

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

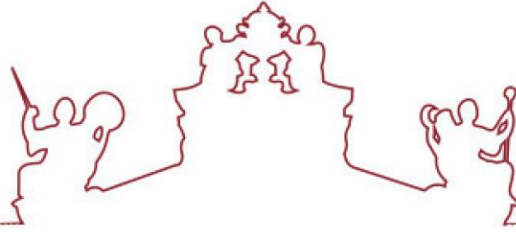
**A enfermagem de reabilitação na Capacitação no
autocuidado de pessoas submetidas a cirurgia abdominal
eletiva**

Lucia Rosario Palma Nascimento

Orientador(es) | Rogério Ferreira

Évora 2023





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

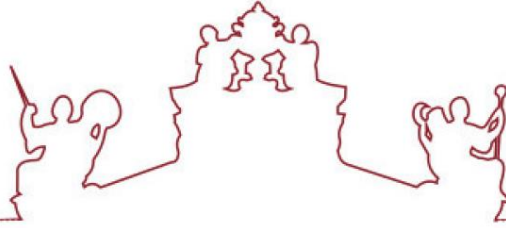
A enfermagem de reabilitação na Capacitação no autocuidado de pessoas submetidas a cirurgia abdominal eletiva

Lucia Rosario Palma Nascimento

Orientador(es) | Rogério Ferreira

Évora 2023





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Ruivo (Universidade de Évora)

Vogais | César Fonseca (Universidade de Évora)
José Manuel Afonso Moreira (Universidade de Évora) (Arguente)
Rogério Ferreira (Universidade de Évora) (Orientador)

A enfermagem de reabilitação na capacitação no autocuidado de pessoas submetidas a cirurgia abdominal eletiva

RESUMO

Introdução: A implementação de um programa de enfermagem de reabilitação precoce, baseado em intervenções terapêuticas de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora, assume um papel relevante na recuperação do doente, bem como na redução de complicações associadas, aumento da capacidade funcional, qualidade de vida e prevenção de reinternamentos.

Objetivos: Descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio final, conducente ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre e evidenciar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, na implementação do projeto de intervenção.

Metodologia: Programa de intervenção de enfermagem de reabilitação com base na metodologia de estudo de caso múltiplo.

Resultados: Observa-se maior capacidade funcional, redução das complicações respiratórias pós-operatórias e menor tempo de recuperação pós-operatório.

Conclusões: O desenvolvimento de competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, inicialmente planeadas foram adquiridas, tendo contribuído para a melhoria funcional das pessoas abrangidas pela intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Palavras-chave: Ganhos em Saúde; Enfermagem de Reabilitação; Cirurgia abdominal; Reabilitação Respiratória.

Rehabilitation nursing in self-care training for people undergoing abdominal surgery

ABSTRACT

Introduction: The implementation of a rehabilitation nursing program, based on functional respiratory reeducation and motor functional reeducation therapeutical interventions, plays an important role on the patient's recovery, as well as on the reduction of related complications, improvement of functional capacity, quality of life and in the prevention of hospital readmission.

Objectives: to describe the *estágio final* curricular unit activities, leading to nurse's specialist skills and master level skills and underline the sensible gains for nursing care in rehabilitation nursing, with the introduction of a intervention project.

methodology: rehabilitation nursing intervention program based on the multiple case study methodology.

Results: It is observed an improvement of functional capacity, post-operative respiratory complications, and lower post-operative recovery time.

Conclusions: Development of rehabilitation nursing and master's degree skills, allowed a functional improvement of patients, related to rehabilitation nursing intervention.

Keywords: Health gains; Rehabilitation nursing; Abdominal surgery; Respiratory rehabilitation.

AGRADECIMENTOS

À Beatriz, a minha melhor conquista durante este percurso!

Ao João, por embarcar comigo de corpo e alma naquilo que me proponho a fazer, de forma incondicional. Obrigado por me incentivares todos os dias e por acreditares em mim.

Aos meus pais e ao meu irmão, por estarem sempre na retaguarda a torcer pelas minhas conquistas, pelo seu apoio incondicional e incentivo, que me ajudaram a chegar ao fim desta etapa. Obrigada por me mostrarem que a persistência, dedicação e empenho são fundamentais para atingir os nossos objetivos.

