



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE MÉDICO-CIRÚRGICA

Perceção da incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar

Juliana da Silveira Duarte

Coimbra, dezembro de 2017



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE MÉDICO-CIRÚRGICA

Perceção da incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar

Juliana da Silveira Duarte

Orientador: Professor Doutor Rui Gonçalves
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, dezembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Professor Doutor Rui Gonçalves pela orientação, paciência e pelo apoio, com papel fulcral na concretização deste trabalho. Obrigado pelas suas sugestões e exigências, bem como pela oportunidade de crescimento enquanto investigadora.

Ao Sr. Professor Doutor José Carlos Martins pelo apoio na análise dos resultados da investigação científica.

À Sr.^a Professora Anabela Lopes pela colaboração na revisão do texto.

Às pessoas que participaram diretamente no estudo, tornando possível a concretização do mesmo.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio incondicional, estímulo, carinho e amizade demonstrados.

Aos colegas pelas contribuições dados ao longo do trabalho. Obrigado pelas palavras de encorajamento e incentivo.

A todos os que, aqui ficando anónimos, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas De Vida Diária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
IEFP	Instituto de Emprego e Formação Profissional
IMC	Índice de Massa Coporal
HDL	Hérnia Discal Lombar
ODI	<i>Oswestry Disability Index</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PÁG.	Página
REPE	Exercício Profissional dos Enfermeiros
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UICISA-E	Unidade Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem

RESUMO

A incapacidade funcional é uma das principais consequências da dor lombar percebida pelas pessoas com hérnia discal lombar e com um impacto significativo nas respostas a situações quotidianas a nível pessoal e profissional. A escassez de estudos sobre a perceção de incapacidade funcional em pessoas com hérnia discal lombar constitui um desafio na obtenção de uma visão complementar e reveladora desta problemática, possibilitando a introdução de mais um campo de reflexão. Temos, pois, como objeto de estudo a perceção de incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar e é nosso objetivo: conhecer a perceção de incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar, percebendo de que modo as variáveis sociodemográficas/clínicas influenciam a perceção de incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar antes e após tratamento cirúrgico. Para tal foi conduzido um estudo longitudinal, descritivo-correlacional através de uma abordagem do tipo quantitativo com recolha de dados em quatro momentos distintos do período perioperatório de 49 pessoas submetidas a discectomia lombar. No pré-operatório, no 1.º, 3.º e 6.º mês de pós-operatório foi aplicado o instrumento de recolha de dados constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica/clínica e pela escala de incapacidade funcional de Oswestry. Apesar de no pré-operatório a amostra em estudo ter evidenciado maioritariamente níveis de incapacidade funcional superiores a 41%, em todos os momentos pós-operatório observou-se declínio dos níveis de incapacidade funcional. Podemos mesmo acrescentar que aos seis meses de pós-operatório 77,6% da amostra apresentava níveis de incapacidade funcional até 20%. Das variáveis em estudo, somente se identificaram correlações estatisticamente significativas entre a intensidade da dor e a perceção de incapacidade funcional na medida em que quanto mais intensa é a dor maior o impacto na perceção de incapacidade funcional. Em suma, com base nas evidências científicas e nos resultados obtidos com este estudo pensamos ter criado uma base de trabalho que fornece mais evidências sobre a perceção de incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar possibilitando que os Enfermeiros identifiquem as respostas mais adaptadas às necessidades em cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia Discal Lombar, Dor Lombar, Incapacidade Funcional, Enfermagem.

ABSTRACT

Functional incapacity is one of the main consequences of low back pain perceived by people with lumbar disc herniation and with a significant impact on the responses to daily situations, on a personal and professional level. The lack of studies about the perception of functional incapacity by people with lumbar disc herniation establish a challenge to obtain a complementary and revealing vision of this subject, allowing the introduction of another field of reflexion. We therefore have as objective the study of the functional incapacity of the person with lumbar disc herniation and it is our objective: to know the perception of functional incapacity of the person with lumbar disc herniation, perceiving how the sociodemographic / clinical variables influence the perception of functional disability of the person with lumbar disc herniation before and after surgical treatment. A longitudinal, descriptive-correlational study has been applied using a quantitative approach with data collection in four different moments of the perioperative period of 49 people undergoing lumbar discectomy. In the preoperative period, in the 1st., 3rd. and 6th postoperative month, the data collection instrument was applied, consisting of a sociodemographic / clinical characterization questionnaire and the Oswestry functional disability scale. Despite in the perioperative period the study sample showed mostly disability levels above 41%, after the surgical treatment we have observed a decline of the disability levels. We may even add that in the sixth month after surgery 77,6% of the sample have a functional disability levels up to 20%. Of the variables in study, we can only observe significant statistic correlations between the pain intensity and the perception of functional disability, in that the more intense the pain the greater the impact on the perception of the functional disability. In Summary, based on scientific evidences and the results obtained with this study, we believe that we have created a work base that provides more evidence about the perception of functional incapacity of the people with lumbar herniation disc, allowing nurses to identify the most adapted answers to the needs in health care.

Key-word: Lumbar Herniation Disc, Low Back Pain, Functional Incapacity, Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perspetiva histórica dos principais modelos de função e disfunção humana.....	25
Quadro 2 – Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 1999).....	42
Quadro 3 – Descrição dos grupos de pessoas de acordo com os antecedentes pessoais.....	43
Quadro 4 – Descrição do grau de incapacidade funcional.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra (n=49) segundo as variáveis idade, género, antecedentes pessoais, profissão e nível da intervenção cirúrgica.....	52
Tabela 2 – Distribuição da amostra (n=49) de acordo com a “secção 1” da escala de avaliação Oswestry no pré-operatório.....	54
Tabela 3 – Distribuição da amostra (n=49) de acordo com a “secção 1” da escala de avaliação Oswestry nos diferentes momentos de avaliação do pós-operatório.....	55
Tabela 4 – Distribuição da amostra (n=49) segundo as secções da escala de avaliação Oswestry em percentagem (%) no período pré-operatório.....	57
Tabela 5 – Distribuição da amostra (n=49) segundo as secções da escala de avaliação Oswestry em percentagem (%) no período pós-operatório.....	59
Tabela 6 – Distribuição da amostra (n=49) de acordo com o score total da escala de avaliação Oswestry em percentagem (%) no período pré-operatório...	60
Tabela 7 – Distribuição da amostra (n=49) de acordo com o score total da escala de avaliação Oswestry em percentagem (%) no período pós-operatório...	61
Tabela 8 – Resultado da correlação da variável “idade” e o score total da escala de avaliação Oswestry da amostra (n=49), utilizando o Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i>	62
Tabela 9 – Resultado da correlação da variável “idade” entre o score total da escala de avaliação Oswestry dos diferentes momentos de avaliação.....	62
Tabela 10 – Resultado do teste <i>Mann-Whitney</i> (U) da amostra (n=49) nos diferentes momentos de avaliação.....	63
Tabela 11 – Resultado da escala de avaliação Oswestry nos diferentes momentos de avaliação.....	64
Tabela 12 – Resultado do Teste de <i>Wilcoxon</i> (z) da amostra (n=49) nos diferentes momentos de avaliação.....	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1.1. HÉRNIA DISCAL LOMBAR.....	21
1.2. INCAPACIDADE FUNCIONAL.....	23
1.3. O ENFERMEIRO E A PESSOA COM INCAPACIDADE FUNCIONAL.....	27
2. METODOLOGIA E INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	35
2.1. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO.....	35
2.2. QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	36
2.3. TIPO DE ESTUDO.....	37
2.4. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA.....	38
2.5. VARIÁVEIS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	39
2.6. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	40
2.7. PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
2.8. O TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS.....	48
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
3.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	51
3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
CONCLUSÃO.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	81

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

APÊNDICE II – Escala de Incapacidade Funcional de Oswestry

APÊNDICE III – Pedido de autorização ao Conselho de Administração da Instituição de Saúde para realização da investigação científica

APÊNDICE IV – Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO

A hérnia discal lombar surge como uma problemática atual, constituindo-se como uma das principais causas de dor lombar. Como consequência da dor lombar, surge a incapacidade funcional, o que provoca alterações na resolução das atividades básicas de vida diária e ao aumento de incapacidade laboral.

A dor lombar tem um grande impacto na vida das pessoas, com repercussões a nível físico, psicológico, social e económico, quer pelos custos diretos com consultas e outros serviços de saúde, quer pelos custos indiretos, devido aos dias de trabalho perdidos e perda de produtividade (Batista, 2015).

Todos os adultos, em geral, têm um ou mais episódios breves de dor músculo-esquelética associada a lesão ou uso excessivo. Embora as taxas de prevalência possam ser muito variadas, estima-se que a dor lombar, na população portuguesa, é extremamente comum, afetando 30 a 40% dos adultos (Mineiro, Canas, Barroso e Fernandes, 2006).

A pertinência desta temática é justificada e reforçada pelo aumento da incidência de pessoas com patologia da coluna, nomeadamente a nível lombar. É um problema que afeta de um modo particular os enfermeiros. As lesões músculo-esqueléticas estão presente no dia-a-dia de qualquer pessoa.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, torna-se imperativo avaliar o impacto da dor lombar, afim de estabelecer intervenções de enfermagem de acordo com a situação e pessoa, tendo por base conhecimento científico que vise a prevenção e promoção de saúde. Para tal, cabe aos enfermeiros o papel de agente de mudança de comportamentos de saúde, com base num acompanhamento

diferenciado e personalizado a cada processo de transição saúde-doença vivenciado pela pessoa.

Com o intuito de investigar a percepção da incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar, na consulta de enfermagem do período pré-operatório e na consulta de seguimento do primeiro, terceiro e sexto mês de pós-operatório, comparamos os resultados obtidos por meio da utilização de instrumento de avaliação de incapacidade funcional. Foi efetuado um estudo descritivo-correlacional, com abordagem quantitativa pela condução de um estudo longitudinal. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfico e clínico e a escala de incapacidade funcional de Oswestry.

Os objetivos elaborados para este estudo são refletir sobre a temática supracitada e avaliar a percepção de incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar no pré e pós-operatório. Para além de relacionar o conceito de incapacidade funcional com os factores sociodemográficos (idade e sexo).

Estruturalmente, este documento é composto por três partes fundamentais. Na primeira parte é feita o enquadramento teórico, onde é feita uma abordagem clara sobre os conceitos: hérnia discal lombar e incapacidade funcional. Englobamos também, na primeira parte, a perspetiva de enfermagem, dando ênfase ao papel do enfermeiro neste âmbito. Na segunda parte, é explicada a estrutura metodológica da dissertação, incluindo a problemática, questão de investigação, objetivos, tipo de estudo, população e amostra, instrumento de colheita de dados, variáveis e hipóteses, questões éticas, tratamento de dados, análise e discussão de resultados. Por último, são apresentadas as principais conclusões, com um olhar humano e reflexivo, tendo por base os objetivos definidos e algumas sugestões possíveis para futuros trabalhos de investigação.

Pretende-se que os resultados desta investigação contribua para o desenvolvimento do conhecimento científico na área de enfermagem médico-cirúrgica, uma vez que os enfermeiros têm a responsabilidade de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística às diversas situações, estabelecendo uma relação interpessoal com um grupo de pessoas como: a família e as comunidades.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se conceptualizar conceitos essenciais para desenvolvimento do presente trabalho: hérnia discal lombar e incapacidade funcional, de forma sucinta, a fim de obter conhecimento científico e compreensão sobre o tema a que se propõe a desenvolver.

1.1. HÉRNIA DISCAL LOMBAR

Apesar da ausência de estudos de incidência e prevalência de hérnia discal lombar (HDL) em Portugal, verifica-se que esta situação clínica atinge essencialmente pessoas acima dos 35 anos, parte de uma população ativa, com um baixo índice de satisfação profissional e com um fraco apoio social no seu trabalho (Mineiro et al., 2006 & Negrelli, 2001).

Conceito, causas e tratamento

A hérnia ou rotura do disco intervertebral resulta da rotura do anel fibroso do disco, com saída parcial ou completa do núcleo pulposo através do anel fibroso. A parte herniada do disco pode comprimir a medula espinhal ou os nervos raquidianos, comprometendo o seu funcionamento normal (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

A hérnia mais comum é a dos discos intervertebrais lombares inferiores (L4-L5 e L5-S1), causando dor lombar (Carvalho, 2003; Seeley et al., 2005).

As principais causas subjacentes à HDL e descritas em documentos científicos são: envelhecimento, inatividade física, tabagismo e predisposição genética. Contudo, Carvalho (2003) refere que as hérnias podem ser desencadeadas com algumas situações, tais como levantar ou carregar grandes pesos, ou através de traumatismos sobre a coluna vertebral.

É um problema músculo-esquelético de alta prevalência, tanto nos homens como nas mulheres, entre os 45 e os 65 anos de idade e, apesar dos inúmeros estudos efetuados e tempo dispensado à sua compreensão, as implicações e/ou limitações decorrentes da dor lombar continuam a aumentar na sociedade atual, contribuindo para alteração da capacidade funcional (Mineiro et al., 2006).

O tratamento da HDL pode ser: conservador e/ou cirúrgico. No que respeita ao tratamento conservador, este tem como finalidade aliviar a dor, estimular a recuperação neurológica, com retorno precoce às atividades básicas de vida diária (ABVD) e ao trabalho. O tratamento cirúrgico (discectomia lombar) tem como objetivo a descompressão das estruturas nervosas e há indicações específicas para a tomada de decisão da mesma tais como: paresia nos membros inferiores ou síndrome de cauda equina, dor ciática persistente, pelo menos por seis semanas, déficit motor, dor radicular associada à estenose óssea foraminal (Vialle, Vialle, Henao e Giraldo, 2010).

A discectomia lombar é caracterizada pela remoção dos fragmentos herniados ou expulsos do disco vertebral. Este pode ser feita aberta, sem o auxílio de lupas ou microscópio, pode ser feita com auxílio de lupas ou microscópio (microdiscectomia) ou com auxílio do endoscópico (discectomia endoscópica). O resultado destas três técnicas é bastante semelhante sendo que o objetivo da discectomia não é o tratamento da degeneração discal, mas sim descomprimir o nervo afetado pela hérnia (Vialle et al., 2010).

