Pessoa com comprometimento motor do membro superior após AVC | | AVC; Stroke. |
| Intervenção (I) | Validação; Adaptação do <i>Action Research Arm Test</i> | “Action Research Arm Test” | Avaliação; Psychometrics. |
| Outcomes (O) | Reprodutibilidade; Validade; Responsividade. | | Reprodutibilidade; Reliability; Validade. |

Tabela n.º 3 – Conjugação Booleana

| Conjugação Booleana | Resultados da pesquisa | |
|--|------------------------|-----------------------------|
| | EBSCOHost | Biblioteca Virtual em Saúde |
| “Action Research Arm Test” and stroke | 63 | 130 |
| “Action Research Arm Test” and stroke and assessment | 45 | 63 |
| “Action Research Arm Test” and stroke and reliability | 11 | 19 |
| “Action Research Arm Test” and psychometrics | 2 | 8 |
| “Action Research Arm Test” and stroke and validity | 11 | 18 |
| “Action Research Arm Test” and stroke and reproductibility | 0 | 0 |
| Total | 132 | 238 |

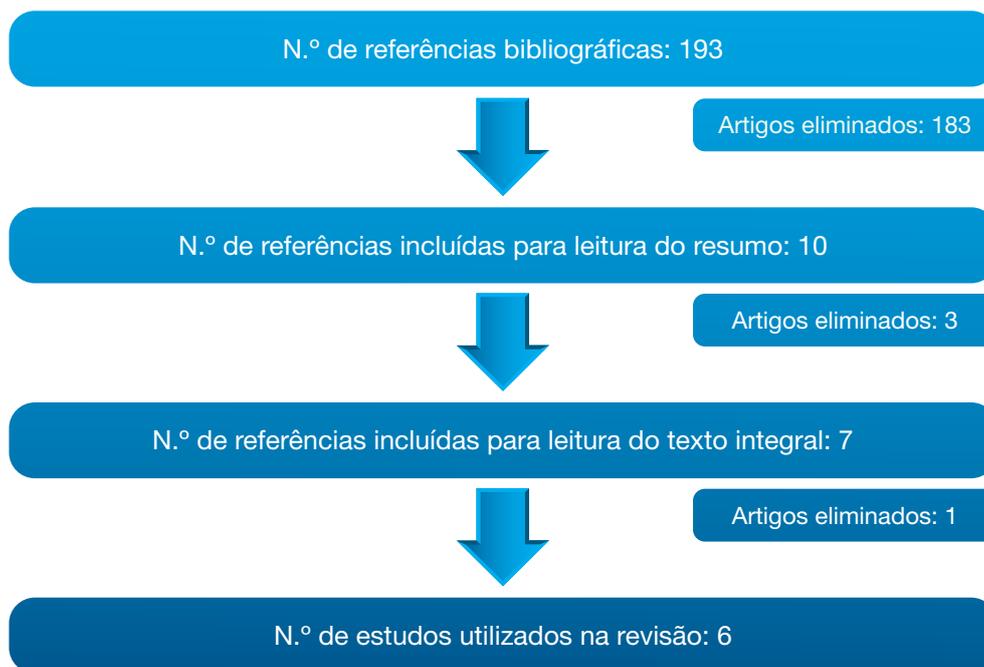
Tabela n.º 4 – Critérios de inclusão e exclusão

| Critérios de selecção | Critérios de inclusão | Critérios de exclusão |
|-------------------------------------|---|---|
| Participantes (P) | Pessoa com alterações da mobilidade do membro superior devido ao AVC. | Pessoa com outra patologia do foro Neurológico. |
| Intervenção (I) | Reprodutibilidade; Validade; Responsividade. | Não possuir, pelo menos, 1 destes três critérios. |
| Desenho do estudo (S) | Estudo quantitativo. | Revisão sistemática da literatura; Estudo qualitativo. |
| Período de publicação | Artigo publicado entre 2009 e 2014. | |
| Língua em que está publicado | Artigo publicado em Português, Inglês e Espanhol. | |
| Disponibilidade do documento | Artigo completo e de acesso livre. | Artigo incompleto ou que seja necessário pagar a sua aquisição. |

No sentido de facilitar o entendimento da pesquisa realizou-se um fluxograma, que aparece discriminado na **Figura n.º 1**. Os artigos incluídos foram avaliados quanto à qualidade metodológica através dos critérios do JBI para Estudos descritivos/ Estudos de séries de Casos (JBI, 2011, p.181).

O estudo das propriedades métricas foi realizado com base nos critérios de Validade, Reprodutibilidade e Responsividade (Barbetta & Assis, 2008; Leung, Trevena & Waters, 2012; Marque-Vieira *et al.*, 2015; Sousa *et al.*, 2015; Sousa, 2015).

Figura n.º 1 – Fluxograma da pesquisa realizada



APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram encontrados 6 artigos que cumpriam os critérios de inclusão definidos para este estudo. Na avaliação da qualidade metodológica, todos os artigos obtiveram um escore ≥ 7 , cumprindo assim, pelo menos, 77% dos critérios definidos pela JBI. Atendendo aos critérios de classificação das evidências proposta por Belsey & Snell (2001) os artigos incluídos na RLS apresentam um nível de evidência III, ou seja, evidências de estudos experimentais bem delineados, mas não randomizados, estudos de coorte, séries temporais, estudos de caso-controle combinados.

Efetuuou-se a recolha de informação sobre o ano, país, autor, participantes, intervenções, resultados e níveis de evidência apresentados na **Tabela n.º 5** ordenados pela data da publicação dos artigos.