Aos meus amigos (os todas as horas), que manifestaram durante este processo o seu orgulho pelas minhas conquistas. Obrigada pelo vosso apoio.

Às colegas Adriana Martins, Ana Roque e Priscila Ramiro, por todos os momentos vividos ao longo desta caminhada. Sem a leveza, companheirismo, desabafos e entreajuda, certamente não seria tao “fácil”.

Ao Professor Doutor Rogério Ferrinho, por me ter acompanhado desde o início, incentivando, orientando todo este percurso, revelando-se um agente motivador nos momentos em que tudo parecia não dar certo. Obrigada pela partilha, apoio e disponibilidade.

Aos enfermeiros orientadores, pela partilha, apoio, disponibilidade e por me terem proporcionado momentos de aprendizagem gratificantes, que contribuíram para o meu desenvolvimento e enriquecimento pessoal e profissional.

i. ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1

Dados estatísticos, por ARS (2014 – 2016), das cirurgias do sistema digestivo e sistema respiratório 9

Tabela 2

Ganhos resultantes das intervenções dos programas de reabilitação instituídos no doente cirúrgico. 21

Tabela 3

Plano de intervenções – foco ventilação 31

Tabela 4

Plano de intervenções – foco limpeza da via aérea 32

Tabela 5

Plano de intervenções – foco intolerância à atividade 33

Tabela 6

Plano de intervenções – foco movimento corporal 33

Tabela 7

Caracterização sociodemográfica da amostra 35

Tabela 8

Caracterização clínica da amostra 36

Tabela 9

Avaliação dos parâmetros vitais (Participante A) 39

Tabela 10

Avaliação da função respiratória (Participante A) 39

Tabela 11

Avaliação da MIF (Participante A) 39

Tabela 12

Avaliação dos parâmetros vitais (Participante B) 42

Tabela 13	
Avaliação da função respiratória (Participante B)	42
Tabela 14	
Avaliação da MIF (Participante B)	42
Tabela 15	
Avaliação dos parâmetros vitais (Participante C)	45
Tabela 16	
Avaliação da função respiratória (Participante C)	45
Tabela 17	
Avaliação da MIF (Participante C)	45

ii. Índice de abreviaturas

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RFM – Reabilitação Funcional Motora

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diárias

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diárias

OMS - Organização Mundial de Saúde

iii. ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	1
2 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	5
2.1 - A instituição.....	5
2.1.1 - Serviço de Cirurgia	6
2.1.2- Unidade de acidente vascular cerebral.....	7
3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
3.1 - Aspetos epidemiológicos.....	8
3.2- Conceitos Estruturantes	10
3.3 - Cuidados de enfermagem de reabilitação á pessoa em processo cirúrgico	12
3.3.1. O Período pré-operatório	14
3.3.2. Período pós-operatório	17
3.4. Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação	19
4 - MODELOS DO AUTOCUIDADO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	22
4.1 – Teoria de Dorothea Orem	23
4.2 – Teoria de Afaf Meleis.....	24
5 - PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
5.1 - Objetivos do projeto.....	26
5.2 - Metodologia	26
5.2.1 – Amostra.....	27
5.2.2 - Instrumentos e técnicas de colheita de dados	28
5.2.3 - Plano de intervenção	30
5.2.4 - Considerações éticas	34
5.3 - RESULTADOS	34
5.3.1 - Participantes do estudo e caracterização sociodemográfica	35
5.3.2 – Estudos de caso.....	36

5.4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	50
6.1 - Competências comuns do enfermeiro especialista.....	51
6.2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	57
6.3 - Competências de mestre	61
7. CONCLUSÃO	63
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICES	71

1 - INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Relatório, integrada no curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Universidade de Évora, em associação com o Instituto politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto Politécnico de Castelo Branco, foi desenvolvido o Relatório de estágio, após a implementação de um projeto de Intervenção profissional, denominado “A enfermagem de reabilitação na Capacitação no autocuidado de pessoas submetidas a cirurgia abdominal eletiva”. Este tem como finalidade a obtenção do Grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, dando resposta à metodologia e objetivos de aprendizagem, definidos para este mestrado.