Para o sucesso do tratamento, é crucial a promoção e a educação para a saúde da pessoa, pois para além do papel importante da equipa interdisciplinar, a pessoa tem que se consciencializar do seu processo de transição de saúde-doença e fazer mudanças comportamentais como praticar atividade física regular e repouso.

Entende-se por processo de transição, as situações vivenciadas, por cada pessoa de forma independente, face aos acontecimentos de vida, as alterações que vão manifestando ao longo da vida. E, desta forma, é importante a intervenção do enfermeiro no planeamento de intervenções facilitadoras a esses processos de transição.

1.2. INCAPACIDADE FUNCIONAL

O conceito de incapacidade funcional tem sido alvo de uma enorme evolução durante às últimas décadas. Atualmente, a perceção de incapacidade refere-se exclusivamente a um declínio funcional, sendo o conceito de função definido pela capacidade da pessoa viver de forma independente, com capacidade de cuidar de si e das suas tarefas inseridas no seu ambiente sociocultural (Alves, Leite e Machado, 2008).

No presente estudo, o conceito de incapacidade funcional utilizado engloba os prejuízos funcionais, ocupacionais e sociais associados à presença de dor.

Definição e fatores determinantes

O conceito de incapacidade funcional é um conceito complexo e engloba alguns aspetos (Rosa, Benício, Latorre e Ramos, 2003). A patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem são terminologias que estão diretamente relacionadas com o conceito de incapacidade funcional (Alves et al., 2008).

No sentido de explicar este conceito, foram desenvolvidos alguns modelos teóricos, a fim de facilitar o conhecimento e fundamentar a sua aplicabilidade em estudos científicos (Quadro 1).

De acordo com Alves et al. (2008), o sociólogo Saad Nagi, na década de 1960, foi o primeiro a tentar descrever o conceito baseado na teoria sociológica, tendo por base quatro conceitos: patologia, disfunção/ deficiência, limitação funcional e incapacidade.

Por outro lado, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) é utilizada para padronizar os termos na área de saúde e, assim, a incapacidade funcional é compreendida como uma resultante da interação entre a disfunção apresentada pela pessoa (seja orgânica e/ ou da estrutura do corpo), a limitação das suas atividades e a restrição na participação social, envolvendo os fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho e participação nessas atividades (Salvetti, 2010).

Quadro 1 – Perspetiva histórica dos principais modelos de função e disfunção humana.

Modelo	Descrição (componentes)			
Nagi (1965) Terminologia	Patologia ativa → Interrupção ou interferência nos processos normais e esforço do organismo para retornar o estado normal.	Deficiência → Anormalidade ou perdas anatómicas, fisiológicas, mentais ou emocionais.	Limitação funcional → Limitação do desempenho no nível do funcionamento do organismo ou da pessoa.	Incapacidade Limitação no desempenho de papéis e tarefas socialmente definidos no ambiente sociocultural e físico.
<i>Internacional Classification of Impairment, Disability and Handicap</i> (OMS, 1980) Terminologia	Doença → Patologia intrínseca ou desordem orgânica.	Disfunção → Perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica.	Incapacidade → Restrição ou perda de habilidades de realizar uma atividade de vida diária.	Restrição Social Desvantagem decorrente da disfunção ou incapacidade que limite ou impede a realização de uma função normal pela pessoa. Depende de fatores como: idade, sexo e fatores socioculturais.
<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i> (CIF) (OMS, 2001) Terminologia	Condição de saúde (distúrbio ou doença) ↔ Fatores Pessoais Termo genérico que denomina doença, distúrbio, lesão ou trauma, inclui também circunstâncias como stress, envelhecimento ou predisposição genética.	Estrutura e função do corpo ↔ Fatores Ambientais Partes anatómicas, como órgão, membros e seus componentes, bem como funções fisiológicas, incluindo funções psicológicas.	Atividade ↔ Execução de uma tarefa ou ação da pessoa.	Participação Envolvimento em situações de vida.

Fonte: Adaptado de Sampaio, Mancini, Gonçalves, Bittencourt, Miranda e Fonseca (2005).

De acordo com Rosa et al. (2003), a incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade na realização das ABVD, podendo ser influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos e psicossociais. Entende-se por fatores demográficos: o sexo, a idade, o estado civil, a área de residência, a composição do agregado familiar. Os fatores socioeconómicos dizem respeito ao rendimento mensal, à escolaridade e à profissão. Os fatores psicossociais são aqueles fatores que afetam a pessoa ao nível psicológico ou socialmente, como a depressão, a fadiga, a satisfação com a vida, a dor (Petroilho, Machado, Miguel e Magalhães, 2010).

Através da pesquisa de evidências científicas realizada, destaca-se que a pessoa com a incapacidade funcional apresenta dificuldade em desempenhar algumas tarefas/atividades relacionadas com as ABVD, como por exemplo:

- Higiene pessoal – capacidade de usar o chuveiro/ banheira (p. ex. tomar banho), higiene oral, cuidado pessoal (pentear-se, maquilhar-se, barbear-se, entre outras);
- Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários – ato inteiramente autocontrolado de mictar ou defecar, capacidade ir ao sanitário para a eliminação e higienizar-se após;
- Vestuário – capacidade ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir: roupas íntimas, roupas externas, apertar botões, fecho e cintos, calçar meias e sapatos;
- Alimentação – capacidade de usar os talheres, fragmentar os alimentos no prato, dirigir a comida do prato à boca;
- Locomoção – capacidade de deslocar-se autonomamente;

- Transferência – capacidade de sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa, transferir-se de uma cadeira para a outra, banheira ou outra superfície.
- A incapacidade funcional torna-se num importante marcador de saúde, útil para identificar resultados clínicos-funcionais permitindo relacionar a incapacidade funcional com a dificuldade em executar as ABVD. As alterações na incapacidade funcional são definidas como qualquer restrição ou perda da capacidade de executar atividades ou tarefas diárias, consideradas normais no quotidiano da pessoa (Tsukimoto, 2006).

1.3. O ENFERMEIRO E A PESSOA COM INCAPACIDADE FUNCIONAL

É importante que os enfermeiros valorizarem e tenham a consciência de promover, através das intervenções de enfermagem, a reconstrução da autonomia da pessoa, após transições geradoras de dependência.

De acordo com Simões, Nogueira, Lopes, Santos e Peres (2011), a promoção da saúde surge como um meio facilitador para desenvolver capacidades e competências no sentido de preparar as pessoas para um papel ativo na saúde. Pretende-se que as pessoas colaborem nos processos de mudanças, com vista à adopção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

A promoção da saúde é um processo no qual o enfermeiro assume um papel importante, pois possui competências para coordenar e implementar intervenções de enfermagem, tendo em conta a identificação das necessidades da pessoas (Simões, et al., 2011).

O Enfermeiro não é um simples indivíduo que centra a sua função na prestação técnica de cuidados de enfermagem. Pois a sua prestação de cuidados vai para além da técnica, tem competências específicas, com conhecimentos científico, que presta cuidados de enfermagem altamente qualificados e personalizados à pessoa. O exercício profissional dos enfermeiros segue normas e regulamentos específicos para a profissão.

No decurso dos últimos anos, a Enfermagem tem vindo a evoluir quer ao nível da formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, o que torna imprescindível reconhecer o valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e no que respeita à qualidade e eficácia de cuidados de saúde.

A formação especializada na área de enfermagem médico-cirúrgica permite garantir à pessoa, família e/ou comunidade cuidados de enfermagem diferenciados, para além de capacitar o enfermeiro na investigação científicas e, desta forma, alargar o conhecimento em enfermagem.

Estes cuidados de enfermagem diferenciados “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.3).

É de salientar que “atendendo à diversidade das problemáticas de saúde cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de

cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (Ordem dos Enfermeiros, 2011,p.3)

Tendo em consideração a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença e à sua família, o enfermeiro tem a responsabilidade de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. Assim, surge o grande desafio para os enfermeiros, tendo um papel crucial na vivência da pessoa e família nos diferentes processos de transição e consequentemente nos processos de aprendizagem, através do conhecimento que têm, implementando intervenções de enfermagem à pessoa e à família, como o intuito de lhe proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Tavares, 2015).

No que respeita a problemática em estudo, o papel do enfermeiro centra-se em:

- Identificar fatores de risco: individuais, socioeconómicos e psicossociais;
- Demonstrar conhecimentos e habilidades sobre a gestão de fatores psicológicos da pessoa;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante pessoa/família;
- Demonstrar conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoas com “barreiras à comunicação”;

No entanto, o exercício profissional do enfermeiro abrange diversas áreas específicas, o que torna a área de enfermagem complexa e diversificada. De acordo com a temática do presente trabalho, o papel do enfermeiro no cuidar da pessoa com HDL centra a sua ação principalmente no campo da prevenção e promoção da saúde, no

momento do pré e pós-operatório, com o objetivo de prevenir complicações, a fim de promover o bem-estar, auto-cuidado e uma rápida re-adaptação funcional (Carvalho, 2003).

De acordo com Ordem dos enfermeiros (2011), “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos através da promoção do potencial de saúde da pessoa, fornecimentos de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidade pela pessoa e avaliação de ganhos em conhecimento e capacidade visando a educação da pessoa/ família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica”.

Desta forma, entende-se que é crucial a existência da consulta de enfermagem, desde o momento pré até ao momento do pós-operatório para uma avaliação holística da pessoa, permitindo um acompanhamento personalizado e desta forma avaliar:

- Os fatores de risco: componentes físicos, psicológicos (história pessoal, sintomas de ansiedade, depressão, cognição, crenças sobre a dor, formas de lidar com dor, entre outros) e sociais da pessoa (ambiente de trabalho, stress, situação económica, entre outros) (Garbi, Hortense, Gomez, Silva, Castanho e Sousa, 2014). Roios (2013), salienta que os atributos psicológicos podem ajudar a identificar as pessoas com grande risco de incapacidade funcional;
- A perceção da incapacidade funcional através de instrumentos de colheita de dados específicos, nos diferentes momentos, permitindo uma acompanhamento personalizado.

No que respeita à prevenção, de acordo com a literatura encontrada, não é possível evitar a formação da hérnia, apenas pode-se diminuir as consequências que advém da

presença da HDL. Segundo Oliveira (2011), a reeducação da pessoa é essencial, educar a pessoa para:

- Evitar atividades que requerem levantar pesos ou flexões repetitivas;
- Praticar uma boa postura corporal;
- Manter um peso corporal saudável;
- Praticar exercício regularmente.

A promoção da saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o seu controlo sobre os fatores determinantes da saúde e, por conseguinte, melhorar a sua saúde. A promoção da saúde abrange as intervenções políticas e sociais concebidas para alterar políticas e serviços, bem como a promoção da responsabilidade social pela saúde (Soares & Fradique, 2000).

A promoção da saúde é um processo dinâmico que tem como alvo capacitar as pessoas para terem controlo sobre a sua saúde. Ao lidarem com os múltiplos determinantes da saúde e ao reduzirem os obstáculos, os enfermeiros podem fazer a diferença na saúde e no bem-estar das pessoas (Soares & Fradique, 2000).

Entende-se por determinantes da saúde, os fatores que interferem na saúde tais como: o abrigo, alimentos, educação, segurança social, serviços sociais e de saúde, rendimentos, respeito pelos direitos humanos e emprego (Soares & Fradique, 2000).

Neste âmbito, a promoção da saúde incide sobre diversas situações que interferem de forma direta ou indiretamente na incapacidade funcional da pessoa, como:

- Sedentarismo;

O estilo de vida adotado tem um enorme impacto na incapacidade funcional e qualidade de vida. De acordo com Oliveira (2011), a vida sedentária é reconhecida como sendo um dos fatores que contribuem para ausência de saúde e morte precoce e a inatividade física está relacionada com problemas de coluna lombar.

O repouso prolongado deve-se evitar, pois contribui para a perda de massa muscular e dores da região lombar (Oliveira, 2011).

- Prática de exercício físico regular;

A prática de exercício físico deve envolver movimentos voluntários e repetitivos com o objetivo de melhorar a condição física a nível muscular e cardio-respiratório. Kleus *et al.* (2004) *apud* Oliveira (2011) referem que o exercício físico permite a melhoria da qualidade de vida, pois a pessoa mantém ou a aumenta o nível de independência, a segurança e o bem-estar. Ressalta ainda que esta é conseguida através da prevenção da inatividade, prevenção de quedas, melhoria da atividade funcional e diminuição das limitações nas ABVD (Oliveira, 2011).

- Postura corporal correta;

A reeducação corporal é importante, pois permite manter uma postura adequada em todas as atividades, quer a nível da atividade laboral da pessoa quer em atividades de lazer (Oliveira, 2011).

- Realização das atividades diárias;

As atividade mais simples como escovar os dentes, pentear-se, alimentar-se, poderão ser realizadas de forma independente logo nos primeiros dias do pós-operatório. Outras atividades pessoais como a higiene pessoal e vestir-se devem, inicialmente, receber ajuda e supervisão de terceiros e gradualmente serem tarefas a realizar apenas pela pessoa

Em suma, com a criação de um programa de consultas de acompanhamento, no momento do pré e pós-operatório, as pessoas com patologia da coluna lombar sentem-se mais seguras, permitindo:

- Melhorar ou manter os seus níveis funcionais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais;
- Maximizar a sua independência;
- Adquirir competências e habilidades para um regresso ao seu ambiente, quer a nível das atividades diárias quer ao nível da atividade laboral de forma mais segura, estando as pessoas mais confiantes, diminuição de alguma sintomatologia e, deste modo, garantir a melhoria quer ao nível da incapacidade funcional quer ao nível da qualidade de vida da pessoa;
- Responder às suas dúvidas e preocupações.