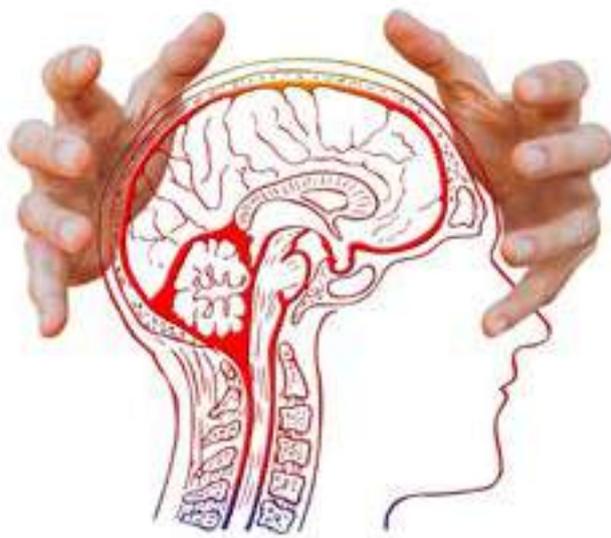
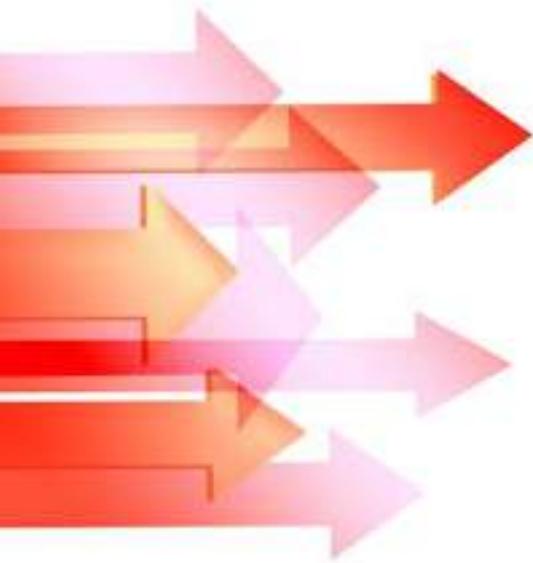
Todos os estudos incluídos na RSL avaliaram uma ou mais propriedades psicométricas da ARAT, os critérios de inclusão e exclusão das pessoas para a formação

da amostra são semelhantes e procuram minimizar o enviesamento dos resultados. Alguns dos critérios mais relevantes são: Pessoas que sofreram AVC (todos os estudos), primeiro episódio de AVC (Lin *et al.*, 2009; Chen *et al.*, 2012), pessoa com AVC há mais de 6 meses (Arlette, Rodrigo & Viviana, 2012; Lin *et al.*, 2010), parésia do membro superior com pelo menos contração muscular (Nordin, *et al.*, 2014; Nijland *et al.*, 2010), aplicação da escala de Brunnstrom com nível >2 (Chen *et al.*, 2012) e >4 (Lin *et al.*, 2010) pontuação da Modified Ashworth Scale <2.5 (Lin *et al.*, 2010) e <3 (Arlette, Rodrigo & Viviana, 2012), capacidade mental para seguir as instruções avaliada através da Mini-mental State Examination (Nordin, *et al.*, 2014; Chen *et al.*, 2012; Arlette, Rodrigo & Viviana, 2012; Lin *et al.*, 2010; Nijland *et al.*, 2010 e Lin *et al.*, 2009); pessoas com limitações no membro superior exclusivas do AVC (Nordin *et al.*, 2014; Chen *et al.*, 2012; Nijland *et al.*, 2010).

A investigação desenvolvida por Nordin, *et al.* (2014), a avaliação da fiabilidade intra-observadores, para a pontuação total do ARAT, foi demonstrada a concor-

Tabela n.º 5 - Descrição dos estudos incluídos RLS

| Autor, Ano, País | Participantes | Intervenção | Comparação | Resultados | Nível de evidência |
|---|--|--|---|---|--------------------|
| Nordin <i>et al.</i> , 2014, Suécia | 35 participantes com comprometimento do membro superior função após acidente vascular cerebral. | Avaliar a fiabilidade intra e inter-observador do <i>Action Research Arm Test</i> (ARAT). | Não | Elevada fiabilidade intra- e inter-observadores. Fiabilidade intra-observador ligeiramente superior à inter-observador. | III |
| Chen <i>et al.</i> , 2012, EUA | 191 participantes com acidente vascular cerebral com gravidade ligeira a moderada e sem compromisso cognitivo grave | Avaliar a construção interna e validade do <i>Action Research Arm Test</i> (ARAT). | Não | ARAT possui boas propriedades psicométricas e tem provas de unidimensionalidade, validade preditiva e de fiabilidade inter- e intra-observadores. | III |
| Arlette, Rodrigo, & Viviana., 2012, Chile | 80 Pessoas com alteração da mobilidade ao nível do membro superior após acidente vascular cerebral, ajustada a população chilena | Avaliar a fiabilidade intra-observador e a validade da ARAT. | Não | A evidência indica que a ARAT é um instrumento fiável e válido para avaliar a recuperação funcional do membro superior depois de uma lesão cortical em pacientes Chilenos com sequelas de AVC. Boa validade convergente e discriminativa. | III |
| Nijland, R. <i>et al.</i> , 2010, Holanda | 40 pessoas com parésia membro superior com pelo menos contracção muscular (Medical Research Council score ≥ 1) após acidente vascular cerebral | Avaliar a validade concorrente do <i>Action Research Arm Test</i> (ARAT) e <i>Wolf Motor Function Test</i> (WMFT) e comparar a sua reprodutibilidade, consistência interna e efeito teto e chão. | ARAT e <i>Wolf Motor Function Test</i> (WMFT). | Elevada fiabilidade inter- e intra-observador do ARAT e do WMFT. Elevada validade concorrente entre a ARAT e o WMFT. Responsividade. | III |
| Lin <i>et al.</i> , 2010, China | 59 pessoas com alteração da mobilidade ao nível do membro superior após acidente vascular cerebral | Comparar a responsividade e validade entre o <i>Box and Block Test</i> (BBT), o <i>Nine-Hole Peg Test</i> (NHPT) e o <i>Action Research Arm Test</i> (ARAT). | <i>Box and Block Test</i> (BBT), <i>Nine-Hole Peg Test</i> (NHPT) ARAT, | O ARAT tem uma boa validade concorrente, semelhante ao BBT, mas superior ao NHPT. Simultaneamente considerando a responsividade e a validade, a BBT e ARAT podem ser considerados mais apropriados para avaliar a destreza manual que o NHPT. | III |
| Lin, <i>et al.</i> , 2009, China | Participaram 53 pessoas com acidente vascular cerebral dos quais 35 completaram todas as fases do estudo. | Comparar a reprodutibilidade, validade e responsividade da subescala da extremidade superior do <i>Fugl-Meyer Motor Test</i> (FM-ES), da subescala da extremidade superior do <i>Stroke Rehabilitation Assessment of Movement</i> (STREM-ES), do <i>Action Research Arm Test</i> (ARAT) e do <i>Wolf Motor Function Test</i> (WMFT). | <i>Fugl-Meyer Motor Test</i> , <i>Stroke Rehabilitation Assessment of Movement</i> , <i>Action ARAT</i> e <i>Wolf Motor Function Test</i> (WMFT). | Fiabilidade inter- e intra-observador elevada nos 4 instrumentos elevada. Elevada validade concorrente. Os autores afirmam que os resultados são suficientes para suportar a hipótese de que os 4 instrumentos têm validade preditiva. Responsividade moderada dos 4 instrumentos, entre os quais o ARAT foi o mais responsivo. | III |



