



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Modelo de Autocuidado para pessoas em processo cirúrgico:
Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Nídia Cristina Saramago Carretas 37310

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Modelo de Autocuidado para pessoas em processo cirúrgico:
Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Nídia Cristina Saramago Carretas 37310

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“O que motiva o profissional é o desejo e o esforço perpétuo de fazer as coisas, o melhor possível; a motivação é a mesma no enfermeiro e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato”.

Florence Nightingale

“O segredo da felicidade é encontrar a nossa alegria na alegria dos outros”.

Alexandre Herculano

RESUMO

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, na pessoa em contexto de doença, afirmam-se hoje como uma das prioridades da investigação em enfermagem. Perante a presença de pessoas com incapacidade para o autocuidado, nos serviços de saúde cirúrgicos onde se realizou o estágio final do mestrado em enfermagem de reabilitação, foi desenvolvido um projeto de intervenção, com os objetivos de avaliar a funcionalidade das pessoas em processo cirúrgico, aprofundar e adquirir competências na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em processo cirúrgico, definir ganhos de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em função dos diferentes níveis de funcionalidade, com base no modelo de autocuidado. O presente relatório dá a conhecer os ganhos obtidos dos cuidados de enfermagem de reabilitação com base no modelo do autocuidado e apresenta uma reflexão crítica das competências desenvolvidas durante o percurso académico.

Palavras-chave

Autocuidado, Enfermagem de reabilitação, Ganhos em saúde

Self-care model for people in the surgical process: gains in Nursing Rehabilitation care

The results sensitive to nursing care, in the person in the context of illness, are today affirmed as one of the priorities of nursing research. Faced with the presence of people with incapacity for self-care, in the surgical health services where the final stage of the master's degree in rehabilitation nursing was carried out, an intervention project was developed, with the objectives of evaluating the functionality of the people in the surgical process, and to acquire competencies in the specific care of Rehabilitation Nursing to the person in the surgical process, to define gains of intervention of the rehabilitation nursing care, according to the different levels of functionality, based on the self care model. This report shows the gains obtained from rehabilitation nursing care based on the self-care model and presents a critical reflection of the competencies developed during the academic course.

Keywords: Self-care, Rehabilitation nursing, Health gains

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor César Fonseca, por todo o apoio e disponibilidade demonstrada, por tudo o que me ensinou, pela compreensão perante dificuldades sentidas e principalmente por acreditar nas minhas capacidades.

Ao enfermeiro Abílio Costa e à enfermeira Maria Inês Galhofas pelo acolhimento e saberes partilhados durante o estágio final.

A todos os utentes que passaram por mim, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Isabel, Cláudia e ao Nuno pela amizade e palavras de incentivo.

A toda a minha família, em especial à minha mãe pelo amor, carinho, cuidado que me dedica todos os dias e pelo incentivo para continuar a caminhada.

Sem o apoio de todos nada disto seria possível, pelo que fica aqui o meu profundo e sincero agradecimento.

Muito obrigado!

ÍNDICE

ÍNDICE DE ANEXOS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
ÍNDICE DE QUADROS	12
LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS	13
0. INTRODUÇÃO	15
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	21
1.1. HOSPITAL GARCIA DA ORTA, EPE - SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA	25
1.2. CHLN, HOSPITAL DE SANTA MARIA, EPE – SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA.....	29
2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	37
2.1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	37
2.1.1. Cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa em processo cirúrgico.....	37
2.1.2. Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, no doente em processo cirúrgico – Revisão sistemática da Literatura	45
2.1.3. Modelo Teórico do Autocuidado de Orem.....	59
2.2. OBJETIVOS.....	65
2.3. METODOLOGIA	66
2.4. RESULTADOS.....	74
2.5. DISCUSSÃO.....	83
2.6. NOTAS CONCLUSIVAS	93

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	96
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS	96
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	99
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	101
4. CONCLUSÃO	103
BIBLIOGRAFIA	106
ANEXOS.....	CXXIII

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Grelhas de ObservaçãoCXXIV

Anexo B – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....CXXX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1- Processo de pesquisa e seleção	48
Figura n.º 2- Modelo do autocuidado uma proposta dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	64
Figura n.º 3- Metodologia do Estudo de caso múltiplo (adaptado de Yin, 2003).....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1- Proporção da população com 15 ou mais anos por tipo de doença crónica em Portugal, no ano 2005/2006 e 2014.....	23
Gráfico n.º 2- Destino dos utentes Pós-alta do CHLN.	34
Gráfico n.º 3 - Indicadores problemáticos no pós-alta na população utente do CHLN.	35

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1- Síntese dos estudos analisados	49
Quadro n.º 2- Indicadores de estrutura, processo e resultados.....	53
Quadro n.º 3- Relação entre as variáveis de resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.....	55
Quadro n.º 4- Caracterização Sociodemográfica	72
Quadro n.º 5- Avaliação do utente A1 antes e após intervenções de ER (Enfermagem de Reabilitação)	75
Quadro n.º 6- Avaliação do utente A2 antes e após intervenções de ER	77
Quadro n.º 7- Avaliação do utente A3 antes e após intervenções de ER	78
Quadro n.º 8- Avaliação do utente A4 antes e após intervenções de ER	80
Quadro n.º 9- Avaliação do utente B1 antes e após intervenções de ER.....	81
Quadro n.º 10- Avaliação do utente B2 antes e após intervenções de ER.....	82
Quadro n.º 11- Scores dos resultados sensíveis à Enfermagem de Reabilitação.....	94

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACSS- Administração Central dos Sistemas de Saúde

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

APA- American Psychological Association

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte

CIF- Classificação Internacional da Funcionalidade

DGS- Direção Geral de Saúde

EBSCO- Elton B. Stephens Co.

EEG- Eletroencefalograma

EEER- Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

ENCS- Elderly Core Set

ER- Enfermagem de Reabilitação

E.P.E.- Entidade Pública Empresarial

HGO- Hospital Garcia da Orta

HSM- Hospital de Santa Maria

HTA- Hipertensão arterial

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social.

KMO- Kaiser-meyer-olkin

MID- Membro inferior direito

MIE- Membro inferior esquerdo

MIF- Medida de Independência Funcional

MSD- Membro superior direito

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do. Enfermeiro

SNS- Sistema Nacional de Saúde

Sr.- Senhor

SRPA- Sala de Recuperação pós-anestésica

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCP- Unidade de cuidados Partilhados

OMS- Organização Mundial de Saúde

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular relatório, inserida no plano de estudos do 1.º Mestrado em Enfermagem em Associação de Escolas de Enfermagem e de Saúde, surge o presente trabalho, sob forma de relatório de estágio de natureza profissional, com vista à obtenção de grau de mestre, na vertente de especialização em enfermagem de reabilitação, após discussão pública e respetiva aprovação. Foi elaborado de acordo com os regulamentos da Universidade de Évora, diretrizes específicas do mestrado em associação e sob coordenação do Professor Doutor César Fonseca.

O processo de aprendizagem que traduz este relatório, decorreu durante o Estágio Final, de 18 de setembro de 2017 a 6 de janeiro de 2018, num período de dezasseis semanas, nos serviços de neurocirurgia do Hospital Garcia da Orta (HGO) E.P.E. (Entidade Pública Empresarial) e no serviço de cirurgia cardiotorácica, do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) E.P.E., edifício Hospital de Santa Maria. O estágio final a que se reporta este relatório, foi realizado em contexto de prestação de cuidados especializados, a pessoas com alterações da funcionalidade decorrente de doenças neurológicas, traumáticas e outras em contexto hospitalar, sob supervisão de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Os estágios são momentos privilegiados de aprendizagem no qual se pretende a promoção do crescimento pessoal e a preparação profissional (Pereira, 2007), por isso pretendeu-se que cada estudante durante o Estágio Final fosse capaz de atingir os seguintes objetivos: avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade; implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida; diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com problemas neurológicos, incluindo os de natureza traumática, ortopédicos e ortotraumatológicos; capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; desenvolver programa de treino de atividades de vida diárias e de utilização de ajudas técnicas; gerir os cuidados e projetos otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus

colaboradores e articulação na equipa multiprofissional; e produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Neste contexto foi possível desenvolver competências de mestre, de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e também desenvolver um projeto de intervenção profissional, intitulado de “Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação”.

No que concerne à aquisição de competências de Mestre e conforme o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, foram projetados os seguintes objetivos: desenvolver conhecimentos e capacidade de compreensão que permitam desenvolver o projeto de intervenção em contexto de investigação; integrar os conhecimentos específicos inerentes às técnicas de reabilitação funcional motora e respiratória, nos diversos casos clínicos durante o estágio, incluindo reflexões sobre as implicações clínicas; e refletir sobre as conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes às conclusões do trabalho de investigação, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Relativamente à aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e conforme o regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2010), foram delineados os seguintes objetivos: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O projeto de intervenção veio neste seguimento e teve como objetivos avaliar a funcionalidade das pessoas em processo cirúrgico, aprofundar e adquirir competências na prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa em processo cirúrgico e definir ganhos de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em função dos diferentes níveis de funcionalidade, com base no modelo de autocuidado.

O interesse em estudarmos e desenvolvermos questões ligadas ao tema do projeto de intervenção, surgiu da apreciação prévia aos dois contextos de cuidados onde decorreu o estágio final. Observamos que no processo cirúrgico as pessoas apresentavam défices de autocuidado,

com necessidades de intervenções terapêuticas efetivas por parte da enfermagem de reabilitação.

Analisando de uma forma global o contexto atual da sociedade portuguesa, podemos perceber que nos últimos tempos ocorreram mudanças sociodemográficas e que estas influenciam atualmente a procura dos cuidados de saúde. Por exemplo o aumento da esperança média de vida é amplamente reconhecido como uma importante conquista, mas ao mesmo tempo conduz a mudanças nas principais causas de morbilidade e mortalidade da população, uma vez que à medida que as pessoas atingem idades mais avançadas, há um risco acrescido de aquisição de doenças crónicas e degenerativas, com fortes implicações na utilização de cuidados e serviços de saúde (DGS- Direção Geral de Saúde, 2014).

A evolução das necessidades em saúde da população nos últimos anos relacionada com o envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida, o aparecimento de doenças degenerativas, assim como o aumento da prevalência e da incidência de novos casos de neoplasias, tem contribuído hoje em dia, para uma intensificação da procura de cuidados de saúde, nomeadamente de cuidados de saúde cirúrgicos. Perante este cenário são adotadas respostas em saúde cada vez mais robustas, nomeadamente o aumento do número de intervenções cirúrgicas (ACSS- Administração Central dos Sistemas de Saúde, 2015).

As estatísticas oficiais sobre o setor da saúde relativas a Portugal em 2015, verificaram que foram realizadas 910,6 mil cirurgias, das quais cerca de 66% tiveram origem em hospitais públicos (INE, 2017a). De 2011 para 2015, o número cirurgias do foro neurocirúrgico no Sistema Nacional de Saúde (SNS) aumentou 18,9 % a nível nacional, sendo a região do centro a que mais aumento teve, em cerca de 35,3% (Ministério da Saúde, 2017a). Em relação à cirurgia cardiorácica, nos seis serviços públicos, foram realizadas, em 2015, quase 9 000 intervenções em cerca de 8000 doentes, sendo cerca de 6.400 em cirurgia cardíaca e 2.500 em cirurgia torácica (Ministério da Saúde, 2017b).

Contudo, embora o tratamento cirúrgico seja parte integrante dos cuidados de saúde e com importância curativa, tem repercussões na vida das pessoas, sendo visto muitas vezes como um acontecimento crítico, uma realidade muitas vezes abruptamente imposta (Santos, Martins e Oliveira, 2014). A pessoa submetida a uma experiência cirúrgica é acompanhada de stress fisiológico desde o momento do diagnóstico médico até a alta hospitalar, pode sofrer alterações

do estado emocional e ainda rutura com os vínculos sociais, por afastar-se temporariamente do convívio com os amigos e familiares, diminuindo ou extinguindo as atividades laborais (Boehnlein e Marek, 2003).

Dependendo da gravidade da patologia que motivou o internamento, procedimento cirúrgico ou idade, as pessoas apresentam alterações ao nível das funções do corpo, da estrutura do corpo (CIF, 2004; Rozzini, 2017; Ah et al., 2016; Malcato, 2016; Pereira et al., 2016; Siqueira e Diccini, 2017; Wu et al., 2017) e ao nível das atividades de participação (Amorin e Salimena, 2015). Os utentes cirúrgicos estão sujeitos a uma grande incapacidade funcional e a um considerável risco de complicações cirúrgicas (Santos, Martins e Oliveira, 2014; Haynes et al., 2009). As complicações cirúrgicas por sua vez retardam a recuperação dos utentes e têm também implicações na qualidade de vida, e na capacidade de autocuidado (Amorin e Salimena, 2015; Araújo, Silva e Ramos, 2016).

Segundo Orem (2001), o autocuidado pressupõe a capacidade das pessoas para a realização de atividades diárias, dirigidas à manutenção da própria vida, saúde e bem-estar. Partindo do pressuposto que o autocuidado é central na vida de qualquer pessoa, a dependência no autocuidado, seja de instalação gradual ou súbita, como acontece numa situação cirúrgica, merece uma particular atenção dos enfermeiros (Ribeiro, Pinto e Regadas, 2014).

Uma área de intervenção em enfermagem, de referência e excelência é a enfermagem de reabilitação, cujo papel consiste em prevenir, recuperar e habilitar de novo, as pessoas com doença súbita ou vítimas de descompensação de processo crónico e “que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, ajudando-as a criar uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação (Regulamento n.º 350/2015, p. 16656)”.

A reabilitação, com um corpo de conhecimentos e procedimentos próprios permite ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional e independência (OE, 2010). Perante situações de défice de autocuidado surge a necessidade de se desenvolver uma intervenção terapêutica a qual poderá ser total ou parcialmente compensatória ou de suporte-educativa (Orem, 2001), onde as intervenções de enfermeiros especialistas na área da reabilitação, surgem com grande prioridade. A intervenção da Enfermagem de Reabilitação procura assim promover um diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da

funcionalidade, a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas e o autocuidado (Regulamento n.º 350/2015).

Segundo Donabedian (2005), os cuidados de enfermagem são produtores de resultados para os sistemas de saúde, com melhoria da eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Em todos os contextos da prática, a excelência da enfermagem de reabilitação, traz também ganhos em saúde, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia (Regulamento n.º 350/2015).

Os ganhos em saúde, segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde e que se traduzem em ganhos em anos de vida, redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e/ou psicossocial, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (DGS, 2012).

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, na pessoa em contexto de doença, afirmam-se como uma das prioridades da investigação em enfermagem (Galvão e Janeiro, 2013). De facto, este trabalho surge como uma oportunidade para se determinar os ganhos em saúde, das intervenções individualizadas de enfermagem de reabilitação à pessoa em processo cirúrgico, com base no modelo de autocuidado.

Ao longo deste percurso, ancoramo-nos no modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem para servir de suporte teórico de enfermagem, orientar o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional. Segundo Fonseca e Lopes (2014, p.44) do modelo de autocuidado de Orem (2001) são extraídas teorias de médio alcance que “formam a moldura de referência de múltiplos estudos, que descrevem as práticas de autocuidado, exploram fatores que influenciam o autocuidado e investigam o efeito das intervenções de enfermagem no autocuidado”.

A opção metodológica utilizada no projeto de intervenção orientou-se para uma abordagem qualitativa, de acordo com a metodologia de estudo de caso de Robert Yin (2003) e tendo por

base a metodologia de cuidados de Lopes (2006), na qual procuramos extrair através dos cuidados prestados, os ganhos sensíveis dos resultados de enfermagem.

Foi também desenvolvida uma revisão sistemática da literatura que deu fortes contributos para monitorizar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação através da identificação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, no doente em processo cirúrgico.

O relatório apresenta-se como um instrumento de aprendizagem, de avaliação e reflexão, tem uma perspetiva de descrever, analisar e compreender os contextos de cuidados que acolheu o desenvolvimento deste projeto de intervenção, descrever e refletir sobre as competências desenvolvidas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e como mestre.

Estruturalmente este relatório que se apresenta encontra-se dividido em cinco partes. Inicia-se com a descrição aprofundada dos contextos onde decorreu o estágio final e onde foram detetadas necessidades de cuidados. Posteriormente surge o segundo capítulo denominado de estratégias de intervenção profissional, onde é feito um enquadramento conceptual e se fundamenta cientificamente o projeto, com informações relativas aos objetivos, metodologia, resultados, discussão e notas conclusivas. No terceiro capítulo surge uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns, de enfermeiro especialista e de mestre. Findo o desenvolvimento segue-se a conclusão do trabalho, onde se focam os pontos mais relevantes. De seguida estão as referências bibliográficas, não menos importantes pelo imenso leque de conhecimentos que nos proporcionam.

Para elaboração do presente trabalho baseámo-nos nas normas de referenciação bibliográfica do estilo American Psychological Association (APA) 6ª edição.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo será feita uma apreciação do contexto global e específico onde decorreu o estágio final. Considerámos pertinente conhecer primariamente a situação atual de saúde da população portuguesa, do ponto de vista epidemiológico, a fim de uma planificação de cuidados adequada às necessidades encontradas da população alvo.

Face às alterações sociodemográficas, económicas e estruturais, a dependência no autocuidado tem cada vez mais importância no mundo atual, denotando-se preocupações por parte de políticas de saúde e sociais, na identificação de pessoas em situação de dependência e na criação de respostas ajustadas às suas necessidades. O aumento da situação de dependência está associado ao envelhecimento da população, que por sua vez é consequente ao aumento da esperança de vida. Também está associado a uma maior prevalência das doenças crónicas e o aumento significativo de acidentes de trabalho e rodoviários (Ribeiro e Pinto, 2014).

Em Portugal, de acordo com os Censos 2011, o índice de dependência total agravou-se na última década em 4%, aumentando de 48% em 2001 para 52% em 2011. Este agravamento é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década (DGS, 2014).

Desde algumas décadas, o envelhecimento populacional é um fenómeno que se assiste mundialmente. As projeções divulgadas por entidades nacionais preveem inclusive que o envelhecimento demográfico continue a acentuar-se no futuro, aumentando certamente a procura de cuidados de saúde (INE, 2017). No nosso país para a população residente no período entre 2015 e 2080 prevê-se um declínio populacional de 10,3 milhões para 7,5 milhões de habitantes. É espectável que índice de envelhecimento duplique, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens em 2080. Estas tendências são em geral transversais a todas as regiões, Norte, Centro, Área metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve e as regiões da Madeira e dos Açores (INE, 2017a).

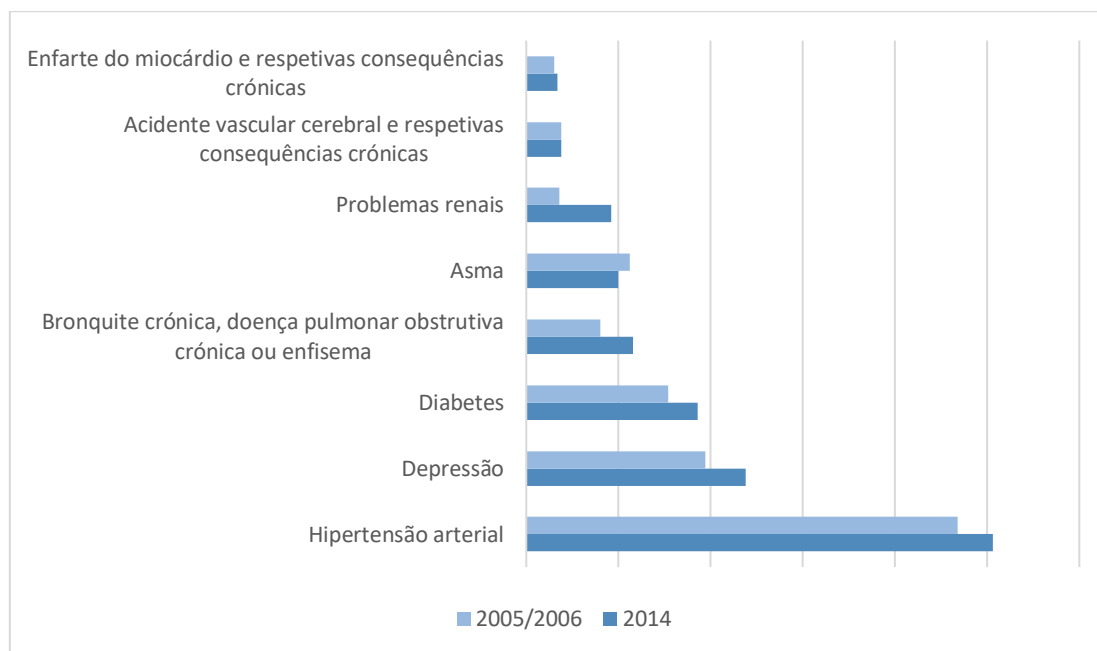
Tratando-se o envelhecimento de um processo dinâmico e progressivo, este é caracterizado pelas alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Essas modificações, por sua vez, determinam a progressiva perda de capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando uma maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos. As maiores adversidades em saúde, relacionadas com o envelhecimento, são a incapacidade funcional e a dependência, que originam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/incapacidade de executar funções e atividades da vida diárias (Ferreira et al., 2012).

A melhoria das condições de vida nas sociedades modernas, os avanços médico-cirúrgicos e a promoção e generalização dos cuidados de saúde, permitem o aumento da longevidade dos indivíduos, com um progressivo crescimento do número de idosos (Ministério da Saúde, 2017c). O envelhecimento populacional existente deve-se sobretudo ao aumento da esperança média de vida e às descidas das taxas de fertilidade e natalidade, resultando um decréscimo do número de jovens e na diminuição da taxa de mortalidade (DGS, 2014).

Apesar da sociedade portuguesa ter tendência a viver cada vez mais tempo vive cada vez pior. O aumento da esperança de vida associa-se a um novo fenómeno médico e social – a “cronicidade”, ou seja, o aumento significativo de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes (Ministério da Saúde, 2017c).

Nos dois últimos inquéritos do INE (2015) relativos ao ano 2005/2006 e ao ano de 2014, a comparação dos resultados para as doenças crónicas, evidência em geral, o aumento da prevalência das doenças crónicas e do número de pessoas afetadas, como é visível no gráfico n.º 1.

Gráfico n.º 1- Proporção da população com 15 anos ou mais por tipo de doença crónica em Portugal, no ano 2005/2006 e 2014.



Fonte INE (2015), Inquérito Nacional de Saúde 2014, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

O aumento da esperança média de vida é amplamente reconhecido como uma importante conquista, mas conduz a mudanças nas principais causas de morbilidade e mortalidade da população, uma vez que à medida que as pessoas atingem idades mais avançadas, há um risco acrescido de aquisição de doenças crónicas e degenerativas, com fortes implicações na utilização de serviços de saúde e com consequências ao nível da funcionalidade e da participação dos utentes (DGS, 2014; Santos e Pêla, 2016).

O crescimento e desenvolvimento tecnológico, a par das alterações do ritmo e modo de vida, têm também levado a que um elevado número de pessoas portadoras de deficiência e conseqüente restrição de participação, em idades jovens e produtivas, por comobilidades (por exemplo cerebrovasculares e cardiovasculares), acidentes de trânsito e de trabalho (Ministério da Saúde, 2017c).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte, mas também de incapacidade funcional, pior qualidade de vida e acessos aos cuidados de saúde. Cerca de 1200 episódios de internamento hospitalar ocorreram por enfarte agudo do miocárdio e cerca de 3000 cirurgias coronárias foram realizadas (Malcato, 2016). Com efeito, tanto a doença coronária e valvular

cardíaca, como o cancro do pulmão aumentam de prevalência com a idade (Ministério da Saúde, 2017b).

A evolução das necessidades em saúde da população portuguesa, associada ao envelhecimento da população, aumento da esperança de vida, aparecimento de doenças degenerativas, e o aumento da prevalência e da incidência de novos casos de cancro, tem contribuído para uma intensificação da procura de cuidados de saúde, nomeadamente de cuidados no âmbito cirúrgico, exigindo respostas em saúde cada vez mais robustas (ACSS, 2015).

As intervenções cirúrgicas, como parte integrante dos cuidados de saúde têm um valor estimado de 234 milhões por ano (Haynes et al., 2009). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) relativas a 56 países, no ano de 2004, revelam que o volume anual de cirurgias “major” teve um valor estimado entre 187 e 281 milhões de intervenções, o que equivalia a cerca de uma cirurgia por ano, por cada 25 pessoas (DGS, 2010).

Em Portugal, segundo os dados oficiais do INE (2016), no ano 2014 também foram realizadas um grande número de cirurgias, aproximadamente 906 mil grandes e médias cirurgias e cerca de 200 mil pequenas cirurgias. A maioria das grandes e médias cirurgias foram realizadas nos hospitais oficiais (74,0%) e previamente agendadas.

Recentemente, dados do Ministério da Saúde, descritos no relatório anual de acesso a cuidados de saúde, nos estabelecimentos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e entidades convencionadas, revelaram que até novembro de 2016 a atividade cirúrgica cresceu, na ordem dos 2,3%. Este aumento deveu-se sobretudo ao crescimento da cirurgia de ambulatório, colocando Portugal, pela primeira vez, com um valor superior a 60% no total de cirurgias de ambulatório, representando um avanço técnico e organizacional muito positivo, não para a melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde, que são prestados no SNS, mas essencialmente para o aumento da comodidade e da melhoria do processo de recuperação dos doentes (Ministério da Saúde, 2016).

1.1.HOSPITAL GARCIA DA ORTA, EPE - SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

O Hospital Garcia da Orta, E.P.E, local onde se realizou a primeira parte do Estágio final, assume uma ação e intervenção de referência no âmbito do Sistema de Saúde, com uma posição geoestratégica a sul do Tejo e à cidade de Lisboa (HGO, 2015).

Localizado em Almada, teve início da sua atividade em 1991, em substituição do antigo Hospital da Misericórdia, que deixara de conseguir dar resposta a uma população cada vez mais crescente da península de Setúbal e apenas prestava cuidados hospitalares básicos. Em 2003, como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação passou a ser classificado como Hospital Central, o único na margem sul do Tejo, deixando de pertencer ao setor público administrativo, passado para o setor empresarial do Estado, como entidade pública empresarial (E. P.E). O HGO é assim uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (HGO, 2015).

Este hospital serve atualmente uma população estimada em cerca de 332.299 mil habitantes dos municípios de Almada e Seixal, sendo que em algumas valências a sua zona de influência extravasa largamente estes concelhos, estendendo-se a toda a Península de Setúbal, nomeadamente nas áreas de especialidade de neurocirurgia (HGO, 2016). A sua área de influência, por incluir zonas balneares de grande extensão, sofre um aumento significativo de população, com uma maior incidência nos meses de julho e agosto e que se reflete, inevitavelmente, no movimento assistencial do hospital, nomeadamente, no serviço de urgência (HGO, 2014).

A missão do HGO é prestar cuidados de saúde diferenciados à população dos municípios de Almada e Seixal, intervindo de acordo com as áreas de influência e redes de referência. O HGO tem ainda por missão desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós-graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas (HGO, 2015).