2. METODOLOGIA E INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A investigação científica consiste num processo sistemático, com o objetivo de validar conhecimentos previamente estabelecidos e de produzir novos, que irão de forma direta ou indireta influenciar a prática (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009), a fase metodológica diz respeito à planificação da investigação, tratando-se de uma importante etapa no processo de investigação, da qual foram tomadas decisões pelo investigador a fim de dar resposta à questão de investigação.

2.1. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

A pessoa com HDL vivência um processo de transição que abrange mudanças que requerem ajustamento e adaptação no seu quotidiano. Estas alterações refletem-se na incapacidade funcional que, por sua vez vai condicionar a qualidade de vida da pessoa.

A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade na realização das atividades diárias, podendo ser influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos e psicossociais (Rosa et al., 2003). Deste modo, a avaliação da incapacidade funcional pode ser relevante para os enfermeiros, pois cabe à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação vivenciada pela pessoa, facilitando o seu processo de transição saúde-doença (Tavares, 2015).

A enfermagem é uma ciência, que se sustenta numa prática onde os enfermeiros facilitam os processos de transição tendo em visto o bem-estar geral, bem-estar social,

bem-estar económico, bem-estar físico, bem-estar subjetivo, bem-estar espiritual, bem-estar psicológico (Pereira, 2012).

2.2. QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação é uma interrogação precisa e concisa, escrita no presente e constituída pelos conceitos em estudo (Fortin, 2009).

Neste sentido, seguindo estas linhas orientadores, sustentada pela bibliografia científica, formulou-se como questão de investigação a seguinte:

- “Qual a perceção de incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar?”.

A exploração das relações e eventuais associações existentes entre as variáveis poderá dar contributos importante para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Para tal, torna-se imprescindível definir os objetivos de investigação e determinar claramente os conceitos que serão estudados, a população-alvo e a informação que se ambiciona obter (Fortin, 2009). De acordo com este pressuposto, definiram-se como objetivos de investigação:

- Caracterizar o perfil da população com HDL inscrita na consulta médica de uma instituição privada de saúde da cidade de Coimbra segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e profissão) e clínicas (nível de intervenção cirúrgica, antecedentes pessoais);
- Caracterizar a intensidade de dor lombar das pessoas;

- Analisar a relação entre HDL e perceção de incapacidade funcional;
- Analisar as dificuldades das pessoas com HDL nas diferentes atividades diárias (cuidados pessoais, levantar objetos, marcha, sentar, ficar em pé, dormir, vida sexual, vida social e viajar);
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e perceção de incapacidade funcional;
- Analisar a evolução da perceção de incapacidade funcional nos diferentes momentos de avaliação (pré e pós-operatório).

2.3. TIPO DE ESTUDO

Após a delimitação do problema de investigação, da questão de investigação e dos seus objetivos, pensou-se que uma abordagem do tipo quantitativo seria mais adequada na aproximação ao objeto de estudo pela condução de um estudo longitudinal (colheita de dados de setembro de 2013 a dezembro de 2014) com desenho descritivo-correlacional, visto que pretendeu recolher-se dados de forma periódica junto dos mesmos grupos e também, pretendeu selecionar-se as variáveis que farão parte do estudo e analisar as relações que existem entre elas.

Local do estudo de investigação

O local do estudo selecionado foi uma instituição privada de saúde de Coimbra, pertencente ao distrito e concelho de Coimbra.

2.4. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

A população é um conjunto de pessoas e/ou objetos com características semelhantes, as quais foram selecionadas por critérios de inclusão para o estudo em questão (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão foram:

- Aceitação de participação voluntária no estudo;
- Pessoas com idade superior ou igual a 18 anos (do sexo masculino ou feminino);
- Ter condições clínicas e psicológicas para participação do estudo;
- HDL diagnosticada;
- Cirurgia da coluna lombar – Discectomia Lombar.
- Seguidos na clínica entre o período de setembro de 2013 a dezembro de 2014.

Foram considerados critérios de exclusão todas as pessoas que não correspondessem aos itens supracitados.

No entanto, Fortin (2009) ressalta a importância para constituir uma amostra representativa da população-alvo, pois não é possível estudar toda a população. A representatividade da amostra é uma condição obrigatória e está relacionada diretamente com o sucesso do estudo.

Neste sentido, para o estudo empírico o método para selecionar a amostra foi o método de amostragem aleatório simples (método de amostragem probabilístico).

Os métodos de amostragem probabilístico ou causal são utilizados quando o investigador pretende generalizar os resultados obtidos a partir da amostra para a comunidade científica (Fortin, 2009).

Todavia, o método de amostragem aleatório simples permite que todas as pessoas que compõem a população-alvo têm uma probabilidade igual de serem escolhidas para formar a amostra (Fortin, 2009).

Uma vez definido o grupo de pessoas com HDL, de acordo com os critérios de inclusão/ exclusão, pretendemos seleccionar aleatoriamente as pessoas para constituir a amostra, com a mesma possibilidade de fazer parte da mesma. A amostra constituiu-se por quarenta e nove pessoas com HDL, submetidas à mesma abordagem cirúrgica (discectomia lombar). Inicialmente a amostra era composta por cinquenta e uma pessoas, no entanto duas pessoas desistiram do estudo.

2.5. VARIÁVEIS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As variáveis são os conceitos utilizados no estudo. Segundo Fortin (2009), as variáveis formam a substância das questões de investigação e das hipóteses. São elementos observáveis e com correlação entre si, obtendo-se resultados.

A mesma autora classifica as variáveis de acordo como o papel que exercem na investigação. Assim, tendo em consideração a definição apresentada pela mesma, as variáveis desta investigação são as seguintes:

- **Variável dependente:** incapacidade funcional. A operacionalização desta variável é medida pelo *score* total de cada *item* da versão portuguesa da escala de avaliação *Oswestry*;

- **Variáveis independentes:** idade, sexo e tempo pós-cirurgia. Estas variáveis vão caracterizar a amostra;
- **Variáveis de atributo:** profissão e antecedentes pessoais. Estas variáveis são características pré-existentes dos participantes do estudo, que habitualmente são constituídas por dados demográficos (estes dados demográficos são analisados com o intuito de obter um perfil demográfico das características da amostra);

Então, consideram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- **H1** – A incapacidade funcional está relacionada com a idade da pessoa com HDL.
- **H2** – A incapacidade funcional é diferente conforme o sexo da pessoa com HDL.
- **H3** – A incapacidade funcional é diferente conforme os momentos de avaliação (pré e pós cirurgia).

2.6. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados está sujeita a diferentes métodos. Estes métodos são selecionados de acordo com os objetivos e com a questão de investigação, do desenho de investigação e do próprio investigador, no que respeita ao conhecimento existente sobre o tema em estudo (Fortin, 2009).

Assim, o instrumento de recolha de dados foi constituído por:

- a) Questionário de Caracterização Sociodemográfico e Clínico;
- b) Escala de Incapacidade Funcional de Oswestry.

Após o pedido de autorização à instituição privada de saúde, foi iniciada a recolha de dados com prévio agendamento com a equipa médica e secretárias clínicas e com base nas listagens das consultas diárias – na instituição de saúde – onde decorreram as consultas da pessoa com patologia da coluna vertebral.

Em seguida, faz-se uma descrição sobre cada instrumento de recolha de dados aplicados no presente estudo.

a) Questionário de Caracterização Sociodemográfico e Clínico

A caracterização sociodemográfica e clínica foi realizada através de um questionário-entrevista (Apêndice I), com o intuito de operacionalizar as variáveis: sociodemográficas e clínicas.

As variáveis sociodemográficas são compostas por:

- Sexo – é definido pelo sexo masculino ou feminino;
- Idade – refere-se ao número de anos de vida da pessoa;
- Profissão – atividade profissional exercida no momento da recolha de dados.

Para operacionalizar a variável profissão foi adotada e adaptada a Classificação Nacional de Profissões mencionada pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) em 2010, que contempla dez grupos profissionais (Grupo 0 a 9),

tendo sido adicionada um grupo: pessoas inativas (como por exemplo, domésticas, desempregados, reformados ou estudantes), pois não se enquadravam nos grupos profissionais definidos pelo IEFP (Quadro 2).

Quadro 2 – Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 2010).

Profissão	
Profissão 0	Profissões das forças armadas
Profissão 1	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos (p.ex. Empresários)
Profissão 2	Especialistas das atividades intelectuais e científicas (p.ex. Profissionais de saúde, professores)
Profissão 3	Técnicos e profissões de nível intermédio
Profissão 4	Pessoal administrativo
Profissão 5	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (p.ex. Guarda prisional)
Profissão 6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta
Profissão 7	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
Profissão 8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
Profissão 9	Trabalhadores não qualificados
Profissão 10	Pessoa inativa (domésticas, desempregados, reformados ou estudantes)

- **Nível de intervenção** – refere-se ao nível da coluna lombar (L1-L5). As pessoas foram agrupadas:
 - L2-L3;
 - L3-L4;
 - L4-L5;
 - L5-S1;
 - L3-L4 e L4-L5;

- L4-L5 e L5-S1
- Antecedentes pessoais – para facilitar a análise e interpretação de dados os antecedentes pessoais foram agrupados em quatro grupos (Quadro 3).

Quadro 3 – Descrição dos grupos de pessoas de acordo com os antecedentes pessoais.

Antecedentes Pessoais		
Grupo 1	Doença cardiovascular	(foram incluídos neste grupo as pessoas com os fatores de risco como hipertensão, dislipidemia, diabetes <i>Mellitus</i>)
Grupo 2	Doença mental/ psiquiátrica	(foram incluídos neste grupo as pessoas com depressão, ansiedade, psicose esquizoafetiva)
Grupo 3	Doença ortopédica/ reumática	(foram incluídos problemas do âmbito de ortopedia como lupus, osteoporose, artrose, artrite reumatóide)
Grupo 4	Sem antecedentes	

O questionário, segundo Fortin (2009) tem como finalidade recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

Os questionários podem ser preenchidos pelos próprios participantes ou então, preenchidos pelo investigador na presença do participante como, por exemplo, no questionário-entrevista (Hill & Hill, 2005).

Para a recolha dos dados pretendidos, os questionários foram aplicados no momento da consulta de enfermagem pré-operatória e na consulta pós-operatória do 1º, 3º e 6º mês. Estes foram preenchidos durante uma entrevista presencial.

b) Escala de Incapacidade Funcional de Oswestry

A avaliação da incapacidade funcional foi avaliada através de uma escala de medida. As escalas de medida são definidas como uma forma de autoavaliação, constituída por vários enunciados ou itens, lógica e empiricamente ligados entre si, e são destinadas a medir um conceito ou uma característica do participante do estudo (Fortin, 2009).

De acordo com a literatura encontrada, existem três tipos de instrumento de recolha de dados para avaliar a incapacidade funcional das pessoas com dor lombar: *Roland-Morris Disability Questionnaire*, *Quebec Back Pain Disability Questionnaire* e *Oswestry Disability Index* (ODI). Este tipo de instrumento na investigação científica é bastante útil e importante, pela facilidade de demonstrar alterações significativas no estado saúde-doença da pessoa (Masselli, Lopes & Serillo, 2003).

Neste estudo empírico, utilizamos o ODI – versão portuguesa 2.0 (Apêndice II) e denominamos por escala de avaliação Oswestry. Esta escala foi desenvolvida por Fairbank e publicada em 1980, traduzida e validada para a língua portuguesa. A versão portuguesa foi sujeita à tradução e adaptação linguística por Martins (2002), tendo sido confirmada a sua fiabilidade e validade por Pereira (2003).

Esta escala foi selecionada pela facilidade de aplicação da mesma, por se verificar que tem sido muito utilizada em estudos científicos internacionais, por estar relacionada com o conceito de incapacidade da OMS, mostrando excelentes índices de validade e confiabilidade (Fairbank & Pynsent, 2000; Salvetti, 2010; Silva, 2010; Diogo, 2014).

De acordo com Ghizoni, Padão, Sakae, Danielli, Felipe e Souza (2011), o ODI é um instrumento de avaliação de incapacidade funcional específico e recomendado para

avaliação em pessoas com patologia da coluna vertebral. Falavigna, Teles, Braga, Barazzetti, Lazzaretti e Tregnago (2011) referem que o ODI é utilizado para avaliação funcional da coluna lombar, incorporando medidas de dor e atividade física. Masselli, et al. (2003) são da opinião que o ODI reflete a repercussão da dor lombar nas atividades diárias, intensidade de dor, atividade de carga, marcha, posição sentada, sono, vida sexual, social e lazer.

A escala consiste em dez questões com seis opções de escolha, cujo valor varia de zero a cinco. A primeira questão avalia a intensidade da dor e as outras nove, o impacto da dor da pessoa nas atividades diárias, como: cuidados de higiene e conforto (vestir, tomar banho, por exemplo), levantar pesos, caminhar, sentar, ficar em pé, dormir, mobilizar-se e relativamente à vida sexual e social da pessoa. As questões estão dominadas por “secção”. Cada afirmação descreve o grau de dificuldade na atividade diária e é pontuada entre zero a cinco, em que zero representa a ausência de disfunção e cinco a maior disfunção (escala tipo Lickert) (Diogo, 2014).

O *score* final é dividido pelo número de questões respondidas e multiplicadas pelo número cinco. Por exemplo, se foram respondidas todas as perguntas do questionário, o *score* total será dividido por cinquenta, enquanto que se houver uma pergunta sem resposta, o mesmo será dividido por quarenta e cinco. O resultado desta divisão é multiplicado por cem e os valores finais são apresentados em percentagem (Falavigna et al., 2011). Esquemáticamente, a fórmula para calcular o *score* total do ODI:

$$\frac{\text{score}}{\text{número questões respondidas} \times 5} \times 100$$

De acordo com o que foi anteriormente referido, cada afirmação é pontuada de zero (ausência de disfunção) a cinco (maior disfunção) e o *score* final em percentagem e

mede o grau de incapacidade. Os autores Fairbank e Pynsent (2000) definem o grau de incapacidade funcional como está ilustrado no quadro que se segue (Quadro 4).