A realização do projeto de intervenção, decorreu durante o desenvolvimento da unidade curricular, Estágio final, que teve a duração de 16 semanas, e decorreu nos serviços de Cirurgia geral (10 semanas) e na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) (6 semanas). Previamente, decorreu o estágio de enfermagem de reabilitação com a duração de 6 semanas, que foi realizado em contexto de cuidados domiciliários de enfermagem de reabilitação, numa Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade, sendo que o mesmo permitiu adquirir competências e saberes que se consolidaram posteriormente com o estágio final.

A realização deste projeto de intervenção profissional, foi decisivo no desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e de Mestre, pois através do mesmo, foi possível apresentar de forma sistematizada, o programa de enfermagem de reabilitação a implementar, servindo de guia orientador a partir do qual foram estabelecidos objetivos a atingir. A investigação em enfermagem, permite aperfeiçoar o conhecimento, visando a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade. Desta forma, transpondo para a realidade do EEER, é através da investigação que este pode demonstrar ganhos em saúde, revelando assim o benefício das suas intervenções específicas, na pessoa alvo dos cuidados (Barata, 2017).

De acordo com o regulamento 392/2019, o EEER surge como um elemento que realiza o diagnóstico e intervenção precoce e leva à criação, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados. Desta forma o EEER é detentor de um conjunto de conhecimentos específicos, que levam a pessoa a atingir a máxima

funcionalidade e independência, sendo que as mesmas devem contemplar as últimas evidências científicas, desenvolvendo a prática baseada na evidência.

Nesta perspetiva surge o projeto desenvolvido durante o estágio final, no serviço de cirurgia geral, tendo como foco, a capacitação para o autocuidado, da pessoa submetida a cirurgia abdominal alta, através da implementação de um programa de reabilitação, baseado na evidência científica atual.

Tendo em conta o perfil epidemiológico em Portugal, onde é notório um aumento significativo do número de cirurgias realizadas por ano e o aumento da esperança média de vida, a par dos avanços tecnológicos e desenvolvimentos terapêuticos, surge cada vez mais, a necessidade da intervenção de profissionais especializados, como os EEER (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

A cirurgia é fundamental na resolução de diversos processos saúde-doença, com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa. Contudo, este procedimento não é isento de riscos, sendo as complicações pós-operatórias um desafio nos cuidados de saúde, e apontadas como as principais causadoras de taxas elevadas de morbilidade e institucionalização prologada dos doentes, com impacto na saúde pública (Santos, Martins, & Oliveira, 2014; World Health Organization, 2020).

As complicações pós-operatórias, são consideradas como um evento multifatorial, tendo origem em diversos fatores de risco como como idade, obesidade, tabagismo, doença pulmonar e sedentarismo, bem como fatores associados ao procedimento cirúrgico, tipo de indução anestésica, manipulação da cavidade abdominal com inibição reflexa do nervo frénico. Estas alterações originam uma transição saúde-doença, com impacto nos processos psicológicos, emocionais e sociais, tendo repercussões na sua autonomia e qualidade de vida (Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De forma a minimizar o impacto no processo de transição saúde-doença, é da máxima relevância que sejam identificadas as necessidades da pessoa de forma precoce. Desta forma o EEER, dentro do perfil das suas competências deve avaliar e definir os focos do cuidado, por forma a obter diagnósticos de enfermagem e executar as intervenções tendo em conta os objetivos da pessoa bem como os resultados esperados, redefinindo os planos terapêuticos sempre que necessário. Este baseia a sua tomada de decisão, com base nas suas competências específicas de EEER, nas competências comuns de enfermeiro especialista e nas competências de mestre, onde adquire conhecimento

baseado em evidência científica, que dão suporte as suas intervenções (Barata, 2017; Ribeiro, Moura, & Ventura, 2021; Silva et al., 2019).

Face ao exposto, surge a necessidade de identificar a intervenção do EEER, na reabilitação da pessoa em processo cirúrgico, tendo como foco a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação contínuos, com início no período pré-operatório, com o objetivo de desenvolver intervenções que potencializem a autonomia e a independência funcional, capacitando-a para o autocuidado (Decreto-Lei nº 392/2019, 3 de maio).