“ Todos os estudos incluídos na RSL avaliaram uma ou mais propriedades psicométricas da ARAT, os critérios de inclusão e exclusão das pessoas para a formação da amostra são semelhantes e procuram minimizar o enviesamento dos resultados. ”

dância completa em 33 das 35 avaliações de cada um dos avaliadores. Na fiabilidade inter-observadores a concordância completa foi encontrada em 32 e 31 dos 35 pares de avaliações, na primeira e segunda aplicação do teste, respetivamente. Detetaram sistematicamente ligeira discordância nos itens 10,11,14 e 19 intra-observadores e nos itens 1,4,17 e 19 inter-observadores. No entanto, o estudo demonstra que o ARAT é um instrumento fiável para avaliar as funções e atividades do membro superior em pessoas após AVC. A fiabilidade intra-observador foi ligeiramente melhor que a inter-observadores. As ligeiras divergências encontradas intra- e inter- observadores foram originadas por mudanças no desempenho dos participantes ou no uso diferente das categorias de escala entre os avaliadores. Os autores realçam que na utilização do ARAT em ambientes clínicos e de pesquisa, é importante estar ciente que estas pequenas divergências poderão ocorrer.

Chen *et al.* (2012) avaliaram a validade de construto através da análise Rasch foi demonstrado que o ARAT é um instrumento unidimensional (Análise da Componente Principal de 72,5%), mas apresenta redundância na hierarquização das categorias (escala de 1 a 4), e de acordo com a análise efetuada neste estudo os autores sugerem que os itens do ARAT utilizem uma escala de 3 pontos. Apesar de ter sido aplicada uma análise Rasch na escala reduzida a 3 pontos, deverá ser realizada mais investigação neste sentido antes de ser efetuada a redução da escala, uma vez que os itens “levar da mão atrás da cabeça” e o “levar da mão ao topo da cabeça” induziram a maiores discrepâncias de análise inter-observado-

res após a redução da escala. O Coeficiente de Pearson (0.94) e o Alfa de Cronbach (0.97) confirmam a elevada fiabilidade do ARAT. Por outro lado, a validade preditiva foi analisada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, e na sua análise entre o ARAT pré-tratamento e o SIS pós-tratamento revelou-se satisfatória (0.45), as correlações entre o ARAT e o WMFT Time (-0.66) e o MAL (0.58) e o SIS-*hand function* (-0.66) revelaram-se moderadas a boas. Já a correlação entre a ARAT e a WMFT-*functional ability scale* (0.76) foi muito boa. Os autores concluem que o ARAT possui boas propriedades psicométricas em pessoas com AVC com alterações motoras de gravidade ligeira a moderada e sem comprometimento cognitivo grave, nomeadamente unidimensionalidade, validade preditiva e fiabilidade. No entanto, apesar de revelar uma validade preditiva satisfatória, é necessária mais investigação em que os instrumentos sejam aplicados em diferentes momentos ao longo da reabilitação.

Na investigação desenvolvida por Arlette, Rodrigo & Viviana (2012) aplicaram o ARAT, a MAL às 80 pessoas em dois períodos, uma medição inicial e outra passados dois meses. A avaliação da qualidade de vida apenas foi efetuada na segunda avaliação, utilizando a SIS e o General Health Questionnaire (GHQ). As pessoas não receberam qualquer intervenção entre as duas avaliações. Os autores adotaram métodos estatísticos convencionais, para avaliar a consistência interna do ARAT calcularam o alfa de Cronbach no início do estudo e dois meses depois, 0.88 e 0.89, respetivamente, demonstrando ser fiável. A validade convergente foi avaliada através do coeficiente de correlação

de Pearson entre a ARAT e a idade (-0.53), a percepção da dor (-0.38), a MAL (entre 0.51 e 0.58 na quantidade e qualidade do movimento, respetivamente), a SIS (variaram entre 0.41 e 0.57 nas diferentes categorias da escala). O instrumento em análise apresenta boa validade convergente, os níveis de correlação com a MAL demonstram que o ARAT avalia tanto as AVDs básicas como instrumentais, já a correlação inversa significativa com a idade e a percepção de dor demonstra que as funções do membro superior são negativamente influenciadas por estes fatores. Os coeficientes de correlação de Pearson entre o ARAT e as funções emoção, memória e comunicação do SIS e para o nível socioeconómico da GHQ não foram significativos (0.08, -0.08, -0.26 e -0.17, respetivamente), contudo o ARAT apresenta validade discriminativa.