Quadro 4 – Descrição do grau de incapacidade funcional

Intervalo de pontuação (%)	Grau de incapacidade funcional
0 – 20	Incapacidade Funcional Mínima
21 – 40	Incapacidade Funcional Moderada
41 – 60	Incapacidade Funcional Severa
61 – 80	Deficiência Física
81 – 100	Pessoa restrita ao leito/ Acamada

A escala de ODI é composta por dez “secções” e cada “secção” tem seis opções de escolha para a pessoa escolher a que melhor descreve a sua condição de saúde atual (Apêndice II).

2.7. PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com Fortin (2009), para se poder implementar a colheita de dados, é necessário efetuar determinadas diligências preliminares.

Foi pedido autorização à Instituição de Saúde para a realização do estudo, tendo sido obtido um parecer positivo (Apêndice III).

Os participantes foram informados que os resultados obtidos iriam ser divulgados em eventos científicos e publicados. Contudo, foram assegurados a confidencialidade das

respostas e o anonimato (Apêndice IV), assim como, durante todo o processo de investigação foram garantidos os princípios éticos e deontológicos.

A aplicação do consentimento livre e esclarecido decorreu num ambiente restrito, entre o participante e o investigador, numa sala específica para o efeito, no serviço da consulta de especialidade, dando as informações pertinentes sobre a investigação nomeadamente a finalidade do estudo; garantindo o esclarecimento sobre dúvidas, procedimentos, riscos e benefícios associados com o mesmo; informando sobre o carácter livre e voluntário da participação, podendo desistir do mesmo em qualquer momento; e salvaguardando o anonimato e a confidencialidade, utilizando um código para cada participante.

Neste estudo, consideramos realizar um pré-teste, com intuito de averiguar as dificuldades e obstáculos durante a colheita de dados, afim de o investigador pudesse avaliar:

- compreensão e clareza das questões dos instrumentos de recolha de dados;
- a duração do preenchimento dos instrumentos de recolha de dados;
- problemas suscetíveis de surgir nesta etapa, de modo a neutralizar as influências exterior que podem surgir no decurso da recolha de dados.

Os instrumentos de recolha de dados foram preenchidos pelo investigador a partir das respostas fornecidas pelos participantes.

A recolha de dados foi realizada entre meados de setembro de 2013 e o princípio de dezembro de 2014, com conhecimento prévio das consultas, na instituição de saúde, onde decorreram as consultas da pessoa com patologia da coluna vertebral. A recolha de dados terminou em dezembro de 2014. Foram seleccionadas aleatoriamente as

peessoas com patologia HDL, submetidas a discectomia lombar, na consulta pré-operatória, mediante proposta cirúrgica.

Na fase pré-operatória, os participantes tiveram uma consulta de enfermagem e, na fase pós-operatório, tiveram três consultas de enfermagem para avaliação da percepção de incapacidade funcional. As consultas de enfermagem, na fase do pós-operatório, realizaram-se após um mês (1.º momento pós-operatório), três meses (2.º momento pós-operatório) e seis meses (3.º momento pós-operatório) após intervenção cirúrgica.

Na consulta pré-operatória de enfermagem foram recolhidas informações para a caracterização sociodemográfica e clínica e aplicação do ODI. Nas consultas seguintes do pós-operatório foi aplicado apenas o ODI.

2.8. O TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS

O tratamento/ análise dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados utilizados será de acordo com a abordagem quantitativa, recorrendo ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17 para o Windows.

Para a realização da análise descritiva da amostra, as variáveis quantitativas foram expressas em média ($\bar{x}$), média dos postos (pX), moda (Mo), mediana (Md) e medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão (s), enquanto as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%).

Foi realizado teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar da normalidade da distribuição dos scores da escala de avaliação Oswestry. Tendo-se verificado que apenas o score

relativo ao pré-operatório tinha uma distribuição normal, então optou-se pela utilização de testes não paramétricos.

O teste U de *Mann-Whitney* foi utilizado para avaliar as diferenças entre a incapacidade funcional em função da variável “sexo”.

O teste de *Wilcoxon* foi utilizado para avaliar as diferenças nos *scores* da escala de avaliação Oswestry nos diferentes momentos de avaliação para amostras emparelhadas.

Para estes testes não paramétricos (teste U de *Mann-Whitney* e teste de *Wilcoxon*) assumiu-se o *p-value* de 0,05 como valor crítico de significância.

O coeficiente de correlação de *Spearman* (varia entre -1 e 1) foi utilizado para analisar a correlação entre a variável “idade” e os *scores* da escala de avaliação Oswestry.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos, com a finalidade de poder contribuir para um melhor conhecimento e compreensão do conceito de incapacidade funcional da pessoa.

3.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados recolhidos foram organizados em tabelas de distribuição de frequências, absolutas e relativas, para as variáveis qualitativas, e medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), moda, mediana e média dos postos para as variáveis quantitativas.

Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra constitui-se por quarenta e nove pessoas, trata-se de uma amostra homogénea, sendo vinte e sete do sexo masculino e vinte e dois do sexo feminino, com uma média de 48,63 anos de idade, com valores mínimos e máximos de 24 e 65 anos, respetivamente (Tabela 1).

Para além da idade e sexo, a amostra foi caracterizada quanto aos antecedentes pessoais, profissão e nível de intervenção cirúrgica (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as variáveis idade, sexo, antecedentes pessoais, profissão e nível da intervenção cirúrgica.

Variáveis		n	Percentagem (%)	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade		49		65	48,63	12,31	24	65
Sexo	Feminino	22	44,9					
	Masculino	27	55,1					
Antecedentes pessoais	Grupo 1	12	24,5					
	Grupo 2	12	24,5					
	Grupo 3	3	6,1					
	Grupo 4	22	44,9					
Profissões	Profissão 0	1	2,0					
	Profissão 1	3	6,1					
	Profissão 2	4	8,2					
	Profissão 3	3	6,1					
	Profissão 4	1	2,0					
	Profissão 5	3	6,1					
	Profissão 6	1	2,0					
	Profissão 7	5	10,2					
	Profissão 8	4	8,2					
	Profissão 9	10	20,4					
	Profissão 10	14	24,6					
Nível de intervenção cirúrgica	L2-L3	21	42,9					
	L3-L4	20	40,8					
	L4-L5	3	6,1					
	L5-S1	2	4,1					
	L4-L5 e L5-S1	2	4,1					
	L3-L4 e L4-L5	1	2,0					

Se analisarmos a amostra com base na sua profissão reparamos que 24,6% das pessoas são do grupo das pessoas inativas (por exemplo: domésticas, desempregados, reformados ou estudantes), 20,4% são trabalhadores não qualificados, 10,2% trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, 8,2% especialistas das atividades intelectuais e científicas (por exemplo: profissionais de saúde, professores), 8,2% operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem, 6,1% técnicas e profissões de nível intermédio, 6,1% representantes do poder legislativo e de órgãos executivos (por exemplo: empresários) e trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores e, por último, 2% profissão das forças armadas, pessoal administrativo e agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta.

Os antecedentes pessoais avaliados a cada elemento da amostra foram agrupados em diferentes grupos, consoante a natureza dos mesmos. Assim sendo, 44,9% das pessoas não têm antecedentes pessoais (grupo 4), 24,5% pertence ao grupo das doenças cardiovascular (grupo 1), 24,5% às doenças mental e psiquiátricas (grupo 2) e 6,1% às doenças do foro ortopédicas e reumáticas (grupo 3).

No que respeita ao nível da coluna lombar submetida a intervenção cirúrgica, 42,9% das pessoas foram submetidas a intervenção cirúrgica no nível L2-L3, 40,8% ao nível L3-L4, 6,1% ao nível L4-L5, 4,1% ao nível L5-S1. Existem pessoas que foram submetidas a dois níveis da coluna lombar, 4,1% ao nível L4-L5 e L5-S1 e 2% ao nível L3-L4 e L4-L5.

Caraterização da intensidade da dor lombar da amostra

O conceito de incapacidade funcional utilizado, no presente estudo, engloba os prejuízos funcionais, ocupacionais e sociais associados à presença de dor. E, desta forma, torna-se importante fazer uma caracterização da dor lombar referida pela pessoa com HDL.

- Pré-operatório

Através da Tabela 2, verificamos que 36,7% das pessoas referem dor moderada, 20,4% dor muito intensa, 18,4% sem dor, 16,3% dor razoavelmente intensa, 6,1% dor mínima e 2% sente a pior dor que se possa imaginar.

Tabela 2 – Distribuição da amostra (n=49) de acordo com a “secção 1” da escala de avaliação Oswestry no pré-operatório.

Escala de avaliação Oswestry	n	%
Secção 1 – Intensidade da Dor		
“Neste momento não sinto dor”	9	18,4
“Neste momento a dor é muito leve”	3	6,1
“Neste momento a dor é moderada”	18	36,7
“Neste momento a dor é razoavelmente intensa”	8	16,3
“Neste momento a dor é muito intensa”	10	20,4
“Neste momento a dor é a pior que se pode imaginar”	1	2,0

- Pós-operatório

No 1.º momento pós-operatório, a avaliação de enfermagem é realizada após um mês da intervenção cirúrgica. Verificamos que 38,8% não refere dor, 32,7% dor mínima, 22,4% dor moderada e 6,1% dor razoavelmente intensa.

No 2.º momento pós-operatório, a avaliação é realizada após três meses da intervenção cirúrgica. Dos elementos da amostra, 49% não refere dor, 28,6% dor mínima, 14,3% dor razoavelmente intensa e 8,2% dor moderada.

No último momento de avaliação, 3.º momento pós-operatório, após seis meses da intervenção cirúrgica, 51% das pessoas refere não ter dor, 22,4% dor mínima, 20,4% dor moderada e 6,1% dor razoavelmente intensa.

Tabela 3 – Distribuição da amostra (n=49) de acordo com a “secção 1” da escala de avaliação Oswestry nos diferentes momentos de avaliação do pós-operatório.

Escala de avaliação Oswestry Secção 1 – Intensidade da Dor	1º Pós-operatório		2º Pós-operatório		3º Pós-operatório	
	n	%	n	%	n	%
“Neste momento não sinto dor”	19	38,8	24	49,0	25	51,0
“Neste momento a dor é muito leve”	16	32,7	14	28,6	11	22,4
“Neste momento a dor é moderada”	11	22,4	4	8,2	10	20,4
“Neste momento a dor é razoavelmente intensa”	3	6,1	7	14,3	3	6,1
“Neste momento a dor é muito intensa”	0		0		0	
“Neste momento a dor é a pior que se pode imaginar”	0		0		0	

Caracterização das dificuldades das pessoas nas diferentes atividades diárias de acordo com as “secções” da escala de avaliação Oswestry

Esta avaliação incide sobre a incapacidade em realizar atividades diárias como: os cuidados pessoais (secção 2), levantar objetos (secção 3), marcha (secção 4), sentar (secção 5), ficar em pé (secção 6), dormir (secção 7), vida sexual (secção 8), vida social (secção 9) e viajar (secção 10).

- Pré-operatório

De acordo com a tabela 4, verifica-se que 91,8% das pessoas referem dificuldade em levantar objetos leves, moderados ou pesados, 91,8% referem dificuldade em ficar em pé por curto ou longo período (10 minutos, meia hora ou 1 hora), 87,8% dificuldade em andar por curto ou longo percurso (100 metros, 250 metros ou 1km) ou andar sem apoio de canadianas ou bengala, 85,7% dificuldade em ficar sentado por curtos ou longo período (10 minutos, meia hora ou 1 hora), 81,6% dificuldade em dormir por longo período, 77,6% dificuldade em descolar-se de autocarro, automóvel ou táxi por curtos ou longos percursos, 75,5% dificuldade em manter vida social ativa, 63,3% dificuldade de manter vida sexual ativa, 59,2% dificuldade em prestar cuidados pessoais necessitando, por vezes, de ajuda da terceira pessoa.

Tabela 4 – Distribuição da amostra (n=49) segundo as secções da escala de avaliação Oswestry em percentagem (%) no período pré-operatório.

Escala de avaliação Oswestry		n	%
Secção			
2	Cuidados Pessoais	29	59,2
3	Levantar Objetos	45	91,8
4	Marcha	43	87,8
5	Sentar	42	85,7
6	Ficar em pé	45	91,8
7	Dormir	40	81,6
8	Vida Sexual	31	63,3
9	Vida Social	37	75,5
10	Viajar	38	77,6

- Pós-operatório

O pós-operatório engloba três momentos de avaliação denominados por 1º momento pós-operatório (avaliação após um mês da intervenção cirúrgica), 2º momento pós-operatório (avaliação após três meses da intervenção cirúrgica) e o 3º momento pós-operatório (avaliação após seis meses da intervenção cirúrgica).

No 1.º momento pós-operatório, constatamos que 87,8% das pessoas referem dificuldade em levantar objetos leves, moderados ou pesados, 73,5% dificuldade em sentar, 67,3% dificuldade em ficar em pé, 61,2% dificuldade em prestar cuidados pessoais, havendo em alguns casos necessidade de ajuda da terceira pessoa, 49% dificuldade em andar por curto ou longo percurso, 46,9% dificuldade em manter vida sexual ativa, 34,7% dificuldade em dormir por longo período, 32,7% dificuldade em

deslocar-se de autocarro, automóvel ou táxi e 26,5% dificuldade de manter vida social ativa.

No 2.º momento pós-operatório, observamos que 81,6% das pessoas manifesta dificuldade em levantar objetos leves, moderados ou pesados, 65,3% dificuldade em sentar por curto ou longo período, 61,% dificuldade em ficar em pé por curto ou longo período, 53,1% dificuldade em andar por curto ou longo percurso, 40,8% dificuldade em prestar cuidados pessoais, em algumas situações com recurso da ajuda da terceira pessoa, 32,7% dificuldade em manter uma vida sexual ativa, 32,7% dificuldade em manter vida social ativa, 30,6% dificuldade em deslocar-se de autocarro, automóvel ou táxi por curtos ou longos trajetos e 28,6% dificuldade em dormir por longos períodos.