Dispõe de uma lotação de 564 camas distribuídas por várias especialidades e serviços de referência, que apoiam regularmente outros hospitais como a Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Hematologia, Endocrinologia, Medicina Nuclear, Reumatologia, Ortopedia, Neurorradiologia, Nefrologia, entre outros (HGO, 2016).

Relativamente à atividade cirúrgica, o hospital regista uma procura crescente. Em 2016, face ao período homólogo registou-se um aumento de 8,4%, no total de utentes intervencionados, passando de 14626 para 15852 doentes (HGO, 2016). O desenvolvimento gradual deste hospital e as necessidades assistenciais da população que serve, levaram-no a disponibilizar ao longo dos anos o apoio regular da especialidade de Neurocirurgia a vários hospitais do Sul do País, existindo assim um aumento da atividade cirúrgica também nesta especialidade (HGO, 2014).

A neurocirurgia, serviço de saúde onde se realizou a primeira parte do estágio Final, é uma unidade de cuidados progressivos, da qual fazem parte as seguintes unidades: unidade de cuidados intensivos (4 camas), unidade de cuidados intermédios (4 camas) e uma enfermaria (15 camas), localizadas no mesmo piso. Existem ainda 6 camas destinadas à neurocirurgia na UCP (Unidade de Cuidados Partilhados) da neurologia que se localiza ao lado da neurocirurgia. Quando o serviço de neurocirurgia está lotado, os utentes podem ser alocados em macas, no corredor do serviço, até existirem vagas disponíveis.

A equipa multidisciplinar é constituída pelos seguintes profissionais de saúde: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), enfermeiros generalistas, médicos (neurocirurgiões, anestesistas, internos de neurocirurgia, fisiatra), secretárias de unidade, assistentes operacionais e assistente social. Além destes, este serviço tem ao seu dispor outros profissionais como fisioterapeutas, dietistas, psicólogos, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional. De referir que no âmbito da reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais apenas intervêm, quando um médico fisiatra solicita a sua intervenção. A intervenção do dietista ou psicólogo pode ser solicitada pela equipa de enfermagem.

A neurocirurgia conta com uma equipa de quatro EEER (uma enfermeira em integração), que diariamente prestam cuidados especializados de enfermagem de reabilitação nas três unidades. Existem por norma um ou dois elementos no turno da manhã (8-16h30) e um elemento no turno da tarde (16-23h). Do turno da manhã para a tarde é feita uma passagem de ocorrências, entre enfermeiros especialistas para garantir a continuidade dos cuidados.

Na prática diária, os EEER selecionam os utentes para um programa de reabilitação, gerindo prioridades situacionais. Por exemplo, utentes que necessitem de reeducação funcional respiratória são primariamente atendidos. Os enfermeiros generalistas contribuem muitas vezes para esta seleção, sugerindo alguns doentes que considerem beneficiar da intervenção do enfermeiro especialista. Em casos excepcionais, quando não existem enfermeiros generalistas suficientes no turno, são atribuídos três utentes aos EEER para a prestação de cuidados gerais e especializados.

A equipa dos EEER é bastante proativa, tendo sido distinguida com prémios nacionais, pela elaboração de projetos com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Um dos projetos existentes, desenvolvido pelos enfermeiros especialistas em reabilitação é a “Avaliação e Estimulação do doente com alterações do estado de consciência” com o objetivo de desenvolver a capacidade de os utentes captar, através dos cinco sentidos, os estímulos sensoriais ambientais, de forma a estimular o sistema ativador reticular ascendente (Varanda, Rodrigues e Costa, 2015). Existem ainda outros projetos como a preparação para a alta, maceração e controlo da infeção.

Na avaliação da funcionalidade dos utentes é usada a MIF (Medida de Independência Funcional (DGS,2011)). No que diz respeito aos registos, estes são realizados num sistema informático específico em Excel criado pelos EEER, onde se contabiliza todas as intervenções efetuadas. São também realizados registos informáticos no sistema geral de prestação de cuidados SClínico.

Os recursos materiais existentes que facilitam os cuidados de reabilitação são diversos: camas elétricas, elevador elétrico, colchões viscogel, máquina de pressão alternada, almofadas standard e de gel, espelho quadriculado, bastão, pedaleira, espirómetros de incentivo, tábuas de transferência, carro de estimulação multissensorial (IPad, fibras óticas, dispositivos tácteis, caixa de aromas...), cadeira de rodas, superfícies de trabalho, entre outros.

A neurocirurgia enquanto especialidade de elevado grau de diferenciação técnica e humana, faz o diagnóstico e o tratamento cirúrgico de pessoas com doenças do sistema nervoso central, periférico e autónomo, das suas estruturas de envolvimento e proteção, vascularização e suporte (HGO, 2015). Apresenta múltiplos avanços nas técnicas cirúrgicas, especialmente nas microcirurgias, na imagiologia, no intensívissimo e na radiocirurgia. A população internada é

maioritariamente adulta ou idosa, destacando-se o grupo etário das idades compreendidas entre os 45 e 65 anos (HGO, 2016), com elevados índices de doenças cerebrovasculares, tais como acidentes vasculares hemorrágicos por aneurisma ou malformações arteriovenosas, lesões tumorais do sistema nervoso (encéfalo/crânio e coluna/medula espinhal) primárias, secundárias ou com complicações neurológicas decorrentes de tratamentos oncológicos, patologias da coluna vertebral de natureza degenerativa (como hérnia discal), infecciosa ou tumoral e resultantes de traumatismos (traumatismos vertebro-medulares e traumatismos crânio-encefálicos) (Ministério da Saúde, 2017a).

A admissão dos utentes nesta unidade pode efetuar-se através do serviço de urgência, consulta externa ou por transferência de outros serviços e/ou unidades hospitalares. A média de dias de internamento ronda os 9 dias, mas por vezes verifica-se um aumento destes dias, por complicações pós-operatórias e/ou dificuldade na programação da alta, pelo elevado nível de dependência nos autocuidados que se verificam nos utentes aquando da alta.

A complexidade das patologias traduz-se num maior número de doentes que após alta hospitalar mantém elevadas incapacidades funcionais e dependência de cuidados, cada vez menos compatível com o apoio familiar, porque esses cuidados são de natureza muito difíceis de assegurar pelas famílias, devido à ocupação laboral, ou por terceiros, devido à redução dos rendimentos das famílias agravada pela atual crise económica (HGO, 2014; Gaspar, Oliveira e Duayer, 2007). O total de dias de protelamento de alta, em todo o hospital, após alta clínica é significativo – 11.953 dias. Em média, em 2014, estiveram ocupadas 33 camas com alta clínica no hospital inteiro (HGO, 2014).

A presença de um familiar de referência, ou de uma pessoa significativa junto ao doente é privilegiada neste serviço, existindo para além dos horários habituais (17h-18h30), um horário de visitas alargado, das 12h-20h na enfermaria, que possibilita aos familiares mais próximos participarem dos cuidados aos utentes, ao longo do dia. Verificámos que muitas famílias têm um papel ativo na reabilitação do seu familiar, por participarem ativamente em cuidados, como por exemplo a alimentação.

Devido ao elevado índice de incapacidade funcional, verificado na alta clínica, no serviço de neurocirurgia, muitos utentes são posteriormente reencaminhados para o hospital da área de residência, ou transferidos para centros especializados de reabilitação como o Centro de

Medicina de Reabilitação de Alcoitão ou Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul – São Brás de Alportel. A neurocirurgia do HGO articula-se com todos os ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) da sua área de referência, bem como com outras unidades de saúde públicas e privadas com quem estabelece parcerias (HGO, 2017). Grande parte dos utentes internados são também referenciados para a rede de cuidados continuados. Por forma à continuidade dos cuidados de reabilitação é elaborada uma carta de transferência do enfermeiro especialista em reabilitação.

1.2. CHLN, HOSPITAL DE SANTA MARIA, EPE – SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

O CHLN é um estabelecimento público do SNS, central, altamente diferenciado em tecnologias e saberes e unanimemente reconhecido, a nível nacional e internacional, pela confiança e credibilidade. Trata-se de uma pessoa coletiva de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (CHLN, 2009).

O CHLN foi criado a 01 de março de 2008, pelo Decreto-Lei n.º 23/2008 de 08 de fevereiro e resultou da fusão dos Hospitais de Santa Maria, E.P.E. (local onde se realizou o estágio final) e do Pulido Valente, E.P.E. (CHLN, 2009). Estes dois hospitais, eram unidades centrais, localizados na cidade de Lisboa, separados por poucos quilómetros, um deles menos polivalente em termos de especialidades e serviços prestados, mas muito diferenciado e especializado nas áreas em que intervinha e outro, bem mais abrangente na diversidade da sua oferta, cobrindo todas as áreas da medicina, com especialidades e técnicas únicas no panorama hospitalar português e uma referência nacional e internacional no processo de ensino e investigação, fruto da partilha de espaço, instalações e profissionais com a Faculdade de Medicina de Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular (CHLN, 2016).

O CHLN está inserido na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e é responsável pela prestação direta de cuidados de saúde a uma população de 222 mil habitantes. Para além destes, para os quais é instituição de referência direta, abrangendo as áreas dos Centros de Saúde de Alvalade, Benfica, Lumiar, Coração de Jesus e Sete Rios, recebe utentes de todas as zonas do país e estrangeiro, constituindo-se como referência indireta e diferenciada, de múltiplas áreas clínicas, de toda a zona sul do país e as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira (CHLN, 2016).

Apresenta como missão a satisfação com qualidade, eficácia e eficiência das necessidades das pessoas que acedem aos cuidados de saúde do Centro Hospitalar, em conformidade com o seu grau de diferenciação e posicionamento garantindo a equidade e universalidade do acesso. Para além da prestação de cuidados de saúde, tem funções na formação pré, pós-graduada e continuada, bem como na área da investigação e desenvolvimento (CHLN, 2009).

A lotação média do CHLN no ano de 2015 foi de 1.087 camas, o que permitiu tratar de 39.079 utentes, com um tempo médio de permanência na instituição de 8,43 dias. A taxa de ocupação, no mesmo ano situou-se nos 82,9% (CHLN, 2015).

A sua atividade respeita a articulação funcional com a rede de cuidados primários, no âmbito da sua área de influência, bem como a rede nacional de cuidados continuados integrados. Em relação à atividade cirúrgica embora exista um decréscimo do número de cirurgias na produção programada (convencional e ambulatorio) de 0,9% no CHLN, a atividade cirúrgica urgente aumentou 10,8%, face a 2014 (CHLN, 2015).

O CHLN dispõe de uma oferta variada de serviços de saúde, apresentando as seguintes especialidades: coração e vasos (Cardiologia, Cirurgia Cardiotorácica, Vascular e Cardiologia do HPV), Cirurgia de ambulatorio, Especialidades cirúrgicas (Cirurgia Plástica, Estomatologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia) Medicina, Meios complementares de diagnostico e terapêutica, neurociências e saúde mental, Obstetrícia, Ginecologia e Medicina de Reprodução, Oncologia, Pediatria, Tórax, Urgência e Medicina Intensiva, entre outros (CHLN, 2009).

O serviço de Cirurgia Cardiotorácica é uma unidade altamente especializada, de cuidados progressivos, que compreende no mesmo piso duas unidades de cuidados intensivos (7 camas;

7 camas), uma enfermaria (18 camas) e bloco operatório com duas salas de intervenção. Neste serviço realizam-se cirurgias programadas, através de um processo de internamento que engloba uma preparação pré-operatória, cirurgia e o período pós-operatório. Dá resposta também a situações de urgência e de ambulatório. Durante o ano de 2015 foram realizadas só neste serviço cerca de 995 cirurgias programadas cardiotorácicas, 82 cirurgias de ambulatório e 2778 cirurgias urgentes (CHLN, 2016).

O CHLN integra nos seus múltiplos serviços, recursos humanos detentores de vastas competências, a nível clínico e de reconhecido mérito. Os recursos humanos deste serviço são constituídos por uma vasta equipa multidisciplinar: 47 enfermeiros entre os quais cinco EEER (enfermeira chefe, três enfermeiras com horário fixo e uma em horário rotativo), médicos, assistentes operacionais, secretárias de piso, médicos, entre outros. Os EEER habitualmente têm doentes atribuídos e, portanto, não prestam só cuidados especializados, mas também cuidados de gerais de enfermagem. Devido às necessidades específicas do serviço revelam-se em número insuficiente, sendo que nem sempre têm tempo para realizar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa em processo cirúrgico, denotando-se nos cuidados a sua falta.

Encontra-se no processo clínico dos utentes, um local próprio para registos de cuidados de enfermagem de reabilitação. Este é consultado pelos EEER do serviço de Reeducação Funcional Respiratória (que vão por vezes ao serviço prestar cuidados) numa tentativa de complementarem o trabalho. Quando estes vão ao serviço, caso se encontrem com algum EEER, é também efetuada uma passagem de informação informal entre ambos. Este trabalho de equipa revela-se importante para uma eficaz continuidade de cuidados à pessoa intervencionada.

Os recursos materiais existentes neste serviço que auxiliam os cuidados de reabilitação são alguns: almofadas, cadeirões, auxiliares de marcha entre os quais andarilhos, espirómetros de incentivo, dinamaps e telemetrias.

No que diz respeito à disposição dos quartos é importante referir que a enfermaria tem três quartos com cinco camas, que apresentam cortinas em torno das mesmas, assegurando o respeito pela intimidade e privacidade, e três quartos individuais.

A Cirurgia Cardiotorácica é o campo da medicina que diz respeito ao tratamento cirúrgico de órgãos do tórax, envolvendo geralmente o tratamento da doença cardíaca e da doença pulmonar, mas incluindo o tratamento de patologias da pleura, da parede torácica, do mediastino e do diafragma (Ministério da Saúde, 2017b). Sendo um serviço que pela sua especificidade está ligado à urgência e dá apoio a outros serviços, observa-se que o processo de internamento nem sempre decorre de forma linear. Os utentes tanto proveem de outros hospitais ou unidades existentes no HSM (Hospital de Santa Maria) nomeadamente a cardiologia, como do ambulatório ou do serviço de urgência.

No domínio das doenças adquiridas do coração, são áreas principais de intervenção cirúrgica a doença das artérias coronárias e a doença dos aparelhos valvulares. São realizadas cirurgias valvulares, de uma ou múltiplas válvulas, cirurgias reconstrutivas da válvula mitral, cirurgias de vascularização e cirurgias coronárias sem circulação extracorporeal. Para além destas, uma miscelânea de situações requer reparação cirúrgica como método de tratamento, incluindo a cirurgia da aorta torácica, aguda ou crónica, dissecções da aorta ascendente, situações de rotura da parede do ventrículo decorrentes da intervenção por cateterismo, comunicação interventricular pós-enfarte e tronco comum grave. A abordagem cirúrgica na maior parte dos casos é por esternotomia¹, ou em intervenções mais curtas são também realizadas mini-esternotomias (Ministério da saúde, 2017b; Malcato, 2016).

Fruto do crescente aumento de neoplasias do pulmão, as técnicas e procedimentos torácicos têm evoluído e são cada vez mais realizados na cirurgia cardiotorácica, por vezes com recurso à cirurgia vídeo-assistida. A lobectomia e, em muito menor número a pneumectomia, continuam a ser as cirurgias de eleição para o cancro do pulmão. A ressecção de metástases pulmonares de outros tumores sólidos tem também vindo a afirmar-se como uma opção terapêutica com impacto prognóstico. Na área não oncológica, a abordagem diagnóstica e/ou terapêutica de múltipla patologia pleural ou mediastínica e da parede torácica, os tumores benignos do mediastino e a simpaticectomia para tratamento da hiper-hidroze completam os procedimentos major específicos desta especialidade (Ministério da Saúde, 2017b).

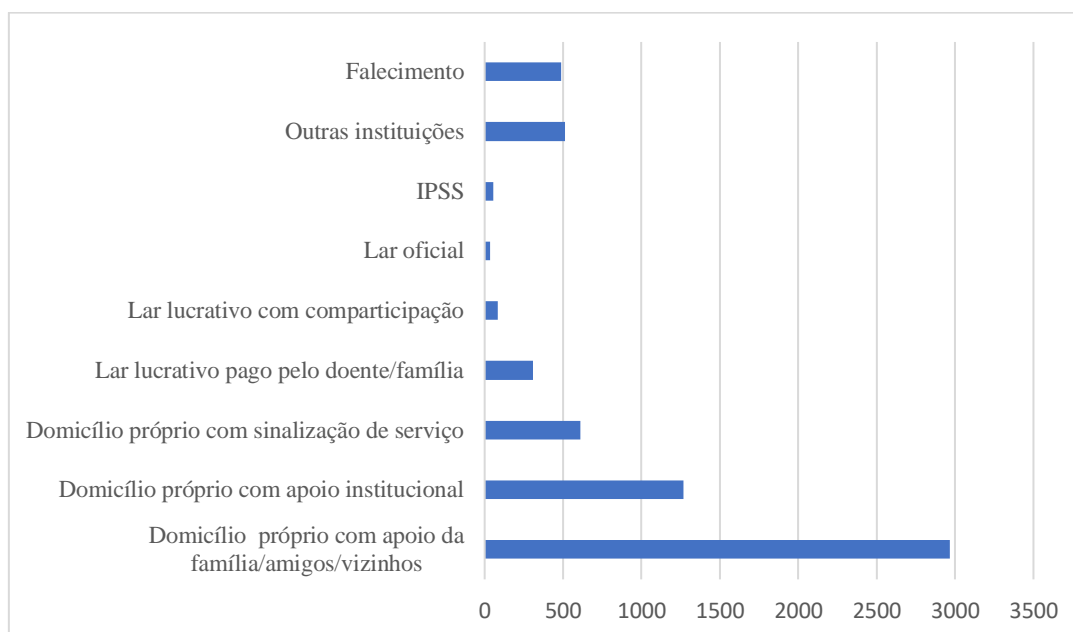
¹ Esternotomia consiste na incisão da pele na região anterior do tórax, desde o manúbrio ao apêndice xifóideo (Malcato, 2016).

A população alvo de cuidados cardiotorácicos, apresenta idades variadas, mas a faixa etária mais comum é entre os 65 e os 85 anos. Muitos utentes são oriundos de cidades mais distantes, o que por vezes dificulta a visita dos familiares e o envolvimento dos mesmos nos cuidados. Porém a presença de um familiar de referência, ou de uma pessoa significativa junto ao utente também é privilegiada neste serviço, existindo um horário para visitas alargado, na enfermaria das 13h-19h e nas Unidades de Cuidados Intensivos das 16-17h e das 18h às 19h, sendo a duração da visita sempre determinada de acordo com o estado do doente.

O serviço de Cirurgia Cardiotorácica, em 2015, apresentou uma taxa de ocupação de 81,0% e o tempo médio de internamento nos 7,11 dias. Devido à complexidade cirúrgica estes utentes apresentam limitações de autocuidado e têm com elevados níveis de dependência, no pós-operatório. Estão sujeitos também a várias complicações pós-operatórias tais como as complicações pulmonares. O índice elevado de dependência juntamente com o número cada vez mais reduzido de dias de internamento são obstáculos à promoção do autocuidado pelo EEER.

Embora a maioria dos utentes, quando têm alta vão para o próprio domicílio, precisam de apoio por parte de familiares, amigos e vizinhos ou de outras instituições, como é possível visualizar no gráfico n.º 2.

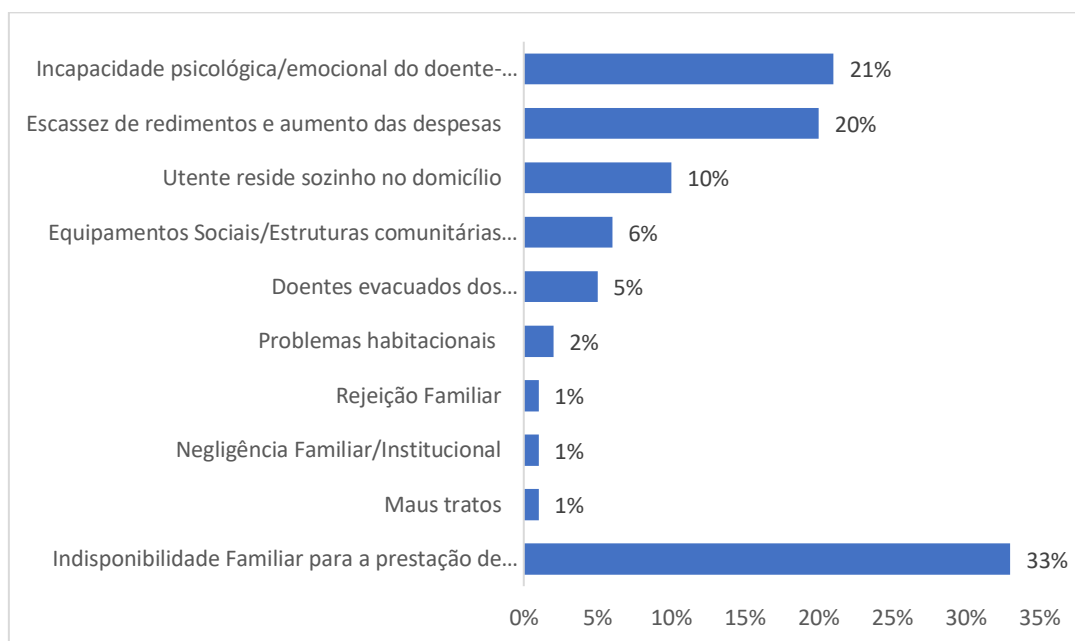
Gráfico n.º 2- Destino dos utentes Pós-alta do CHLN.



Fonte: HS- Gestão de informação do Serviço Social – CHLN (2015)

A situação de doença/dependência tem implicações nas vivências familiares e sociais e múltiplos fatores condicionam este apoio. Segundo dados do Relatório e Contas do CHLN (2015) os fatores que condicionam este apoio encontram-se no gráfico nº3. São a indisponibilidade familiar para a prestação de cuidados, a incapacidade psicológica/emocional do doente e a escassez de rendimentos e aumento de despesas, segundo dados com 33%, 21% e 20%, respetivamente, das situações atendidas.

Gráfico n.º 3 - Indicadores problemáticos no pós-alta na população utente do CHLN.



Fonte: Ministério da Saúde- Gestão de informação do Serviço Social – CHLN (2015)

A indisponibilidade está normalmente associada ao facto de os familiares estarem empregados, ou com idosos/menores a seu cargo. A capacidade para prestar apoio fica comprometida e agravada pela insuficiência de serviços que permitem uma prestação de cuidados partilhada, entre quais as redes de suporte formal e informal. Também por vezes surgem situações em que os únicos familiares dos utentes, por força das circunstâncias, emigraram, o que traz impactos significativos na preparação da alta. Observa-se um agravamento das condições de vida das famílias, em que a escassez de rendimentos/aumento de despesas, representam 20% das situações atendidas pelos assistentes sociais do CHLN. Em 2015 dos 6.490 episódios sociais no hospital inteiro, ficaram protelados 117 doentes, com uma média de dias de internamento, após alta clínica, de 27,9 dias (CHLN, 2015).

Observamos neste serviço após cirurgia cardíaca, a alta é cada vez mais precoce, com a diminuição do tempo de hospitalização. Neste âmbito são constantes as dúvidas dos utentes e seus familiares sobre o processo de recuperação, constituindo-se alta, um período de ansiedade, uma vez que se sentem desprotegidos da vigilância constante da equipa de saúde. São

identificadas necessidades de aprendizagem do utente e família sobre os autocuidados (Carvalho, Mamede e Araújo, 2011).

Embora os EEER vão promovendo o autocuidado junto dos utentes e realizam uma síntese de todos os ensinamentos realizados ao longo do internamento ao utente e família, no momento da alta de cada utente, com entrega de informação escrita para encaminhamento pós-alta, este não é feito de forma constante e com o devido tempo.

2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo serão apresentadas todas as estratégias de intervenção profissional que permitiram o desenvolvimento de competências quer de enfermeira especialista de enfermagem de reabilitação quer de mestre, nomeadamente o enquadramento concetual, objetivos, metodologia, resultados, discussão e notas conclusivas.

2.1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

2.1.1. Cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa em processo cirúrgico

Desde o início da história do ser humano, o cuidado está inserido na humanidade, acompanha a evolução dos tempos, convive com as mais variadas formas de sociedade e está no interior das discussões nos diferentes contextos coletivos (Silva et al., 2009). O cuidado faz parte das raízes primárias da existência do ser humano, além de estar presente desde o início da vida, como uma forma de sobrevivência, está também presente em qualquer outra circunstância ou estado em que o homem se encontre (Bocatti et al., 2015).

A Enfermagem integra a história dirigida à prestação de cuidados ao ser humano de acordo com as suas necessidades, face ao seu estado de saúde ou de doença, desde os primórdios do século XIX (Nunes, 2003). O cuidado às pessoas tem sido apontado como o objeto epistemológico da enfermagem (Silva et al., 2009). Os enfermeiros, no universo dos profissionais de saúde, no seio da equipa multidisciplinar, mostram-se como prestadores de cuidados dignos, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo. A sua

expressão não reside apenas no ato praticado, mas também na capacidade de ir ao encontro do outro, a fim de caminharem no sentido de uma melhor saúde (Hesbeen, 2003).

Cuidados de enfermagem de reabilitação

A reabilitação como processo global e dinâmico, orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social, teve o grande impulso e desenvolvimento no século XX, sobretudo nos períodos decorrentes das grandes catástrofes mundiais, tendo sido imputados aos governos os custos económicos, familiares e sociais, decorrentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos e exigidas medidas de reparação e integração. O acesso aos cuidados de reabilitação passou a constituir-se como um direito humano fundamental, consagrado pela Carta das Nações Unidas e na resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2005 (Ministério da Saúde, 2017c).

Segundo Hesbeen (2003, p.76), “o prestador de cuidados tem por missão tentar ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou a natureza da sua afeção”. Segundo o mesmo autor, a experiência em reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para enriquecer qualquer prática dos cuidados (Hesbeen, 2003). Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental e imprescindível para a população em geral e em particular para as pessoas com necessidades especiais. A enfermagem de reabilitação demonstra uma verdadeira preocupação pelo outro, com um olhar não apenas dirigido para a incapacidade da pessoa, mas ajudando-a a aceitar a sua nova condição de vida, mesmo quando a recuperação do seu corpo e o regresso à normalidade deixam de ser possíveis, pelos meios técnico-científicos da medicina (Pestana, 2016).

No preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação, regulamento n.º 125/2015, a reabilitação é considerada como uma especialidade multidisciplinar, com conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas com determinadas patologias (agudas, crónicas ou com sequelas), a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os objetivos gerais da reabilitação focam-se em melhorar a função, a promover a independência e também a máxima satisfação da pessoa.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com base nos problemas reais ou potenciais das pessoas concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados. Promove o diagnóstico precoce e ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (OE, 2011).

A Enfermagem de Reabilitação, promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal. No âmbito das suas intervenções, utiliza técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e intervém na educação dos utentes e pessoas significativas como a família, em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, como na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do utente na comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (OE, 2011).

A enfermagem de reabilitação é uma área de especialização em enfermagem, que contribui fortemente para ganhos em saúde e é atualmente reconhecida, podendo fazer hoje a diferença, não importa o contexto, função em que os enfermeiros trabalhem ou a fase de tratamento ou recuperação da pessoa que cuidam (Pestana, 2016; Santos, 2016).