Segundo a literatura existente, os programas de enfermagem de reabilitação com enfoque na reabilitação funcional respiratória (RFR) e reabilitação funcional motora (RFM), traduzem-se num aumento da capacidade funcional, qualidade de vida, redução das complicações respiratórias e prevenção de reinternamentos (Boden et al., 2020, 2018; Moradian, Heydari, & Mahmoudi, 2019)

O projeto de intervenção desenvolvido apresenta como objetivo geral, avaliar o contributo de um programa de Enfermagem de Reabilitação, no aumento da independência funcional e capacitação para o autocuidado, na pessoa submetida a cirurgia abdominal eletiva.

Definimos ainda como objetivos específicos: implementar o programa de enfermagem de reabilitação, á pessoa submetida a cirurgia abdominal eletiva, nos períodos pré-operatório e pós-operatório; capacitar a pessoa para o autocuidado; avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação após a implementação de um programa de enfermagem de reabilitação.

Foi assim definido um programa de reabilitação a aplicar na pessoa submetida a cirurgia abdominal eletiva em dois períodos: pré-operatório e pós-operatório. No período pré-operatório, serão realizados ensinamentos e treino de intervenções de enfermagem de reabilitação, focados em exercícios respiratórios e treino aeróbico. No período pós-operatório, será dada continuidade ao plano desenvolvido no período pré-operatório, sendo realizados ajustes de acordo com a individualidade de cada participante, bem como será dada ênfase á mobilização e levante precoce, bem como treino de atividades de vida.

Em termos de estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em 6 capítulos. O primeiro capítulo destina-se a introdução; o segundo capítulo caracteriza o contexto no

qual foram desenvolvidos os estágios; o terceiro capítulo, define a problemática em estudo, através da apresentação de dados sociodemográficos e enquadramento teórico; o quarto capítulo destina-se à apresentação das teorias orientadoras para a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação; no quinto capítulo, é apresentado o projeto de intervenção implementado durante o estágio final, onde são expostos os objetivos do mesmo, a metodologia utilizada, a descrição do tipo de estudo, as características da amostra, instrumentos e técnicas de colheita de dados utilizados, a descrição do plano de intervenção, a apresentação dos resultados obtidos e por ultimo a discussão dos mesmos; no sexto capítulo, é apresentada a análise reflexiva de competências desenvolvidas durante o processo ensino-aprendizagem, inerentes ao enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER e de mestre. Por fim seguem-se as conclusões, onde serão evidenciados os aspetos mais relevantes do projeto e ainda as referências bibliográficas.

Este relatório é realizado segundo as normas *American Psychological Association* (APA) 7ª edição e respeita o Regulamento do Estágio final bem como o Relatório dos Mestrados em Enfermagem da Associação de Escolas superiores de Enfermagem e de Saúde. A elaboração deste relatório respeita ainda o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

2 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, desenvolveu-se a Unidade Curricular – Estágio Final nos serviços de Cirurgia Geral (10 semanas) e UAVC (6 semanas) de um hospital no sul de Portugal. Foi realizada a implementação do projeto de intervenção no serviço de cirurgia geral. No presente capítulo, pretende-se assim caracterizar a instituição e os serviços onde decorreu o estágio final. Por forma a manter a confidencialidade dos dados, a caracterização do contexto foi realizada descrevendo a tipologia da instituição e dos serviços de uma forma geral.

2.1 - A instituição

O estágio final foi realizado numa unidade hospitalar onde são prestados cuidados de saúde diferenciados aos residentes da área geográfica de abrangência, bem como da população sazonal que visita esta região. Esta unidade colabora ativamente na formação de profissionais nas áreas de medicina, enfermagem e ciências da saúde e revela um particular interesse na investigação e formação contínua dos seus profissionais. Desta forma, esta unidade permite a realização de ensinamentos clínicos tal como a implementação de projetos de intervenção, que ao revelarem os ganhos em saúde, permitem a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados à população abrangente.

Segundo o Ministério da Saúde, em portaria de 2014 (Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, 2014), os serviços e estabelecimentos dos Serviço Nacional de Saúde, encontram-se categorizados de acordo com as suas responsabilidades, valências exercidas e o seu posicionamento da rede hospitalar.