Por último, no 3.º momento pós-operatório, verifica-se que 67,3% das pessoas referem dificuldade em levantar objetos leves, moderados ou pesados, 57,1% dificuldade em permanecer sentado por curto ou longo período, 49% dificuldade em ficar em pé, 46,9% dificuldade em dormir por longos períodos, 34,7% dificuldade em andar por curto ou longo percurso, 28,6% dificuldade em deslocar-se de autocarro, automóvel ou táxi, 26,5% dificuldade em manter vida sexual ativa, 12,2% dificuldade em prestar cuidados pessoais, necessitando de ajuda da terceira pessoa em algumas situações pontuais e 8,2% dificuldade em manter vida social ativa.

Tabela 5 – Distribuição da amostra (n=49) segundo as secções da escala de avaliação Oswestry em percentagem (%) no período pós-operatório.

Escala de avaliação Oswestry Secção	1º Pós-operatório		2º Pós-operatório		3º Pós-operatório	
	n	%	n	%	n	%
2 Cuidados Pessoais	16	61,2	20	40,8	6	12,2
3 Levantar Objetos	43	87,8	40	81,6	33	67,3
4 Marcha	24	49,0	26	53,1	17	34,7
5 Sentar	36	73,5	32	65,3	28	57,1
6 Ficar em pé	33	67,3	30	61,2	24	49,0
7 Dormir	17	34,7	14	28,6	23	46,9
8 Vida Sexual	23	46,9	16	32,7	13	26,5
9 Vida Social	13	26,5	16	32,7	4	8,2
10 Viajar	16	32,7	15	30,6	14	28,6

Caracterização da incapacidade funcional da amostra de acordo com o score total da escala de avaliação Oswestry

- Pré-operatório

Através da análise da Tabela 6, 32,7% das pessoas têm incapacidade funcional severa, 28,6% incapacidade funcional moderada, 20,4% incapacidade funcional mínima, 16,3% incapacidade para realizar todas as atividades diárias, assim como para realizar a sua atividade laboral (deficiência física) e 2% das pessoas com sintomas exacerbados permanecendo no leito (acamada).

Tabela 6 – Distribuição da amostra (n=49) de acordo com o score total da escala de avaliação Oswestry em percentagem (%) no período pré-operatório.

Escala de avaliação Oswestry		n	%
Intervalo de pontuação			
0 – 20	Incapacidade Funcional Mínima	10	20,4
21 – 40	Incapacidade Funcional Moderada	14	28,6
41 – 60	Incapacidade Funcional Severa	16	32,7
61 – 80	Deficiência Física	8	16,3
81 – 100	Pessoa restrita ao leito/ Acamada	1	2,0

- Pós-operatório

No 1.º momento pós-operatório, observou-se que 46,9% de pessoas com incapacidade funcional mínima, 44,9% com incapacidade funcional moderada e 8,2% com incapacidade funcional severa.

No 2.º momento pós-operatório, houve 63,3% de pessoas com incapacidade funcional mínima, 26,5% com incapacidade funcional moderada, 4,1% com incapacidade funcional severa e 6,1% com deficiência física.

No último momento de avaliação, no 3.º momento pós-operatório, 77,6% de pessoas com incapacidade funcional mínima, 18,4% de incapacidade funcional moderada, 2% de incapacidade funcional severa e 2% com deficiência física.

Tabela 7 – Distribuição da amostra (n=49) de acordo com o *score* total da escala de avaliação Oswestry em percentagem (%) no período pós-operatório.

Escala de avaliação Oswestry		1º Pós-operatório		2º Pós-operatório		3º Pós-operatório	
		n	%	n	%	n	%
0 – 20	Incapacidade Funcional Mínima	23	46,9	31	63,3	38	77,6
21 – 40	Incapacidade Funcional Moderada	22	44,9	13	26,5	9	18,4
41 – 60	Incapacidade Funcional Severa	4	8,2	2	4,1	1	2,0
61 – 80	Deficiência Física	0		3	6,1	1	2,0
81 – 100	Pessoa restrita ao leito/ Acamada	0		0		0	

Avaliação da relação entre a incapacidade funcional e a variável qualitativa “idade”

Afim de testar a H1 - “**A incapacidade funcional está relacionada com a idade da pessoa com HDL**” foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Observa-se que não existem correlação entre a variável “idade”, pois o valor de p ($p > 0,05$) tabelado afirma que não há diferenças estatisticamente significativa. O que significa que a incapacidade funcional não é influenciada pela idade da pessoa (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultado da correlação da variável “idade” e o *score* total da escala de avaliação Oswestry da amostra (n=49), utilizando o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Variável		Pré-operatório	Pós-operatório		
			1º	2º	3º
Idade	Coeficiente de Correlação	0,174	0,216	0,256	0,234
	<i>p</i>	0,323	0,137	0,076	0,105

Através do Coeficiente de Correlação de *Spearman* verificou-se correlação estatisticamente significativa entre o *score* total da escala de avaliação Oswestry entre o 1.º momento pós-operatório e o 3.º momento pós-operatório e entre o 2.º momento pós-operatório e o 3.º momento pós-operatório.

Tabela 9 – Resultado da correlação da variável “idade” entre o *score* total da escala de avaliação Oswestry dos diferentes momentos de avaliação.

			Pré-operatório	Pós-operatório		
				1º	2º	3º
Pré-operatório		Coeficiente de Correlação				
		<i>p</i>				
Pós-operatório	1º	Coeficiente de Correlação	0,298			
		<i>p</i>	0,038			
	2º	Coeficiente de Correlação	0,268	0,368		
		<i>p</i>	0,062	0,009		
	3º	Coeficiente de Correlação	0,193	0,569	0,734	
		<i>p</i>	0,183	0,000	0,000	

Avaliação da relação entre a incapacidade funcional e a variável qualitativa “sexo”

Para teste a hipótese H2 - **“A incapacidade funcional é diferente conforme o sexo da pessoa com HDL”** Através da tabela, verifica-se que não existem grandes alterações no valor de “U” e o valor $p > 0,05$, o que nos permite dizer que não existem diferenças estatisticamente significativas. A incapacidade funcional não é influenciada pelo sexo masculino ou feminino (Tabela 10).

Tabela 10 – Resultado do teste Mann-Whitney (U) da amostra (n=49) nos diferentes momentos de avaliação.

Momentos de avaliação			<i>n</i>	Postos de Média	U	<i>p</i>
Pré-operatório	Masculino		27	24,52	284,00	0,794
	Feminino		22	25,59		
Pós-operatório	1º	Masculino	27	22,46	228,50	0,168
		Feminino	22	28,11		
	2º	Masculino	27	26,50	256,50	0,413
		Feminino	22	23,16		
	3º	Masculino	27	23,57	258,50	0,431
		Feminino	22	26,75		

Avaliação da percepção de incapacidade funcional da pessoa entre os diferentes momentos de avaliação através do score total da escala de avaliação Oswestry

Através da tabela 11, verifica-se que os valores das médias, mediana e desvio-padrão tem diminuído desde o pré-operatório e o 3.º pós-operatória. O que permite dizer que a incapacidade funcional vai diminuindo ao longo do tempo.

Tabela 11 – Resultado da escala de avaliação Oswestry nos diferentes momentos de avaliação.

Momento		<i>n</i>	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Pré-operatório		49	42,27	44,00	46	20,39	0	84
Pós-operatório	1º	49	22,12	22,00	4	13,09	2	48
	2º	49	20,29	14,00	14	17,18	0	62
	3º	49	14,00	6,00	6	12,79	0	62

Com o intuito de testar a hipótese H3 – “**A incapacidade funcional é diferente conforme os momentos de avaliação (pré e pós cirurgia)**” foi utilizado o *teste de Wilcoxon* (tabela 12). Assim, verifica-se diferenças estatisticamente significativas nos seguintes momentos de avaliação:

- No pré-operatório e 1.º momento pós-operatório, sendo $z=-5,200$ e $p<0,05$;
- No 2.º e 3.º momento pós-operatório, sendo $Z=-3,865$ e $p<0,05$;
- No pré-operatório e 3.º momento pós-operatório, sendo $z=-5,711$ e $p<0,05$.

O que permite afirmar que a incapacidade funcional diminuiu do pré-operatório para o 1.º momento pós-operatório, do 2.º para o 3.º momento pós-operatório e do pré-operatório para o 3.º momento pós-operatório.

Tabela 12 – Resultado do Teste de *Wilcoxon* (z) da amostra (n=49) nos diferentes momentos de avaliação.

Momentos de avaliação	Postos negativos	Postos positivos	Empates	z	p
Pré-operatório – 1º Pós-operatório	40	26,38	2	-5,200	0,000
1º – 2º Pós-operatório	24	27,19	2	-0,938	0,348
2º – 3º Pós-operatório	35	23,56	5	-3,865	0,000
Pré-operatório – 3º Pós-operatório	44	25,08	2	-5,711	0,00

3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, chega o momento da discussão e interpretação dos mesmos, tendo por base o enquadramento teórico realizado anteriormente e outros estudos científicos que vieram dar contribuições positivas para o desenvolvimento do presente trabalho.

No presente estudo, a amostra foi constituída por 49 pessoas, dos quais 55,1% (n=27) são do sexo masculino e 44,9% (n=22) do sexo feminino, com a idade mínima de 24 anos e máxima de 65 anos.

De acordo com diferentes estudos científicos sobre a temática que nos propusemos a desenvolver, estes evidenciam diferenças sobre o sexo e idade de maior predominância da patologia HDL. Em seguida iremos fazer uma pequena exposição dos estudos e artigos científicos encontrados, destacando os de maior relevância para o presente estudo.

Andrade, Araújo e Vilar (2008) afirmam que a dor lombar é uma das alterações músculo-esquelética mais comum nas sociedades industrializadas, afetando de 70 a 80% da população adulta em algum momento da vida.

Mineiro et al. (2006), referem que a patologia HDL é de alta prevalência, tanto nos homens como nas mulheres, entre os 45 e os 65 anos de idade.

Silva, Monteiro, Virgínio, Souto e Oliveira (2013) referem que a patologia HDL pode evidenciar-se em pessoas do sexo feminino, adolescentes, idosos e uma ínfima percentagem em crianças, sendo uma situação rara antes dos 25 anos e pouco frequente depois dos 60 anos.

Vialle et al. (2010) apontam que a patologia HDL afeta sobretudo pessoas do sexo masculino e é a principal razão de cirurgia à coluna lombar em idades acima dos 35 anos.

A influência do sexo e idade na incapacidade funcional da pessoa com patologia da coluna lombar foi explorada em diferentes estudos, mas os resultados são divergentes. No entanto, neste estudo científico abrangeu pessoas do sexo masculino e sexo feminino e de amplo espectro de idades, ressaltando que não houve correlação entre a idade e sexo ($p>0,05$) com a incapacidade funcional. O tamanho da mostra ($n=49$) limita a generalização de conclusões e pode ter levado à falha na identificação de algumas associações que na realidade existem, no entanto na amostra em estudo verificamos que era maioritariamente do sexo masculino (55,1%) e com uma média de idades de 48,63.

A hérnia ou rotura do disco intervertebral resulta da rotura do anel fibroso do disco, com saída parcial ou completa do núcleo pulposo através do anel fibroso. De acordo com Oliveira (2011), a partir dos 25 anos de idade as fibras do anel fibroso começam a

degenerar, podendo a substância do núcleo sob pressão passar através das fibras do anel. A maioria das HDL ocorrem na porção posterior e lateral.

Durante a pesquisa científica, foram encontrados estudos que apontavam que a HDL mais comum é a dos discos intervertebrais lombares inferiores L4-L5 e L5-S1, o que se traduz em sintomas de dor nas costas, postura anormal, limitação do movimento, principalmente em flexão (Gomes & Neto, 2014; Milani *et al.*, 2009; Vialle *et al.*, 2010; Carvalho, 2005; Seeley *et al.*, 2003). Este resultado é contraditório ao encontrado no nosso estudo, onde verificamos que 42,8% (n=21) é no nível L2-L3 e 40,8% (n=20) no nível L3-L4 da coluna vertebral, sendo as principais queixas da pessoa com HDL dor lombar de intensidade leve a intensa, dor que irradiava para os membros inferiores (direito e/ou esquerdo) limitando o movimento, diminuição da sensibilidade e parestesias.

As principais causas subjacentes à HDL e descritas em documentos científicos são: envelhecimento, inatividade física, tabagismo, má postura corporal, quedas/ traumatismos e predisposição genética (Medeiros, 1996; Carvalho, 2003; Tsukimoto, 2006; Alvarenga, 2007 & Vialle *et al.*, 2010).

No estudo não foram consideradas as informações relativas ao tabagismo, má postura corporal, quedas/ traumatismos e predisposição genética. Para além das causas referidas anteriormente, existem outras subjacentes que irão ser abordadas em seguidas.

Lopes e Junior (2014) referem que a causa inerente à HDL envolve não só os fatores individuais como também os fatores profissionais, considerando como fatores individuais a idade, o sexo, o índice de massa corporal, a capacidade de força muscular e as condições sócioeconómicas. Os fatores de risco profissional mais identificados pelos autores são: as posturas incorretas, as condições de

funcionamento dos equipamentos disponíveis no local laboral, bem como das formas de organização e de execução do próprio trabalho.

Junior, Tribess, Paulo, Martins e Perez (2012) salienta que a inatividade física contribui para a instalação de problemas crónicos e degenerativos e maximizar o processo de declínio das funções físicas, tendo como consequência a incapacidade funcional.

Andrade et al. (2008) referem que a postura inadequada é um dos fatores responsáveis pelas algias da coluna, onde ocorre um desequilíbrio entre a carga funcional (esforço requerido para o trabalho e para as atividades de vida diária) e a capacidade funcional (potencial de execução para o trabalho e atividade de vida diária).

Carvalho (2003), apoia que a HDL pode ser desencadeada com algumas situações, tais como levantar ou carregar grandes pesos com a coluna em flexão e rotação.

No presente estudo, no que respeita aos fatores individuais já abordados anteriormente, não foram estudadas as relações das variáveis com a incapacidade funcional. Assim como, não obtivemos informações sobre o índice de massa corporal, a capacidade de força muscular e as condições sócioeconómicas.