A investigação desenvolvida por Nijland *et al.* (2010) teve como objetivo analisar a validade concorrente entre o ARAT e o WMFT e comparar a reprodutibilidade, consistência interna e efeito chão e teto dos dois instrumentos numa amostra de pessoas com acidente vascular cerebral. Nijland *et al.* (2010) utilizaram as pessoas do primeiro centro de reabilitação (n=18) para testarem a reprodutibilidade de ambos os instrumentos. Na fiabilidade inter-observador, ambos os observadores aplicaram os instrumentos com menos de uma semana de intervalo para minimizarem os efeitos da recuperação espontânea. No teste da fiabilidade intra-observador, a mesma amostra (n=18) foi observada duas vezes pelo observador no período de 10 dias aproximadamente. Para a análise da consistência interna, validade concorrente e efeitos de chão e teto foram recolhidos dados da amostra total (n=40), sendo que neste caso a aplicação dos instrumentos foi efetuada por um observador experiente e com uma pausa para descanso de 30 min. entre cada avaliação para prevenir efeitos da fadiga sobre a avaliação.

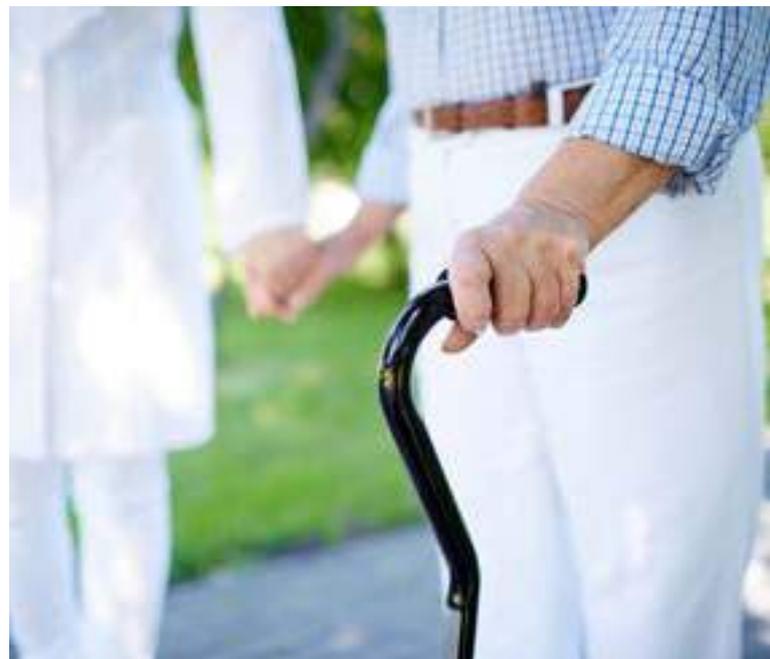
Na análise da fiabilidade inter-observador os resultados do Coeficiente de Correlação Intraclases (CCI) do ARAT e do WMFT foram de 0.92 e 0.94, respetivamente. Na análise da fiabilidade intra-observador do ARAT e do WMFT foram de 0.97 e 0.95, respetivamente. Estes resultados indicam que existe uma elevada fiabilidade inter- e intra-observador, e que estão altamente relacionados entre eles (Nijland *et al.*, 2010).

A análise da consistência interna entre os itens das escalas de ARAT e WMFT foi dada pelo alfa de Cronbach, 0.985 e 0.982 foram os resultados obtidos para o ARAT e o WMFT, respetivamente, e confirmam a elevada consistência interna dos instrumentos, no entanto, estes valores sugerem que pode haver redundância, ou seja, existem itens que estão a medir o mesmo elemento do constructo. Não foram encontrados efeito chão e teto significativos em ambos os instrumentos (Nijland *et al.*, 2010).

Para analisar a validade concorrente foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman (rs) para a pontuação total do ARAT e do WMFT dividido em quarto

grupos de variáveis: Escala de Habilidade Funcional (EHF), pontuação do tempo médio, item 7 e item 14. O coeficiente de correlação de Spearman (rs) entre o ARAT e EHF foi de 0.86 ($p < 0.01$), entre o ARAT e a pontuação do tempo médio foi de -0.89 ($p < 0.01$), entre o ARAT e os itens 7 e 14 foram ambos de 0.70 ($p < 0.01$). Estes valores indicam uma elevada relação entre os dois instrumentos no que concerne ao constructo que está a ser medido (Nijland *et al.*, 2010).

O estudo conduzido por Lin *et al.* (2010) pretende comparar a responsividade e validade entre o Box and Block Test (BBT), o Nine-Hole Peg Test (NHPT) e o *Action Research Arm Test* (ARAT). Foram ainda utilizadas três escalas Fugl-Meyer (FMA), Motor Activity Log (MAL), e Stroke Impact Scale (SIS) para testar a validade concorrente. O BBT, NHPT e ARAT apresentaram uma resposta moderada às mudanças mas não significativamente diferente (Resposta Média Standardizada = 0.64 a 0.79). As correlações entre BBT, NHPT e ARAT tiveram resultados moderados a bons em pré-tratamento (coeficiente de correlação de Spearman = -0.55 a -0.80) e pós-tratamento (-0.57 a -0.71). O BBT e ARAT mostraram correlações baixas a moderada com o FMA, MAL, e SIS na função de domínio da mão no pré e pós-tratamento (0.31-0.59), por seu lado o NHPT demonstrou correlações baixas a moderadas com o FMA e MAL (-0.16 a -0.33) e correlações moderadas entre a função do domínio da mão do SIS (-0.58 a -0.66). Os resultados indicam que a BBT, NHPT e ARAT são moderadamente responsivos (*standardize response mean* = 0.74, 0.64 e 0.79, respetivamente) a mudanças ao longo do tempo, sem diferenças significativas entre os três instrumentos. O ARAT tem uma boa validade de constructo e uma boa validade concorrente, semelhante ao BBT, mas superior ao NHPT. Simultaneamente considerando a responsividade e validade, a BBT e ARAT podem ser considerados





O ARAT foi identificado como um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente na avaliação da funcionalidade do membro superior (Cavaco & Alouche, 2010) e verificou-se que apresenta as propriedades psicométricas, reprodutibilidade, validade e responsividade comprovadas.