Desta forma, segundo a portaria referida, o hospital onde se realizou o estágio final, é considerado um hospital do grupo II, que tem como objetivo prestar cuidados à população da sua área de influência direta, dispondo de um número maior de valências comparativamente aos hospitais de nível I. Dispõe ainda de um maior número de recursos técnicos e uma diferenciação dos seus recursos humanos. Posto isto, um hospital nível II deve assim prestar apoio à população de abrangência dos hospitais de nível I, da sua área de influência, sempre que estes não tenham capacidade ou meios adequados para dar resposta às necessidades da população.

O hospital de nível II deve assim englobar as valências médicas e cirúrgicas do grupo I, bem como valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infeciologia, oncologia médica, neonatologia, imuno-alergologia, ginecologia/obstetrícia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neurorradiologia. Segundo a população de abrangência podem ser definidas outras valências de atuação, tendo em conta os mapas de referenciação nacional.

Esta unidade hospitalar assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população de cerca de 500.000 mil habitantes, podendo este número sofrer alterações conforme a sazonalidade.

2.1.1 - Serviço de Cirurgia

A cirurgia geral, sendo considerada uma das áreas fundamentais na prestação de cuidados de saúde, é a nível hospitalar uma especialidade estruturante dos serviços hospitalares. Está presente em todas as instituições que integram a rede hospitalar do serviço nacional de saúde, tendo apenas diferentes níveis de diferenciação e de equipamento disponível (Maciel et al., 2015).

O serviço de cirurgia geral está integrado no departamento cirúrgico, dispõe de um total de 40 camas de internamento e abrange especialidades como a cirurgia geral, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, e unidade de tratamento cirúrgico de obesidade.

Este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, constituída por equipas médicas das diferentes especialidades referidas acima, equipa de enfermagem com dois especialistas em enfermagem médico cirúrgica, um especialista em enfermagem de saúde comunitária, um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e uma enfermeira de enfermagem de reabilitação. Conta ainda com uma equipa de assistentes operacionais e administrativa. A equipa articula ainda cuidados com equipa de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição e dietética e serviço social.

A admissão de utentes neste serviço é realizada através internamento programado para cirurgia eletiva ou internamento por cirurgia de urgência ou tratamento conservador.

O serviço de cirurgia geral, foi o local escolhido para a realização das 10 semanas de Estágio Final, onde se procedeu a aplicação do projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação, a pessoas submetidas a cirurgia abdominal alta.

2.1.2- Unidade de acidente vascular cerebral

A UAVC, local onde decorreram as últimas 6 semanas do estágio final, pertence ao departamento médico. Nesta unidade, que dispõe de cinco camas de internamento, existe uma equipa composta por enfermeiros generalistas, um EEER, equipa médica da especialidade e fisiatra e assistentes operacionais. Conta ainda com a colaboração de equipa de fisioterapia, terapeutas ocupacionais, terapeuta da fala, equipa de nutrição e dietética e serviço social.

Nesta unidade prestam-se cuidados a doentes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) em fase aguda. Os doentes são admitidos após ativação da via verde AVC através do serviço de urgência.

A UAVC é dotada de equipamentos e recursos humanos especializados, que atuam segundo protocolos padronizados, que permitem a monitorização e otimização de resultados. Nesta unidade encontram-se reunidas condições para a realização de terapêutica fibrinolítica via endovenosa, 24 horas por dia, tendo também capacidade para dar resposta a nível de exames complementares de diagnóstico em colaboração com o serviço de radiologia e de ecografia.

3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, é detalhada a fundamentação teórica, que justifica a necessidade de aplicação do projeto de intervenção profissional e que levará ao desenvolvimento de competências na área de especialista de enfermagem de reabilitação e de mestre. Neste campo são descritos os aspetos epidemiológicos sobre a temática, bem como a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em contexto cirúrgico, nos períodos pré e pós-operatórios.

3.1 - Aspetos epidemiológicos

Por ano, são realizadas em média cerca de 230 milhões de procedimentos cirúrgicos, em todo o Mundo. Tendo em conta o envelhecimento da população, aumento da inovação tecnológica e necessidades crescentes de assistência em saúde, este número tende a crescer, por forma atender as necessidades da população (Assouline et al., 2021).