A pessoa em processo cirúrgico

A intervenção cirúrgica, em seu contexto histórico, foi concebida pela humanidade desde a era primitiva, onde eram travadas batalhas entre os homens e os animais, na luta pela sobrevivência. Caso ocorresse algum ferimento traumático durante essas batalhas, era necessária uma intervenção cirúrgica. Desde essa época até os dias atuais, a cirurgia é aplicada em diversas necessidades de tratamentos, em todas as comunidades: ricas e pobres, rurais e urbanas, e em todas as regiões (Melo, Melo e Silva, 2016; Haynes et al., 2009).

A necessidade de submissão a um procedimento cirúrgico pressupõe um processo que compreende três períodos ou etapas: o pré-operatório que se inicia com a indicação cirúrgica até o transporte do utente para a mesa de cirurgia; o intraoperatório que contempla a cirurgia em si e termina com a entrada do utente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e por

fim o pós-operatório que vai desde a assistência na SRPA até os cuidados na enfermaria de origem ou no domicílio (Amorim e Salimena, 2015).

A cirurgia é um evento complexo e marcante. Segundo Juan (2007:49) “a situação cirúrgica é complexa sendo, pois, um evento multideterminado, com diversas variáveis combinadas que interagem constantemente entre si”. A intervenção cirúrgica, como fenômeno biopsicosociocultural, compreende um conjunto de fatores envolvidos, desde as reações da pessoa diante do diagnóstico e da necessidade da cirurgia, funcionamento e organização do ambiente e da equipa, o desenvolvimento da cirurgia, as técnicas relacionadas, seus resultados e até a cultura em que o utente está inserido interferem no fenômeno como um todo (Juan, 2007).

A duração do internamento, o estado crítico do utente e as terapêuticas agressivas a que é submetido, muitas vezes visível em serviços de cuidados intensivos após uma cirurgia, contribuem para a deterioração física e problemas a nível psicológico (Mendes e Chaves, 2012).

De facto, consideramos importante conhecer o impacto fisiológico, psicológico e social, bem como as possíveis complicações pós-operatórias que advêm de uma cirurgia.

O utente cirúrgico é submetido a grandes transformações durante o período perioperatório, quer a nível físico como psíquico e em resposta a pensamentos, experiências anteriores, que geram muitas vezes sentimentos de incerteza e de fragilidade. O processo cirúrgico desperta inúmeros sentimentos no ser humano como o medo e a ansiedade, sendo este último o mais comum. Geralmente, o utente teme a anestesia, as possíveis alterações na imagem corporal, o ambiente cirúrgico, a morte, as mudanças no estilo de vida e o próprio procedimento cirúrgico (Tenani e Pinto, 2007).

A cirurgia em si é um procedimento que produz reações de stress fisiológico, psicológico e social. A expectativa da cirurgia, no período pré-operatório desperta uma reação de stress fisiológico. O sistema nervoso central ativa o hipotálamo, o sistema nervoso simpático, a hipófise anterior e posterior, a medula supra-renal e o córtex. Esta ativação resulta na libertação das catecolaminas e hormonas, responsáveis pelos eventos fisiológicos que ocorrem na reação ao stress. Os efeitos sistémicos da resposta neuroendócrina manifestam-se por múltiplas e complexas alterações no organismo como: aumento da frequência cardíaca, tensão arterial,

aumento da irrigação sanguínea ao cérebro e de órgãos vitais, diminuição da motilidade e da corrente sanguínea até ao sistema gastrointestinal, glicemia elevada, aumento da frequência respiratória (Boehnlein e Marek, 2003).

No que diz respeito às reações psicológicas, Amorim e Salimena (2015, p.150) referem que as respostas emocionais da pessoa em processo cirúrgico “são múltiplas e permeadas por significativas expressões individuais”. Ainda Walker (2007, p.27) refere que “a cirurgia é inerentemente uma experiência stressante que pode provocar estados emocionais complexos”. Podem surgir no período pré ou pós-operatório sentimentos de ansiedade, medo, incertezas, preocupações, depressão e expectativas negativas sobre o futuro (Amorim e Salimena, 2015; Santana et al., 2010; Boehnlein e Marek, 2003).

No período pré-operatório quando um utente recebe a notícia de que terá de se submeter a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento em sua vida (Juan, 2007). Quando o utente está na expectativa da cirurgia, a ansiedade, o stress e o medo são condições esperadas e experienciadas. O carácter stressante da intervenção cirúrgica “depende diretamente das características da doença, sua duração, a intensidade, a gravidade, os sintomas que produz, a incapacidade que gera e a possibilidade de cura por outros meios (Juan, 2007, p.50)”.

No pós-operatório as experiências como a dor e o desconforto, alterações da imagem corporal ou na função, o aumento da dependência, perda de controlo, questões familiares ou alterações no estilo de vida levam a várias respostas (Boehnlein e Marek, 2003). Muitos utentes sentem incertezas relacionadas com o prognóstico, com o tratamento, ou preocupações com a família, com o emprego entre outras (Amorim e Salimena, 2015).

O internamento pode levar o utente a sofrer uma rutura com os vínculos sociais estabelecidos. Este por afastar-se temporariamente do convívio com os amigos e familiares e diminuir ou extinguir as atividades laborais vê limitada a sua autonomia. A própria família do utente necessita de uma adaptação a mudanças temporárias ou prolongadas de funções (Boehnlein e Marek, 2003).

O tratamento cirúrgico pode prevenir a perda de vida ou de integridade física da pessoa, porém, está associada a um considerável risco de complicações e de morte (Haynes et al., 2009).

A taxa de ocorrência de complicações major documentada é de 3-22 % dos procedimentos cirúrgicos em regime de internamento e a taxa de mortalidade é de 0,4-0,8%. Estima-se que os eventos adversos afetam 3-16% de todos os utentes internados, sendo que mais de metade desses eventos poderiam ser evitáveis. Apesar do aumento de conhecimentos relacionados com a segurança cirúrgica, pelo menos metade dos eventos ocorrem durante o ato cirúrgico. Assumindo uma taxa de 3% de eventos adversos perioperatórios e uma taxa de 0,5% de mortalidade global, quase 7 milhões de utentes cirúrgicos terão complicações significativas em cada ano, onde 1 milhão morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia (DGS,2010).

No período após a cirurgia a pessoa apresenta um risco muito elevado de complicações pulmonares, devido ao aumento das secreções, à redução da expansão pulmonar e à depressão do centro respiratório, estando estas dependentes de fatores do foro cirúrgico, como a anestesia geral, analgesia e a dor (Cordeiro e Menoita, 2012). As complicações pulmonares que predominam no pós-operatório são a hipoxemia, a atelectasia, a pneumonia e derrame pleural, diferindo consoando o tipo de abordagem cirúrgica (Cordeiro e Menoita, 2012).

A anestesia representa, por diversos fatores, um risco para os utentes, tendo sido considerada, durante muito tempo, mais perigosa do que a cirurgia em si (Boehnlein e Marek, 2003). A anestesia geral tem efeitos deletérios sobre o aparelho respiratório, pelo facto de exigir uma intubação endotraqueal, com utilização de prótese ventilatória, o uso de medicação, de gases anestésicos e de quantidade de oxigénio em concentrações inspiratórias elevadas. Estes fatores originam um aumento na viscosidade das secreções brônquicas e a redução da sua velocidade de deslocação e de eliminação. Verifica-se que há também uma redução na sensibilidade do centro respiratório, por narcose anestésica e consequentemente uma diminuição da eficácia da eliminação de dióxido de carbono, podendo resultar numa depressão do centro respiratório (Cordeiro e Menoita, 2012). A inibição da ventilação espontânea pela anestesia leva à hipoxia, enquanto as manobras para controlar a via aérea podem levar a lesões. Imediatamente após uma anestesia geral podem ocorrer sonolência prolongada e debilidade, em geral, resultados de efeitos prolongados dos miorelaxantes (Boehnlein e Marek, 2003).

Numa cirurgia torácica ou abdominal alta ocorrem sempre traumatismos junto do diafragma, podendo condicionar a disfunção dos músculos respiratórios, causado pela incisão, pela inibição do reflexo do nervo frénico e de outros nervos que inervam os músculos respiratórios (Malcato, 2016).

Sendo as complicações pulmonares as mais comuns, nos utentes com patologia respiratória conhecida, a possibilidade de ocorrência destas complicações noutros utentes associa-se a outros fatores de risco como: idade superior a 60 anos, obesidade, sexo masculino, procedimentos cirúrgicos críticos, duração da cirurgia superior a quatro horas, intervenções abdominais e torácicas e anestésicos (Boehnlein e Marek, 2003).

A dor, por outro lado, é infelizmente um acontecimento comum, após a maioria de procedimentos cirúrgicos. A dor pós-operatória mais severa observa-se, segundo Boehnlein e Marek (2003:594) “depois de cirurgias intratorácicas, intra-abdominais e grandes cirurgias ortopédicas”.

A dor resulta da agressão muscular durante a cirurgia, das incisões cirúrgicas e dos locais de inserção dos drenos abdominais/torácicos, restringindo a mobilidade do utente, limitando a expansão torácica e prejudicando a mobilização adequada das secreções (Cordeiro e Menoita, 2012). A dor no local da incisão é a mais comum, mas a presença de dor pelo posicionamento ou áreas de pressão durante a cirurgia pode também ocorrer. Outros fatores, que podem contribuir para a sensação de dor devem-se: à pressão do edema tecidual, distensão vesical, infeções, espasmos musculares à volta da incisão, pensos ou gessos apertados, o limiar e a reação do utente à dor (Boehnlein e Marek, 2003).

O prolongamento da imobilidade da pessoa em processo cirúrgico, por instabilidade hemodinâmica, da atividade elétrica e da função respiratória podem resultar em outras complicações decorrentes da disfunção muscular (Malcato, 2016). O estudo levado a cabo por Mendes e Chaves (2012), com o objetivo de conhecer as alterações da mobilidade que afetam os utentes com alta da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Amato Lusitano, após um internamento superior a uma semana, verificou que mais de 90% dos utentes desenvolveram alterações na força muscular, desde situações ligeiras a quadros graves de fraqueza generalizada. Foram também identificadas relações positivas entre o grau de comprometimento da força muscular e o grau de dependência. No momento da alta clínica 80% dos utentes apresentavam um grau de dependência total ou grave. A fraqueza muscular diretamente relacionada com a perda de autonomia, levou a elevado número de doentes a ter alta da UCI, num estado ainda de dependência total ou grave.

Nos doentes neurocirúrgicos existe também um alto risco de complicações neurológicas e sistêmicas, mesmo em procedimentos eletivos. As complicações neurológicas mais observadas no pós-operatório de cirurgias cranianas eletivas incluem: a diminuição do nível de consciência, o vasoespasm cerebral, convulsões refratárias, reoperações, hemiparesias e hematomas intraparenquimatosos. Em cirurgias não eletivas são também relatadas a hipertensão intracraniana, os défices motores, o hematoma subdural recorrente, a hemorragia intraparenquimatosa, o vasospasmo e até convulsões. As complicações sistêmicas no pós-operatório de neurocirurgias eletivas incluem náuseas e vômitos, hipotensão, desconforto respiratório e infecção do local cirúrgico. Em cirurgias não eletivas, também estão presentes a dor e infecções nosocomiais (Siqueira e Diccini, 2017).

Com implicações significativas para a saúde pública, as complicações pós-cirúrgicas podem ser devastadoras para os utentes e dispendiosas para os sistemas de cuidados de saúde (Haynes et al., 2009). Os efeitos das complicações podem ser o aumento da morbidade e mortalidade, aumento dos tempos de internamento hospitalar (Cordeiro e Menoita, 2012).

As complicações pós-operatórias são até mesmo definidas como uma segunda doença inesperada, que ocorre até trinta dias após o procedimento, ou a exacerbação de uma mesma doença preexistente em decorrência da cirurgia (Neto, Thomson e Cardoso, 2005). O crescente volume anual de cirurgias fez emergir a necessidade de se prevenir complicações cirúrgicas. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, publicado em diário da república define como metas a atingir no final de 2020 o aumento da segurança cirúrgica (Despacho n.º 1400-A/2015).

A pessoa, segundo a OE (2001, p. 8) é “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada um num ser único”. Na procura de melhores níveis de saúde, é preciso ter em conta como cada pessoa vivencia um projeto de saúde, como desenvolve processos intencionais baseados nos seus valores, crenças e desejo pessoal.

Em suma, a experiência da cirurgia pode ser de grande importância independentemente se alguns atos cirúrgicos sejam considerados como procedimentos menores. As pessoas em processo cirúrgico, por estarem numa situação de saúde-doença, vivenciarem o período peri-operatório e estarem sujeitas a mudanças físicas, psicológicas ou sociais, complicações pós-

operatórias e outras condições inerentes à hospitalização, estão também numa situação de maior fragilidade e vulnerabilidade.

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em processo cirúrgico

Conhecer e compreender o utente no seu processo cirúrgico após uma cirurgia possibilita um planeamento de ações mais sistematizadas, oferecendo subsídios para melhoria da qualidade de vida destas pessoas (Carvalho, Mamede e Araújo, 2011).

O EEER tem um papel privilegiado na equipa multidisciplinar, quer no período pré-operatório, quer no pós-operatório, na promoção da autonomia da pessoa, bem como na adaptação ao seu novo contexto de vida e no aumento da sua qualidade de vida (Freitas, 2014). Eles também um importante papel na prevenção e minimizando a ocorrência das complicações pós-cirúrgicas, tais como complicações pulmonares e de um modo global as inerentes à imobilidade ou diminuição da mobilidade e, em resultado da limitação funcional imposta por este tipo de tratamento, contribuindo para a restauração da saúde do indivíduo em menor tempo possível (Malcato, 2016). Promover e manter o autocuidado nas pessoas é um papel central da intervenção do enfermeiro (Galvão e Janeiro, 2013).

Face às condições de dependência da pessoa em processo cirúrgico, a orientação de enfermagem ao utente, aos seus familiares e a outras pessoas que o apoiam na sua recuperação é de extrema importância, para que sua evolução e reabilitação sejam otimizadas (Carvalho, Mamede e Araújo, 2011).

2.1.2. Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, no doente em processo cirúrgico – Revisão sistemática da Literatura

A prática clínica que seja fundamentada em conhecimento científico e avaliada de maneira mensurável, clara e objetiva favorece e direciona o desenvolvimento de melhorias, além de contribuir para o planeamento e implementação de intervenções que atendam às necessidades dos utentes (Santos e Rennó, 2013). Desta forma, para contribuir e somar esforços à excelência

dos cuidados de enfermagem de reabilitação, houve a necessidade de realizar uma revisão sistemática da literatura, para identificar as melhores evidências científicas e atuais sobre indicadores sensíveis relativos ao utente cirúrgico, ao nível do autocuidado e desta forma contribuir para ações efetivas que resultem em ganhos para a saúde. Recorreu-se a uma revisão sistemática da literatura que segundo Pedreirinho et al. (2016, p. 547) é um método que possibilita a pesquisa, a avaliação crítica e a síntese das evidências, sendo o seu produto final “o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução dos custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas”. Corroborando Pereira e Bachion (2006, p.492) mencionam que constitui “uma revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida buscando minimizar os erros nas conclusões”.

Passamos a descrever a revisão sistemática da literatura realizada no que respeita ao seu objetivo, pergunta, metodologia, critérios de inclusão, critérios de exclusão, resultados e principais conclusões.

Objetivo

Identificar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado, em relação às pessoas em processo cirúrgico.

Pergunta

Para dar resposta ao objetivo delineado foi elaborada uma questão utilizando o método PI(C)O, que serviu como ponto de partida para a presente revisão sistemática da literatura. A questão formulada foi a seguinte: *quais os indicadores (Outcomes) sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Intervention), ao nível do autocuidado (Intervention), nas pessoas em processo cirúrgico (Population)?*

Metodologia

Após a formulação desta pergunta norteadora foi feita uma pesquisa exaustiva sobre o tema em estudo durante o mês de novembro de 2017. A pesquisa incidiu na base de dados eletrónica da EBSCO host (MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text e MedicLatina), com

os seguintes descritores: “Nursing”, “Nursing care”, “Nursing Intervention”, “rehabilitation”, “rehabilitation nursing” “quality of life”. “Postoperative”, “Cardiac surgery”, “neurosurgery” e com os operadores booleanos “and” e “or”. Os descritores foram procurados na EBSCO host com a seguinte ordem: [(Nursing) or (Nursing care) or (Nursing Intervention)] AND [(rehabilitation) or (rehabilitation nursing) or (quality of life)] AND [(Postoperative) or (Cardiac surgery) or (neurosurgery)]. Todos os descritores foram previamente validados e procurados em texto integral e pesquisados retrospectivamente até 2010.

Posteriormente definiram-se todos os critérios de inclusão e exclusão a utilizar durante a pesquisa. Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos com metodologias quantitativas e/ ou qualitativas, no idioma de Inglês, e referentes aos últimos 7 anos (2010-2017). Relativamente aos participantes (P) foram incluídos somente pessoas adultas em processo cirúrgico; no que se refere à intervenção (I), contemplaram-se as ações de enfermagem nos diversos contextos cirúrgicos e nos resultados (O) foram escolhidos os artigos que demonstrassem indicadores de qualidade diretamente ligados à reabilitação. Nos critérios de exclusão foram estabelecidos todos os artigos com metodologia ambígua, repetidos em ambas as bases de dados (140 artigos), sem correlação com o objeto de estudo e com datas inferiores a 2010.

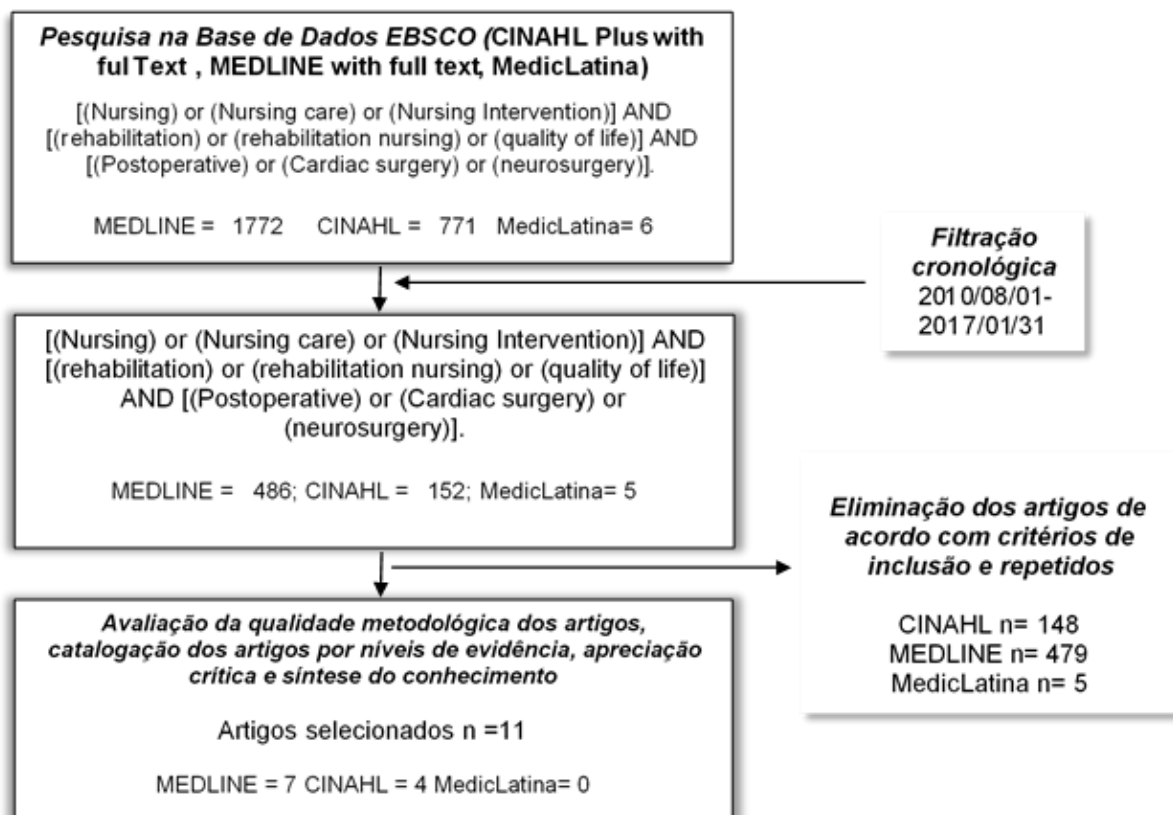
Durante a seleção dos estudos, a avaliação do título e análise do resumo permitiu identificar se os artigos cumpriam os critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção. Quando o título e os resumos dos estudos não eram esclarecedores, foi feita a leitura do artigo na íntegra para minimizar o risco de perda de estudos importantes para a realização desta revisão sistemática. Uma segunda leitura mais profunda e sistemática do que a primeira, do artigo integral, permitiu verificar a existência de resposta à pergunta, que norteia a presente revisão e aprofundar certos aspetos do tema.

Face aos 20 artigos selecionados, procedeu-se à avaliação crítica dos mesmos, ou seja, confiáveis e de qualidade metodológica. Com o intuito de clarificar e identificar as diferentes metodologias utilizadas em cada um, assim como a amostra e as técnicas de recolha de dados, a que se referem, foram primariamente apreciados os níveis de evidência de cada artigo e recorreu-se aos contributos de Melnyk e Fineout-Overholt (2005), que definem seis níveis de evidência: Nível I – Revisões sistemáticas (meta-análises, linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas); Nível II – Estudos experimentais; Nível III – quase

experimentais; Nível IV – Estudos não experimentais; Nível V – Relatórios de avaliação de programas/ revisões de literatura; Nível VI – Opiniões de autoridades/ painéis de consenso. Esta classificação não tem a pretensão de escalar por ordem de importância, mas sim de identificar os diferentes tipos de produção de conhecimento implícitos

Posteriormente utilizou-se os pressupostos de Briggs (2017) para avaliação da qualidade metodológica, em que somente foram incorporados, os artigos que obedeciam a mais de 50% dos critérios de qualidade, considerados no JBI - QARI Critical Appraisal Tools e JBI – MASTARI Critical Appraisal Tools. Todos os artigos foram analisados por dois autores (Vilelas, 2009). Desta filtração resultaram 11 artigos, que constituíram o material final de análise (MEDLINE n= 7; CINAHL n= 4; MedicLatina n= 0). O percurso metodológico que possibilitou a apresentação dos dados, encontra-se explicitado na figura n.º 1.

Figura n.º 1- Processo de pesquisa e seleção



Resultados

Na presente revisão sistemática da literatura foram identificados onze artigos publicados entre 2010 e 2017. Para aumentar a transparência dos resultados, sistematizando os dados e facilitando a sua análise e interpretação, explicita-se nas tabelas inframencionadas a síntese de informações recolhidas (Tabela n.º 1). Estas informações constituíram o substrato para a elaboração da discussão e respetivas conclusões.

Quadro n.º 1- Síntese dos estudos analisados

<i>Autor/nível de evidência</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Resultados</i>
Autores: Samarase et al. (2010). Metodologia: Revisão da Literatura sem metanálise Nível de evidência: V	Explorar os fatores que podem contribuir para uma má gestão da dor, em utentes submetidos a cirurgia abdominal	- Educação pré-operatória insuficiente, para o doente e cuidadores; - Avaliação inadequada da dor - Falta de comunicação para questionar níveis da dor - Controlo inadequado da dor
Autores: Gregersen et al. (2011) Metodologia: Quantitativa. Estudo experimental. Ensaio controlado randomizado. Nível de evidência: II Participantes: 85 receberam uma nova e padronizada intervenção de reabilitação padronizada e 153 residentes, o método padronizado.	Comparar 2 abordagens de intervenção geriátrica em utentes com fratura da anca.	- Observou-se ganhos positivos no método de intervenção Tailor-Made intervention em comparação com o método de intervenção padronizado que: reduziu a taxa de readmissão (14% versus 26%) e a taxa mortalidade de 30 dias.
Autores: Lofgren et al. (2015) Metodologia: quantitativa. Os doentes foram recrutados durante um período de 12 meses, uns para um grupo de intervenção tratado com um programa de reabilitação pós-operatório individualmente projetado e outros para um grupo de controlo tratado de forma tradicional, acordo com as rotinas dos hospitais. Tipo de estudo: Ensaio controlado randomizado Nível de evidência: II	Investigar se o empoderamento do utente, juntamente com um programa de reabilitação pós-operatório projetado individualmente, pode reduzir a duração do internamento e se os doentes teriam melhores hipóteses de retornar à sua vida anterior.	- O tempo médio de permanência foi 4 dias menor no grupo de intervenção do que no grupo controlo ($p = 0,04$). - Os utentes do grupo de intervenção retornaram à sua vida anterior em 90% em comparação com 80% no grupo controlo ($p < 0,05$).

<i>Autor/nível de evidência</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Resultados</i>
<p>Participantes: 503 utentes com fratura da anca, 285 no grupo de intervenção e 218 no grupo controlo.</p>		
<p>Autores: Lin et al. (2013). Metodologia: Estudo descritivo com amostragem de conveniência. Não experimental Nível de evidência: IV Participantes: 100 utentes ortopédicos, de dois hospitais de Taipei. 79,0% receberam reabilitação orientada por enfermeiros, enquanto apenas 6,0% foram instruídos por um fisioterapeuta.</p>	<p>O objetivo deste estudo foi compreender os padrões de reabilitação pós-operatória de doentes ortopédicos e explorar fatores que afetaram a sua recuperação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes instruídos pela equipa de enfermagem tiveram uma melhor compreensão de como realizar exercícios de reabilitação e atividades de vida diárias. - O apoio e incentivo da equipa profissional, por sua vez, conduzem a resultados positivos na restauração da função física. - Ao promover a qualidade da gestão da dor, a recuperação funcional dos utentes após uma operação também pode ser aprimorada. - O tempo para a primeira deambulação pós-operatória e se a equipa de enfermagem forneceu instruções sobre exercícios de reabilitação serviram como preditores do estado funcional pré-alta, representando 11,2% da variância total. - Somente quando os horários de reabilitação são devidamente seguidos, o caminho para a recuperação pode ser totalmente bem-sucedido. A equipa profissional deve incluir os cuidadores familiares ao oferecer instruções de cuidados de saúde, o que ajudará numa recuperação pós-operatória.
<p>Autores: Marchand et al. (2016). Metodologia: Revisão sistemática da Literatura com metanálise. Nível de evidência: I</p>	<p>Identificar as práticas atuais e os resultados relevantes, notificadas pelo utente em relação aos protocolos de reabilitação direcionados à coluna lombar nas configurações do procedimento perioperatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os programas de reabilitação, em sua maior parte, incluíram alguma forma de exercícios de fortalecimento muscular sozinhos ou em combinação com exercícios de estabilização, condicionamento aeróbio, alongamento ou educação. - Os componentes do programa incluem intervenções ativas e assistidas combinadas com vários meios de educação e discussão. - Os protocolos de reabilitação multimodal após a cirurgia lombar podem ser utilizados para melhorar as medidas de resultado objetivas e relatadas pelo utente como dor, deficiência e função física.
<p>Autores: Perkins et al. (2012) Metodologia: Revisão sistemática da Literatura Pesquisa em base de dados electrónica MEDLINE, Embase Cumulative Index to Nursing e Allied Health Literature Nível de evidência: I</p>	<p>Descrever as causas comuns de deficiência e destacar intervenções terapêuticas que possam otimizar o resultado após a amputação traumática dos membros inferiores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dor, doenças psicológicas, diminuição da função física e vocacional e o aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular foram causas comuns de incapacidade; - Uma gestão pré-operatória adequado e as técnicas operacionais, em conjunto com reabilitação adequada e acompanhamento pós-operatório, podem levar a um melhor resultado do tratamento e à satisfação do utente.