No que concerne aos fatores de risco profissional, mais propriamente à atividade laboral da pessoa, verifica-se maior percentagem de pessoas com HDL no grupo de pessoas designadas por “pessoas inativas” como domésticas, desempregados, reformados e estudantes, assumindo 24,6% e 20,4% no grupo de trabalhadores não qualificados como trabalhadores de limpeza, trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta, trabalhadores não qualificados da indústria, construção e transporte, assistentes na preparação de refeição, trabalhadores dos resíduos e de outros serviços elementares. O que se pode concluir que a maioria das pessoas apresenta inatividade física e/ou atividade laboral que

exigem maior esforço físico, levantar pesos, adotando (ou não) má postura corporal e envelhecimento (o envelhecimento está relacionado com as pessoas reformadas incluídas no trabalho de investigação).

Para a caracterização da amostra em estudo, também foram incluídos os antecedentes pessoais. Assim, a amostra foi agrupada em diferentes grupos, tendo em consideração as semelhanças entre elas.

Verifica-se no estudo que 44,9% não apresentam antecedentes pessoais, 24,5% apresentam fatores de riscos associados às doenças cardiovasculares, 24,5% apresentam alterações psicológicas como depressão e ansiedade e 6,1% apresentam alterações a nível das doenças ortopédicas e reumáticas.

Não foi realizado o estudo de correlação entre os antecedentes pessoais e a incapacidade funcional. Apesar dos escassos estudos neste âmbito, é importante referir as principais conclusões dos autores Macedo e Briganó (2009). Estes autores afirmam que os fatores psicológicos são importantes na evolução da dor lombar aguda para crónica. O equilíbrio entre os fatores psíquicos, os aspetos socioculturais e económicos influenciam na adesão ao tratamento terapêutico.

Raios (2013) salienta que os fatores psicológicos são importantes na adaptação à incapacidade funcional, uma vez que refletem a perceção subjetiva da pessoa e a sua avaliação da situação de doença.

Falavigna et al. (2011) realizaram uma investigação científica com a finalidade de estudar as particularidades, indicações e limitações dos instrumentos de avaliação da pessoa com doença da coluna vertebral. Concluíram que é importante selecionar adequadamente as pessoas para o estudo de investigação, uma vez que o insucesso do tratamento cirúrgico causa sofrimento, desenvolvimento de doenças crónicas,

complicações pós-operatórias, associado a elevados custos socioeconómicos. Destacam que existe correlação dos fatores psicossociais com os resultados da cirurgia da coluna como por exemplo: transtornos da personalidade (histeria, hipocondria e depressão), baixo nível de escolaridade, maior nível de dor no pré-operatório, insatisfação em relação ao trabalho, maior período de afastamento do trabalho laboral por doença, níveis elevados de ansiedade. Todos estes fatores psicossociais, segundo os autores, predizem um prognóstico desfavorável da pessoa com problema da coluna vertebral. Os mesmos, acrescentam que a indicação cirúrgica não deve ser baseada única e exclusivamente nos sinais e sintomas clínicos, como também no diagnóstico, técnica cirúrgica e características individuais de cada pessoa.

Salveti (2010) refere que a dor pode agravar a depressão, a fadiga e os distúrbios do sono. A presença de depressão pode influenciar a avaliação da incapacidade funcional da pessoa. No entanto, a autora ressalta que a relação entre depressão e incapacidade ainda não está definida.

A perceção de incapacidade refere-se exclusivamente a um declínio funcional, sendo o conceito de função definido pela capacidade da pessoa viver de forma independente, com capacidade de cuidar de si e das suas tarefas inseridas no seu ambiente sociocultural (Alves et al. 2008). No presente estudo, o conceito de incapacidade funcional utilizado engloba os prejuízos funcionais, ocupacionais e sociais associados à presença de dor.

A dor é um fenómeno multidimensional que, ainda hoje, constitui um enigma e um desafio. As suas implicações são inúmeras e segundo a Associação Portuguesa de Estudo para a Dor (APED) a dor é o problema de saúde mais prevalente na população ativa a nível mundial, bem como a principal causa de absentismo e de incapacidade (Roios, 2013).

Destaca-se que para avaliação da dor é necessária uma avaliação global, incluindo os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Pois, a dor é um fenómeno para além de multidimensional é subjetivo (Garbi et al., 2014).

Stefane, Santos, Marinovic e Hortense (2013) defendem que a avaliação da dor é um grande desafio e é entendida como um experiência complexa, multidimensional, individual e subjetiva que pode ser quantificada apenas indiretamente. Acrescentam que se deve valorizar a queixa de dor da pessoa, proporcionando um cuidado humanizado.

Verificamos que a intensidade da dor, no período pré-operatório, 36,7% das pessoas caracterizaram como dor moderada e 20,4% como dor muito intensa. Relativamente ao período pós-operatório, observa-se uma diminuição da dor lombar. Após o primeiro mês da intervenção cirúrgica (1.º momento pós-operatório) 38,8% refere não sentir dor e 32,7% dor muito leve; no terceiro mês (2.º momento pós-operatório) 49% refere não sentir dor e 28,6% dor muito leve; no sexto mês (3.º momento pós-operatório) 51% refere não sentir dor e 22,4% dor muito leve. Ressalta-se que a dor caracterizada por “razoavelmente intensa” é referida por poucas pessoas, no entanto, do primeiro mês para o terceiro mês após cirurgias, há apenas 14,3% das pessoas que manifestaram aumento da intensidade da dor.

Por outro lado, neste estudo observou-se forte correlação entre a intensidade da dor lombar e a incapacidade funcional. Isto permite concluir que a presença de dor mais intensa se associa a maior impacto na incapacidade de realizar as atividades diárias. Assim, uma pessoa com dor intensa irá sentir mais dificuldade em realizar as atividades diárias, aumentando assim a sua incapacidade funcional. Contudo, a primeira questão da escala de ODI refere-se à intensidade da dor, o que pode ter favorecido, em certa parte, a correlação entre as duas variáveis.

No pré-operatório, observa-se 32,7% de incapacidade severa, 28,6% de incapacidade moderada e 20,4% incapacidade mínima. No pós-operatório, observa-se uma melhoria franca da incapacidade funcional: no 1.º pós-operatório obteve-se 46,9% das pessoas com incapacidade funcional mínima e 44,9% com incapacidade funcional moderada; no 2.º pós-operatório 63,3% das pessoas com incapacidade funcional mínima; e no 3.º pós-operatório 77,6% das pessoas com incapacidade funcional mínima.

Dois estudos científicos apontam que a intensidade de dor lombar é um forte preditor de dor lombar incapacitante e que limita a pessoa nas atividades diárias (Batista, 2015 & Garbi et al., 2014).

Batista (2015) com o intuito de conhecer as características e o impacto da dor lombar crônica das pessoas, avaliando a intensidade da dor, a incapacidade funcional e a gravidade de depressão, assim como estudar as relações entre as variáveis, concluiu que “o score ODI apresentou uma correlação linear positiva forte e altamente significativa com a intensidade da dor lombar no momento, ou seja, a dor lombar mais intensa associou-se a incapacidade funcional mais grave, e vice-versa”. Isto permitiu concluir que a presença de dor mais intensa está associada a maior impacto na capacidade de realizar as atividades diárias, o que corrobora o nosso estudo.

Garbi et al. (2014) concluíram que a intensidade de dor influencia a incapacidade funcional, desta forma, quanto maior a intensidade de dor percebida maior a incapacidade funcional. Os mesmos autores sugerem que a dor pode ocasionar incapacidade e depressão.

Batista (2015) sublinha que a experiência de dor lombar inclui a construção social e psicológica da pessoa e o modo como a pessoa lida com a dor (*coping*). A dor afeta a capacidade da pessoa a desempenhar as suas atividades diárias, atividade laboral e funções no seio da sua família. Isto tem grande impacto psicológico e pode levar à

sensação de mudança de identidade, culpa, raiva e depressão. O modo como a pessoa lida com a sua dor (*coping*) depende das suas crenças e preocupações.

Nesta linha de pensamento, a identificação dos fatores psicossociais deve fazer parte da avaliação clínica da pessoa com dor lombar. Assim, para além do tratamento farmacológico da dor, é importante o tratamento da dimensão psicológica.

De acordo com Rosa et al. (2003), a incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade na realização das atividades diárias, podendo ser influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos e psicossociais. Entende-se por fatores demográficos: o sexo, a idade, o estado civil, a área de residência, a composição do agregado familiar. Os fatores socioeconómicos dizem respeito ao rendimento mensal, à escolaridade e à profissão.

No que concerne à influência das características sociodemográficas no presente estudo (idade e sexo) não se evidenciou a correlação estatisticamente significativa com a variável dependente estudada no trabalho de investigação.

A amostra foi agrupada em dez grupos profissionais de acordo com a Classificação Nacional de Profissões pelo IEF, trata-se de uma divisão grande da amostra, houveram situações que as pessoas estavam desempregadas devida a dor lombar, referindo que a dor as incapacitava de exercer a sua atividade laboral. Neste sentido, teria sido importante avaliar o efeito da dor lombar na atividade laboral como por exemplo, alterações do ambiente de trabalho ou alterações do desempenho profissional, situação que não foi acautelada.

Batista (2015) refere que as alterações do desempenho profissional podem ser uma consequência da dor lombar crónica, mas também um fator contribuinte para a sua evolução, devendo por isso ser parte integrante da avaliação do doente.

Lefevre-Colau et al. (2009) concluíram no estudo de investigação que realizaram, que na população ativa, os fatores de risco mais importante para a dor crónica são relacionados com o trabalho, destacando os fatores psicossociais como insatisfação com o trabalho ou falta de reconhecimento.

A fim de quantificar a saúde, o impacto da patologia sobre as atividades diárias e as expectativas da pessoa antes e depois da intervenção cirúrgica foi aplicada a escala de ODI.

Segundo as secções da escala de avaliação Oswestry, verifica-se que no período pré-operatório as pessoas apresentavam grandes dificuldades em realizar as atividades diárias enumeradas por secções na escala de avaliação Oswestry de 2 a 7. No 1.º momento pós-operatório verifica-se que 87,8% das pessoas apresentavam dificuldade em levantar objetos, 73,5% em manter-se sentada, 67,3% em ficar em pé e 61,2% com dificuldade nos cuidados pessoais. No 2.º momento pós-operatório 81,6% das pessoas apresentavam dificuldade em levantar objetos, 65,3% em manter-se sentada, 61,2% em ficar em pé e 53,1% dificuldade na marcha. No 3.º momento pós-operatório 67,3% dificuldade em levantar objetos e 57,1% em manter-se sentada.

Estes achados permitem-nos afirmar que se observam melhorias na perceção da amostra no pós-operatório, uma vez que os valores das médias da escala de avaliação Oswestry diminuíram, o que permite concluir que a incapacidade funcional da pessoa diminui gradualmente. Estes dados podem ser preditivos do sucesso da intervenção interdisciplinar. Por um lado, o sucesso da intervenção cirúrgica. E, por outro lado, o papel de enfermagem nas consultas de acompanhamento nos diferentes momentos de avaliação, com base na promoção e educação para a saúde.

A promoção da saúde é um processo dinâmico que visa capacitar as pessoas a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde, reduzindo obstáculos, criando

estratégias de adaptação ao novo processo de saúde-doença (Ordem dos Enfermeiros, 2000). Por outro lado, a educação para a saúde é um processo de comunicação interpessoal para facultar informação e identificar problemas, criando uma relação causa-efeito nos comportamentos da pessoa (Sora, 2010).

Ghizoni et al. (2011), em relação às secções da escala de avaliação Oswestry, verificou que uma boa parte delas houve redução estatisticamente significativa, revelando que após o tratamento cirúrgico, as pessoas conseguiram ter uma vida mais próxima da normalidade. Por outro lado, a redução da média da escala de avaliação Oswestry foi significativa, mostrando que houve melhoria na incapacidade funcional das pessoas.

É importante frisar que o papel de enfermagem, na prevenção e promoção da saúde, bem como na Educação para a Saúde, é uma ferramenta importante para garantir uma melhoria dos padrões de saúde de uma população. Desta forma, não basta a simples transmissão de informação científica e técnica, é necessário fazer um acompanhamento individualizado, tendo em consideração o contexto que a pessoa se encontra inserida. É importante a criação de um programa de acompanhamento individualizado que visa: escutar ativamente as pessoas e identificar quais as suas convicções acerca da saúde, criar uma relação de ajuda, criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar das pessoas, participar com as pessoas no processo de tomada de decisão, desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento, capacitar a pessoa de ultrapassar obstáculos, ajudar as pessoas a se adaptarem a novos processos de saúde-doença, responder todas as suas dúvidas, desmistificar medos e receios (Bernardino, Machado, Alves, Rebouço, Pedro e Gaspar, 2009).

Com a finalidade de evidenciar a importância de um acompanhamento personalizado, através do ensino para a saúde e com o intuito de capacitar as pessoas no seu processo de saúde-doença, destaco o estudo realizado por Andrade et al. (2008). Os autores pretenderam avaliar a eficácia de um programa de “Escola da Coluna” sobre a prevenção e tratamento das algias da coluna. Este programa tem com principal objetivo a compreensão da relação da dor com o aumento da tensão mecânica na realização das atividades de vida diária. Através do seu estudo científico concluíram que o programa proposto influencia na diminuição da intensidade da dor, diminuição da incapacidade funcional e melhora a mobilidade da coluna lombar, uma vez que a pessoa aprende: posicionamento de proteção da coluna durante o repouso (deitado em decúbito dorsal com quadril e joelhos fletidos e apoiados ou semi-fowler), forma correta de dormir (decúbito lateral com as pernas fletidas e travesseiro na cervical e outro entre as pernas), posicionamento adequados para execução das atividades diárias em diferentes situações como posturas prolongadas em pé, posição sentada, levantar e sentar, levantar e carregar peso e varrer a casa; executam exercícios de alongamento da musculatura paravertebral (flexão de Williams), fortalecimento da musculatura extensora do quadril (exercício de ponte), fortalecimento da musculatura flexora do quadril (levantamento de perna estendida) e fortalecimento da musculatura abdominal.