Em Portugal, houve uma evolução favorável da média de cirurgias por dia entre os anos de 2011 e 2019 de 2442 para 2833. Segundo os dados do INE (2018 a 2020), o número de cirurgias realizadas em Portugal evoluiu de 970 mil em 2018, para 1 milhão em 2019, baixando para 858 mil em 2020. Ao longo destes anos, foi mantida uma percentagem média de 65% das cirurgias realizadas no setor público, sendo o valor mais alto, registado em 2019 (66,2%) (INE, 2022; PORDATA, 2022).

De entre as cirurgias efetuadas, 18% delas foram realizadas pela especialidade de cirurgia geral. Após a realização de procedimentos cirúrgicos, 33% das pessoas manifestou limitações não severas na realização das atividades de vida, enquanto 7,9% manifestaram alterações severas na realização das atividades de vida, (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

Uma vez que houve uma alteração da capacidade assistencial em 2020, devido ao contexto pandémico (Covid-19), é possível inferir que os dados do ano de 2020 são influenciados por esse contexto, o que implicou a necessidade de cancelamento de atividade programada e utilização de espaços de recobro e bloco operatório para expansão da capacidade de tratamento de doentes COVID-19. Desta forma, também na atividade cirúrgica de 2020 é marcada pela diminuição de atividade, tendo-se registado 577.333 propostas cirúrgicas (-20,4% de entradas em LIC face ao ano

anterior), e um número de 514.000 doentes operados no âmbito do SIGIC (-18,2% comparativamente a 2019). Salienta-se que, desde 2010 até 2019, o número de registos de operados foi sempre crescente, com uma taxa média de crescimento anual de +3,0% e um registo máximo de 628 282 operados/ano (ACSS, 2021; INE, 2022).

Em 2019 foi o ano em que se ultrapassou a marca de mais de 600.000 utentes operados no âmbito do SIGIC. Desta forma, a diminuição do número de operados em 2020, primeiro ano de pandemia COVID-19, tornou-se ainda mais expressiva quando comparada com o ano de 2019 (-18,2%) em que se ultrapassou o relevante marco de utentes operados já referido (ACSS, 2021).

Segundo os dados disponíveis (2014 a 2016) do observatório de estatística de saúde da Direção Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e, 2017b, 2017a, 2017d, 2017c, 2017e), observa-se que houve um aumento do número absoluto de cirurgias de sistema digestivo e de sistema respiratório entre os anos de 2014 e 2016 (tabela 2). Apesar de se observar um ligeiro decréscimo nas ARS, estas cirurgias representam uma grande percentagem de todas as cirurgias realizadas (11 a 15%).

Tabela 1: Dados estatísticos, por ARS (2014 – 2016), das cirurgias do sistema digestivo e sistema respiratório

	2014				2016			
	SD	SR	TC	%Cir	SD	SR	TC	%Cir
Algarve	3902	280	24483	17,08	5193	689	43144	13,63
Alentejo	5420	200	40221	13,97	7366	521	51879	15,20
LVT	43288	7223	392197	12,88	56808	13601	590658	11,92
Norte	45615	5232	445360	11,42	55893	9129	586935	11,08
Centro	22351	2668	201222	12,43	38368	5969	334529	13,25

Legenda: SD – Sistema digestivo; SR – Sistema respiratório; TC – Total de cirurgias realizadas; %Cir – percentagem de cirurgias (SD e SR) no total por ARS

3.2- Conceitos Estruturantes

Os conceitos de autonomia, independência, capacitação, autocuidado, atividades de vida e qualidade de vida, revelam-se como importantes para a contextualização da temática aborda neste relatório, bem como a interligação dos mesmos com os cuidados de enfermagem de reabilitação. Desta forma, surge a necessidade de os clarificar e definir.

AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA

A Autonomia é a capacidade que a pessoa tem de controlar, lidar e de tomar decisões pessoais acerca da forma como vive o seu dia-a-dia, tendo em conta os seus hábitos e preferências. A principal característica da autonomia assenta na capacidade de decisão, de forma independente, sem ajuda de terceiros para tomar decisões sobre si (World Health Organization, 2002). Através da deontologia, podemos aprofundar o conceito de autonomia, no âmbito em que a pessoa deve tomar as decisões sobre si de forma livre e esclarecida sendo que é deve ser detentora de toda a informação para a tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Por outro lado, a Independência refere-se à capacidade de executar funções e tarefas relacionadas com a vida diária, isto é, pode entender-se com a capacidade que a pessoa tem de viver de modo independente na comunidade sem a ajuda de terceiros (World Health Organization, 2002).