Através da análise destes estudos foi possível dar resposta à questão de partida da RLS.



mais apropriados para avaliar a destreza manual que o NHPT. No entanto, os autores admitem que estudos com amostras maiores são necessários para validar os resultados encontrados.

O estudo de Lin *et al.* (2009) teve como objetivo comparar a reprodutibilidade (fiabilidade inter- e intra-observador), validade (validade concorrente e validade preditiva) e responsividade da subescala da extremidade superior do Fugl-Meyer Motor Test (FM-ES), da subescala da extremidade superior do *Stroke Rehabilitation Assessment of Movement* (STREM-ES), do *Action Research Arm Test* (ARAT) e do *Wolf Motor Function Test* (WMFT).

O estudo foi dividido em duas fases. Na primeira fase do estudo, a fiabilidade inter-observador, validade e responsividade foram testados em pessoas com AVC no departamento de neurologia do Kaohsiung Medical University Hospital. Participaram 53 pessoas com acidente vascular cerebral, os instrumentos de avaliação foram aplicados em 4 momentos diferentes (14, 30, 90 e 180 dias), completaram a 4 avaliações 35 participantes. Na segunda fase do estudo, a fiabilidade intra-observador foi testada. Para tal foi recrutada uma amostra independente de pessoas com AVC em fase crónica recebendo intervenção de reabilitação em

ambulatório. Os critérios de inclusão foram pessoas com AVC há mais de 1 ano. As escalas FM-ES, ARAT e WMFT tiveram um efeito chão significativo ($\geq 21\%$ dos participantes) na avaliação aos 14 dias depois do AVC e um elevado efeito teto ($\geq 21\%$ dos participantes) aos 30, 90 e 180 dias após o AVC. Foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman entre os 4 testes, os resultados (0.81 a 0.97) mostram uma elevada validade concorrente (Lin *et al.*, 2009).

A pontuação dos 4 testes aos 14 dias após o AVC estão moderadamente correlacionados a pontuação do Índice de Barthel (utilizado para avaliar a preditibilidade) aos 180 dias após AVC (0.51 a 0.59). Ainda assim, os autores afirmam que os resultados são suficientes para suportar a hipótese de que os 4 instrumentos têm validade preditiva. Os 4 instrumentos apresentaram uma responsividade moderada (efeito magnitude de Cohen ≥ 0.51) na deteção de alterações entre os 14 e 180 dias depois do AVC, sendo que o ARAT foi o instrumento mais responsivo. No entanto, todos os instrumentos se mostraram menos responsivos numa fase mais precoce da recuperação, entre os 14 e 30 dias após AVC. A fiabilidade intra-observador foi bastante elevada ($CCI \geq 0.97$) nos 4 instrumentos, o FM-ES e o ARAT apresentaram Mudança Mínima Detetável (MMD) abaixo dos 10% o que representa um valor satisfatório para erros de medição. A fiabilidade inter-observador também foi elevada ($CCI \geq 0.92$) (Lin *et al.*, 2009).

Todos os estudos analisados na RLS exploram algumas das propriedades psicométricas do instrumento de ARAT. No que respeita à reprodutibilidade, ou seja, quanto o instrumento esta livre do erro aleatório ou fornece um resultado reprodutível (Barbetta & Assis, 2008), os estudos de Nordin *et al.* (2014), Nijland *et al.* (2010), Chen *et al.* (2010) e Lin *et al.* (2009) analisaram a fiabilidade inter- e intra-observadores, enquanto Arlette, Rodrigo & Viviana (2012) analisaram apenas a fiabilidade intra-observadores. Os 5 estudos utilizaram metodologias diferentes pelo não é possível efetuar uma comparação, apesar da maioria ter recorrido estatisticamente ao alfa de Cronbach, Nordin *et al.* (2014) recorreram a técnicas estatísticas menos usuais nesta área de estudo, o ranking de Svensson. Con-



tudo, todos os seus estudos demonstram uma elevada fiabilidade intra- e inter-observadores do instrumento.

A validade é uma propriedade psicométrica que avalia a capacidade do instrumento medir o que ele se propõe (Barbetta & Assis, 2008). O ARAT demonstrou uma boa validade de constructo segundo Nijland *et al.* (2010) e Chen *et al.* (2010), apesar de, no primeiro estudo, o elevado alfa de Cronbach (0.98) sugerir a existência de redundância nos itens e no segundo identificar-se redundância, em alguns itens, na hierarquização das categorias. Posteriormente, Arlette, Rodrigo e Viviana (2012) analisaram a validade de constructo subdividida em validade convergente e discriminativa. Da sua investigação pode concluir-se que o ARAT apresenta boa validade convergente, na sua correlação com instrumentos que avaliam as AVDs básicas e instrumentais, e uma boa validade discriminativa por não apresentar correlação com variáveis não relacionadas (emoção, comunicação, memória e nível socioeconómico). Três estudos compararam o ARAT com outros instrumentos (Nijland *et al.*, 2010; Lin *et al.*, 2010 e Lin *et al.*, 2009), apresentando boa correlação, em particular com o WMFT. A validade preditiva foi analisada por Chen *et al.* (2012) e Lin *et al.* (2009) e ambos apresentam resultados aceitáveis para se considerar que o instrumento tem validade preditiva, no entanto, é necessária mais investigação sobre esta propriedade, nomeadamente, através da aplicação dos instrumentos ao longo do processo de reabilitação num espaço temporal superior.

A responsividade isto é, a capacidade do instrumento de medir alterações num determinado período de



tempo (Husted *et al.*, 2000), Nijland *et al.* (2010) não detetaram efeito chão e teto, mas segundo Lin *et al.* (2010) o instrumento tem boa responsividade, o que vai ao encontro dos resultados de Lin *et al.* (2009), que o tinha considerado o mais responsivo entre os 4 instrumentos analisados.