<i>Autor/nível de evidência</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Resultados</i>
<p>Autores: Pezzin, Padalik e Dillingham (2013). Metodologia: estudo de coorte prospectivo Nível de evidência: II Participantes: 297 utentes submetidos a amputações.</p>	<p>Examinar o efeito pós-reabilitação na depressão e no funcionamento emocional e social dos doentes submetidos a amputações disvasculares, das principais extremidades inferiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrou-se associação entre redução de sintomas depressivos e sofrimento emocional e a gestão após amputação de membros inferiores numa unidade de reabilitação hospitalar. - As melhorias duradouras no ajuste psicológico podem ser o resultado de uma ampla educação individual e familiar que pode ter influenciado os resultados psicológicos e sociais melhorados observados neste estudo
<p>Autores: Roth et al. (2014) Metodologia: Estudo observacional, prospectivo; Nível de evidência: IV Participantes: 297 participantes com 21 anos ou mais, submetidos a grandes amputações dos membros inferiores.</p>	<p>Testar as hipóteses de que doentes internados em centros de reabilitação, que receberam cuidados de reabilitação após amputações dos membros inferiores têm uma melhor experiência no uso de próteses, manifestam uma melhor satisfação e têm menos efeitos adversos no uso das próteses do que utentes que sejam tratados em centros de enfermagem especializados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apenas 149 (50,2%) dos 297 participantes do estudo tiveram prótese nos 6 meses acompanhamento. - Doentes tratados nos em centros de reabilitação usaram sua prótese mais horas por semana (52,8 versus 36,2 h / semana ou 46% maior uso), experimentaram menos dor relacionada à prótese (16% versus 33,7%) e ficaram mais satisfeitos com a marcha (76,1% versus 59,3%) do que os utentes tratados em Instalações de enfermagem qualificadas.
<p>Autores: Sun, J., e Chen, W. (2015). Metodologia: quantitativa Nível de evidência: II Participantes: 40 utentes em coma por lesão traumática.</p>	<p>Avaliar o papel da musicoterapia em utentes com lesão cerebral traumática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Em 40 casos, o valor da escala de Comas de Glasgow aumentou no grupo após musicoterapia quando comparado ao grupo controle. A diferença entre os dois grupos foi significativa. Através do EEG quantitativo e o score de observação da escala de Coma de Glasgow, verificou-se que a terapia musical em doentes em coma após trauma craniocerebral tem um efeito positivo, para recuperar a consciência - Pode ser um suporte válido para tratar esses utentes.
<p>Autores: Moradian et al. (2017) Metodologia: ensaio clínico randomizado. Estudo experimental. Nível de evidência: II</p>	<p>Examinar o efeito da mobilização precoce sobre a incidência de atelectasia e derrame pleural em utentes submetidos a revascularização do miocárdio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atelectasia e o derrame pleural foram reduzidos em grupo experimental. A pressão parcial de oxigênio no sangue arterial no terceiro dia pós-operatório e a percentagem de saturação arterial de oxigênio quarto dia pós-operatório foram maiores no grupo de intervenção (valor de $P < 0,05$).

<i>Autor/nível de evidência</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Resultados</i>
Participantes: 100 utentes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio		
Autores: Hansen et al. (2017) Metodologia: qualitativa Nível de evidência: IV Participantes: 9 utentes submetidos a cirurgia valvular cardíaca.	Estudar as experiências dos utentes, num programa de reabilitação cardíaca	A reabilitação cardíaca desempenhou um papel importante em: - Reduzir a insegurança e ajudar os participantes a assumir a responsabilidade pessoal ativa pela saúde. - Sentindo-se seguros sobre tornar-se fisicamente ativo. - Todos os participantes sentiram que o programa de treino físico, os ajudou a reunir coragem para se tornarem fisicamente mais ativos e se reencontrarem nas atividades cotidianas.

Discussão

Após análise de todos os estudos selecionados foi possível identificar 41 indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, no utente em processo cirúrgico, ao nível do autocuidado.

Começou-se por apresentar os indicadores no quadro n.º 2, segundo as três dimensões da tríade proposta no modelo de Donabedian (2005) (estrutura, processos e resultados), um dos principais estudiosos da temática da qualidade na área da saúde (Santos e Rennó, 2013).

Quadro n.º 2- Indicadores de estrutura, processo e resultados

	Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Intervenção multidisciplinar</i>: Gregerson et al., (2011); Perkins et al. (2012); Pezzin, Padalik e Dillingham (2013); Roth, Pezzin, McGinley e Dillingham (2014); - <i>Frequência das intervenções</i>: Lofgren et al. (2015); Perkins et al. (2012); Pezzin, Padalik e Dillingham (2013); Roth, Pezzin, McGinley e Dillingham (2014); - <i>Qualificação dos profissionais</i>: Lin et al. (2013); - <i>Uniformização dos cuidados</i>: Samaraee et al. (2010); Marchand et al. (2016). - <i>Diagnóstico de quedas</i>: Gregersen et al. (2011) - <i>Melhoria na continuidade dos cuidados</i>: Samaraee et al. (2010); Gregersen et al. (2011) - <i>Acompanhamento pré e pós-operatório</i>: Perkins et al. (2012) - <i>Redução do tempo para o primeiro levante pós-operatório, e deambulação</i>: Lin et al. (2013).
Processo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Controlo da Dor</i>: Samaraee et al. (2010); Lofgren et al. (2015); Marchand et al. (2016); Perkins et al. (2012); Roth et al. (2014); - <i>Redução do edema</i>: Roth et al. (2014); - <i>Apoio e Comunicação</i>: Lofgren et al. (2015); Lin et al. (2013); Perkins et al. (2012); - <i>Incentivo e encorajamento</i>: Lofgren et al. (2015); Lin et al. (2013); - <i>Instrução</i>: Lofgren et al. (2015); Moradian et al. (2017); - <i>Educação do doente e família</i>: Samaraee et al. (2010); Lin et al. (2013); Marchand et al. (2016); Perkins et al. (2012); Pezzin, Padalik e Dillingham (2013); Roth et al. (2014); - <i>Fortalecimento muscular</i>: Marchand et al. (2016). - <i>Supervisão</i>: Lofgren et al. (2015) - <i>Interesse e empatia</i>: Lin et al. (2013).
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diminuição da taxa de mortalidade</i>: (Gregersen et al., 2011); - <i>Expectativas do utente realistas</i>: (Samaraee, 2010); - <i>Sentimento de segurança</i>: (Lin et al., 2013; Hansen, 2017); - <i>Melhor funcionamento social</i>: (Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013); - <i>Diminuição do tempo de internamento</i>: Gregersen et al. (2011); Lin et al. (2013); Perkins et al. (2012); - <i>Diminuição da taxa de readmissão hospitalar</i>: Gregersen et al. (2011) - <i>Redução da insegurança pós-alta</i>: Hansen et al. (2017) - <i>Retorno às atividades de vida diárias</i>: Lofgren et al. (2015); Hansen et al. (2017) - <i>Aumento da satisfação do utente</i>: Perkins et al. (2012); Roth et al. (2014) - <i>Diminuição de complicações pós-operatórias físicas e psicológicas</i>: Gregersen et al. (2011); Perkins et al.(2012); Roth et al. (2014); Moradian et al. (2017); - <i>Ganho de Independência funcional</i>: Samaraee et al. (2010); Roth et al. (2014); Sun e Chen (2015); Hansen et al. (2017); - <i>Restauração da função física</i>: Lofgren et al. (2015); Marchand et al. (2016); Perkins et al. (2012); Sun, e Chen (2015); - <i>Estabilização de comorbilidades</i>: Roth et al. (2014); - <i>Diminuição de sintomas depressivos</i>: Pezzin, Padalik e Dillingham (2013); - <i>Redução do sofrimento emocional</i>: Pezzin, Padalik e Dillingham (2013); - <i>Diminuição da ansiedade</i>: Samaraee et al. (2010);

	Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação
Resultados (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diminuição da fraqueza muscular nos membros inferiores</i>: Lofgren et al. (2015); - <i>Aumento dos conhecimentos do utente e família no período perioperatório</i>: Samaraee et al., (2010); Perkins et al (2012); Sun, J., e Chen, W. (2015); - <i>Aumentar compreensão do utente</i>: Samaraee et al. (2010); Lofgren et al. (2014); - <i>Aumento da responsabilidade pessoal na sua saúde</i>: Lin et al. (2013); Hansen et al.(2017); - <i>Recuperação do estado de consciência</i>: Pezzin, Padalik e Dillingham (2013); - <i>Aumento da mobilidade</i>: Gregersen et al. (2011); Lin et al. (2013); Perkins et al. (2012); Pezzin, Padalik e Dillingham (2013); - <i>Melhoria da função cognitiva</i>: Lin et al. (2013); - <i>Ajuste psicológico</i>: Pezzin, Padalik e Dillingham (2013).

A dimensão “estrutura” abrange os atributos dos locais nos quais o serviço é prestado, os recursos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro), humanos (número e qualificação dos profissionais) e organizacionais (profissionais de saúde, métodos de reembolso). Dentro da dimensão “estrutura”, destacam-se os indicadores *intervenção multidisciplinar* bem como a *frequência das intervenções*. A dimensão “processo” avalia as atividades de cuidados, dividindo-se entre o cuidado e a relação interpessoal. Nesta dimensão, os indicadores mais encontrados são o *controlo da dor, educação ao utente e família, o apoio e comunicação*. Por fim, na dimensão “resultados”, onde se avaliam os efeitos dos cuidados prestados, os indicadores mais evidenciados foram: *diminuição das complicações pós-operatórias, ganho da funcionalidade, restauração função física e aumento da mobilidade*.

Após a análise dos artigos verificou-se também da influência positiva destes indicadores em vários fatores (quadro n.º 2), tais como: Estado funcional, Capacidade Física, Função cognitiva, Relação profissional-Utente, Controle de sintomas, Segurança/ocorrências adversas, Capacitação, Satisfação do cliente, Apoio Psicológico, Utilização dos serviços de saúde e Recursos humanos.

Quadro n.º 3- Relação entre as variáveis de resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem

VARIÁVEIS/RESULTADOS	INDICADORES
<u>Estado funcional</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Retorno às atividades de vida diárias (Lofgren et al., 2015; Hansen et al., 2017); - Ganho de Independência funcional (Samarae et al. (2010); Roth et al. (2014); Sun e Chen (2015); Hansen et al. (2017).
<u>Capacidade física</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Restauração da função física (Lofgren et al.,2015; Marchand et al., 2016); Perkins et al., 2012; Sun, e Chen, 2015); - Aumento da mobilidade (Gregersen et al., 2011; Lin et al., 2013; Perkins et al., 2012); Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013); - Fortalecimento muscular (Marchand et al., 2016); - Redução do tempo para o primeiro levante pós-operatório e deambulação (Lin et al., 2013).
<u>Função cognitiva</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperação do estado de consciência (Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013); - Melhoria da função cognitiva (Lin et al., 2013).
<u>Relação profissional-utente</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação e Apoio (Lofgren et al., 2015; Lin et al.,2013; Perkins et al., 2012); - Incentivo e Encorajamento (Lofgren et al., 2015; Lin et al., 2013); - Interesse e empatia (Lin et al.,2013).
<u>Controlo de sintomas</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo da Dor (Samarae et al., 2010; Lofgren et al., 2015; Marchand et al., 2016); Perkins et al., 2012; Roth et al., 2014); - Redução do Edema (Roth et al., 2014); - Diminuição da fraqueza nos membros inferiores (Lofgren et al., 2015); - Diminuição de sintomas depressivos (Pezzin, Padalik e Dillingham,2013); - Redução do sofrimento emocional (Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013); - Diminuição da ansiedade (Samarae et al., 2010).
<u>Segurança/ocorrências adversas</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da taxa de mortalidade (Gregersen et al., 2011); - Diminuição de complicações pós-operatórias físicas e psicológicas (Gregersen et al., 2011; Perkins et al., 2012; Roth et al., 2014; Moradian et al., 2017); - Estabilização de comorbilidades (Roth et al., 2014);
<u>Capacitação para o autocuidado</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento dos conhecimentos do utente e família no período perioperatório (Samarae et al., 2010; Perkins et al, 2012; Sun e Chen, 2015); - Aumento da compreensão do utente (Samarae et al., 2010; Lofgren et al.,2014); - Aumento da responsabilidade pessoal na sua saúde (Lin et al., 2013); Hansen et al., 2017); - Instrução (Lofgren et al., 2015; Moradian et al., 2017); - Educação individual e familiar (Samarae et al., 2010; Lin et al., 2013; Marchand et al., 2016; Perkins et al., 2012; Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013; Roth et al., 2014); -Supervisão (Lofgren et al., 2015).
<u>Satisfação do utente</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da satisfação do utente (Perkins et al., 2012; Roth et al., 2014); - Expectativas do utente realistas (Samarae et al., 2010); - Sentimento de segurança (Lin et al., 2013; Hansen, 2017); - Melhor funcionamento social (Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013).
<u>Apoio psicológico</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da insegurança pós-alta (Hansen et al., 2017); - Ajuste psicológico (Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013).
<u>Utilização dos serviços de saúde</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição do tempo de internamento (Gregersen et al., 2011; Lin et al., 2013; Perkins et al., 2012); - Diminuição da taxa de readmissão hospitalar (Gregersen et al., 2011); - Acompanhamento pré e pós-operatório;³⁴ (Perkins et al.; 2012); - Melhoria na continuidade dos cuidados (Samarae et al., 2010; Gregersen et al., 2011); - Uniformização dos cuidados (Samarae et al., 2010; Marchand et al., 2016).

VARIÁVEIS/RESULTADOS	INDICADORES
	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção multidisciplinar (Gregerson et al., 2011; Perkins et al., 2012; Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013; Roth, Pezzin, McGinley e Dillingham, 2014); - Frequência das intervenções (Lofgren et al., 2015; Perkins et al., 2012; Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013; Roth, Pezzin, McGinley e Dillingham, 2014); - Diagnóstico de quedas (Gregersen et al., 2011).
<u>Recursos humanos</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação dos profissionais (Lin et al., 2013);

Em consequência da análise destes indicadores e variáveis/resultados, foi possível constatar que a maioria dos estudos em questão, dão especial importância ao controlo de sintomas e à capacitação para o autocuidado dos utentes/família.

O controlo de sintomas, nomeadamente o *controlo da dor* nos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao utente em processo cirúrgico é um indicador transversal aos artigos analisados. Num estudo realizado em dois hospitais em Tapei, cujos participantes foram submetidos a cirurgias ortopédicas, verificou-se que a presença de dor e fraqueza nos membros inferiores influenciavam o início da deambulação e do processo de reabilitação (Lin et al., 2013). A revisão sistemática da literatura levada a cabo por Samarasekera et al. (2010) corrobora com este estudo, ao mencionar que um controlo efetivo da dor, no utente cirúrgico facilita os cuidados de reabilitação, reduz a imobilidade pós-operatória e acelera a recuperação da intervenção cirúrgica. O controlo da dor é um direito das pessoas que delas padecem, dever dos profissionais de saúde e passo rumo à efetiva humanização das Unidades de Saúde (DGS, 2003). Assim, considera-se ser um indicador de monitorização prioritária para os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel importante na capacitação para o autocuidado do utente e sua família (OE, 2011). Porém, a realização de determinados procedimentos cirúrgicos gera inúmeras mudanças na vida de uma pessoa. Os estudos evidenciam exemplos como as amputações dos membros inferiores ou as restrições na mobilidade pelo uso de próteses da anca, etc. (Gregersen, et al., 2011; Marchand et al., 2016; Perkins et al., 2012). No processo de capacitação no autocuidado com vista à adaptação aos problemas de saúde, é importante a análise com o utente e com as pessoas significativas, sobre as alterações da funcionalidade,

estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida (OE, 2015). Neste sentido são indicadores sensíveis à enfermagem de reabilitação a *educação individual e familiar*, sendo este o indicador que evidência maior destaque em todos os estudos analisados, bem como, *o aumento dos conhecimentos do utente e família no período pré e pós-operatório; o aumento da compreensão do utente; aumento da responsabilidade pessoal pela sua saúde; a instrução e a supervisão*. A capacitação do utente ou família, pela equipa de enfermagem de reabilitação traz benefícios para o utente cirúrgico (Lofgren et al., 2015). Neste estudo foram constituídos dois grupos um de intervenção e outro de controlo. O grupo de intervenção que recebeu programa de reabilitação individualmente projetado, informações constantes, *apoio e interesse e empatia* pelos enfermeiros foi o que obteve mais ganhos em saúde, nomeadamente com uma *redução do tempo de internamento* em 4 dias. Para além disso foi o grupo que *retornou mais rapidamente à sua vida anterior* (90% em comparação com 80% no grupo controlo).

Outros indicadores identificados e relacionados com controlo de sintomas são: *Redução do Edema; Diminuição da fraqueza nos membros inferiores; Diminuição de sintomas depressivos; Redução do sofrimento emocional; Diminuição da ansiedade*. A ansiedade, depressão e o stress são estados emocionais presentes no pré-operatório do utente cirúrgico, exacerbadas por um conjunto de fatores como a mudança de papéis familiares e sociais, a incerteza do prognóstico, a perda da independência, os medos em relação ao procedimento cirúrgico, as incapacidades e exigem a adaptação à nova condição (Santos, Martins e Oliveira, 2014). Neste âmbito, o apoio psicológico não deve ser descurado bem como os indicadores a ele associados: *Redução da insegurança pós-alta; Ajuste psicológico*;

Os cuidados de enfermagem de reabilitação centram a sua atenção na manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades. A recuperação da funcionalidade encontra-se presente nos artigos analisados cujos indicadores identificados são: *o retorno às atividades de vida diárias e ganho de Independência funcional*.

Um indicador presente e que teve grande destaque nos estudos analisados foi a *diminuição de complicações pós-operatórias*, que se relaciona com a variável/resultado segurança/ocorrências adversas. No pós-operatório podem surgir complicações respiratórias

como a atelectasias, derrames pleurais, complicações tromboembólicas, infecções, obstipação, contraturas, anemia, desequilíbrios hidroelectrolíticos, entre outros. Todas as complicações pós-operatórias constituem um acontecimento marcante no utente cirúrgico e podem aumentar os custos e a duração do internamento (Moradian, 2017). Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação devem considerar as complicações pós-operatórias como uma importante questão da qualidade dos cuidados e, como tal, devem monitorizar e avaliar intervenções, que promovam ações preventivas e previnam complicações (OE, 2011). Apesar dos grandes avanços das cirurgias, o seu sucesso dependerá de um conjunto de ações que envolvam a preparação pré-operatória e a assistência pós-operatória (Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013). A análise deste indicador torna-se fundamental para contribuir para a minimização das situações adversas ocorridas durante o internamento e para redução do impacto das mesmas.

Por fim, a *intervenção multidisciplinar e frequência das intervenções* assumem extrema importância e estes indicadores estão presentes em alguns estudos. É de salientar que se verificou que a atuação da equipe multiprofissional e o número de intervenções resultam em ganhos em saúde no utente cirúrgico.

Principais conclusões da revisão sistemática da literatura

A garantia da qualidade dos cuidados ao utente cirúrgico deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde. Com a realização desta revisão sistemática da literatura constatou-se que os utentes de diferentes áreas cirúrgicas (ortopédica, vascular, neurocirúrgica e cardíaca) obtêm ganhos em saúde, com as intervenções da enfermagem de reabilitação. Isto permitiu reconhecer indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Ao longo deste trabalho foram identificados 41 indicadores, dos quais se destacam: o controlo da dor, educação ao utente e família, o apoio e comunicação, diminuição de complicações pós-operatórias, ganho da funcionalidade, restauração da função física, o aumento da mobilidade, intervenção multidisciplinar e frequência das intervenções. Os indicadores como o controlo da dor e a diminuição de complicações pós-operatórias ressaltam a necessidade de ações preventivas por parte dos enfermeiros especialistas em reabilitação, que estes possam garantir a promoção do bem-estar e a segurança do utente em processo cirúrgico.

Por outro lado, os indicadores como educação ao utente e família, restauração da capacidade física e funcional entre outros, requerem diagnósticos e intervenções precoces.

Assim, considera-se que foi imperativo conhecer indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, com base nas evidências científicas e que permitem que os enfermeiros tenham uma prática reflexiva e que conduzem as suas ações rumo à excelência dos cuidados. No entanto, recomenda-se um maior investimento nesta área, devido à complexidade dos cuidados cirúrgicos. Do ponto de vista académico, o desenvolvimento desta revisão sistemática da literatura contribuiu para a obtenção de uma perspetiva global da temática, da qual cursa o projeto “Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação”. Ao mesmo tempo ofereceu ferramentas úteis para avaliação dos ganhos em saúde nos cuidados prestados, no âmbito dos ensinamentos clínicos realizados, ao utente em processo cirúrgico.

2.1.3. Modelo Teórico do Autocuidado de Orem

A conceptualização do autocuidado, foi mencionado pela primeira vez no campo da enfermagem em 1958 quando a enfermeira Dorothea Elizabeth Orem passou a refletir acerca do porquê de os indivíduos necessitarem de cuidados de enfermagem. A partir dessa reflexão formou a sua teoria sobre o défice do autocuidado como teoria geral, mas com três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Silva, 2009).

Na teoria do autocuidado de Orem é descrito o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias (Queirós, Vidinha e Filho, 2014). Segundo Orem (2001, p.45) o conceito de autocuidado é mencionado como uma função reguladora, que consiste numa: “(...) ação deliberadamente realizada pelas pessoas, para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes”.

O autocuidado pressupõe a capacidade individual de cada pessoa realizar as atividades de vida diárias para manutenção da vida, saúde e bem-estar, sendo considerado universal por

abranjer todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária e/ou às atividades instrumentais (Queirós, 2010).

Segundo Orem (2001) existem três requisitos de autocuidado, os quais são os requisitos universais de autocuidado, os requisitos de autocuidado de desenvolvimento e os requisitos de autocuidado do desvio da saúde.

Os requisitos de autocuidado universais associam-se a processos de vida e estão relacionados com a manutenção da integridade, estrutura e funcionamento humano. São ações realizadas para se garantir necessidades básicas comuns a todos os seres humanos, durante todo o ciclo vital. Tais como: a ingestão suficiente de água, ar e comida; cuidados associados aos processos de eliminação de excrementos; equilíbrio entre a atividade e o descanso; equilíbrio entre a solidão e a interação social, prevenção de riscos e bem-estar humano; e o desenvolvimento humanos em grupos sociais (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento relacionam-se com os processos vitais de desenvolvimento, durante determinados estágios da vida como por exemplo: o estágio de desenvolvimento intra-uterino, etapa neonatal, infância, adolescência, etapas de desenvolvimento da vida adulta, gravidez. São ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias à manutenção ou promoção da saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento. Têm dois objetivos ter condições ou promover comportamentos para previr a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento ou as condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento (Orem, 2001).

Por fim, os requisitos de autocuidado no desvio de saúde existem quando as pessoas estão doentes, com determinadas patologias, deficiências ou incapacidades, e sob um diagnóstico e tratamento médico. Nestas situações requer-se que procurem assistências médica adequada, estejam conscientes e atendam os efeitos das condições e estados patológicos. São ações com o foco na prevenção, alívio, cura ou controlo de condições humanas indesejadas que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar (Orem, 2001) As características dos desvios de saúde, determinam quais as necessidades de cuidado que as pessoas sentem enquanto vivem o processo de doença (Queirós, Vidinha e Filho, 2014).

O autocuidado de Orem está centrado no paradigma da totalidade, adota o pressuposto de que o ser humano é a somatória de suas partes: é a soma do biológico, psicológico, espiritual e social. O indivíduo não deve unicamente se adaptar ao ambiente, mas sim interagir com o mesmo, podendo ser transformado e transformar o ambiente para atingir os seus objetivos (Silva, 2009). A capacidade ou poder do ser humano em envolver-se no autocuidado, ou seja, a ação do autocuidado, envolve assim diferentes domínios, sendo eles: o domínio cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e do comportamento.

O domínio físico refere-se à capacidade física para realizar a ação do autocuidado; o domínio cognitivo refere-se às habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação do autocuidado, o conhecimento da condição de saúde; o domínio emocional ou psicossocial está relacionado com a atitude, os valores, o desejo, a motivação e a percepção de competência aquando da realização do autocuidado; o domínio do comportamento deve-se às habilidades para executar os comportamentos do autocuidado, se são iniciadas e executadas pelas pessoas, nos prazos adequados e no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar. Quando o autocuidado atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização designa-se de atividade de autocuidado (Tomey e Alligood, 2002).

Existem fatores que podem ser condicionantes do autocuidado, para os quais a teórica Orem (2001) nomeou de fatores condicionantes básicos. Os fatores condicionantes básicos podem afetar a capacidade de cada pessoa de envolver-se no autocuidado ou então afetar o tipo e a quantidade de autocuidado necessário. Podem ser internos ou externos e são exemplos disso os seguintes: a idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores associados ao sistema de saúde como o diagnóstico médico e o tratamento, fatores do sistema familiar, padrões de vida incluindo o envolvimento em atividade do dia-a-dia, fatores ambientais e a adequação e disponibilidade dos recursos (Orem, 2001).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem (Queirós, Vidinha e Filho, 2014). Quando por motivo de doença, idade, estado de desenvolvimento, falta de recursos ou fatores ambientais a necessidade de autocuidado é superior à sua capacidade de o realizar ou seja existe défice de autocuidado (Orem, 1993). Uma doença, uma lesão ou uma disfunção física ou mental podem afetar o autocuidado, permanente ou temporariamente, por alterar a capacidade do utente de

raciocinar, tomar decisões e se empenhar por uma atividade (Orem, 1993). Para a autora a doença ou a lesão não afetam somente as estruturas e o mecanismo fisiológicos ou psicológicos, mas o funcionamento integral do ser humano.

A capacidade para o autocuidado é afetada, surgindo défices de autocuidado como é possível verificar num estudo, realizado num hospital universitário a 27 utentes internados numa clínica cirúrgica comprova exatamente isto, que após serem submetidos a diferentes cirurgias eletivas, identificou diagnósticos reais e de risco de enfermagem, no pós-operatório imediato como: a dor aguda relacionada a agentes lesivos físicos e integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos por rompimento da superfície da pele (100%); mobilidade física prejudicada relacionada com a dor manifestada por amplitude limitada de movimento (85,1%); défices no autocuidados para o banho e higiene íntima (70,3%); défice no autocuidado vestir-se (66,6%) e obstipação (51,8%) (Bertoncello et al., 2014).