CONCLUSÃO

A incapacidade funcional é um conceito complexo que sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos da pessoa. A incapacidade funcional é compreendida como uma resultante da interação entre a disfunção apresentada pela pessoa (seja orgânica e/ ou da estrutura do corpo), a limitação das suas atividades e a restrição na participação social, envolvendo os fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho e participação nessas atividades (Salveti, 2010).

O presente trabalho é resultado de um estudo que exigiu, durante o decorrer do mesmo, a capacidade de análise, síntese e reflexão, manifestando o desenvolvimento de capacidades no que concerne à pesquisa, crítica e reflexão. Elaborado através de uma visão geral sobre a hérnia discal lombar, mas por outro lado particular, sobre a percepção da incapacidade funcional da pessoa.

Este tinha como ponto de partida diferentes objetivos específicos, definidos de acordo com o objetivo geral, que era avaliar a percepção da incapacidade funcional da pessoa com HDL na consulta de enfermagem do período pré e pós-operatório (no primeiro, terceiro e sexto mês de pós-operatório. Para além de relacionar o conceito de incapacidade funcional com os factores sócio-demográficos (idade e sexo).

Para a recolha de dados utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfico e clínico e a Escala de Incapacidade Funcional de Oswestry, instrumentos considerados importantes no processo, pois permitiram recolher todos os dados essenciais para dar resposta aos objetivos que propusemos desenvolver.

Da investigação científica realizada, resulta como principais conclusões:

- Não existe correlação entre a variável “idade” com a incapacidade funcional da pessoa, o que significa que a percepção da incapacidade funcional da pessoa não é influenciada pela idade da mesma;
- Não existe relação entre a variável “sexo” e a incapacidade funcional, o que traduz que a percepção de incapacidade funcional não é influenciada pelo sexo masculino ou feminino;
- Existe forte correlação entre a intensidade da dor lombar e a incapacidade funcional, o que permite concluir que a presença de dor mais intensa se associa a maior impacto na incapacidade de realizar as atividades diárias. Assim, a pessoa com intensidade de dor mais elevada, vai ter uma percepção mais elevada de incapacidade funcional;
- A percepção de incapacidade funcional diminuiu do pré-operatório para o 1.º momento pós-operatório, do 2.º para o 3.º momento pós-operatório e do pré-operatório para o 3.º pós-operatório.

Porém, apesar de atingir todos os objetivos, foram sentidas ao longo da concretização do trabalho de investigação algumas limitações e dificuldades, para além de momentos de grande desmotivação pessoal, contornadas sobretudo pela ajuda do orientador. As limitações e dificuldades resumem-se em:

- Inexperiência da investigadora na realização de uma investigação científica;

- O tamanho da mostra (n=49) limita a generalização dos resultados e pode ter levado à falha na identificação de algumas associações que na realidade existem;
- Dada à ampla diversidade de características sociodemográficas no que respeita à variável profissão;
- A amostra definida não permitiu identificar os possíveis fatores de risco para a percepção de incapacidade funcional, ao contrário da literatura científica encontrada, não se verificou relação com as características sociodemográficas (idade e sexo);
- A bibliografia científica existente sobre o âmbito da temática a desenvolver para determinados aspetos mostrou-se limitada, principalmente quanto às possíveis relações entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a percepção de incapacidade funcional.

Em suma, surge a necessidade emergente de outros estudos científicos que complementam a abordagem da percepção da incapacidade funcional da pessoa com HDL, de modo a verificar a influência das diferentes características sociodemográficas e clínicas na percepção de incapacidade funcional. Assim como, realizar um grupo de controlo e uma amostra composta por um maior número de pessoas. Pois, a divulgação da evidência científica, permite a evolução da Enfermagem como ciência e permite também, a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa com hérnia discal lombar.

Ressalta-se a importância da promoção da saúde, sendo os enfermeiros os principais agentes da mudança de comportamentos de saúde e do acompanhamento diferenciado e personalizado da pessoa, em consultas de enfermagem, tendo por base

uma visão holística da pessoa, enquadrando-a no seu processo de transição saúde-doença.

Por outro lado, surgem novas necessidades em cuidados de saúde, que exigem uma intervenção diferenciada, criando novos desafios à Enfermagem. No âmbito da área médico-cirúrgica, é atribuído ao enfermeiro competências científicas específicas no cuidar da pessoa, para além de adquirir e desenvolver competências técnicas, relacionais, éticas e de investigação.

E, neste sentido, refletindo sobre toda a investigação realizada, torna-se imperativo a elaboração de planos de intervenção de enfermagem para os diferentes momentos de avaliação (quer no pré-operatório, quer nos três momentos de avaliação do pós-operatório), afim de evidenciar a importância do papel do enfermeiro na perceção de incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar.

É importante que os enfermeiros assumam o papel de educação para a saúde da pessoa consoante os novos desafios que surge em enfermagem, intervindo na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de enfermagem médico-cirúrgica. Pois, ao desenvolver os cuidados de enfermagem especializados na área de enfermagem médico-cirúrgica, nos diferentes níveis de intervenção, permite a visibilidade da autonomia e responsabilidade dos enfermeiros na sua prestação de cuidados à pessoa, família e/ou comunidade, além de potenciar o desenvolvimento de boas práticas em diferentes contextos.

Contudo, a formação especializada na área de enfermagem médico-cirúrgica permite garantir à pessoa, família e/ou comunidade cuidados de enfermagem diferenciados, para além de capacitar o enfermeiro na investigação científicas e, desta forma, alargar o conhecimento em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

Adorno, M., & Neto, J. (2013). Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 em lombalgia crónica. *Acta ortopédica Brasileira*, 21,(4), 202-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v21n4/04.pdf>.

Alvarenga, A. (2007). O método pilates (solo e bola) como tratamento para lombalgias decorrentes de escolioses e hérnias de disco: uma revisão de literatura. (Monografia). Disponível em: http://www.luzimarteixeira.com.br/wpcontent/uploads/2011/03/alline_mono-pilates-e-lombalgias.pdf.

Alves, L., Leite, I., & Machado, C. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência da Saúde Coletiva*. 13, (4), 1199-1207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>.

Amorim, M. (2009). Para lá dos números... aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes Mellitus tipo 2. (Tese de Doutorado). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7211>.

Andrade, S., Araújo, A., & Vilar, M. (2008). Escola de coluna para pacientes com lombalgia crónica inespecífica: benefícios da associação de exercícios e educação do paciente. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 33, (4), 443-450. Disponível em: http://www.actareumatologica.pt/search.php?qf_txt=&qf_author=Sandra+C+de+Andrade&qf_year=2008&qf_number=0&qf_section=.

Batista, M. (2015). Dor lombar crónica numa unidade de cuidados de saúde primários. (Dissertação de Mestrado). Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Bechara, A., Zuiani, G., Risso Neto, M., Cavali, P., Veiga, I., Pasqualini, W., & Landim, E. (2013). Evolução dos questionários Oswestry 2.0 e do componente físico (PCS) do SF-36 durante o primeiro ano de pós-operatório de artrodese da coluna lombar em doenças degenerativas. *Revista Coluna*, 12, (2), 128-132. Disponível em: http://static.revistacoluna.com/pdf/volume12/coluna_v12n2_p128-132.pdf.

Bernardino, A., Machado, C., Alves, E., Rebouço, H., Pedro, R., & Gaspar, P. J. S. (2009). Os enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação da escala de práticas e comportamentos de educação para a saúde. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/113>.

Cailliet, R. (2001). Síndrome da dor lombar. (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, F. (2003). Hérnia discal lombar – abordagem de enfermagem. *Revista Servir*, 51, (6), 275-281.

Cruz, M., Matos, A., & Branco, J. (2003). A metrologia no estudo das lombalgias. *Acta Reumatologia Portuguesa*, 28, (3), 157-64. Disponível em: <http://www.actareumatologica.pt/repositorio/pdf/3-03.pdf>.

Diamond, A., & Conian, S. (1997). Controlo da dor. Traduzido por Pedro Mendonça. (2ª edição). Lisboa: Clempsi editores.

Diogo, J. (2014). Lombalgia em idosos prestadores de cuidados familiares: prevalência e características. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/14207>.

Direcção-Geral de Saúde, (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.

Fairbank, J., & Pynsent, P. (2000). The Oswestry disability index. *Spine*, 25, (22), 2940-2953. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/2000/11150/The_Oswestry_Disability_Index.17.aspx.

Falavigna, A., Neto, O. & Teles, A.. (2009). Avaliação clínica e funcional no pré-operatório de doenças degenerativas da coluna vertebral. *Revista Coluna/Columna*, 8, (3), 245-253. Disponível em: http://www.plataformainterativa2.com/coluna/html/revistacoluna/volume8/Coluna_v8n3p245-53.pdf.

Falavigna, A., Teles, A., Braga, G., Barazzetti, D., Lazzaretti, L., & Tregnago, A. (2011). Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. *Revista Coluna/Columna*, 10, (1), 62-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/coluna/v10n1/a12v10n1.pdf>.

Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30, (2), 163-171. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007>.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Garbi, M., Hortense, P., Gomez, R., Silva, T., Castanho, A., & Sousa, F. (2014). Intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22, (4), 569-575. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00569.pdf.

Ghizoni, M., Padão, D., Sakae, T., Danielli, L., Felipe, E., & Souza, B. (2011). Aplicação da escala de Oswestry em pacientes com doença degenerativa da coluna lombar submetidos a artrodese. Associação Médica Brasileira, 40, (4), 19-24. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/890.pdf>.

Gomes, A., & NETO, L. (2014). Métodos e tratamento para hérnia de disco lombar: uma revisão bibliográfica. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/32/51_-_Mytodos_e_tratamento_para_Hyrnia_de_Disco_Lombar__Uma_RevisYo_BibliogrYfica.pdf.

Guimarães, T. (2012). Efeitos de uma abordagem fisioterapêutica baseada no Método de Pilates no tratamento da dor lombar e da incapacidade funcional em mulheres grávidas. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/handle10284/3476>.

Hakkinen, A., Kautiainen, H., Jarvenpaa, S., Arkela-Kautiainen, M., & Ylinen, J. (2007). Changes in the total Oswestry Index and its ten items in females and males pre-and post-surgery for lumbar disc herniation: a 1-year follow-up. European Spine Journal, 16, (3), 347-352. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2200704/>.

Hill, M., & Hill, A. (2005). Investigação por questionário. (2ª edição). Lisboa: Sílabo.

Instituto do Emprego e Formação Profissional. (2010). Classificação portuguesa das profissões. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt.

Johnston, C., Paglioli, E., & Paglioli, E. Funcional and pain score after lumbar disc surgery and early physiotherapy. *Scientia Medica*, 16, (4), 151-156. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1615/0>.

Júnior, J., Tribess, S., Paulo, T., Alves Martins, C., & Romo-Perez, V. (2012). Atividade física como indicador preditivo para incapacidade funcional em pessoas idosas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, (2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_07.pdf.

Lefevre-Colau, M., Fayad, F., Rannou, F., Fermanian, J., Coriat, F., Mace, Y., & Poiraudau, S. (2009). Frequency and interrelations of risk factors for chronic low back pain in a primary care setting. *Public Library of Science*, 4, (3), e4874. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19287499>.

Lopes, T., & Júnior, A. J. (2014). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com dor lombar inespecífica. *Estudos*, 41, (2), 223-235. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/3380>.

Macedo, C., & Briganó, J. (2009). Terapia manual e cinesioterapia na dor, incapacidade e qualidade de vida de indivíduos com lombalgia. *Revista Espaço para a Saúde*, 10(2), 1-6. Disponível em: <http://docplayer.com.br/10431878-Terapia-manual-e-cinesioterapia-na-dor-incapacidade-e-qualidade-de-vida-de-individuos-com-lombalgia.html>.

Machado, C. (2013). Contributo do enfermeiro na promoção e educação para a saúde no serviço de urgência geral. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://www.repositorio.utl.pt/bitstream/10400.5/6986/1/Dissertação.pdf>.

Martins, N. (2002). Adaptação cultural e linguística do Oswestry Low Back Pain Disability Index – ODI 2.0. (Monografia). Disponível em: <http://rimas.uc.pt/Instrumentos/57/pdf>.

Masselli, M., Lopes, M., & Serillo, T. (2003). Índice funcional de Oswestry de pacientes submetidos a cirurgia para descompressão de raízes nervosas. *Fisioterapia e Pesquisa*, 10, (2), 70-76. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/78121>.

Medeiros, L. (1996). Reabilitação das lombalgias. Lisboa: Arquivos de fisioterapia e doenças ósteo-articulares.

Meneses, R., Ribeiro, J., & Silva, A. (2002). Revisão de literatura sobre avaliação da qualidade de vida de adultos com epilepsia. I: Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3, (1), 61-88. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1043>.

Milani, J., Martins, M., Silva, E., & Rocha, C. (2009). A qualidade de vida no período pré e pós-operatório de pacientes portadores de hérnia de disco lombar. *Revista da Dor*, 10, (1), 33-37. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=534471&indexSearch=ID>.

Mineiro, J., Canas, J., Barroso, L., & Fernandes, P. (2006). A dor discogénica na lombalgia – Parte I: etiopatogenia e clínica. *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*, 14, (3), 13-16. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2006/n3.pdf.

Monnerat, E., & Santos Pereira, J. (2009). Validação e confiabilidade de um questionário para lombalgia. *Fitness & Performance Journal*, 8, (1). doi: 10.3900/fpj.8.1.45.p.

Negrelli, W. (2001). Disc herniation: treatments process. *Acta Ortopédica Brasileira*, 9, (4), 39-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v9n4/v9n4a05.pdf>.

Németh, G. (2006). Health related quality of life outcome instruments. *European Spine Journal*, 15, (1), S44-S51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16320032>.