O défice motor é um dos sintomas mais prevalentes após a ocorrência de AVC sendo descrito como uma incapacidade relevante por pessoas com AVC (Feys, 1998). O ARAT foi identificado como um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente na avaliação da funcionalidade do membro superior (Cavaco & Alouche, 2010) e verificou-se que apresenta as propriedades psicométricas, reprodutibilidade, validade e responsividade comprovadas. Através da análise destes estudos foi possível dar resposta à questão de partida da RLS.

Considerações finais

Existem diversas escalas que avaliam a capacidade funcional do membro superior após a ocorrência de um AVC, sendo o ARAT amplamente utilizado a nível internacional para avaliação do membro em causa.

Os artigos incluídos nesta RSL tiveram como finalidade avaliar uma ou mais propriedades psicométricas do **Action Research Arm Test**. Foi então identificada a reprodutibilidade (intra- e inter- observador), a validade de construto (convergente e discriminativa), concorrente e preditiva, bem como a responsividade (pela análise de efeito teto e chão) do ARAT.

Os resultados deste estudo permitem concluir que o ARAT demonstrou ser um instrumento válido, fiável e responsivo na avaliação, diagnóstico e tratamento do membro superior lesado após a ocorrência de um AVC, dando assim resposta à questão de partida.

Reconhece-se a importância da tradução, adaptação e validação do ARAT para a população portuguesa, visando o contributo na prática profissional, com consequentes ganhos na qualidade de vida das pessoas com sequelas de AVC, através da implementação de programas de reabilitação baseados em evidência.

BIBLIOGRAFIA

- Barbetta, D. D. C., & Assis, M. R. (2008). Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão da literatura; *Acta fisiátrica*, 15 (3), 176-181.
- Belsey, J. & Snell, T. (2001). *What is evidence-based medicine?* London: Hayward Medical Communication, (What is...?; 2).
- Cavaco, N. S., & Alouche, S. R. (2010). Instrumentos de avaliação da função de membros superiores após acidente vascular encefálico: uma revisão sistemática. *Fisioterapia e Pesquisa*, 17 (2), 178-183.
- Chen, H., Lin, K., Wu, C., & Chen, C. (2012). Rasch validation and predictive validity of the action research arm test in patients receiving stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93 (6), 1039-45. doi:10.1016/j.apmr.2011.11.033
- Cirstea, M.C. & Levin, M.F. (2007). Improvement of arm movement patterns and end-point control depends on type of feedback during practice in stroke survivors. *Neurorehabil Neural Repair*, 21, 398-411.
- Damasceno, B.P. & Borges, G. (1988). Acidentes vasculares cerebrais. *Revista Brasileira de Medicina*, 45 (6), 190-196.
- Duncan, P.W., Jorgensen, H.S. & Wade, D.T. (2000). Outcome measures in acute stroke trials: a systematic review and some recommendations to improve the practice. *Stroke*, 31, 1429-1438.
- Duncan, P.W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J.Y., Glasberg, J.J., Graham, G.D., et al. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. *Stroke*, 36, 100-143.
- Feys, H.M., De Weerd, W.J., Selz, B.E., Cox Steck, G.A., Spichiger, R., Vereeck, L.E., Putman, K.D. & Van Hoydonck, G.A. (1998). Effect of a therapeutic intervention for the hemiplegic upper limb in the acute phase after stroke: a single-blind, randomized, controlled multicenter trial. *Stroke; A Journal of Cerebral Circulation*, 29, 785-92.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(3), 549-56.
- Husted, J. A., Cook, R. J., Farewell, V. T., & Gladman, D. D. (2000). Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *Journal of clinical epidemiology*, 53(5), 459-468.
- JBI (2011). *User Manual: Version 5.0 System for the Unified Management. Assessment and Review of Information*. Joanna Briggs Institute's. 123.
- Koh, C.L., Hsueh, I.P., Wang, W.C., Sheu, C.F., Yu, T.Y., Wang, C.H., et al. (2006). Validation of the Action Research Arm Test using item-response theory in patients after stroke. *Journal Rehabilitation Medicine*, 38 (6), 375-380.
- Leung, K., Trevena L. & Waters, D. (2012). Development of an appraisal tool to evaluate strength of an instrument or outcome measure. *Nurse Researcher*, 20 (2), 13-19.
- Li, K.-Y., Lin, K.-C., Wang, T.-N., Wu, C.-Y., Huang, Y.-H., & Ouyang, P. (2012). Ability of three motor measures to predict functional outcomes reported by stroke patients after rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 30(4), 267-75. doi:10.3233/NRE-2012-0755
- Lin, K., Chuang, L., Wu, C., Hsieh, Y., & Chang, W. (2010). Responsiveness and validity of three dexterous function measures in stroke rehabilitation. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 47 (6), 563. doi:10.1682/JRRD.2009.09.0155
- Linde, K. & Willich, S.N. (2003). How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 17-22.
- Lyle, R.C. (1981). A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research. *International Journal of Rehabilitation Research*, 4, 483-492.
- Marques-Vieira, C. M. A; Sousa, L. M. M.; Carvalho, M. L.; Veludo, F. & José, H. M. G. (2015). Construção, adaptação transcultural e adequação de instrumentos de medida., *Enformação*, 5, 19-24.
- Nijland, R., van Wegen, E., Verbunt, J., van Wijk, R., van Kordelaar, J., & Kwakkel, G. (2010). A comparison of two validated tests for upper limb function after stroke: The Wolf Motor Function Test and the Action Research Arm Test. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42 (7), 694-6. doi:10.2340/16501977-0560
- Nordin, Å., Alt Murphy, M., & Danielsson, A. (2014). Intra-rater and inter-rater reliability at the item level of the Action Research Arm Test for patients with stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46 (8), 738-45. doi:10.2340/16501977-1831
- Pereira, Â. L., & Bachion, M. M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 491.
- Platz, T., Pinkowisk, C., van Wijck, G.J. & Johnson, G. (2005). Arm – Arm Rehabilitation Measurement: Manual for performance and scoring of the Fugl-Meyer test (arm section), Action Research Arm Test, and the Box and Block test. *Deutscher Wissenschafts-Verlag*, 6-105.
- Rabadi, M. H., & Rabadi, F. M. (2006). Comparison of the action research arm test and the Fugl-Meyer assessment as measures of upper-extremity motor weakness after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 87(7), 962-966.
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., et al. (2008). Heart disease and stroke statistics – 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 117, e25-e46.
- Sandelowski, M.; Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511.
- Svensson, E. (2012). Different ranking approaches defining association and agreement measures of paired ordinal data. *Statistics in medicine*, 31(26), 3104-3117.
- 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
- Sousa, L. M. M. (2015). As propriedades psicométricas dos instrumentos de hetero-avaliação. *Enformação*, 6, 20-24.
- Wade, D.T. (1992). *Measurement in neurological rehabilitation*. Boston: Oxford University Press. Chap. Personal physical disability, 79-82.