Para dar respostas às necessidades de autocuidado as pessoas em processo cirúrgico necessitam de suporte de outrem, sejam familiares, amigos, vizinhos ou profissionais de saúde (enfermeiros) (Patronilho e Machado, 2016).

A última teoria de Orem, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Queirós, Vidinha e Filho, 2014).

O sistema de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades de cada pessoa para desempenhar as atividades do autocuidado. Orem (2001) identificou três sistemas de enfermagem, o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação.

No sistema totalmente compensatório, a pessoa é socialmente dependente de alguém para a sua sobrevivência e bem-estar, não conseguindo envolver-se nas suas ações de autocuidado. O enfermeiro, neste sentido, atende a todos os cuidados terapêuticos ou compensa a incapacidade total do utente para realizar as atividades de autocuidado. O sistema parcialmente compensatório ocorre nas situações em que a função do enfermeiro passa por compensar as limitações da pessoa. Por fim, no sistema de apoio/educação a pessoa possui capacidade para o

autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o desenvolvimento das atividades de autocuidado (Orem, 2001).

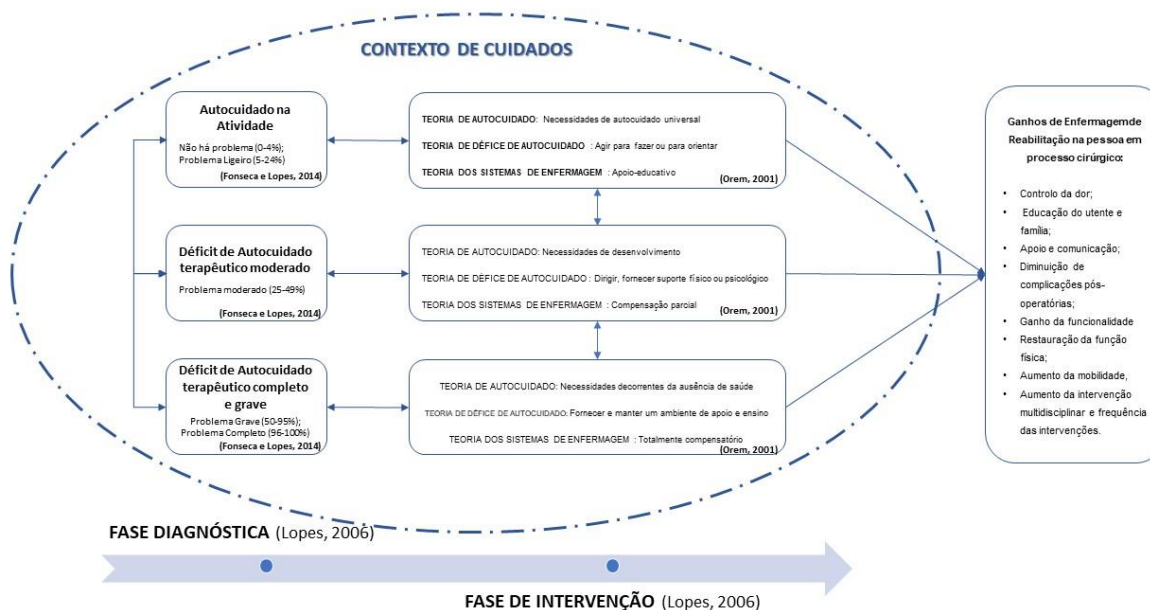
Cabe aos enfermeiros ajustar a sua intervenção no sentido de minimizar os seus efeitos de um défice de autocuidado. São identificados os cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer pela pessoa; 2) guiar e orientar 3) proporcionar apoio físico e psicológico, 4) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar (Orem, 2001).

A dependência no autocuidado apresenta-se como um foco central no processo de cuidados dos EEER, numa orientação para capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado (Petronilho e Machado, 2016). Este conceito é orientador do cuidado e permite a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel das pessoas no autocuidado.

Modelo do autocuidado - uma proposta para os cuidados de reabilitação

A estrutura conceptual do modelo de autocuidado para a pessoa em processo cirúrgico proposto sustenta-se na teoria de médio alcance de Lopes (2006), nas teorias do défice de autocuidado (Orem, 2001), e nas teorias no continuum da funcionalidade/incapacidade proposto por Fonseca e Lopes (2014). Apresenta-se em seguida uma proposta do modelo, na Figura n.º 2.

Figura n.º 2- Modelo do autocuidado uma proposta dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



Segundo Lopes (2006), no contexto dos cuidados, existem duas fases fulcrais, a fase diagnóstica e a fase de intervenção. Numa primeira fase, a qual se designa de diagnóstica o enfermeiro avalia a situação do utente, que capacidades possui, o que este sabe, o que o preocupa e as estratégias que apresenta. Perante uma avaliação funcional do utente, no contexto dos cuidados cirúrgicos, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação podem encontrar pessoas com autocuidado na atividade, com défice de autocuidado terapêutico moderado e défice de autocuidado terapêutico completo ou grave.

Segundo Fonseca e Lopes (2014) existe correspondência entre o autocuidado na atividade e os perfis funcionais. Ou seja, ao autocuidado na atividade corresponde o perfil funcional não há problema (0-4%) e problema ligeiro (5-24%). O autocuidado terapêutico moderado corresponde ao perfil funcional de problema moderado (médio, regular 25-49%) e o défice de autocuidado grave/completo aos perfis funcionais de problema grave (50-95%) e problema completo (96-100%).

Após avaliar o utente, segue-se a fase interventiva em que perante cada necessidade é tomada uma determinada atitude terapêutica. Se a pessoa apresentar autocuidado na atividade a própria pessoa apresenta requisitos universais de autocuidado, por exemplo faz uma manutenção de uma ingestão suficiente de água, ou faz uma manutenção do equilíbrio entre a atividade e o

repouso. Caso não detenha estes requisitos esta precisa de agir para fazer ou orientar. Nesta situação o enfermeiro promove um sistema de apoio/educação, que consistem em apenas apoiar, orientar e instruir para o desenvolvimento das atividades de autocuidado (Orem, 2001).

A pessoa com autocuidado terapêutico moderado, já com necessidades superiores à capacidade precisa de necessidades de desenvolvimento. Neste caso o enfermeiro precisa de dirigir, fornecer suporte físico ou psicológico. Isto é possível por um sistema de compensação parcial, que que a ação profissional passa por realizar tarefas de autocuidado. A sua função é compensar as suas limitações.

Por fim num défice de autocuidado terapêutico grave ou completo a pessoa não consegue envolver-se nas ações de autocuidado devido ausência de saúde. A função do enfermeiro passa por fornecer e manter um ambiente de apoio e ensino, sendo a sua ação totalmente compensatória (Orem, 2001)

Este modelo prevê a obtenção de ganhos observados nos seguintes indicadores: o controlo da dor, educação do utente e família, apoio e comunicação, diminuição das complicações pós-operatórias, ganho da funcionalidade, restauração da função física, aumento da mobilidade, aumento da intervenção multidisciplinar e frequência das intervenções.

Cabe à enfermagem direcionar o ser humano para compreender e atuar nos seus padrões de saúde e assim obter ganhos em saúde.

2.2. OBJETIVOS

Perante tudo o que foi dito até agora, formulámos a seguinte pergunta de investigação: quais os ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nas pessoas em processo cirúrgico, com

base no modelo do autocuidado? Definiram-se três objetivos a atingir com a realização do projeto de intervenção, os quais foram:

- ❖ Avaliar a funcionalidade das pessoas em processo cirúrgico;
- ❖ Aprofundar e adquirir competências na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em processo cirúrgico;
- ❖ Definir ganhos de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em função dos diferentes níveis de funcionalidade, com base no modelo de autocuidado.

2.3. METODOLOGIA

O presente estudo classifica-se como descritivo e exploratório. Para a sua realização foi utilizada uma metodologia qualitativa, com base nos pressupostos teóricos e metodológicos do estudo de caso de Robert Yin (2003), em associação com a teoria de médio alcance de Manuel Lopes (2006).

O estudo caso, com uma abordagem de pesquisa qualitativa, procura a explicação sistemática, completa e detalhada dos factos que ocorrem no contexto social e que, regulamente se relacionam com uma multiplicidade de variáveis (Yin, 2003). Distingue-se do típico estudo de caso clínico, permitindo o acesso ao conhecimento holístico, acerca de eventos da vida real (Yin, 2003). O estudo caso apresenta ainda outras vantagens como o estabelecimento de relações entre as variáveis e a possibilidade de conduzir à formulação de hipóteses (Fortin, 2009). Tem um real valor científico pelo seu carácter profundo de análise, das múltiplas observações a que dá lugar e dos comportamentos-tipo que permite isolar (Yin, 2003).

O fenómeno em estudo (quais os ganhos obtidos dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa em processo cirúrgico) ocorre em dois contextos cirúrgicos diferentes

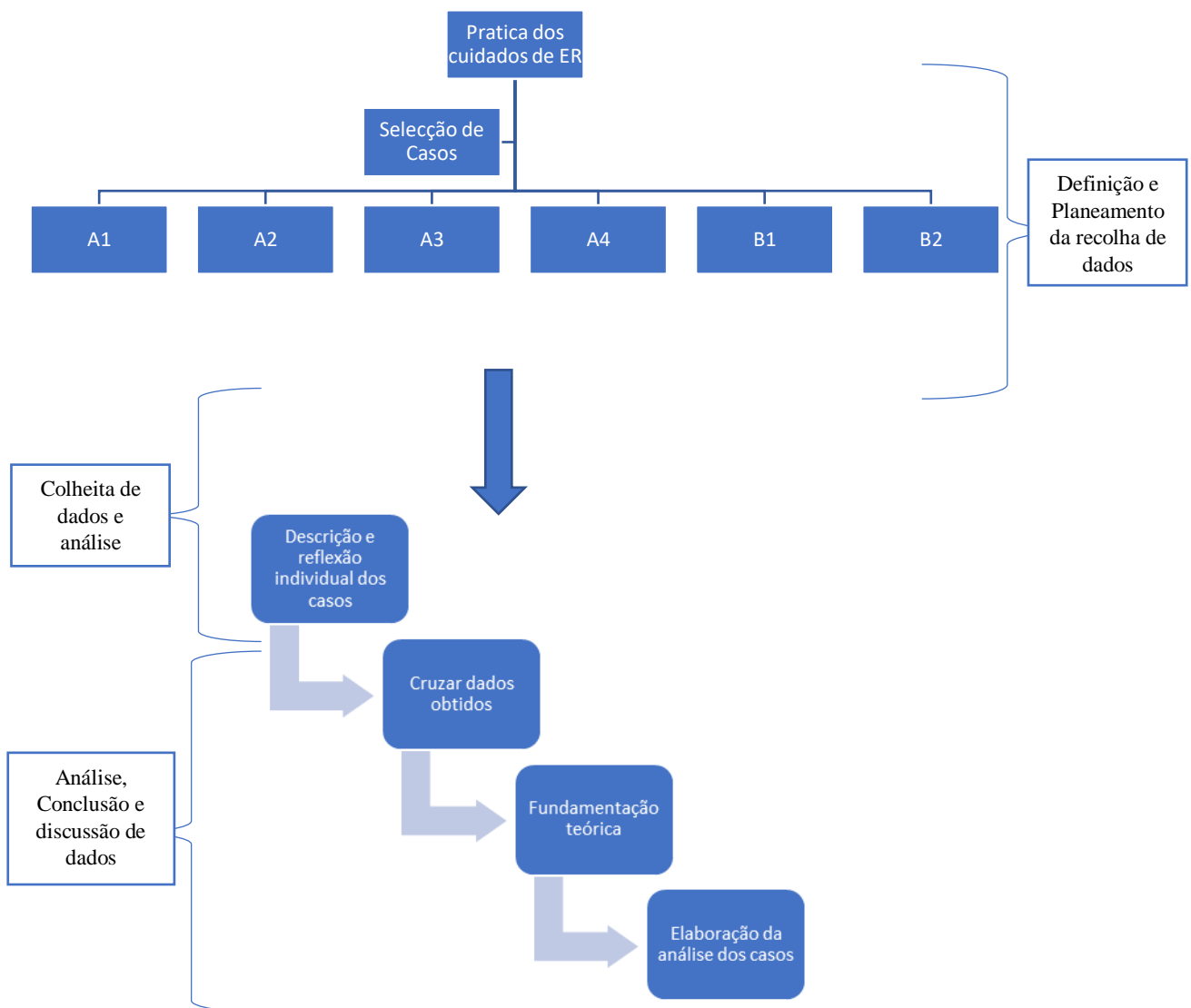
(neurocirurgia e cirurgia cardiotorácica) e é complexo e subjetivo, pois tanto podem ser sentidos e apreciados os ganhos sensíveis dos cuidados de reabilitação pelos utentes, de forma individual, como diretamente observados e avaliados pelos enfermeiros. Neste sentido considerou-se esta metodologia uma estratégia investigativa adequada a utilizar, na medida que reconhece a complexidade dos contextos, centra-se no processo, é flexível (Walshe et al., 2004) e utiliza variados métodos para explorar, descrever e explicar com detalhe o fenómeno de interesse (Payne et al., 2007; Yin 2003).

De forma a obter uma maior riqueza de dados, comparar e contrastar os resultados obtidos, refletindo deste modo sobre as práticas de cuidados de reabilitação, optou-se por escolher o desenho do estudo de caso múltiplo, no seu total seis estudos (Yin, 2003). Uma característica importante dos estudos de caso múltiplos é que permite o acesso a diferentes perspetivas relativas ao mesmo fenómeno o que promove uma visão mais completa, holística e contextual (McDonnell, Jones e Read, 2000).

Yin (2003) propõe as seguintes fases: a definição e planeamento, em seguida a preparação, colheita e análise e por fim a análise e conclusão. Na etapa inicial deve-se atentar para o desenvolvimento de um protocolo, onde conste uma visão geral do projeto, definição de procedimentos a adotar. Nesta etapa são também escolhidos todos os casos. Na segunda fase são colhidas todas as evidências de cada caso, que compõem o material caso. Na terceira e última fase procura-se a categorização e classificação dos dados.

Neste sentido em primeiro lugar apresentaremos neste subcapítulo todo o planeamento do estudo (colheita de dados, participantes do estudo caso e considerações éticas). No subcapítulo seguinte denominado de resultados, apresentaremos uma descrição e reflexão individual de cada caso, na discussão procederemos ao cruzamento de dados, juntamente com uma justificação teórica, nas notas conclusivas serão apresentadas as conclusões finais do estudo caso. O método de estudos de casos múltiplos, encontra-se ilustrado na figura n. °3.

Figura n.º 3- Metodologia do Estudo de caso múltiplo (adaptado de Yin, 2003)



A teoria de médio alcance de Lopes (2006) foi um complemento ao estudo caso. Esta teoria que se baseia na relação enfermeiro-doente, destaca dois elementos essenciais: o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica. Segundo este autor, no primeiro processo, o enfermeiro avalia a situação do doente, o que este sabe, o que o preocupa, que estratégias e capacidades possui. Posteriormente, o processo de intervenção terapêutica engloba a totalidade da intervenção do enfermeiro, dirigida ao doente e família, bem como à interface destes com o grupo e a organização. Concretiza-se através da gestão de sentimentos e a gestão de informação (Lopes, 2006). Inerentes à prática da enfermagem de reabilitação, estiveram

sempre dois momentos chave a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica, que conduziu à obtenção de ganhos em saúde. Estes dois momentos foram essenciais para avaliar o utente e fazer uma análise dos resultados obtidos.

Colheita de dados

A colheita de dados decorreu durante o estágio final, no período de 18 de setembro de 2017 e a 2 de janeiro de 2018. Segundo Yin (2003, p. 121) “qualquer descoberta ou conclusão em um estudo caso provavelmente será muito mais convincente e acurada se se basear em várias fontes de informação”. A utilização de várias fontes de evidência, por meio de técnicas distintas, a qual se dá o nome de triangulação, dá a oportunidade para o pesquisador dedicar-se a uma ampla diversidade de questões, podendo deste modo desenvolver linhas convergentes de investigação, e alcançar assim, uma maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo (Yin, 2003).

Atendendo à natureza específica da problemática, decidiu-se assim usar a triangulação de dados a partir de dois instrumentos de recolha de dados, o Elderly Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011), bem como a utilização de observação participante com registos em folha própria e consulta de documentos no processo do utente.

Segundo Fonseca e Lopes (2014), a avaliação da capacidade funcional por parte dos enfermeiros deve ser feita com base na adoção de uma linguagem internacional que permita, de forma global, uma comunicação dos problemas das pessoas entre vários grupos de profissionais e os sistemas de saúde, para a programação de cuidados e de políticas de saúde. Um dos instrumentos selecionados para a realização deste estudo foi o ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), que é um instrumento que integra códigos da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) e contém indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os objetivos deste instrumento são avaliar a funcionalidade² de cada utente, as necessidades em cuidados de

² A Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. Funções do corpo dizem respeito às funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo funções psicológicas), atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e a participação é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real (CIF, 2004).

enfermagem em diversos contextos de cuidados e avaliar os ganhos efetivos do programa de reabilitação.

É composto por 29 códigos e tem propriedades psicométricas uma variância total explicada de 66,46% kaiser-meyer-olkin (KMO)= 0.923, demonstrando uma elevada correlação inter-intens da escala. Apresenta códigos relativos às funções do corpo; às estruturas do corpo; atividades e participação; códigos para os fatores ambientais. Avalia as seguintes dimensões: autocuidados, aprendizagem e funções mentais (globais e específicas), comunicação, relação com amigos e familiares, dor, funções do aparelho respiratório e estruturas da pele (Fonseca e Lopes, 2014).

O conceito de autocuidados no ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), integra doze códigos, os quais são: lavar-se, vestir-se, cuidar de partes do corpo, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, andar, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo, mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, utilização da mão e do braço, beber e comer. O conceito de aprendizagem e funções mentais é constituído por seis códigos: funções emocionais, funções da orientação, funções da atenção, funções da memória, funções da consciência, funções cognitivas de nível superior. A comunicação integra quatro códigos: falar, conversação, comunicar e receber mensagens orais e relacionamentos familiares. E por fim o conceito de relação com amigos e cuidadores é constituído por três códigos: prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos (Fonseca e Lopes, 2014).

A MIF, versão Portuguesa, que a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2011) recomenda na sua norma nº 054/2011 de 27/12/2011, surgiu como outra fonte de informação, pois permite avaliar o grau de capacidade/incapacidade funcional, desempenho da pessoa, a necessidade de cuidados para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária e ainda permite medir os resultados das intervenções de reabilitação.

A MIF é um instrumento de avaliação válido e fiável, adaptado para a língua portuguesa com uma escala com sete níveis que representam graus de funcionalidade, variando da independência à dependência. A classificação baseia-se na necessidade, ou não, do auxílio de outra pessoa e a proporção necessária. É constituída por 18 itens, que se subdividem em seis domínios: Autocuidados; controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e

cognição social. Em cada item pode ser avaliada a funcionalidade, numa escala de sete níveis de pontuação, que vai desde de um ponto (dependência completa) a sete pontos (independência completa). A pontuação máxima é de 126 pontos que corresponde independência completa e o mínimo de 18 pontos que representa dependência completa nas áreas avaliadas., 19 a 60: dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas); e 104 a 126: independência completa/modificada (Hoeaman, 2011; Assis, 2015; DGS, 2011).

Foi aplicado o instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e a MIF (DGS, 2011) em três momentos: na avaliação inicial feita ao utente, ao fim de 72 horas aproximadamente e no momento da alta clínica/transferência de serviço. Utilizámos estes instrumentos para monitorizar a evolução da pessoa durante os cuidados de reabilitação, bem como a eficiência e eficácia do programa de reabilitação estabelecido para a pessoa em processo cirúrgico (OE, 2016).

Quanto à observação participante, foi usada diariamente aquando da prestação de cuidados de reabilitação. As observações são meios privilegiados para medir comportamentos humanos ou acontecimentos, produzindo grandes quantidades de dados (Fortin, 2009). As informações observadas foram registadas com recurso a uma grelha de observação previamente elaborada (Anexo A) e sob a forma de diários de campo nomeadamente: reações dos utentes/famílias ao programa de enfermagem de reabilitação implementado, dificuldades e ganhos sentidos com os cuidados.

Outros dados foram extraídos através consulta do processo clínico do utente, nomeadamente dos planos de cuidados e notas de evolução feitas ao longo de todo o internamento.

Participantes do estudo caso

Para fazerem parte dos estudos de casos múltiplos foram selecionados seis participantes (quatro utentes internados no serviço de neurocirurgia e dois utentes internados na cirurgia cardiotorácica). Neste âmbito, optou-se por amostragem intencional, que é uma estratégia no qual o investigador conhece a população e os seus elementos (Haber, 2001), utilizando esse conhecimento para selecionar os indivíduos que estão a experienciar um determinado fenómeno (Streubert e Carpenter, 2002). Tivemos em conta os critérios de seleção nomeadamente: utentes

internados nos serviços acima descritos, com alterações da funcionalidade, que passaram por um processo cirúrgico e foram alvos de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Foi feita uma caracterização sociodemográfica prévia dos participantes, considerando as seguintes variáveis de caracterização: a idade, o género, nacionalidade, estado civil, agregado familiar, nível de escolaridade, profissão e o local de residência. Para assegurar a sua privacidade utilizámos letras e números. As letras A referem-se aos utentes internados na neurocirurgia e as letras B aos utentes internados na Cirurgia Cardiotorácica. Referimo-nos aos utentes como A1; A2; A3; A4; B1; B2; (Vieira, 2004). No quadro n.º 4 apresentam-se os dados sociodemográficos.

Quadro n.º 4- Caracterização Sociodemográfica

Estudos de Caso	A1	A2	A3	A4	B1	B2
Idade	53	65	71	61	76	76
Género	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Casado	Divorciado	Casado	Casado	Casado	Casado
Agregado familiar	Esposa	Vive sozinho	Esposa	Marido e filha	Esposa	Marido
Nível de Escolaridade	7.º ano	7º ano	4.º ano	4.º ano	4.º ano	Analfabeta
Profissão	Operário fabril	Gráfico	Reformado	Reformada	Reformado	Reformada
Local de Residência	Setúbal	Trafaria	Barreiro	Setúbal	Almada	Unhas

Na análise sociodemográfica, contactámos que a média de idades dos utentes situava-se nos 67.5, sendo o utente com mais idade uma senhora com 76 anos e o mais novo com 53 anos de idade. A maioria da população é do sexo masculino. Todos de nacionalidade portuguesa e na sua maioria casados. Com algum nível de escolaridade, apenas uma utente não tinha habilitações literárias. Em relação à ocupação laboral a maioria já se encontrava reformado.

Considerações éticas

Subjacente a todo o estudo, esteve a ética do cuidado, em que procuramos que a tomada de decisão resultasse de uma ação reflexiva, baseada em princípios, direitos e valores. Segundo

Nunes (2003) fazendo menção às diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, existem seis princípios que nos devem guiar: Beneficência; Avaliação da maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade. Considerando estes princípios éticos e os preceitos deontológicos estabelecidos para a Enfermagem consagrados no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – atual lei nº 156/2015 de 16 de setembro, algumas medidas foram adotadas.

No intuito da salvaguarda da confidencialidade e anonimato, os instrumentos de colheita de dados foram codificados com um número, cuja chave é unicamente do conhecimento da mestrandia. Estes dados foram armazenados também pela mesma em local próprio (Hoeman, 2011).

No respeito pela dignidade e liberdade, foram explicados a todos os utentes o estudo, o procedimento associado ao tratamento e o armazenamento dos dados, bem como a possibilidade da recusa ou interrupção da sua participação (Mariz, 2005). Todas as intervenções de enfermagem de reabilitação só foram efetuadas depois da pessoa em causa ter dado o seu consentimento, de forma livre e esclarecida (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). Os utentes foram sempre informados do plano de reabilitação, o porquê, como, e os resultados que se pretendiam. Os dados são apresentados neste relatório de forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido. Pautando pelo respeito das reais necessidades da pessoa em processo cirúrgico, foram planeados os cuidados tendo em conta além da vontade manifestada, as suas crenças e costumes culturais, os seus valores e os seus projetos de vida (Deodato, 2016).

O projeto de intervenção também foi sujeito à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora tendo-se obtido um parecer positivo (Anexo B).

2.4. RESULTADOS

Numa primeira fase considera-se importante fazer uma descrição e reflexão individual de cada estudo caso, conforme preconizado nas etapas do método de estudo caso de Robert Yin (2003).

Estudo de caso A1:

Utente de 53 anos, do sexo masculino, casado, operário fabril, muito emagrecido (IMC-índice de massa corporal de 17.3, baixo peso), com autocuidado na atividade mantido antes do internamento. Foi transferido do hospital da área de residência para a neurocirurgia com hematoma subdural extenso, bi-hemisférico de predomínio esquerdo, por rutura de aneurisma cerebral, tendo sido submetido a uma craniotomia descompressiva. Apresentava antecedentes pessoais de hepatite C, hábitos tabágicos não quantificados, hábitos alcoólicos e toxifílicos esporádicos (consumo de estupefacientes). A esposa e a mãe eram as pessoas de referência, que regularmente o visitavam. Foi transferido para o serviço de unidade de cuidados partilhados ao 26º dia pós-operatório.

Na avaliação inicial, o utente encontrava-se no 16º dia pós-operatório e já se encontrava internado na enfermaria da neurocirurgia. Inicialmente era pouco participativo e manifestava desinteresse na realização dos autocuidados, mas progressivamente foi ganhando motivação no seu processo de reabilitação, por observar os resultados positivos. Recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) realizámos as seguintes avaliações descritas no quadro n. 5.

Quadro n.º 5- Avaliação do utente A1 antes e após intervenções de ER (Enfermagem de Reabilitação)

	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade	82.8% - Problema Grave ³	51,72% - Problema Grave
Autocuidados	100% - Problema Completo	58.30% - Problema Grave
Comunicação	100% - Problema Completo	81.25% - Problema Grave
Aprendizagem e funções mentais	83.30% - Problema Grave	58.30% - Problema Grave
Relação com amigos e familiares	50% - Problema Grave	50% - Problema Grave
Função Respiratória	100% - Problema Completo	25% - Problema Moderado

Verificámos que o Sr. A1 apresentava um problema grave (82.8%) ao nível da funcionalidade. Em relação aos autocuidados e comunicação o tinha um *problema completo* (100%). Na aprendizagem e funções mentais (83.30%), e na relação com amigos e familiares (50%), tinha um *problema grave*. Contudo, após um conjunto de intervenções de enfermagem de reabilitação, o utente recuperou capacidade funcional, apresentando no momento da transferência para outro serviço, uma redução de incapacidade em 31.08% ficando com uma funcionalidade de 51,72%. Ao nível da capacidade para os autocuidados, foi onde se verificaram os melhores resultados, passando de um score de 100% para 58.30% e nas aprendizagens e funções mentais de 83.30% para 58.30%.