Nogueira, S., Ribeiro, R. Rosado, L., Franceschini, S., Ribeiro, A., & Pereira, E. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14, (4), 322-329. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfts/v14n4/aop019_10.pdf.

Oliveira, J. (2011). Hérnia Discal Lombar: Programa de Reabilitação pós-cirúrgico. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57148/2/HRNIA%20%20Joo%20Oliveira%20DISCAL%20LOMBAR%20Programa%20de%20Reabilitao%20Pscirrgico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros, (1996). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Portal da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros, (2013). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Portal da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.

Pereira, V., & BRAS, L. (2003). Validação inter-cultural do Oswestry Disability Questionnaire, versão 2. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.

Pereira, M. (2012). A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Petronilho, F., Machado, M., Miguel, N., & Magalhães, M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. Sinais Vitais, 88, 41-47.

Pinheiro, J., Figueiredo, P., Branco, J., Ramos, S., & Ferreira, L. (2011). Dor lombar crónica inespecífica e função – estudo clínico no âmbito de uma consulta de medicina física e de reabilitação. Acta Médica Portuguesa, 24, (S2), 287-292. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1489/1075>.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos. (5ª edição). Lisboa: Lusociência.

Rabiais, S., Nogueira, P., & Falcão, J. (2002). A dor na população portuguesa: alguns aspectos epidemiológicos. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2004/n2.pdf.

Rosa, T., Benício, M., Latorre, M., & Ramos, L. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de saúde pública*, 37, (1), 40-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>.

Roios, E. (2013). Representações, cuidados de saúde, adesão e repercussões psicológicas na lombalgia crónica: um estudo com doentes em tratamento diferenciado. (Tese de doutoramento). Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/25549>.

Salveti, M. (2010). Incapacidade em pessoas com dor lombar crônica: prevalência e fatores preditores. (Tese de doutoramento). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/03.pdf>.

Sampaio, R., Mancini, M., Gonçalves, G., Bittencourt, N., Miranda, A., & Fonseca, S. (2005). Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9, (2), 129-36. Disponível em: <http://files.fisioterapiafap.webnode.com/200000012-316bc3265d/CIF%20BASES.pdf>.

Seeley, R.; Stephens, T. & Tate, P. (2005). *Anatomia e fisiologia*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Silva, C. (2010). Dor lombar crónica e qualidade de vida. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/19930>.

Silva, E., Silva, G., & Silva, T. (2012). Atividade física e capacidade funcional: Relação necessária para um envelhecimento saudável. *Revista Corpo, Movimento E Saúde*, 20, (5), 35-54. Disponível em: <http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v%2020%20supl5%20artigo17.pdf>.

Silva, G., Monteiro, P., Virgínio, N., Souto, C., & de Oliveira, M. (2013). Sistematização da assistência de enfermagem para pacientes acometidos por hérnia de disco. *Revista Ciência da Saúde Nova Esperança*, 11, (2), 55-71. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Sistematização-da-assistência-de-enfermagem.pdf>.

Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N. & Peres, S. (2011). Educação para a Saúde, um aliada para a mudança de comportamentos. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeducaçãoparaaSaude.aspx>.

Stefane, T., Santos, A., Marinovic, A., & Hortense, P. (2013). Dor lombar crónica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, (1), 14-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/04.pdf>.

Soares, M. & Fradique, L. (2000.) O CIE e a mobilização dos enfermeiros para a promoção da saúde. Ordem dos Enfermeiros.

Sora, A. (2010). Educação para a saúde: conceito e prática dos alunos de enfermagem. (Monografia). Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1514/4/MONO_AnaSora.pdf.

Tavares, A. (2015). Opiniões, expetativas e satisfação com a autonomia nos processos de transição saúde-doença – estudo observacional com doentes e profissionais de saúde. (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Tsukimoto, G. (2006). Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crónica: através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health

Survey (SF-36). (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Brasil.
Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102582>.

Vialle, L., Vialle, E., Henao, J., & Giraldo, G. (2010). Hérnia discal lombar. Revista Brasileira de Ortopedia, 45, (1), 17-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162010000100004>.

Vincent, J., MacDermid, J., Grewal, R., Sekar, V., & Balachandran, D. (2014). Translation of Oswestry Disability Index into Tamil with Cross Cultural Adaptation and Evaluation of Reliability and Validity. The open orthopaedics journal, 8, 11-19. doi: [10.2174/1874325001408010011](https://doi.org/10.2174/1874325001408010011).

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

APÊNDICE II – Escala de Incapacidade Funcional de Oswestry

APÊNDICE III – Pedido de autorização ao Conselho de Administração da Instituição de Saúde para realização da investigação científica

APÊNDICE IV – Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE I

Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Data: ____/____/____

1	Nome do doente			Número atribuído	
2	Entidade	2.1	SIGIC		
		2.2	Acidente de trabalho		
		2.3	Particular		
		2.4	Outro sub-sistema		
3	Idade	3.1	18-35		
		3.2	36-64		
		3.3	≥ 65		
4	Sexo	4.1	Masculino		
		4.2	Feminino		
5	Estado civil	5.1	Solteiro		
		5.2	Casado		
		5.3	Divorciado		
		5.4	Viúvo		
6	Profissão ¹	6.1	Profissões das forças armadas		
		6.2	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos (p.ex. empresários)		
		6.3	Especialistas das actividades intelectuais e científicas (p.ex. Profissionais de saúde, professores)		
		6.4	Técnicos e profissões de nível intermédio		
		6.5	Pessoal administrativo		
		6.6	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (p.ex. Guarda prisional)		
		6.7	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta		
		6.8	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices		
		6.9	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem		
		6.10	Trabalhadores não qualificados (p.ex. doméstica)		
		6.11	Pessoa desempregada		
		6.12	Pessoa reformada		
7	Diagnóstico/ Tipo de intervenção	HDL Discectomia lombar			
8	Níveis de intervenção cirúrgica	8.1	L1-L2		
		8.2	L2-L3		
		8.3	L3-L4		
		8.4	L4-L5		
		8.5	L5-S1		
		8.6	Outro		

9	Antecedentes Pessoais	9.1	Inexistente	
		9.2	Existente. Qual?	
10	Antecedentes cirúrgicos	10.1	Inexistente	
		10.2	Existente. Qual?	

¹ Profissões agrupadas de acordo com a Classificação Nacional de Profissões – Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). Fonte: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2

APÊNDICE II

Escala de Incapacidade Funcional de Oswestry

Escala de Incapacidade Funcional de Oswestry

Data: ____/____/____

Número atribuído do doente	
----------------------------	--

Secção 1 – Intensidade da Dor

- ☐ Neste momento não sinto dor.
- ☐ Neste momento a dor é muito leve.
- ☐ Neste momento a dor é moderada.
- ☐ Neste momento a dor é razoavelmente intensa.
- ☐ Neste momento a dor é muito intensa.
- ☐ Neste momento a dor é a pior que se pode imaginar.

Secção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, entre outros)

- ☐ Normalmente consigo cuidar de mim próprio(a) e isso não aumento a dor.
- ☐ Normalmente consigo cuidar de mim próprio(a), mas sinto bastante dor.
- ☐ Sinto dor ao cuidar de mim próprio(a) e faço-o lentamente e com cuidado.
- ☐ Necessito de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
- ☐ Necessito de ajuda diária na maior parte dos meus cuidados pessoais.
- ☐ Não consigo vestir-me, faço a minha higiene diária com dificuldade e fico na cama.

Secção 3 – Levantar Objetos

- ☐ Consigo levantar objetos pesados e isso não aumenta a dor.
- ☐ Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.
- ☐ A dor impede-me de levantar objetos pesados do chão, mas consigo levantá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, sobre uma mesa.
- ☐ A dor impede-me de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objetos leves a moderados, se estiverem convenientemente posicionados.
- ☐ Só consigo levantar objetos muito leves.
- ☐ Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.

Secção 4 – Marcha

- ☐ A dor não me impede de caminhar qualquer distância.
- ☐ A dor impede-me de caminhar mais de 1000 metros.
- ☐ A dor impede-me de caminhar mais de 250 metros.
- ☐ A dor impede-me de caminhar mais de 100 metros.
- ☐ Só consigo andar com a ajuda de uma bengala ou canadianas.
- ☐ Fico na cama a maior parte do tempo e tenho de “arrastar-me” para ir à casa de banho.

Secção 5 – Sentar

- ☐ Consigo sentar-me em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que eu quiser.
- ☐ Consigo sentar-me numa cadeira confortável durante o tempo que eu quiser.
- ☐ A dor impede-me de estar sentado(a) por mais de 1 hora.
- ☐ A dor impede-me de estar sentado(a) por mais de meia hora.
- ☐ A dor impede-me de estar sentado(a) por mais de 10 minutos.
- ☐ A dor impede-me de sentar.

Secção 6 – Ficar em pé

- ☐ Consigo ficar em pé o tempo que eu quiser sem aumentar a dor.
- ☐ Consigo ficar em pé o tempo que eu quiser , mas a dor aumenta.
- ☐ A dor impede-me de ficar em pé por mais de 1 hora.
- ☐ A dor impede-me de ficar em pé por mais de meia hora.
- ☐ A dor impede-me de ficar em pé por mais de 10 minutos.
- ☐ A dor impede-me de ficar em pé.

Secção 7 – Dormir

- ☐ O meu sono nunca é perturbado pela dor.
- ☐ O meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
- ☐ Durmo menos de 6 horas por causa da dor.
- ☐ Durmo menos de 4 horas por causa da dor.
- ☐ Durmo menos de 2 horas por causa da dor.
- ☐ A dor impede-me totalmente de dormir.

Secção 8 – Vida Sexual

- ☐ A minha vida sexual é normal e não faz aumentar a dor.
- ☐ A minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.
- ☐ A minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.
- ☐ A minha vida sexual é severamente limitada pela dor.
- ☐ A minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.
- ☐ A dor impede-me de ter uma vida sexual.

Secção 9 – Vida Social

- ☐ A minha vida social é normal e não faz aumentar a dor.
- ☐ A minha vida social é normal, mas faz aumentar a dor.
- ☐ A dor não tem Inenhum efeito importante na minha vida social, mas limita alguns interesses que requerem mais energia, como por exemplo, atividades desportivas, entre outras.
- ☐ A dor tem limitado a minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.
- ☐ A dor tem limitado a minha vida social à minha casa.
- ☐ Não tenho vida social por causa da dor.

Secção 10 – Viajar (autocarro/ automóvel/ táxi)

- ☐ Posso ir a qualquer sítio sem sentir dor.
- ☐ Posso ir a qualquer sítio, mas sinto que a dor aumenta.
- ☐ A dor é intensa, mas consigo deslocar-me durante 2 horas.
- ☐ A dor permite-me fazer deslocações de menos de 1 hora.
- ☐ A dor permite-me fazer pequenas deslocações necessárias, em menos de 30 minutos.
- ☐ A dor impede-me de fazer deslocações, exceto para receber tratamentos médicos.

APÊNDICE III

Pedido de autorização ao Conselho de Administração da Instituição de Saúde para
realização da investigação científica

Exmo.(a) Sr.(a)

**Administrador da Instituição de Saúde,
de Coimbra**

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados para investigação científica

Juliana da Silveira Duarte, enfermeira [REDACTED], em Coimbra, estando a frequentar o III Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem em Coimbra, encontra-se a realizar uma dissertação de mestrado de natureza aplicada, sob orientação Sr. Professor Rui Filipe Lopes Gonçalves, sobre a temática “Percepção da dor e da qualidade de vida da pessoa com hérnia discal lombar”, cujo objetivo principal é avaliar a percepção da incapacidade funcional e qualidade de vida da pessoa com hérnia discal lombar.

Vem-se por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a recolha de dados junto dos utentes submetidos a cirurgia discectomia lombar, no serviço de consulta externa. A colaboração dos utentes [REDACTED] é através do preenchimento de um questionário e dois questionários (que se anexa), é fundamental para a concretização desta investigação científica afim de se obter informação sobre a caracterização sócio-demográfica e clínica, a percepção de capacidade funcional e da qualidade de vida em diferentes momentos do perioperatório. Em todas as fases garante-se o cumprimento de todos os requisitos éticos e deontológicos que salvaguardem o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos para o efeito.

Dado que a anuência de V. Exa. a este pedido é imprescindível para a efetivação do estudo, agradece-se desde já a vossa disponibilidade e atenção dispensada.

Na eventualidade de requerer algum esclarecimento adicional sobre o percurso metodológico desde estudo encontramos-nos à inteira disponibilidade para fornecer qualquer informação adicional.

Certos do melhor acolhimento, subscrevo-mo-nos atenciosamente,

Pedem deferimento,

Coimbra, 20 de Setembro de 2013

Juliana da Silveira Duarte, Enfermeira

Rui Filipe Lopes Gonçalves, Professor Orientador

APÊNDICE IV

Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente consentimento tem como finalidade a autorização para participar na dissertação de mestrado de natureza aplicada, intitulado por “Percepção capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa com hérnia discal lombar”, da responsabilidade da enfermeira Juliana da Silveira Duarte, prestadora de cuidados de enfermagem na [REDACTED], em Coimbra.

Este encontra-se integrado com a Equipa [REDACTED], afim de desenvolver investigação científica ao nível da avaliação psicológica, permitindo conhecer melhor as preocupações e problemas provocados por lesões medulares, com o intuito de melhorar o atendimento às necessidades das pessoas.

Para a concretização deste trabalho, é fundamental sua participação para a recolha de dados, através do preenchimento de alguns questionários, para o decurso do estudo.

Sr. ou Sr^a. _____, tendo recebido as informações pertinentes à investigação científica e consciente dos meus direitos, concordo em participar sob as seguintes condições:

1. Ter a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre eventual dúvida, procedimentos, riscos e benefícios associados com a investigação científica;
2. A participação no estudo é livre e voluntária. O consentimento pode ser retirado em qualquer momento durante o estudo;
3. Qualquer informação obtida durante o estudo será guardada confidencialmente, utilizando um código para os dados escritos.

Assinatura: _____

(pessoa submetida ao estudo)

Assinatura: _____

(investigador responsável pelo estudo)