CAPACITAÇÃO

Capacitar é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação, envolvendo domínios cognitivo, físico e material através dos saberes construídos, devido as experiências individuais que ocorrem ao longo do ciclo de vida, influenciadas por fatores sociais, culturais e religiosos (Reis & Bule, 2017).

A atuação do EEER em conjunto com a relação terapêutica que estabelece com a pessoa, permite-lhe conhecer a pessoa, por forma a compreender os seus hábitos e identificar os problemas relacionados com o processo de transição saúde-doença. O EEER, ajuda na descoberta, promoção e desenvolvimento do potencial individual da pessoa tornando este capaz de contribuir para a objetivação do seu projeto de saúde,

assistindo-a na re aquisição de capacidades e autonomia (Branco & Santos, 2010; Cuzco et al., 2021).

Desta forma, o EEER, ao ser dotado de um conjunto de saberes e competências específicas, de vera tornar a pessoa como um aliado no seu processo de capacitação, provendo a sua envolvimento no plano terapêutico, na tomada de decisão, promovendo assim o autocuidado (Branco & Santos, 2010; Cuzco et al., 2021).

AUTOCUIDADO

Um dos objetivos do EEER, no processo de reabilitação, é a capacitação da pessoa para o seu autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal, sendo definido como a percepção, a capacidade e os comportamentos das pessoas, em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde e prevenir e gerir as doenças. O autocuidado é também definido por Dorothea Orem em 2001, como uma função humana reguladora, sendo uma ação realizada pela própria pessoa, para regular o seu funcionamento e desenvolvimento (Petronilho & Machado, 2017; Petronilho et al., 2021).

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA / ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA

Em reabilitação, as atividades de vida diárias (AVD) referem-se ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e habitualmente no seu cotidiano diário (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017).

As AVD pode ser subdividas em dois grupos distintos sendo estas as atividades básicas de vida diárias (ABVD) ou atividades instrumentais de vida diárias (AIVD) (Vigia et al., 2017). As atividades de vida pessoais e instrumentais são reflexo da autonomia e da Independência e prendem-se com a funcionalidade e a qualidade de vida (Reis & Bule, 2017). As ABVD, são as atividades de cuidado pessoal, sendo elas, controlo do intestino, controlo da bexiga, higiene pessoal, uso da sanita, alimentação, transferências, mobilidade, vestir, escadas e banho (Vigia et al., 2017).

As AIVD, referem se á capacidade que a pessoa tem para fazer a gestão do meio onde vive, onde estão incluídas tarefas como a preparação de refeições, tarefas domésticas,

lavar roupa, gerir dinheiro usar o telefone, gerir a medicação, fazer compras e uso dos meios de transporte (Vigia et al., 2017).

O treino das AVD é essencial na atuação do EEER, pois visa a máxima funcionalidade e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

QUALIDADE DE VIDA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é a percepção que um indivíduo tem da sua posição na vida, os valores pelos quais se rege e a forma como vive tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este conceito é vasto e incorpora de forma complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de independência social, relacionamentos com os outros, crenças pessoais e a relação que tem com o meio ambiente (World Health Organization, 2002).

3.3 - Cuidados de enfermagem de reabilitação á pessoa em processo cirúrgico

O tratamento cirúrgico, é um acontecimento programado ou de urgência, que serve de meio de diagnóstico e tratamento, com a finalidade de prevenir a perda de integridade física, que provoca alterações no bem-estar e na saúde da pessoa, sendo percecionado como um evento negativo que altera o equilíbrio físico e psicológico da pessoa. Embora o tratamento cirúrgico seja importante na medida em que salva-vidas, este é um dos principais causadores de incapacidade funcional, devido ao risco de complicações cirúrgicas pós-operatórias. Tendo em conta o procedimento cirúrgico, o EEER pode atuar ao longo das suas diversas fases, nomeadamente, no período pré-operatório e pós-operatório (Santos et al., 2014).