Constatamos ainda com recurso à ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) que o utente apresentava um *problema completo* na função respiratória. Encontrava-se em ventilação espontânea, mas com necessidade de oxigenoterapia pela traqueostomia, com alterações na frequência respiratória (24 ciclos por minuto), no ritmo (irregular) e na profundidade da respiração (Respiração pouco profunda) e com tosse ineficaz. Após intervenções de enfermagem a função respiratória melhorou. O utente otimizou o padrão respiratório, com diminuição da frequência respiratória e com um ritmo regular. A tosse passou a ser eficaz, conseguindo o utente mobilizar e expelir em menor quantidade a expetoração, melhorando assim a permeabilidade das vias aéreas.

³ No ENCS apresenta-se uma escala tipo Likert com 5 pontos (1. Não há problema: 0-4%; 2. Problema ligeiro: 5-24%; 3. Problema moderado: 25-49%; 4. Problema grave: 50-95%; 5. Problema completo: 96-100%). Á medida que a percentagem aumenta a funcionalidade diminui (Fonseca e Lopes, 2014).

Verificámos resultados positivos também na MIF (DGS,2011), pois numa fase inicial apresentava dependência completa com uma pontuação de 18 e na avaliação final já apresentava 63 pontos.

O utente apresentava alterações na mobilidade, com uma paresia no membro superior direito (MSD), pelo que foi necessário recorrer a outras escalas de avaliação, para monitorizar a força muscular e se existia alguma espasticidade instaurada (Medical Research Council, 1976; Bohannon e Smith, 1987). Na avaliação inicial o utente tinha uma paresia de grau 2 no MSD e MIE (membro inferior esquerdo), após intervenções confirmámos uma paresia de grau 4 no MSD e 5 no MIE.

Estudo de caso A2:

Utente de 65 anos, do sexo masculino, divorciado, gráfico por conta própria. Vivia sozinho, com autocuidado na atividade mantido antes do internamento. Apresentava antecedentes pessoais de etilismo crónico e apendicectomia. Terá sido encontrado caído em casa, por colegas de trabalho. Apresentava o diagnóstico médico de hematoma intra-parenquimatoso fronto-temporal direito, tendo sido submetido a uma craniotomia para drenagem desse hematoma. Terá tido um pós-operatório com grandes complicações, nomeadamente: um difícil desmame ventilatório, traqueobronquite, hidrocefalia com diminuição do estado de consciência e necessidade de colocação de traqueostomia, infeção do trato urinário e atelectasia. Apresentava disartria e períodos de confusão espaço-temporal. Contava com o apoio da ex-mulher e de três irmãs. A ex-mulher aparentemente é quem assumia o perfil de cuidadora pois era quem o visitava regularmente e colaborava em alguns autocuidados. Tinha um filho com 24 anos, casado, que visitava poucas vezes o pai. O utente foi referenciado e encaminhado para o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Na avaliação inicial o utente já se encontrava na enfermaria da neurocirurgia, no 30º pós-operatório. Recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) realizámos as seguintes avaliações descritas no quadro n. °6.

Quadro n.º 6- Avaliação do utente A2 antes e após intervenções de ER

	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade	70,7% - Problema Grave	37.1% - Problema Moderado
Autocuidados	93.8%- Problema Grave	54,2%- Problema Grave
Comunicação	75%- Problema Grave	31.3%- Problema Moderado
Aprendizagem e funções mentais	83.3%- Problema Grave	37.5%- Problema Moderado
Relação com amigos e familiares	16.7% - Problema Ligeiro	16.7% - Problema Ligeiro

Após um programa de enfermagem de reabilitação individualizado o utente apresentou melhoria ao nível da funcionalidade, passando de um *problema grave* com 70.68% para um *problema moderado* de 37.1%. Foi na aprendizagem e funções mentais que o utente obteve mais ganhos com uma variação de 45.8%. Em seguida, observaram-se ganhos significativos na comunicação e na capacidade para os autocuidados.

Na MIF (DGS,2011) também observamos ganhos nos autocuidados, passando de um score de 14.3 para 35.7%.

Estudo de caso A3:

Utente de 71 anos, do sexo masculino, casado, reformado e com autocuidado na atividade mantido antes do internamento. Apresentava antecedentes pessoais de: diabetes mellitus 2 não insulinotratado, hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata.

Foi-lhe diagnosticado espondilodiscite cervical alta, que lhe provocou uma tetraparésia flácida arreflexica grave. Neste internamento o utente foi intervencionado duas vezes. Realizou a 13/10 uma laminectomia na 2ª vertebra cervical, para descompressão adequada do saco tecal e a 31/10 realizou uma discectomia, drenagem de material purulento e pré-medular e artodese cervical anterior na 3ª e 4ª vertebra cervical, com enxerto de osso ilíaco direito autólogo. O Sr. A3 era comunicativo, com discurso fluente, cordial quando abordado. Todos os dias recebia a visita de sua esposa, que passava algumas horas junto dele, colaborando em alguns cuidados prestados. Tinha um filho e uma nora, que apareciam regulamente nas visitas e com os quais o utente referia ter uma boa relação familiar.

Na avaliação inicial, o utente encontrava-se na unidade de cuidados intermédios da neurocirurgia, no 5º pós-operatório, da primeira cirurgia. Recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) realizámos as seguintes avaliações descritas no quadro n.º7.

Quadro n.º 7- Avaliação do utente A3 antes e após intervenções de ER

	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade	51,7% - Problema Grave	43.1% - Problema Moderado
Autocuidados	100% - Problema Completo	93,7% - Problema Grave
Comunicação	0% - Não há problema	0% - Não há problema
Aprendizagem e funções mentais	8,3% - Problema Ligeiro	4.2% - Problema Ligeiro
Relação com amigos e familiares	25% - Problema Moderado	25% - Problema Moderado
Função respiratória	100% - Problema Completo	0% - Não há problema
Função dor	50%- Problema Grave	25%. Problema Moderado

Analisando na globalidade os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, observam-se resultados positivos na recuperação da capacidade funcional, passando de um *problema grave* para um *problema moderado*. Nos autocuidados manteve-se o *problema completo*, mas com uma redução de 6,3%. Existiram ganhos na aprendizagem e funções mentais em 4,1%, na função da dor 25% e ganhos muito significativos na função respiratória.

Na escala da MIF (DGS, 2011) apresenta uma pontuação de 42, que corresponde a um grau muito elevado de dependência total. Após intervenções de enfermagem de reabilitação apresentava uma pontuação final de 47.

No que diz respeito à função respiratória, numa primeira avaliação o utente tinha um *problema completo*. Apresentava uma frequência respiratória aumentada (23ciclos/minuto), com um ritmo irregular (aumento do tempo expiratório) e respiração superficial. Realizava oxigenoterapia a 3l/min por óculos nasais, mas gradualmente após intervenções de enfermagem de reabilitação deixou de existir necessidade de um aporte de oxigénio adicional. O utente melhorou a função respiratória, com normalização da frequência, ritmo e profundidade respiratória ao longo de todo o internamento.

Com alguma frequência foi referida dor incisional intensa na região cervical (7 na escala numérica da dor) mas que acabou por ser reduzida. Tinha tetraparesia generalizada (com força muscular de grau 1 no membro superior direito e membro superior esquerdo e grau 0 nos

membros inferiores). Mas após o programa de reabilitação a força muscular melhorou, apresentando uma força de grau 3 no membro superior direito e esquerdo e grau 2 nos membros inferiores.

Estudo de caso A4:

Utente de 61 anos, do sexo feminino, casada, reformada por invalidez. Já se encontrava acamada há cerca de 5 meses, com incapacidade total para a marcha. Apresentava antecedentes pessoais de neurinoma cervical C5-C6 tendo em julho de 2011 sido intervencionada (laminectomia C3-C6 e exérese de tumor).

Encontrava-se internada na enfermaria da neurocirurgia, por uma lesão intracanal, pré-medular, ocupando quase a totalidade do canal central entre os discos C4-C5 e C6-C7, tendo sido submetida a cirurgia eletiva (laminectomia a C7, durotomia mediana e remoção de um volumoso tumor). Apresentou como intercorrências pós-operatórias uma cistite a pseudomonas aeruginosa, infeção superficial da ferida operatória e pseudomeningocelo, com necessidade de colocação de drenagem lombar externa ao 27º dia pós-operatório, mantendo-a durante 7 dias. Tratava-se de uma utente orientada no tempo, espaço e pessoa, mas com humor depressivo, com choro fácil e falta de esperança no futuro, tendo inclusive necessidade de ser encaminhada para a psicologia e psiquiatria. Com boa relação familiar, vivia com o marido e a filha mais nova. Em relação aos amigos referia não ter muitos, contando apenas o apoio da família mais próxima (marido, duas filhas, mãe e irmão). A filha visitava regularmente a utente e colaborava nos cuidados prestados. A utente teve alta clínica para o domicílio.

Na avaliação inicial, a utente encontrava-se internada na enfermaria da neurocirurgia, no 7.º dia pós-operatório. Recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) realizámos as seguintes avaliações descritas no quadro n.º 8.

Quadro n.º 8- Avaliação do utente A4 antes e após intervenções de ER

	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade	68,9% - Problema Grave	28,4% - Problema Moderado
Autocuidados	100% - Problema Completo	58.4% - Problema Grave
Comunicação	25% - Problema Moderado	0% - Não há problema
Aprendizagem e funções mentais	54.2% - Problema Grave	8.3% - Problema Ligeiro
Relação com amigos e familiares	33.3% - Problema Moderado	33.3% - Problema Moderado
Função respiratória	100% - Problema Completo	0% - Não há problema
Função dor	50% - Problema Grave	0% - Não há problema

Recuperou funcionalidade transpondo-se de um problema grave (68,9%) para um problema moderado (28,4%). Nos autocuidados existiram ganhos pois antes tinha um problema completo e no final das intervenções ficou com problema moderado. Atingiram-se excelentes resultados noutras áreas como na função respiratória, na função da dor e na integridade cutânea. A utente apresentava uma úlcera de pressão de categoria II, adquirida no domicílio no calcanhar direito, mas acabou por cicatrizar, recuperando a integridade cutânea.

Na escala da MIF (DGS, 2011) apresentava uma pontuação de 22, que corresponde a um grau muito elevado de dependência total, mas na avaliação final teve uma pontuação de 65.

Em ventilação espontânea, teve necessidade de um aporte de oxigénio a 2L/minuto por óculos nasais, por insuficiência respiratória parcial. Eupneica em repouso com uma respiração toracoabdominal a 19 ciclos por minuto, amplitude média, ritmo irregular, simetria presente e sem tiragem. Sem secreções. Apresentava intolerância para a atividade.

Tinha tetraparésia espástica com: força muscular nos membros superiores de grau 2 e grau 1 MID nos membros inferiores. A espasticidade era mais evidente no MSD (3 na escala de Ashworth modificada). Após programa de intervenção recuperou força muscular melhorou ficando com força de grau 4 em ambos os membros superiores e força 3 nos membros inferiores.

Estudo de caso B1:

Utente de 79 anos, do sexo masculino, casado, reformado, com autocuidado na atividade mantido antes do internamento. Tinha antecedentes pessoais de: HTA, dislipidemia, prótese mecânica aórtica em 2006 por insuficiência aórtica e aneurisma da aorta ascendente, AVC

(Acidente vascular cerebral) isquémico em 2013 sem sequelas e pacemaker. Foi transferido para a Cirurgia Cardiorádica, por uma doena da valvular aórtica, tendo sido submetido no dia 3 de dezembro de 2017 a uma intervena cirúrgica, para substituia da válvula aórtica. Vivia apenas com a esposa de 70 anos em casa própria e tinha 2 filhos emigrados na Suía. O Sr. B1 no primeiro dia de avaliaa apresentava discurso incoerente por períodos, com confuso espao-temporal, mas com o tempo as estratégias de orientaa utilizadas permitiram ao utente orientar-se no tempo e espao. Inicialmente com humor depressivo e revolta perante a incapacidade para os autocuidados, mas após intervenes de enfermagem de reabilitaa o utente encontrava-se na maior parte das vezes com um humor eutímico e muito participativo no programa de reabilitaa. Teve alta para o domicílio. A esposa referiu ser a cuidadora principal.

Na avaliaa inicial, o utente encontrava-se na unidade de cuidados intensivos da Cirurgia Cardiorádica, no 3º dia pós-operatório. Recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) realizámos as seguintes avaliaes descritas no quadro n.º 9.

Quadro n.º 9- Avaliaa do utente B1 antes e após intervenes de ER

	Avaliaa diagnóstica	Após intervena de ER
Funcionalidade	45.7% - Problema Moderado	12.06% - Problema Ligeiro
Autocuidados	70.8% - Problema Grave	16.6% - Problema Ligeiro
Comunicaa	16.6 - Problema Ligeiro	0% - Não há problema
Aprendizagem e funes mentais	41.7% - Problema Grave	8.3% - Problema Ligeiro
Relaa com amigos e familiares	16.6% - Problema Ligeiro	16.6% - Problema Ligeiro
Funa respiratória	50% - Problema Grave	0% - Não há problema

Analisando os resultados obtidos, averiguámos que o utente teve uma evolua favorável. Na funcionalidade passou de um problema moderado para um problema ligeiro. A capacidade para o autocuidado teve um ganho de 54,2%. Na aprendizagem e funes mentais obtiveram-se resultados também excelentes passando de um problema grave 41,7% para um problema ligeiro de 8,3%.

Na escala da MIF (DGS,2011) apresenta uma pontuaa de 42, após intervenes aumentou pontuaa para 106.

Estudo de caso B2:

Utente de 76 anos, do sexo feminino, casada, reformada, com autocuidado na atividade mantido antes do internamento. Tinha antecedentes pessoais de: insuficiência cardíaca, diabetes tipo II insulinotratada, dislipidemia, doença renal crónica, estenose aórtica grave, insuficiência aórtica ligeira, fibrilação auricular, hipertensão arterial e AVC.

Apresentou como motivo de internamento doença coronária dos três vasos e síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST, tendo sido transferida do hospital da área de residência para a Cirurgia Cardiorácica, para uma intervenção cirúrgica de revascularização miocárdica e implantação de prótese aórtica biológica. Teve como complicações pós-operatórias relevantes um derrame pleural e uma infeção no local da sutura (esterno). Tratava-se de uma utente orientada e colaborante. Comunicativa e muito afável. Vivia com o marido de 81 anos, de quem cuidava diariamente devido a uma doença de Parkinson. Recebia regularmente visitas do seu filho e de outros famílias, de quem referia receber muito apoio.

Na avaliação inicial, a utente encontrava-se na enfermaria da Cirurgia Cardiorácica, no 6º dia pós-operatório. Recorrendo ao ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) realizámos as seguintes avaliações descritas no quadro n.º 10.

Quadro n.º 10- Avaliação do utente B2 antes e após intervenções de ER

	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
Funcionalidade	32.7% - Problema Grave	12.1% - Problema Ligeiro
Autocuidados	51.16% - Problema Grave	18.75% - Problema Ligeiro
Comunicação	0% - Não há problema	0% - Não há problema
Aprendizagem e funções mentais	25% - Problema moderado	8.3% - Problema Ligeiro
Relação com amigos e familiares	16.6% - Problema Ligeiro	16.6% - Problema Ligeiro
Função respiratória	50% - Problema Grave	0% - Não há problema

Denotamos que esta utente teve ganhos funcionais passando de 32.7% para 12,1% de capacidade funcional. Nos autocuidados foi reduzida a sua incapacidade em 32,41%. Em termos de aprendizagem e funções mentais também verificamos resultados sensíveis positivos, bem como ao nível da função respiratória. Esta utente apresentava uma intolerância ao esforço que melhorou significativamente.

2.5. DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos, verificámos que houve um aumento da funcionalidade em todos os utentes, assim como na capacidade para o autocuidado, aprendizagem e funções mentais e comunicação. Isto nos faz entender o que Orem (2001) defendia, que a capacidade de cada ser humano em se envolver no autocuidado envolve um domínio físico, cognitivo, emocional ou psicossocial e do comportamento.

No contexto desta discussão analisámos as intervenções sensíveis de enfermagem de reabilitação aplicadas na capacitação para o autocuidado que potencializaram cada domínio, os resultados sensíveis de Enfermagem de Reabilitação, os indicadores que se atingiram de um modo geral e qual foi a perspetiva de ganhos sentida pelos utentes e famílias neste âmbito. Importa também confrontar as intervenções realizadas e os resultados obtidos com o estado da arte existente, de forma a dar resposta aos objetivos delineados.

Domínio físico

Em consequência das situações clínicas, as pessoas destes estudos-casos, apresentavam um défice de autocuidado terapêutico completo ao nível do autocuidado, na neurocirurgia e um défice de autocuidado terapêutico grave no autocuidado na cirurgia cardiotorácica.

No domínio físico, observamos que os utentes da neurocirurgia (A1, A2, A3 e A4) apresentavam limitações funcionais graves nomeadamente ao nível da mobilidade, com repercussões diretas nos autocuidados. Segundo a OE (2013), em consequência da situação física ou clínica resultante de determinadas patologias, lesões ou cirurgias, a mobilidade funcional pode estar alterada de forma temporária ou definitiva, gerando perda de independência, autonomia e redução do bem-estar e da qualidade de vida. A mobilidade é crucial para o desempenho das atividades de vida diárias e para garantir as necessidades da pessoa, inclusive as necessidades psicossociais (OE, 2013; Mendes e Chaves, 2012).

A mobilidade implica iniciar um padrão de movimento para cada membro, coordenar esses padrões entre os membros, adaptar a força e a velocidade do padrão de movimento para contrariar a resistência e/ou condições sensoriais existentes na execução de uma tarefa e manter o equilíbrio corporal (Hoeman, 2011). Por exemplo atividades como andar, transferir, uso de sanitário, levantar da cama ou mesmo alimentar-se, podem tornar-se de difícil execução se o utente não apresentar equilíbrio corporal, coordenação motora e postura corporal correta. Para se desempenhar atividades relacionadas com o autocuidado vestir-se ou cuidar das partes do corpo, como abotoar botões ou desfazer a barba, cortar unhas, é necessária destreza para realizar os movimentos finos (Couto, 2012).

Neste âmbito foram planeadas e executadas intervenções de enfermagem de reabilitação que permitiram a reeducação funcional motora dos utentes, por recuperar e/ou melhorar a capacidade física dos utentes (Löfgren et al., 2015; Perkins et al., 2012), nomeadamente manter e recuperar movimento articular (Gregersen et al., 2011; Lin et al. 2013, Pezzin, Padalik e Dillingham, 2013), melhorar força muscular (Lin et al., 2013) e o equilíbrio, facilitando assim o desenvolvimento de competências básicas e complexas para a execução de um conjunto integrado de ações relacionadas com o autocuidado.

Para manter e/ou recuperar a amplitude dos movimentos, conservando também a integridade das estruturas articulares, flexibilidade e prevenindo a formação de aderências e contraturas, foi essencial executar exercícios de amplitude de movimento⁴, utilizando técnicas de mobilização passivas e ativas assistidas (Menoita, 2012).

Manter a mobilidade das articulações é importante para a realização das atividades ligadas aos autocuidados. Lourenço e Mendes (2010) destacam, por exemplo, que a extensão/flexão do cotovelo é uma ação motora mais solicitada no autocuidado vestir/despir. Coelho, Barros e Sousa (2016) também apoiam estes exercícios referindo que os exercícios de mobilização têm uma importância na recuperação funcional da pessoa.

As mobilizações foram realizadas seguindo os vários princípios preconizados pela literatura, como: colocar a pessoa corretamente posicionada com as articulações livres de almofadas, manter o alinhamento corporal, respeitar a amplitude fisiológica articular da pessoa, realizar

⁴ “Os exercícios de amplitude de movimento são um conjunto de ações específicas para mobilizar as articulações através da sua amplitude de acordo com a capacidade individual (Hoeman 2011, p. 231)”.

um movimento lento⁵, orientado e repetido (Coelho, Barros e Sousa, 2016). Foram executadas sempre até ao limiar da dor e de acordo com a tolerância de cada pessoa. Foram executadas as técnicas de mobilização do segmento distal para o proximal para prevenir o padrão espástico nos utentes (A1, A2, A3 e A4). Foi também mobilizado o lado menos afetado dos utentes A1 e A2, evitando problemas osteo-articulares e musculares e facilitando a neuroplasticidade⁶ (Borella e Sacchelli, 2009).

Quanto à frequência das mobilizações foram planeadas e executadas na maioria das situações, duas vezes no turno, repetindo 10 vezes cada movimento, todos os dias (Branco e Santos, 2010, DGS, 2010). Para que um programa de exercícios apresente os efeitos desejados na promoção da saúde e/ou prevenção de complicações ou riscos associados a doenças, Sant'anna et al. (2010:102), menciona que “é necessário que seja realizado de forma regular e constante”. Um indicador de estrutura observado na revisão sistemática da literatura é precisamente a frequência das intervenções.

Para melhorar o desempenho muscular foram ensinadas, instruídas e treinadas técnicas de mobilização ativas livres e mobilizações resistidas (com resistência progressiva e tolerada pelo utente), bem como exercícios isométricos. Foram ensinados, instruídos e treinados exercícios isométricos da musculatura abdominal, dos quadríceps, glúteos e tricípites, em todos os utentes da neurocirurgia. Segundo Sousa e Carvalho (2016, p.427) existem vantagens nestes exercícios, por exemplo, “o fortalecimento de músculos adutores e abdutores da articulação coxofemoral aumentam a estabilidade lateral para a marcha, melhoram o equilíbrio dinâmico da pessoa, treino da propriocepção, treino da marcha e das atividades de vida”.

Para aumentar o equilíbrio dos utentes (A1 e A2) foi realizado treino do equilíbrio (estático e dinâmico) na posição de sentado e em pé. O utente era colocado na posição de sentado, com os pés firmemente apoiados no chão ou num degrau, e era pedido para levantar os braços para a esquerda, para a direita, para a frente e para cima. O treino de equilíbrio na posição ortostática

⁵ A espasticidade é dependente fundamentalmente da velocidade com que os movimentos são feitos, pelo as mobilizações devem ser realizadas de modo lento, pois assim têm menor probabilidade de induzir a hipertonía espástica (Menoita, 2012).

⁶ Neuroplasticidade é a capacidade de adaptação do sistema nervoso, especialmente a dos neurónios, às mudanças nas condições do ambiente que ocorrem no dia a dia da vida dos indivíduos, um conceito amplo que se estende desde a resposta a lesões traumáticas destrutivas até as sutis alterações resultantes dos processos de aprendizagem e memória (Borella e Sacchelli, 2009).

consistiu em pedir à pessoa (A1) para deslizar até à beira da superfície em que estava sentado, empurrar para baixo com as pernas e os braços, de modo a inclinar-se para a frente até chegar à posição de sentado, junto de um suporte estável (barra da cama) até ser possível manter a posição ereta e o equilíbrio de tronco enquanto se mobilizam os membros. Outros exercícios foram realizados junto à barra da cama fazendo flexão plantar, flexão do joelho, flexão da coxofemoral e extensão da coxofemoral, abdução da perna e levantar/sentar com o apoio de mãos (Coelho, Barros e Sousa, 2016).

Para melhorar a destreza física foram oferecidos aos utentes casacos de pijama com botões para abotoar, e assim permitir o desenvolvimento de motricidade fina (A1, A4).

Petronilho et al. (2010) identificaram quatro fatores importantes e determinantes para a perda de autonomia do utente ao nível dos processos corporais, após um evento crítico gerador de dependência, como sendo a perda de força muscular (em especial os músculos dos membros superiores, inferiores e tronco), a perda de equilíbrio, a perda de capacidade para executar movimentos articulares finos e a perda de capacidade na coordenação dos movimentos. Consideramos que todas as intervenções neste sentido tiveram ganhos importantes no aumento da capacidade física e consequentemente no aumento da capacidade para o autocuidado.

Intervindo na mobilidade, conseguiram-se outros resultados positivos como a prevenção de complicações melhorando a função respiratória, reduzindo os efeitos adversos da imobilidade, melhoria do nível de consciência, aumento da independência funcional, melhoria da aptidão cardiovascular e aumento do bem-estar psicológico (Júnior, 2013; OE, 2015).

Os utentes sentiram ganhos com estas intervenções, relacionadas com o aumento da mobilidade, manifestando o seu agrado e satisfação pessoal (indicador de resultado) por conseguirem executar certas atividades que outrora já não conseguiam. Como pode ser visível numa nota de campo da utente A4, onde foi relatado que utente estava muito satisfeita com os seus progressos tendo dito para a sua filha, durante uma sessão de cuidados de enfermagem de reabilitação: “Filha queres ver, já consigo levantar bem o braço e pentear-me”. Verificamos também que para família dos utentes a recuperação da mobilidade é uma das atividades de maior importância, relativa ao processo de reabilitação. O filho do utente A3 referiu “acho que o meu pai está melhor já mexe as mãos as pernas, antes nem isso fazia. Notam-se melhoras de dia para dia”.

Na análise dos estudos-caso da cirurgia cardiotorácica (B1 e B2), no domínio físico do autocuidado, observamos que os utentes não tinham capacidade para o autocuidado, devido à intolerância à atividade, manifestada por dispneia a pequenos esforços. A capacidade para o autocuidado melhorou pela introdução de intervenções de enfermagem de reabilitação ligadas à gestão de intolerância à atividade.

Segundo Moreira (2012, p. 87) “a intolerância à atividade resulta de a incapacidade dos clientes gerirem os níveis de energia que têm disponível, esta incapacidade resulta da ineficácia das estratégias adaptativas desenvolvidas, que podem ser influenciadas determinantemente pela efetividade do suporte profissional disponibilizado”.

A gestão da intolerância para atividade foi possível pelo ensino de técnicas de reeducação funcional respiratória⁷ como técnicas de descanso e relaxamento (promoção de posições de relaxamento antes e após as atividades de vida diárias), técnicas de consciencialização e controlo da respiração (antes, durante e após autocuidado) e estratégia de respiração com os lábios semicerrados.

As posições de descanso e relaxamento foram importantes para reduzir a tensão psíquica e muscular, facilitando a participação do utente, promovendo também o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores. A tomada de consciência e o controlo da respiração deu a oportunidade de a pessoa ter a perceção da sua respiração, controlar a frequência, amplitude e ritmo adequados a cada situação, obter uma melhor ventilação e um menor dispêndio de energia (Cordeiro e Menoita, 2012).

Outras intervenções basearam-se no ensino, instrução e treino de técnicas de conservação de energia⁸. Foram ensinadas as técnicas para conservação de energia como tomar banho, calçar e descalçar, escovar os dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se sentados num banco, usar sapatos sem cordão e incentivar a não ter pressa durante a realização das tarefas (DGS, 2009). Foi também realizada a gestão da atividade física, negociando altura do turno que os utentes

⁷ Terapêutica que utiliza um vasto leque de técnicas, manobras e exercícios, baseados na associação do controlo da respiração com o posicionamento e o movimento (Branco et al., 2012).

⁸ Técnicas de conservação de energia são técnicas têm por finalidade fazer com que o doente tenha menos dispneia nas suas atividades de vida diária ou profissional. Estas técnicas baseiam-se em princípios de conservação de energia e de simplificação do trabalho de forma a reduzir sintomas como a dispneia e evitar esforços com um consumo de oxigénio desproporcionado, com recurso, em caso de necessidade a produtos de apoio (Branco et al., 2012).

disponham de maior energia para o autocuidado, planeando pausas para repouso durante a atividade e providenciando equipamentos de apoio para conservar energia (auxiliares de marcha e esponja de cabo comprido para se lavar-se).