Aconteceu



PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACESSO GRATUITO | SUJEITO A INSCRIÇÃO



WORKSHOP PATOLOGIA DA MAMA Realidades versus Novos Desafios

30 MAIO 2017 | 14:00 H > 17:30 H
SALÃO NOBRE DO HOSPITAL DE S. JOSÉ

| | |
|-------------------|---|
| 14:00 H > 15:00 H | Um Novo Olhar sobre a Unidade Funcional da Patologia Mamária. Tratamento Médico e Cirúrgico Dra. Ana Correia e Dra. Inês Morujão |
| 15:00 H > 15:20 H | Consulta de Enfermagem - A Importância da Intervenção Holística do Enfermeiro Enf. Anabela Nobre |
| 15:20 H > 15:30 H | Coffee-break |
| 15:30 H > 16:00 H | Intervenção do Enfermeiro de Cirurgia Geral Enf. Cláudia Antunes e Enf. Sandra Rocha |
| 16:00 H > 16:15 H | Tratamento do Linfedema do Membro Superior Fisioterapeuta Antónia Soeiro |
| 16:15 H > 16:35 H | A Intervenção Psicológica na Unidade Funcional da Patologia Mamária Dra. Cidália Ventura e Dra. Cristina Martins |
| 16:35 H > 16:50 H | O Contributo do Serviço Social - Que Direitos e Necessidades Dra. Petra João |
| 16:50 H > 17:10 H | Associação Viva Mulher Viva Assistente Técnica Sofia Martins (sócia) e Judite Pilarmas (vice-presidente da Associação) |
| 17:10 H > 17:30 H | Debate e Encerramento |

INSCRIÇÃO EM: www.acenfermeiros.pt | a.c.enfermeiros@gmail.com

WORKSHOP

Patologia da Mama: Realidades *versus* Novos Desafios

No dia 30 de Maio de 2017 decorreu no Salão Nobre do Hospital de São José, entre as 14h e as 17h 30m, o Workshop organizado pela Academia ACE, subordinado ao tema “Patologia da Mama: Realidades *versus* Novos Desafios”.

Para dar início ao Workshop a Dra. Ana Correia apresentou a Unidade Funcional da Patologia Mamária do CHLC, EPE que se encontra dividida entre o pólo do Hospital de S. José e o pólo do Hospital Curry Cabral e tem como principal objetivo dar o melhor apoio e prestar os melhores cuidados e tratamentos à pessoa com Patologia da Mama com uma equipa multidisciplinar diferenciada. Seguidamente a Dra. Inês Morujão abordou o tratamento médico e cirúrgico da Patologia da Mama, apresentando os novos avanços nesta área.

A Enf. Anabela Nobre apresentou o tema “Consulta de Enfermagem - A importância da Intervenção Holística do Enfermeiro” onde falou da importância da consulta de enfermagem para o apoio da pessoa com patologia da mama, é na consulta que se dão os primeiros passos para o diagnóstico e tratamento desta patologia, assim como o encaminhamento para a imagiologia.

A fase do internamento hospitalar e cirurgia é muito importante para a pessoa com patologia da mama pelo que a Enf. Cláudia Antunes e a Enf. Sandra Rocha abordaram o tema “Intervenção do Enfermeiro de Cirurgia Geral” onde descreveram os vários tipos de tratamento possíveis relacionando-os com a intervenção do Enfermeiro. Informaram acerca dos cuidados a ter quando é necessário a pessoa com patologia mamária realizar uma linfocintigrafia mamária ou a colocação de arpão guiado por ecografia e de todos os ensinamentos realizados no pré e pós operatório, de forma a prevenir complicações, principalmente quando a pessoa é submetida a uma mastectomia, todos os ensinamentos relativamente à higiene e vestuário são muito importantes nesta fase do tratamento.



O linfedema é uma das principais complicações que podem decorrer da mastectomia, pelo que o “Tratamento do Linfedema do Membro Superior” foi o tema apresentado pela Fisioterapeuta Antónia Soeiro que de uma forma prática e divertida explicou os principais exercícios e cuidados a ter para a sua prevenção e tratamento.

“A Intervenção Psicológica na Unidade Funcional da Patologia Mamária” é uma parte importante de todo este processo vivido pela pessoa com patologia da mama estando incluído em todas as suas fases tal como explicaram as psicólogas Dra. Cidália Ventura e Dra. Cristina Martins que relataram a sua experiência enquanto psicólogas na Unidade Funcional da Patologia Mamária.

A Assistente Social Dra. Petra João informou acerca de “O Contributo do Serviço Social - Que Direitos e Necessidades” esclarecendo a plateia acerca dos direitos legais e necessidades da pessoa com patologia da mama e das ajudas disponíveis.