Os resultados foram positivos e apreciados pelos utentes. Como podemos ver na nota de campo da utente B2 quando questionada como se sentia com o programa de reabilitação implementado referiu: “sinto-me melhor, antes não conseguia fazer nada, cansava-me logo, até falar me custava”, “a senhora enfermeira ajudou-me muito a cuidar de mim sem me cansar muito”. Nas notas de campo do utente B2 verifica-se que o utente aumentou a capacidade para o autocuidado, conseguindo realizar um período de marcha durante seis minutos com apenas uma pausa para descansar.

Quer na neurocirurgia (A2, A3, A4), quer na cirurgia cardiotorácica (B2) a dor foi um fator físico que condicionou a mobilidade e por sua vez o autocuidado. O controlo da dor tornou-se uma intervenção prioritária nos utentes A3, A4, e B1 e B2, pois como se sabe esta restringe a mobilidade (Isaías, Sousa e Dias, 2012).

Domínio cognitivo

Todos os utentes, perante o evento cirúrgico e situação de incapacidade funcional adquiriram ou aperfeiçoaram habilidades e competências cognitivas para o autocuidado. As intervenções e estratégias de enfermagem de reabilitação permitiram maximizar estas habilidades, como foi possível observar nos resultados sensíveis, ao nível da aprendizagem e as funções mentais e comunicação.

A ação do autocuidado, na visão de Orem, é baseada no pressuposto de que o autocuidado é um comportamento que implica a capacidade do indivíduo para a tomada de decisões. Para cumprir a ação do autocuidado são precisas habilidades cognitivas (Orem, 2001). O utente precisa de habilidade para aprender novas informações e se lembrar, reaprender o autocuidado, retomar um estilo de vida apropriado e posteriormente manter a independência (Hoeman, 2011).

Conhecer o comprometimento cognitivo nos utentes foi uma avaliação essencial para a escolha das melhores estratégias educativas que auxiliassem os utentes a adquirir ou a manter autocuidado adequado (Conceição et al., 2015). Posteriormente, para aumentar a capacidade de

reaprenderem o autocuidado, lembrarem as informações fornecidas, aplicarem os conhecimentos adquiridos e tomarem decisões no dia a dia, foram feitas intervenções de enfermagem de reabilitação dirigidas à recuperação ou manutenção de funções mentais, promotoras de aprendizagem e facilitadoras na comunicação.

Os programas de reabilitação procuram a recuperação e/ou manutenção cognitiva dos utentes por intervir e estimular as seguintes funções: Orientação (A2), atenção (A1, A2, A4 e B1), consciência (A1), memória (A1, A2, A3, A4, B1, B2).

Em relação à orientação, foram usadas estratégias para orientar a pessoa para a realidade, no tempo e espaço recorrendo a informação atualizada, dando pistas ambientais, sempre mencionado o dia do mês, da semana e as horas antes e após cada sessão (A2, B1) (Varanda e Rodrigues, 2016).

Para aumentar a atenção numa atividade foi feita uma gestão do ambiente de modo que fosse propício à reabilitação. Foram eliminados estímulos sensoriais desagradáveis, ou seja, gerindo o ruído existente (por exemplo baixar o som da televisão, escolher um momento no quarto oportuno e com pouco barulho), reduzindo ao mínimo fontes de distração (Varanda e Rodrigues, 2016).

Foram usadas frases simples e curtas, dadas instruções simples ou fazendo uma pergunta de cada vez, explicadas sempre de forma simplificada as intervenções executadas e usando a repetição de palavras durante a execução de atividades. Por outro lado, proporcionaram-se também estímulos sensoriais agradáveis, usando um tom de voz calmo e proporcionando oportunidades de repouso no final das sessões, criando também uma atmosfera calma com uma música do agrado do utente (B1 e B2), de modo a promover um conforto psíquico e físico (Varanda e Rodrigues, 2016).

Durante a prestação de cuidados foi estabelecido, também com os utentes, um ambiente propício à comunicação de modo a promover uma boa relação terapêutica com todos os utentes, promovendo a sua participação nos programas de reabilitação e também implementando estratégias comunicacionais (A1 e A3). A comunicação e a informação são extremamente importantes “no fortalecimento de vínculo entre o doente/familiar e profissional de saúde e além disso estimula o doente a expressar sentimentos e emoções, fornece a

oportunidade ao doente/familiar de verbalizar vontades, preferências ajudando-os na tomada de decisão (Pereira, 2016, p. 143)”.

Assim frequentemente foi dada a oportunidade de os utentes comunicarem, ouvindo-os atentamente, utilizando comentários encorajadores e de incentivo ao progresso. Foi encorajada a comunicação multimodal (sinais e gestos promotores da comunicação) (A1) e também estimulada a leitura fornecendo revistas ou jornais existentes e a escrita. Por fim, foi criada empatia com as pessoas, não forçando a comunicação quando não era desejo do utente (A1) e demonstrando paciência para com o utente, aceitando todas as suas emoções, a frustração e as dificuldades vividas (Hoeman, 2011).

Emocional ou psicossocial

A reabilitação é fruto de um processo de desenvolvimento de práticas físicas e comportamentais, sendo imprescindível a participação integral do utente em todo o contexto de sua realização (Sant’anna et al., 2010). A adesão a um programa de reabilitação, assim como de qualquer tratamento é fundamental e é influenciada por vários fatores entre os quais fatores intrínsecos ao próprio utente como os fatores psicológicos, isto é, aspetos que dizem respeito à personalidade, à autoestima, autoconceito, à motivação e à confiança que os indivíduos possuem (Brito, 2013).

Verificámos inicialmente quer nos utentes da neurocirurgia, quer na cirurgia cardiorácica (A1, A4 e B1), algum pessimismo por considerarem que pouco poderia ser feito na sua situação, não estavam muito motivados para exercícios de reabilitação e mostravam sentimentos de tristeza face à sua situação, bem como de desinteresse por determinados exercícios propostos. Para obter a participação dos utentes para o programa de reabilitação foram usadas algumas estratégias nomeadamente: o estabelecimento de uma relação de confiança, o estabelecimento de objetivos mútuos atingíveis e a promoção de sistemas de apoio.

No processo de reabilitação foi essencial estabelecer uma relação de confiança com os utentes. Segundo Sant’anna et al (2010) um dos fatores determinantes para a adesão aos programas de exercícios são os relacionados principalmente à confiança adquirida pelo utente para com o profissional envolvido. Procurámos ouvir atentamente cada utente, não o julgar, nem o apressar. Através da escuta ativa também foi possível aumentar a autoconsciência do

utente e apoiá-lo nas tomadas de decisão. O respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação foi tido em conta (OE, 2015).

No estabelecimento de objetivos foi necessário conhecer o que realmente era importante para os utentes, as suas preferências, objetivos e esperanças, bem como as suas frustrações e medos (Coelho, Barros e Sousa, 2016).

Também foi importante estabelecer com os utentes objetivos pessoais que fossem facilmente atingíveis, pois sentimos que deste modo eles sentiam-se motivados e esforçavam-se para os cumprir, evitando o aparecimento de sentimentos de frustração. Segundo Hoeman (2011, p. 487) “estabelecer objetivos pode ser um veículo para promover a esperança e cultivar a motivação”. Sugavanam et al., (2013) corroboram, tendo concluído na sua revisão da literatura, que o estabelecimento de metas é uma recomendação para uma melhor prática, que é ferramenta de reabilitação que possibilita o cuidado centralizado no utente, motiva-o. Esta estratégia influencia positivamente a perceção de participação e capacidade de autocuidado dos utentes, com impacto positivo sobre seu desempenho.

O apoio aos utentes no processo de reabilitação foi proporcionado no dia a dia, na relação estabelecida com os utentes ou recorrendo a outras fontes de apoio como família e dos amigos.

Os utentes foram incentivados ao autocuidado e foi feito reforço positivo nos seus progressos, relativamente aos objetivos do programa de reabilitação que eram atingidos ou ao esforço do utente para os atingir. Eram também lembrados das conquistas alcançadas melhorando o interesse e a auto-estima do utente (Lourenço e Mendes, 2010). “O enfermeiro tem o papel de orientar, procurar ir de encontro às necessidades e expectativas dos indivíduos, fazendo-lhes acreditar nas suas capacidades para gerirem os seus recursos (Araújo, Paúl e Martins, 2008)”.

Sempre que possível foi encorajada a participação da família nos cuidados. Foi dada a oportunidade de alguns elementos da família de referência durante as visitas participarem nos autocuidados. Informada a família acerca da situação do utente e das suas responsabilidades (Hoeman, 2011). Para além de discutido e analisado o processo de cuidados com o utente também era feito o mesmo com a família ou pessoas significativas (OE, 2015). Os indivíduos com maiores níveis de suporte social têm maiores probabilidades de se adaptarem às situações.

Também o apoio que os profissionais de saúde proporcionam é fundamental para a motivação para o autocuidado (Brito, 2013).

“Se não fosse a Sra. Enfermeira eu já estava no cemitério. Tudo isto é muito importante para mim. (B1)” “Preciso ficar bem para conseguir cuidar do meu marido (B2)” “Tenho um pequeno quintal, gostava de um dia ainda de puder regar as plantas que lá tenho (B1)”.

Domínio do comportamento

O domínio do comportamento deve-se às habilidades para executar os comportamentos do autocuidado, se são iniciadas e executadas pelas pessoas, nos prazos adequados e no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar (2001). Assim os diferentes métodos de ajuda na capacitação para o autocuidado tiveram em conta os perfis funcionais de cada utente e as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação preconizadas no modelo do autocuidado de Orem.

Para a aquisição de competências para o autocuidado, as intervenções basearam-se na educação ao utente e família (indicador de resultado), através de três estratégias: ensinamentos, instruções e treinos (OE, 2015). Os ensinamentos consistiam na transmissão de um conjunto de informações teóricas necessárias à capacitação para o autocuidado. A instrução consistia na explicação e demonstração de terminadas técnicas comportando-se o enfermeiro como modelo. Por fim, o treino era o momento onde era dada a oportunidade de o utente e família executarem determinadas ações ligadas ao autocuidado, onde também eram supervisionados os cuidados, feitas algumas correções e esclarecidas dúvidas (Couto, 2012). Também Hoeman (2011, p. 244) realça que “a repetição, a prática e as demonstrações ajudam na aprendizagem”

Foram ensinadas, instruídas e treinadas estratégias adaptativas para os autocuidados e uso de produtos de apoio (andarilhos, esponjas de cabo comprido, entre outros). Por exemplo no treino do vestir a parte superior aos utentes A1 e A2, foram ensinadas estratégias adaptativas. Os utentes eram auxiliados a colocarem-se numa posição de sentado, colocar a camisa ou camisola no colo, ficando com a parte da frente voltada para baixo e colarinho junto aos joelhos. Em seguida vestiam primeiro o membro superior mais lesado puxando até ao ombro e costas, vestindo posteriormente o outro lado (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016).

Nas notas de campo do utente A2 encontra-se registado que o utente inicialmente no autocuidado comer reconhecia a colher como um dispositivo para se alimentar, mas com alguma apraxia no seu uso necessitando de ajuda total para se alimentar. Após ensino, instrução e treino só já necessitava supervisão e preparação na alimentação.

2.6. NOTAS CONCLUSIVAS

Integrando agora todos os resultados e dados da discussão, resta tecer algumas notas conclusivas.

Como é observado nos resultados no quadro mais abaixo (quadro n.º 11), os utentes na neurocirurgia tinham necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação pois exibiam um perfil funcional de défice de autocuidado terapêutico grave⁹ (68.5%).

No conceito do autocuidado apresentavam défice de autocuidado terapêutico completo (98.4%). Na comunicação (50%), aprendizagem e funções mentais (57.3%) e função respiratória (81,3%) observamos défice de autocuidado terapêutico grave. Na função da dor tinham um défice de autocuidado terapêutico moderado (43,8%).

Após intervenções de enfermagem de reabilitação, a funcionalidade aumentou em 28,5%. No autocuidado mostravam défice de autocuidado terapêutico grave (66,2%), um défice de autocuidado terapêutico ligeiro na comunicação (29.4%), na aprendizagem e funções mentais

⁹ Segundo Fonseca e Lopes (2014) considera-se que as necessidades de cuidado de enfermagem como de autocuidado na atividade (não há problema ou problema ligeiro). Défice de autocuidado terapêutico moderado (como problema moderado); e autocuidado terapêutico completo e grave (como problema grave e completo).

(27,1%) e função respiratória (25%). A função da dor situava-se no autocuidado terapêutico ligeiro (6,25%).

Por outro lado, na cirurgia cardiotorácica, apesar do cenário não ser idêntico ainda assim o perfil funcional destes utentes era baixo, com défice de autocuidado terapêutico moderado (39.2%). Nos autocuidados tinham défice de autocuidado terapêutico grave (70%), na aprendizagem e funções mentais (33.4%) e função respiração encontravam-se no défice de autocuidado terapêutico moderado (50%). No que concerne à comunicação (8.33%) mostravam autocuidado na atividade e na função da dor um autocuidado terapêutico ligeiro (25%).

Depois dos cuidados de enfermagem de reabilitação a capacidade funcional melhorou, apresentando apenas um autocuidado terapêutico ligeiro (12,1%). No conceito do autocuidado (17,7%) e na aprendizagem e funções mentais (8,33%) os utentes situavam-se no autocuidado terapêutico ligeiro. Quer a função da dor quer a função respiratória, tinham autocuidado na atividade.

Quadro n.º 11- Scores dos resultados sensíveis à Enfermagem de Reabilitação,

	Neurocirurgia			Cirurgia Cardiotorácica			Ganhos médios finais obtidos
	Avaliação inicial	Avaliação final	Ganhos totais	Avaliação inicial	Avaliação final	Ganhos totais	
Funcionalidade	68,5%	40,1%	28,5%	39,2%	12,1%	27,1%	27,8%
Autocuidados	98,5%	66,2%	32,3%	70%	17,7%	52,3%	42,3%
Comunicação	50%	29,4%	20,6%	8,3%	0%	8,3%	14,5%
Aprendizagem e funções mentais	57,3%	27,1%	30,2%	33,4%	8,3%	25,1%	27,7%
Relação com amigos e familiares	31,2%	31,2%	0%	16,6%	16,6%	0%	0%
Função respiratória	81,3%	25%	56%	50%	0%	50%	53%
Função Dor	43,8%	6,3%	37,5%	25%	0%	25%	31,3%
Outros ganhos observados / indicadores alcançados	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da capacidade física; - Aumento da mobilidade - Aumento da força muscular - Fortalecimento muscular - Prevenção de complicações (associados à imobilidade) - Controlo de sintomas (dispneia) - Satisfação do utente (expectativas realitas) - Aumento da capacidade cognitiva - Aumento dos conhecimentos dos utentes e família 						

Do ponto de vista médio e analisando de uma forma global todos os resultados alcançados confirmámos que todos os utentes obtiveram resultados funcionais, com os cuidados de enfermagem de reabilitação. Os dados mesurados pela MIF (DGS, 2011) também apontam para um aumento da funcionalidade.

Os maiores ganhos ocorreram sequencialmente ao nível da função respiratória (53%), na capacidade para os autocuidados (42,3%), no controlo da dor (31,3%) e ao nível da aprendizagem e funções mentais (27,7%).

Considerando também os dados descritos na discussão, mais ganhos sensíveis foram conseguidos, como são descritos no quadro acima.

Através dos estudos casos observamos o papel fundamental que os cuidados de enfermagem de reabilitação têm nas pessoas em processo cirúrgico, que ao estarem sujeitas a limitações físicas, cognitivas ou emocionais apresentam défice de autocuidado terapêutico. Intervindo em cada domínio é possível minimizar ao máximo os défices encontrados, melhorando a capacidade funcional (OE, 2015).

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de os doentes sujeitos a um processo cirúrgico, poderem beneficiar da intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação quer nos serviços onde são internados e até futuramente na comunidade.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este capítulo pretende ser um quadro reflexivo e ilustrativo sobre as competências adquiridas durante o percurso académico, com destaque para as atividades desenvolvidas durante o estágio profissional final. Será feita uma reflexão sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista, sobre as competências específicas em Enfermagem de Reabilitação e sobre as competências de Mestre adquiridas, como preconizado regulamento n.º 122/2011, regulamento n.º 125/2011 e o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

De acordo com o regulamento n.º 122/2011 as competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da especialização, todos os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de competências comuns, ou seja, apresentam um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam em contexto da prática clínica que lhes permitem ponderar as necessidades de saúde de um grupo-alvo e atuar em todos os contextos da vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”.

Existem quatro domínios de competências comuns: “competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio abrange as seguintes competências: “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Durante o estágio profissional foi assumida a responsabilidade profissional de prestar cuidados de reabilitação à pessoa em processo cirúrgico, com base em sólidos conhecimentos e saberes adquiridos, respeitando os utentes e família integralmente.

Independentemente do contexto dos cuidados, foram cumpridos os princípios e valores profissionais enunciados no Código Deontológico dos Enfermeiros, cumpridos com os princípios éticos do cuidar e salvaguardados os direitos dos utentes (informação, confidencialidade, privacidade, autodeterminação).

A enfermagem diariamente se confronta com situações de natureza complexa. Os estágios não foram exceções, pelo que no dia a dia, privilegiou-se sempre a dignidade de cada utente e evitando a ocorrências de situações adversas para o mesmo (por exemplo tomando medidas para prevenção de complicações operatórias).

Foi também recorrido ao parecer da comissão de ética para aprovação do projeto de intervenção profissional implementado assegurando desta forma o cuidar ético.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências inerentes a este domínio são designadas por: “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”.

Com vista à excelência dos cuidados, foi desenvolvido e publicado um artigo intitulado “Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, no doente em processo cirúrgico – Revisão sistemática da Literatura”. Com base numa revisão de artigos científicos com qualidade metodológica, definiram-se indicadores sensíveis que resultam numa melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação. Estes indicadores permitiram avaliar a efetividade

das intervenções. Tendo em conta que o ambiente é uma condição imprescindível para a efetividade das intervenções, nos cuidados prestados foi feita uma gestão ambiental proporcionando um ambiente propício à aprendizagem, envolvendo a família e à segurança.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

As competências deste domínio da gestão dos cuidados são as seguintes: “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

Nos diferentes contextos cirúrgicos existiam uma panóplia de recursos quer materiais quer humanos que foram empregados para proporcionar cuidados de qualidade ao doente cirúrgico consoante cada situação. Feita uma articulação entre os cuidados prestados e a equipa multiprofissional, sendo por vezes a própria equipa de enfermagem com base das necessidades que faziam de certos utentes a solicitar a nossa intervenção junto dos utentes.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes: “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

Para dar continuidade à formação básica de enfermeiro generalista foi necessário aumentar os conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação mediante a aquisição de saberes atualizados proporcionados nas aulas teóricas, pela pesquisa bibliográfica em fontes fidedignas e atualizadas e pela partilha de experiências com os enfermeiros orientadores. Desta forma foi possível aumentar o autoconhecimento e a autoconfiança melhorando a capacidade de comunicação quer com os utentes e com os profissionais de saúde. Na relação com as pessoas foi importante conhecer os fatores que interferiam ou melhoravam a mesma. Foi fundamental diagnosticar as necessidades de formação dos utentes e famílias, favorecer a aprendizagem dos mesmos pela educação e por fim avaliar o efeito da mesma.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Segundo o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) o enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialização”. O regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º 125/2011, define o perfil de competências que compreendem o cuidar da pessoa, com determinadas necessidades especiais, “ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

“Cuida de pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”

Durante o estágio profissional foram encontradas pessoas de várias idades, desde adultos jovens a idosos, em diferentes contextos cirúrgicos, que devido a várias condições de doença (patologias crónicas ou agudas, acidentes rodoviários inesperados), encontravam-se impossibilitadas de realizar as atividades básicas diárias de forma independente. Neste âmbito desenvolveram-se competências para avaliar a capacidade funcional inicial de cada utente, utilizando escalas e instrumentos de medida, identificando deste modo as necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Foram diagnosticadas alterações e incapacidades nas pessoas, identificando as suas causas e gravidade, os fatores facilitadores e/ou inibidores da realização das atividades de vida, aspetos psicossociais que interfeririam nos aspetos adaptativos ou até a presença de respostas humanas desadequadas. Vários planos de intervenção foram concebidos, com intervenções para redução do risco de alteração da funcionalidade nas várias dimensões da pessoa (motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação), para reeducar ou otimizar as funções. Com estes

planos procurou-se corrigir, conservar, melhorar ou recuperar aptidões e capacidades funcionais” (Pestana, 2016, p.49). Um aspeto importante, que foi desenvolvido foi atuar no sentido de ir ao encontro da pessoa, definindo juntamente com ela os objetivos, as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas exequíveis a atingir de forma a promover a autonomia, a qualidade de vida e a satisfação do utente.

“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”

Na prática dos cuidados foram elaborados e implementados programas de treino de atividades de vida diárias. Através da educação ao utente ou o cuidador principal foram efetuados ensinamentos sobre algumas técnicas de autocuidado e dadas as oportunidades de os mesmos fazerem treinos específicos utilizando produtos de apoio. Tendo em conta o futuro do próprio utente, desde cedo e tendo em conta as limitações futuras de mobilidade, os utentes eram questionados sobre as condições ambientais existentes no domicílio e eram realizados ensinamentos para a eliminação de barreiras arquitetónicas.

“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”

Neste âmbito foram elaboradas intervenções individualizadas, tendo em conta a condição atual e potencial de cada utente, que permitissem aos utentes maximizar as suas capacidades funcionais, permitindo um melhor desempenho a nível motor e cardiorrespiratório. Além disso, todos os programas desenvolvidos de treino motor e cardiorrespiratório, foram alvo de avaliação e reformulação, confirmando ou revendo certos diagnósticos, objetivos e o programa de treino. As intervenções eram previamente validadas com os próprios utentes e coordenadas com as decisões com os restantes membros da equipa de saúde.

Maximizando o potencial da pessoa para o autocuidado foram tomadas decisões baseadas nos problemas reais e potenciais das pessoas conforme indica a OE (2011). Foi essencial implementar um programa de reabilitação adequado a cada situação.

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro para que seja auferido o grau de mestre é necessário que o aluno demonstre um conjunto de competências tais como: “ **a)** Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; **b)** saber aplicar os seus conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; **c)** capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; **d)** ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades; **e)** competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”.

Estando o mundo em constante transformação, e sendo a pessoa um ser em constante interação com meio que a rodeia, a formação continua torna-se de real importância (Fonseca, 2015). No Código Deontológico do Enfermeiro, alínea c) artigo 88º (2005), com vista a excelência do seu exercício, também é descrito que os enfermeiros têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas.

Neste percurso académico, partindo dos conhecimentos já obtidos do 1º ciclo, procuramos aprofundar e desenvolver os saberes no domínio da enfermagem de reabilitação. A realização deste curso possibilitou o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação, tendo inerentes as responsabilidades éticas.

“O envolvimento em algum aspeto da investigação é recomendado a qualquer enfermeiro que pretenda fornecer os melhores cuidados de reabilitação a pessoas com incapacidade e doença crónica (Hoeman, 2011, p. 49)”. Assim a realização de um projeto de intervenção, de carácter científico, com base no modelo do autocuidado permitiu definir os ganhos em saúde da enfermagem de reabilitação numa área específica de intervenção. Este mesmo projeto foi dado a conhecer à comunidade através de artigo. A aprendizagem é um contínuo ao longo da vida, pelo que foram também desenvolvidas competências que guiarão o exercício de funções, pela evidência científica e qualidade dos cuidados de enfermagem.

4. CONCLUSÃO

Chegando ao culminar deste Relatório, apraz-nos fazer algumas notas finais sobre a realização deste trabalho, sobre a implementação do projeto de intervenção, que limitações foram encontradas e que sugestões se apresentam para o futuro. Ao mesmo tempo é explicado de que forma foi dada resposta aos objetivos anteriormente planeados.

Durante o percurso formativo, os contextos onde se realiza a prática clínica são deveras fundamentais e imprescindíveis para o processo de aprendizagem, aquisição, mobilização e análise de saberes e desenvolvimento competências. Segundo Serrano, Costa e Costa (2011, p.15) “os enfermeiros são os atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.”

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, com um grande número de doenças crónicas e com múltiplas comorbilidades, os cuidados cirúrgicos surgem como parte integrante dos cuidados de saúde. A intervenção cirúrgica por norma é um evento complexo e ao mesmo tempo marcante na vida de uma pessoa. Essa importância relaciona-se, por um lado pelas marcas físicas, psicológicas e sociais que esse acontecimento provoca em quem o vivencia, por outro lado pelas complicações pós-operatórias e a dependência nos autocuidados a que está sujeito.

Neste contexto considera-se a prestação de cuidados deve refletir a qualidade, devendo os cuidados ser atempados, seguros e eficazes e com base em indicadores de estrutura, processo e resultado na qual a enfermagem de reabilitação tem um papel importante.

Foi desenvolvido um projeto de intervenção em unidades cirúrgicas altamente diferenciadas e em hospitais centrais, durante o estágio final. Pretendeu-se com a realização deste projeto de intervenção avaliar a funcionalidade da pessoa em processo cirúrgico, aperfeiçoar competências nos cuidados de enfermagem de reabilitação e por fim avaliar os ganhos obtidos, consoante os diferentes níveis de funcionalidade, com base no modelo de autocuidado.

Na avaliação da funcionalidade foram utilizados instrumentos de avaliação próprios fiáveis como o ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e a MIF (DGS,2011). Através de um projeto de intervenção com enfoque para os diferentes domínios do autocuidado (físico, cognitivo, emocional e psicossocial e do comportamento) e com base nas teorias de Orem, podemos notar os ganhos em saúde, nomeadamente, ao nível da capacidade funcional, ao nível da capacidade para os autocuidados, na função respiratória, na aprendizagem e funções mentais, comunicação, controlo de sintomas (dor, intolerância para a atividade), prevenção de complicações (relacionadas com a imobilidade e integridade cutânea) e satisfação dos utentes (sendo esta observadas em notas de campo diárias).

Para o aperfeiçoamento de competências na prestação de cuidados de reabilitação à pessoa em processo cirúrgico foram integrados conhecimentos específicos inerentes às técnicas de reabilitação funcional motora e respiratória e desenvolvidas competências na elaboração e implementação de planos de intervenção adequados a cada utente. Também foram desenvolvidas competências na maximização da funcionalidade desenvolvendo capacidades na pessoa. Foram desenvolvidas competências nos diferentes domínios da ética e aperfeiçoada a abordagem holística da pessoa nos cuidados. No âmbito das competências de Mestre foi desenvolvida capacidade de compreensão no desenvolvimento de um projeto de intervenção, em contexto de investigação, integrar conhecimentos e raciocínios específicos subjacentes à prática e refletir sobre as conclusões do trabalho de investigação.

Os resultados sensíveis apresentados nos estudos caso permitem-nos constatar a importância real que a Enfermagem de Reabilitação tem na maximização da funcionalidade, na capacitação da pessoa para o autocuidado, na prevenção de complicações evitando ou minimizando as mesmas, na readaptação à sua situação atual e na promoção da qualidade de vida,

Sendo a pessoa com necessidades especiais no contexto em que se encontra, alvo da intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação consideramos que a pessoa em processo cirúrgico requer um cuidado efetivo e de qualidade destes profissionais.

Pelo exposto consideramos que este projeto de intervenção teve um contributo importante para a valorização da Enfermagem de Reabilitação, dando evidências do impacto positivo desta especialização na pessoa em processo cirúrgico. Consideramos ser deveras importante que no

futuro todas as unidades cirúrgicas, contenham um número suficiente de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Sugere-se futuramente novos estudos de investigação, para darem continuidade a este tema e demonstrem por exemplo a necessidade de dotações seguras ao nível da enfermagem de reabilitação, para uma adequação dos recursos de enfermagem às reais necessidades dos utentes.

No que diz respeito às limitações ao trabalho, consideramos que existiram algumas sendo as mais notórias o número reduzido de estudos casos, pois se fosse maior a amostra, teria uma maior representatividade; ter sido utilizado apenas as notas de campo utilizadas para perceber os ganhos sentidos pelos utentes e famílias. Embora as notas de campo tivessem sido um meio de recolha de dados importante, seria uma mais valia o recurso a entrevistas semiestruturadas, dirigida aos utentes e às famílias antes e depois do programa de reabilitação.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Circular normativa n.º 11/2015 de 21 de julho de 2015. Retrieved from: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/CI%20n.%C2%BA%2021.2015.pdf>.
- Ah, Y., Sun, K., SangHee, K. & Hoon N. (2016). The Effects of a Standardized Preoperative Education Program on Stomach Cancer Patients undergoing Gastrectomy. *Asian Oncology Nursing* (16) 2, 85-93. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.5388/aon.2016.16.2.85>
- Amorim, T.; Salimena, A. (2015). Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: revisão/reflexão. *HU Revista*, (41) 3, 4, 149-154. Retrieved from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1804/2171-14386-1-pb.pdf>
- Andrade, L. (2007). *Validação das Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 43-51. Retrieved from: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=231&codigo=.
- Araújo, R., Silva, T. & Ramos, V. (2016). Capacidade de autocuidado e qualidade de vida no pré-operatório de revascularização miocárdica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 232-238. Retrieved from: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200008>
- Assis, C., Batista, L., Wolosker, N., Zerati A., & Silva R. (2015). Medida de Independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. *Revista Escola Enfermagem USP*, 49 (5), 756-761. DOI: 10.1590/S0080-623420150000500007

- Briggs J. Joanna Briggs Institute (2017). Retrieved from: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Brito, A. (2013). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado- Uma teoria explicativa*. Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa, Portugal
- Bocatti C., Junior, E., Dalcol, C., Garanhani, M. (2015). Cuidado perioperatório e as estratégias de autocuidado: percepções de médicos residentes da cirurgia geral. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, (36) 2, 35-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n2p35>
- Borella, M., Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências*. 17(2), 161-9. Retrieved from: www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/14.pdf
- Bertoncello, K., Sávio, B., Ferreira, J., Amante, L., Bacimento, É. (2014). Diagnósticos e propostas de intervenções de enfermagem aos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Cogitare Enfermagem*, 19(3), 582-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.33676>
- Boehnlein, M., Marek, J. (2003). Enfermagem no Pré-Operatório. In Phipps W., Sands J. e Marek J. *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática*. Loures: Lusodidacta, 525-547.
- Bohannon R., Smith M. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67, 206-7. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3809245>
- Branco, T. & Santos R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Branco, P., Barata S., Barbosa J., Cantista, M., Lima, A. Maia J. (2012). *Temas de Reabilitação Respiratória*. Porto: Medesign – Edições e Design de Comunicação, Lda

- Carvalho, L., Mamede, M. e Araújo, M. (2011). Conhecimento de pacientes sobre o processo de auto-cuidado em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Cadernos de pesquisa*. (18) n. especial, 18-25. Retrieved from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/734/2572>
- CHLN. Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE. (2009). Regulamento Interno. Retrieved from: http://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/regulamentos/Regulamento%20Interno%20do%20CHLN_23.03.2009.pdf
- CHLN. Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE. (2015) Relatório e Contas. Retrieved from <http://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20e%20Contas%202015>.
- CHLN Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE. (2016). Plano de atividades. Retrieved from http://www.chln.pt/media/k2/attachments/plano_atividade/Plano%20de%20Atividades%202016.pdf
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (2004). Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. Tradução de: International Classification of Functioning, Disability and Health. Organização Mundial da Saúde (resolução WHA54.21)
- Coelho, C.; Barros, H. & Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 227-251
- Conceição, A., Santos, M., Santos, B., Cruz D. (2015). Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 23 (4): 578-586. Retrieved from: www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00578.pdf
- Cordeiro, M. & Menoita E. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência

Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Direção Geral de Saúde (2003). A dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor n.º 09/DGCG: 14/06/2003. Acedido a 27 de abril de 2018. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direção Geral de Saúde (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Circular informativa n.º: 40A/DSPCD. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/?cr=14938>

Direção Geral de Saúde (DGS) (2010). Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS Cirurgia Segura Salva Vidas. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/8/9789241598552_por.pdf.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma da Direção Geral da Saúde. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2014). Portugal idade maior em números – 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>

Decreto-lei n.º 23/2008 de 8 de fevereiro (2008). Diário da República, 1ª série- N.º 28. Ministério da Saúde. Retrieved from:

Decreto lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República n.º 176, 1ª série Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

- Deodato S. (2016). Ética nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 35-39
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Diário da República, 2ª série- N.º 28. Ministério da Saúde. Retrieved from: <http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/dE SP>
- Donabedian, A. (2005). *Evaluating the Quality of Medical Care*. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enfermagem*. (21) 3 Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004
- Fonseca, C. & Lopes M. (2014). *Modelo do Autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Dissertação de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Portugal.
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. Retrieved from: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, R. (2014). Intervenções de Enfermagem na Reabilitação de Pessoas submetidas a Cirurgia Cardíaca: Período pré e pós-operatório. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16289/1/Relatório%20de%20Estágio.pdf>
- Galvão, M. & Janeiro, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 225-230. Retrieved from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>

- Gaspar, J., Oliveira, M. & Duayer, M. (2007). Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41(4): 619-28. Retrieved from: www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/763.pdf
- Gregersen, M., Zintchouk, D., Borris, L. C., & Damsgaard, E. M. (2011). A geriatric multidisciplinary and tailor-made hospital-at-home method in nursing home residents with hip fracture. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 2(4), 148-154. Doi:10.1177/2151458511421908.
- Haber, J. (2001). Amostragem. In *Lobiondo - Wood, Geri, Haber, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.140-155
- Hansen, et al. (2017) Patient perceptions of experience with cardiac rehabilitation after isolated heart valve surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1 –9. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28617184>
- Haynes, A. et al. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 360, 491-9. Retrieved from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119#t=article>
- Hesbeen, Walter (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- HGO. (2014). Relatório de Governo Societário 2014. Retrieved from www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioGestao.aspx
- HGO. (2015). Regulamento Interno do Hospital Garcia da Orta, E.P.E. Retrieved from: <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RegulamentoInterno.aspx>
- HGO. (2016). Relatório & Contas. Retrieved from: <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioContas.aspx>
- HGO. (2017). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde. Retrieved from: www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioAcessoCuidadosSaude.aspx

- Hoeman, S. P., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades da Vida Diária. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (pp.209-270). (4ª ed.). Loures: Lusodidacta - Capítulo 14
- INE. (2015). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Destaque Informação à comunicação social. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. Retrieved from: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=245381255&att_display=n&att_download=y.
- INE. (2016). Dia Mundial da Saúde – 7 de abril 2004-2014. Destaque Informação à comunicação social. Retrieved from: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=257430378&att_display=n&att_download=y.
- INE. (2017). Projeções da População Residente 2015-2080. Destaque Informação à comunicação social. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Isaías, F.; Sousa, L. & Dias L. (2012). Noções gerais de reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In Cordeiro, M. e Menoita E. - *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-86-8. p. 303-314.
- Juan, K. (2007). O impacto da cirurgia e os aspetos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, 5(1), 48-59. Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Júnior, S. (2013). A importância da mobilização precoce em pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de Literatura. *Biológicas & Saúde*, 3(10). 15-23. doi: <http://dx.doi.org/10.25242/8868310201374>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). (Procede á segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Diário da República, 1ª Série n.º 181. Lisboa: Assembleia da República.

- Lima, F., Araújo, T. (2007). Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2), 223-32. Retrieved from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3167/1738>
- Lin, P., Wang, C., Liu, Y., & Chen, C. (2013). Orthopaedic inpatient rehabilitation conducted by nursing staff in acute orthopaedic wards in Taiwan. *International Journal Of Nursing Practice*, 19(6), 618-626. doi:10.1111/ijn.12113
- Löfgren, S., Hedström, M., Ekström, W., Lindberg, L., Flodin, L., & Ryd, L. (2015). Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(3), 462-469. doi:10.1111/scs.12157
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau. p 325-335
- Lourenço, C. & Mendes, N. (2010). *Traumatismo crânio encefálico: um trauma familiar*. Sinais Vitais. Coimbra, nº 90, p. 49-59.
- Macdonnel, A., Jones, M., Read S. (2000). Practical considerations in case study research: the relationship between methodology and process. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 383-390. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964186>
- Malcato M. (2016). A pessoa submetida a Cirurgia Cardiotorácica. Capacitação e Atividade de Vida. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 515-523.
- Marchand, A., O'Shaughnessy, J., Châtillon, C., Sorra, K., & Descarreaux, M. (2016). Current Practices in Lumbar Surgery Perioperative Rehabilitation: A Scoping Review. *Journal Of Manipulative And Physiological Therapeutics*, 39(9), 668-692. doi: 10.1016/j.jmpt.2016.08.003
- Mariz, M. (2005). *Sentimentos e Significados no Consentimento informado*. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, LDA.

- Medical Research Council (1976). Aids to the examination of peripheral nervous system. Memorandum n.º 45. London: Her Majesty's Stationery Office. Retrieved from: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>
- Melo, L., Melo L., Silva R. (2016). Tecnologia em produtos para saúde: o aperfeiçoamento de cirurgias com a utilização de softwares. *Tecnologias em Projeção*, (7) 2. 35-44
- Melnyk, B., Fineout-Overholt E., Stetler, C., Allan, J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. evidence-based practice leadership summit. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 2(3), 113-121.
- Mendes, R. & Chaves, C. (2012). Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos. A situação no Hospital Amato Lusitano. *Revista de saúde Amato Lusitano*. 2º Trimestre n.º 31. Retrieved from:
- Menoita E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência. Loures
- Ministério da Saúde (2016). Relatório Anual. Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Retrieved from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatório-Acesso-SNS_2016-vf.pdf
- Ministério da Saúde (2017a). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Neurocirurgia. Ministério da Saúde. Acedido a 2 de fevereiro de 2018. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/09/RRH-Neurocirurgia-Aprovada-a-6-setembro-2017.pdf>
- Ministério da Saúde (2017b). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Cirurgia Cardiorácica. Acedido a 27 de janeiro. Retrieved from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/RNEHR_Cirurgia-Cardioracica-Aprovada-19-12-2017.pdf
- Ministério da Saúde (2017c). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Medicina Física e de Reabilitação. Acedido a 27 de janeiro. Retrieved from:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/2017-01-27-RNEHRMedFisicaReabVersaoFinal.pdf>

Moradian, S., Najafloo, M., Mahmoudi, H., Ghiasi, M. (2017). Early mobilization reduces the atelectasis and pleural effusion in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized clinical trial. *Journal of Vascular Nursing*, (35) 3, 141 – 145. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvn.2017.02.001>

Moreira, M. (2012). *O impacte da intolerância à atividade no quotidiano dos clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola superior de enfermagem do Porto, Portugal.

Neto L., Thomson J. & Cardoso J. (2005). Complicações respiratórias no pós-operatório e cirurgias eletivas e de urgência e emergência em um Hospital Universitário. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, (31) 1, 41-47. Retrieved from: www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n1/23454.pdf

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016). Enfermagem de Reabilitação Instrumentos de recolha de dados para documentação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Retrieved from:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) 2011. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Lisboa. Retrieved from: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. Retrieved from: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Orem, D.E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermeira en la práctica*. Barcelona: Mosby-Year Book

Payne, S., Field, D., Rolls, L., Hawker, S., Kerr, C. (2007). Case study research methods in end-of-life care: reflections on three studies. *Journal of advance nursing*, 58(3), 236. Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2007.04215.x>

Pedreirinho, A. et al. (2016). A fadiga dos alarmes na segurança do doente. Revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento*, 2(2), 544-562 Retrieved from: http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/100/229

Pereira, A. & Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha Enfermagem.*, 27(4), 491-8.

Retrieved

from:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>

Pereira, C. (2007). O ensino clínico em enfermagem. Um estudo sobre contextos, situações e atividades geradoras de ansiedade. *Revista Lusófona de Educação*, (9), 213-214. Retrieved from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502007000100024&lng=pt&tlng=pt.

Pereira, et al. (2016). Complicações cardíacas em cirurgia vascular. *Jornal Vascular Brasileiro*, 15(1), 16-20. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.003515>

Pereira, M. (2016). *Desenvolvimento de competências especializadas em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Enquadramento. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 47-56

Perkins, Z. B., De'Ath, H. D., Sharp, G., & Tai, N. M. (2012). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *The British Journal Of Surgery*, 99 Suppl 175-86. doi:10.1002/bjs.7766 35

Pezzin, L. E., Padalik, S. E., Dillingham, T. R. (2013). Effect of postacute rehabilitation setting on mental and emotional health among persons with dysvascular amputations. *The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 5(7), 583-590. doi:10.1016/j.pmrj.2013.01.009

Petronilho F. & Machado M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 3-14.

Petronilho F., Magalhães M., Machado M. & Vieira M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico. Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais* (88). Retrieved from:

<http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais-publicacoes-78/revistas-1994-2014/24-revistas-2010-e-2012/465-1?showall=&start=6>

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 21. 5 – 7.

Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. (3): 157-164. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>

Ribeiro, O. & Pinto, O. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32(1): 27-36. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000758>

Ribeiro, O., Pinto, C. & Regadas (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, (1), 25-36. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2.ª Série*, n.º 35 (2011). 8648-8653. Retrieved from: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento 125/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Diário da República*, 2ª série- N.º 35. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Retrieved from: <https://dre.tretas.ord/dre/1227228/regulamento-125-2011-de-18-de-fevereiro>

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 119 . Lisboa.

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro (Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina). *Diário da República I Série- A n.º 2*. Lisboa: Assembleia da República Portuguesa.

- Rozzini, F. (2017). Goals of surgery and assessment tools for elderly patients referred for cardiac and noncardiac surgery. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 87, 849. Retrieved from: <https://doi.org/10.4081/monaldi.2017.849>
- Roth, E.V., Pezzin, L. E., McGinley, E. L., & Dillingham, T. R. (2014). Prosthesis use and satisfaction among persons with dysvascular lower limb amputations across postacute care discharge settings. *The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 6(12), 1128-1136. Doi:10.1016/j.pmrj.2014.05.024
- Samaree, A., Rhind, G., Saleh, U., & Bhattacharya, V. (2010). Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patients: a review. *The Surgeon, Journal Of The Royal Colleges Of Surgeons Of Edinburgh And Ireland*, 8(3), 151-158. Doi:10.1016/j.surge.2009.10.039
- Sant'Anna, D., De Almeida, Vanessa, L., Petito, E. & Gutiérrez, M. (2010). Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. *Ciência y enfermería*, 16(1), 97-104. Retrieved from: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100011>
- Santana, J., Fernandes, L., Zanin C., Waeteman C. & Soares M. (2010). Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico. *Estudos de Psicologia*. 27(1). 31-39. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100004>.
- Santos, L. (2016). O processo de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 15-24
- Santos, A. & Pêla, J. (2016). Reabilitação da pessoa em Cuidados Paliativos e Fim de Vida. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 605-618
- Santos, M., Rennó, C. (2013). Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Administração de Saúde*. (15)

58, 27-30. Retrieved from:
http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=597&p_nanexo=3

Santos, M., Martins, J., Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stress no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 7-15. Retrieved from:
<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>

Serrano, M., Costa, A. & Costa, D. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. (3), 15-23. Retrieved from:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>

Silva et al. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43(3), 697-703. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>

Siqueira, E. & Diccini, S. (2017). Complicações pós-operatórias em neurocirurgia eletiva e não eletiva. *Acta Paul Enfermagem*, 30(1), 101-8. Retrieved from:
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700015>

Sistema Nacional de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde. Retrieved from:
<http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>

Sousa, L. & Carvalho, M. (2016). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de Internamento e Ortopedia. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 15-24

Streubert H. & Carpenter D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem- Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência

Sugavanam, T., Mead G., Bulley, C., Donaghy M. & Wijck F. (2013). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disability & Rehabilitation*. 35(3), 177–190. Retrieved from:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.690501>

- Sun, J., & Chen, W. (2015). Music therapy for coma patients: preliminary results. *European Review For Medical And Pharmacological Sciences*, 19(7), 1209-1218. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25912580>
- Tenani, A. & Pinto, M. (2007). A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 14(2):81-782. Retrieved from: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-142/IIDD225%20PDF.pdf
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência
- Varanda E. & Rodrigues C. (2016). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 215-225
- Varanda, E., Rodrigues, C. & Costa, A. (2015). Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf
- Vieira, M. (2004). Da deontologia profissional à ética de enfermagem. *Revista (In)formar*, (10) 33, 68-72.
- Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2016). In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Vilelas, J. (2009) – Investigação: o processo de construção do conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo.
- Walker, J. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*. 16 :27-32. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17353832>

Walshe, C. Caress A., Chew-Graham C, & Todd C. (2004). Case studies: A research strategy appropriate for palliative care? *Palliative Medicine*, 18(8), 677-684. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15623163>

Wu, Y. et al. (2017). Implantation of Brain-Derived Extracellular Matrix Enhances Neurological Recovery after Traumatic Brain Injury. *Cell Transplant*, 26(7), 1224–1234. Retrieved from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0963689717714090> 1

Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods*. 3ed^a. Thousand Oaks: Sage.

ANEXOS

Anexo A

Grelhas de Observação

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação				
RFR				Frequência
<input checked="" type="checkbox"/>	Vigiar Respiração			
<input checked="" type="checkbox"/>	Vigiar Ventilação			
<input checked="" type="checkbox"/>	Observar tórax			
<input checked="" type="checkbox"/>	Auscultar Tórax			
<input checked="" type="checkbox"/>	Gerir oxigenoterapia			
<input checked="" type="checkbox"/>	Monitorizar spO2			
<input checked="" type="checkbox"/>	Monitorizar FR			
<input checked="" type="checkbox"/>	Vigilância de telemetria			
<input checked="" type="checkbox"/>	Vigiar pele e estado de consciência			
<input checked="" type="checkbox"/>	Planear atividade física			
<i>Reduzir tensão psíquica e muscular, diminuindo sobrecarga muscular</i>				
Aplicar Técnicas de descanso e relaxamento				
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios				
<i>Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar</i>				
<input checked="" type="checkbox"/>	Respiração com os lábios semicerrados			
<input checked="" type="checkbox"/>	Exercícios de reeducação globais e seletivos	Abdomino-diafragmática	Global	
			Porção posterior c/ e s/ resistência	
			Hemicúpula direita	
			Hemicúpula esquerda	
			Porção anterior c/ e s/ resistência	
			Global c/ e s/ bastão	
	Reeducação Costal	Lateral direito com abdução do MS		
		Lateral esquerdo com abdução do MS		
		Antero lateral dto. c/ e s/ resistência		
		Antero lateral esq. c/ e s/ resistência		
		Pósterio -lateral dto. c/ e s/ resistência		
		Pósterio -lateral esq. c/ e s/ resistência		
<input checked="" type="checkbox"/>	Otimizar ventilação através de dispositivos ventilatórios			
<input checked="" type="checkbox"/>	Assistir a pessoa a otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios – Inspirometria incentivadora			
<input checked="" type="checkbox"/>	Otimizar ventilação através de técnica e posicionamento			
<i>Assegurar a permeabilidade das vias aéreas</i>				
<input checked="" type="checkbox"/>	Tosse	Dirigida c/contenção do tórax		
		Assistida c/contenção do tórax		
Drenagem postural modificada		Direito	Esquerdo	Manobras acessórias
	Lobo superior			Percussão
	Lobo médio			Vibração
	Lobo inferior			Compressão
				Vibrocompressão
<input checked="" type="checkbox"/>	CATR (ciclo ativo das técnicas respiratórias) (RA – ER- HUFF-TEF)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Aspiração de secreções			
<input checked="" type="checkbox"/>	Vigilância de secreções			
<i>Impedir a formação de aderências pleurais para manter ou recuperar a mobilidade costal e diafragmática</i>				
<input checked="" type="checkbox"/>	Mobilização escapulo-umeral			
<input checked="" type="checkbox"/>	Terapêutica de posição			
<i>Corrigir os defeitos posturais</i>				
<input checked="" type="checkbox"/>	Técnicas de correção postural com recurso ao espelho quadriculado			
<i>Reeducar no esforço</i>				
<input checked="" type="checkbox"/>	Exercícios de mobilização torácica e osteoarticular			
<input checked="" type="checkbox"/>	Treino de exercício aeróbio			
<input checked="" type="checkbox"/>	Treino das atividades de vida diárias			
Ensinos RFR				
		Efetuados		Apresenta ou não conhecimentos/ Tem capacidade para executar
Posição de descanso e relaxamento				
Incentivar repouso				
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios				
Ensino da Tosse dirigida				
Ensino da Tosse assistida				
Contenção do Tórax				
Exercícios de reeducação funcional respiratória				
Exercícios físicos gerais- reeducação ao esforço				
Técnica de administração de inaladores				
Utilização do espirómetro de incentivo				

RFM e Treino de Atividades de Vida			
Autocuidado Alimentação (Comer e beber)	Avaliar deglutição Avaliar risco de aspiração	Deglutição alterada para alimentos sólidos líquidos	
		Deglutição alterada para alimentos de consistência pastosa	
		Deglutição alterada para alimentos sólidos	
		Alteração do estado de consciência	
		Movimento da língua e lábios	
		Vigiar reflexo de deglutição	
	Tosse após deglutição		
	Avaliar capacidade para Autocuidado		
	Ensinar e treinar uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado		
	Executar técnica preventiva de aspiração		
Treinar técnica de deglutição			
Exercícios para resistência muscular			
Autocuidado Higiene Pessoal e Banho (Higiene e Arranjar-se)	Avaliar capacidade para Autocuidado		
	Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar		
	Treinar uso de dispositivo auxiliar		
	Instruir técnicas de adaptação		
	Dar banho na cama		
	Dar banho no WC		
	Assistir no banho na cama		
	Assistir no banho no wc		
Autocuidado Vestir parte Superior e Inferior (Vestuário)	Avaliar a capacidade para o autocuidado:		
	Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado		
	Instruir sobre técnica de adaptação		
	Treinar o uso de dispositivo auxiliar		
Autocuidado ir ao sanitário (utilização da sanita)	Avaliar a capacidade para usar o sanitário		
	Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário		
	Instruir técnica de adaptação		
	Instruir o uso de dispositivo auxiliar		
	Treinar técnica de adaptação para o autocuidado		
	Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado		
Controlo de esfíncter urinário (Autocontrolo: Continência Urinária)	Avaliar autocontrolo: continência urinária		
	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece vontade de urinar • Consegue chegar ao WC após sentir vontade de urinar • Esvazia completamente a bexiga • Capaz de iniciar e interromper o jato, volume urinário superior a 150 em cada micção • Uso de terapêutica • Monitorizar eliminação urinária 		
	Supervisionar autocontrolo: continência urinária		
	Planear eliminação urinária		
	Aconselhar eliminação urinária antes do sono		
	Reforçar auto-eficácia		
	Executar técnica de exercícios para autocontrolo		
	Planear ingestão de líquidos		
	Executar exercício pélvicos		
	Ensino de técnica de autocateterização da bexiga		
Controlo de esfíncter intestinal (Autocontrolo: Continência Intestinal)	Avaliar autocontrolo: continência intestinal (se tem capacidade, eficaz, não eficaz, conhecimento, melhorado)		
	Vigiar eliminação intestinal		
	Vigiar abdómen		
	Avaliar risco de obstipação		
	Estimular eliminação intestinal		
	Aplicar supositório		
	Executar, Ensinar, treinar massagem abdominal		
Reforçar auto-eficácia			

	Avaliar movimento muscular (Força muscular e amplitude articular)		
Mobilidade - Movimento muscular	Executar exercícios musculares isométricos		
	Executar exercício terapêutico de ponte com ajuda ou sem ajuda		
	Executar rolamento na cama		
	Executar rotação controlada da anca		
	Automobilização		
	Carga no cotovelo		
	Transferência da carga sobre o MI afetado		
	Incentivar exercícios musculares		
	Executar técnica de exercício musculartoarticular passiva		
	Executar técnica de exercício musculartoarticular ativa-assistida		
	Executar técnica de exercício musculartoarticular ativa-resistida		
	Reeducação dos músculos da face <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unir as sobrancelhas ▪ Enrugar testa ▪ Elevar sobrancelhas ▪ Sorrir ▪ Fechar os olhos abruptamente ▪ Assobiar ▪ Encher a boca de ar ▪ Depressão no lábio inferior ▪ Protrair lábios 		
Mobilidade - Posicionar; - Transferências	Avaliar transferir-se:		
	Mover o corpo em direção ao bordo da cama		
	Ficar sentado		
	Deslocar-se da cama para cadeira		
	Erguer-se na posição horizontal		
	Posicionar o doente		
	Ensinar transferir-se		
	Treino de transferências para cama (com ou sem dispositivo)		
	Treino de transferências para cadeira (com ou sem dispositivo)		
Locomoção (Marcha e escadas) - Andar;	Avaliar capacidade para marcha		
	Instruir marcha		
	Treinar marcha (ver metros, em segurança, com dispositivos auxiliar)		
Cognição comprometida	Avaliar Cognição		
	Monitorizar a função cognitiva		
	Facilitar a orientação para a realidade		
	Executar técnicas para estimular cognição		
	Rotular objetos para facilitar o reconhecimento		
	Providenciar acesso a notícias atualizadas		
	Encorajar a participação na tomada de decisão		
	Encorajar uso de ajudas (óculos, dentaduras, próteses auditivas...)		
	Vestir com roupa pessoais		
	Fazer discurso concreto		
Memória	Terapia de orientação para a realidade		
	Trabalhar memória episódica (acontecimentos passados)		
Equilíbrio	Avaliar equilíbrio corporal		
	Treino correção corporal com espelho		
	Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado		
	Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição corporal		
	Incentivar a treinar equilíbrio corporal		
	Executar técnica de posicionamento para proporcionar equilíbrio corporal		

Notas de Campo:

Anexo B

Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 2 2

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela, Prof.ª Doutora Margarida Amoedo e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Modelo do autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação*" da investigadora **Nídia Cristina Saramago Carretas** (mestranda) e Prof. Doutor César Fonseca (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)