Na última palestra a Assistente Técnica Sofia Martins (Sócia e Voluntária) e Judite Pitarna (Vice-presidente da Associação) apresentaram a **Associação Viva Mulher Viva**, que existe desde 1999 e foi criada como uma forma ideal de responder às necessidades dos pacientes e seus familiares, que excedem o âmbito da consulta. Um grupo de pacientes veteranas desta consulta, congratuladas com o serviço de saúde prestado e o apoio que sentiram por parte da equipa de saúde, e movidas por um ideal de apoio à comunidade, sentiram a necessidade de dar alma a este projecto, através do apoio aos pacientes recém-diagnosticadas e sua família. Têm assim como missão **Promover o Bem-estar e Qualidade de Vida** dos pacientes com cancro da mama e de seus familiares ao longo de todas as fases da doença e tratamentos, nas suas diversas vertentes.

No debate final e encerramento do Workshop, os participantes verbalizaram que o balanço do mesmo foi positivo pois permitiu o conhecimento da Patologia da Mama e a importância da existência de uma Unidade Funcional da Patologia da Mama constituída por uma equipa multidisciplinar para o sucesso no seu tratamento. Todos têm um papel importante no tratamento desta patologia e todos juntos somos mais fortes!

Ajude-nos a conseguir mais parceiros institucionais.



ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE
Hospital S. José Lisboa - Pena
Rua José António Serrano
1150-199 LISBOA

Tel.: 218 841 896 • Fax: 218 841 087

+ inovação
+ benefícios
+ vantagens

- Acessos específicos para sócios
 - Apoio à formação / investigação
 - Protocolo de cooperação
 - Actividades e Eventos
- Espaço de Conteúdos Científicos
 - Submissão e publicação de artigos na revista
 - Biblioteca de artigos publicados
 - Revista digital
- Links de utilidade profissional

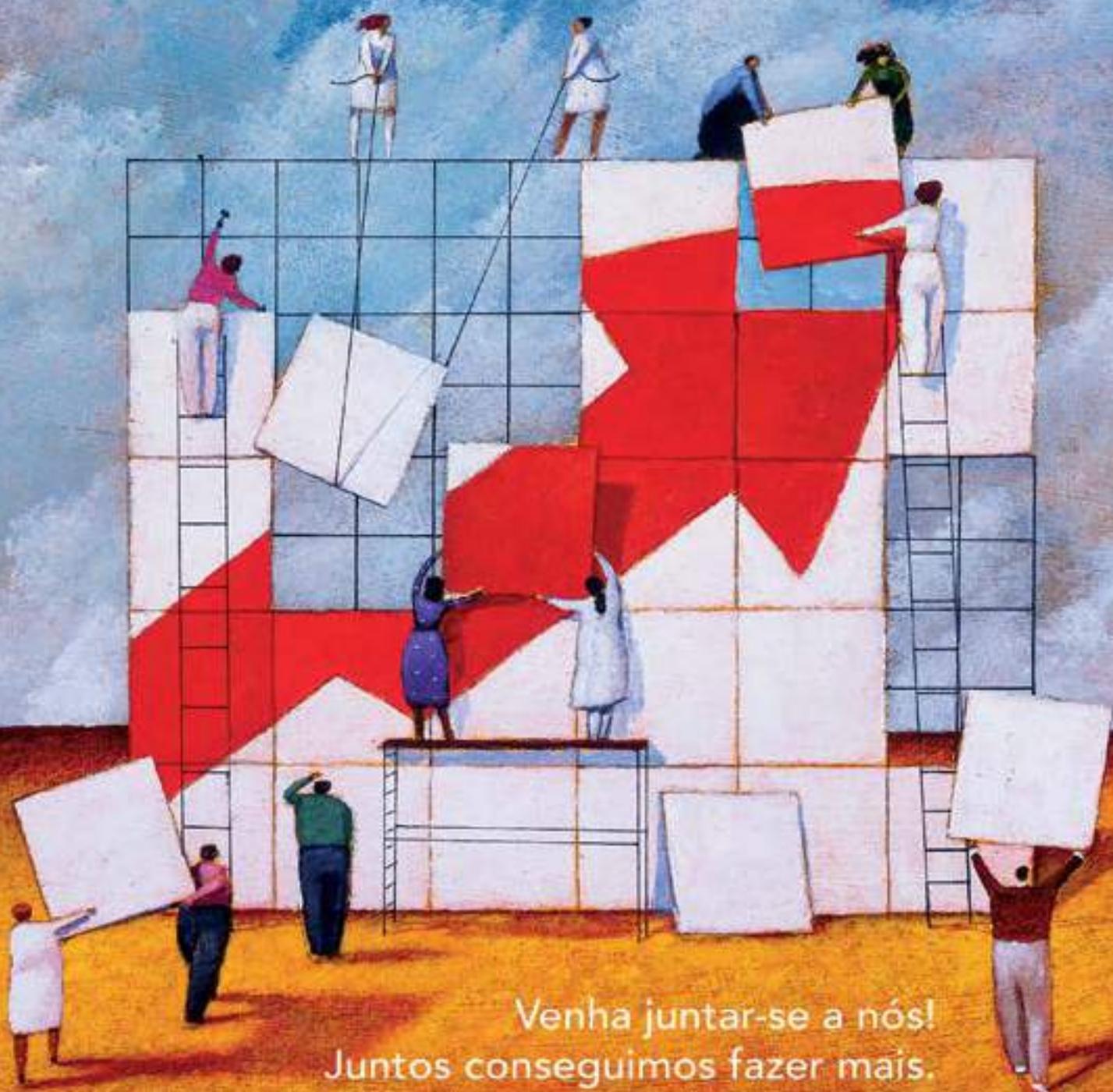


Promova o nosso site!

www.acenfermeiros.pt

QUEREMOS CRESCER MAIS!

Contamos com a sua colaboração para aumentar o número de colegas que queiram aderir à nossa Associação Científica, pois só assim poderemos ser mais fortes e obter mais vantagens para todos.



Venha juntar-se a nós!
Juntos conseguimos fazer mais.