O processo de reabilitação tem como principais objetivos a promoção da independência e satisfação da pessoa alvo dos cuidados, através de ações específicas e especializadas com base em conhecimento científico. O EEER atua assim ao nível da promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação por forma a desenvolver, em conjunto com a pessoa, o seu máximo potencial de independência. Assim a avaliação da pessoa e o diagnóstico precoce são fundamentais para traçar um plano terapêutico que permita a maximização da capacidade funcional da mesma (Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro

especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2019). É fundamental que o EEER seja detentor de conhecimento sobre as alterações provocadas pela intervenção cirúrgica, para que possa mobilizar conhecimentos e competências, de forma planejar intervenções direcionadas para a prevenção ou correção das complicações que possam existir.

As complicações pós-operatórias, são todas aquelas que afetam de forma negativa a recuperação da pessoa, bem como a sua qualidade de vida, sendo resultado de vários fatores de risco que incluem, a idade, nutrição, sedentarismo, tabagismo, presença de doença pulmonar prévia, déficits funcionais, como de fatores de risco cirúrgico como anestesia, ventilação mecânica, mudanças de pressão toracoabdominal, analgesia, e dor (Cordeiro & Menoita, 2012; Isaías, Sousa, & Dias, 2012; Liu et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No período pós-operatório imediato, a inibição reflexa do nervo frénico, conduz a parésia do diafragma e o desempenho contrátil dos músculos respiratórios encontra-se prejudicado, devido aos efeitos residuais dos anestésicos e relaxantes musculares. O desuso da musculatura respiratória associado ao ventilador, em conjunto com a dor incisional, leva à incapacidade do doente expandir totalmente os pulmões, bem como de eliminar secreções das vias aéreas de forma adequada, levando à atelectasia pulmonar (Assouline et al., 2021; Boden et al., 2018; Liu et al., 2020).

As complicações do foro pulmonar são recorrentes no pós operatório, com maior incidência nas intervenções cirúrgicas torácicas e abdominais altas, sendo que um programa adequado de RFR com início precoce é essencial na resolução das mesmas, levando a uma redução na taxa de incidência na ordem dos 25% a 75% (Boden et al., 2020, 2018). As complicações pós-operatórias mais comuns, descritas na cirurgia abdominal alta, são as complicações pulmonares sendo a taxa incidência entres os 10% a 50% dos doentes. Esta variabilidade nas taxas de complicações pulmonares pode ser explicada, pelos perfis de risco de cada doente, sendo uma ocorrência multifatorial (Boden et al., 2020).

As complicações pós-operatórias, no doente submetido a cirurgia abdominal alta, representam um desafio nos cuidados de saúde, sendo as principais causadoras de taxas elevadas de morbilidade e de institucionalização prologada dos doentes e implicando um impacto ao nível psico-físico-social e elevados custos económicos, sendo necessário estratégias que mantenham a sustentabilidade e qualidade dos serviços hospitalares (Boden et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os programas de reabilitação no período pré-operatório são de extrema importância, sendo realçados diversos aspetos na literatura como, prevenção de complicações pós-operatórias, promoção da literacia em saúde e satisfação da pessoa (Boden et al., 2020; Liu et al., 2020; Sebio García et al., 2017)

Para que haja ganhos de intervenção do EEER no período pós-operatório, é imperativo que este surja como um agente ativo no período pré-operatório em conjunto com a pessoa, realizando um plano de intervenção, com ênfase na capacitação da pessoa. Desta forma, a pessoa torna-se responsável no seu processo de recuperação, potenciando a sua capacidade funcional, revelando os ganhos de intervenção de enfermagem de reabilitação (Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2001, 2018).

3.3.1. O Período pré-operatório

O período pré-operatório, inicia-se no primeiro contacto com a pessoa, onde se realiza a recolha de dados sobre a mesma. Esta deve refletir a informação clínica, bem como as necessidades reais, sejam elas fisiológicas, psicológicas, espirituais ou sociais, de forma a realizar um plano de intervenção adequado às expectativas da pessoa e promovendo a capacidade de reflexão, decisão e ação no processo de cuidar (Isaiás et al., 2012; Santos et al., 2014).

A intervenção do EEER inicia-se assim com a avaliação da pessoa, seguindo-se uma componente informativa e educacional, que é essencial na preparação da pessoa para a intervenção cirúrgica, como a explicação de informações pertinentes como o tipo de cirurgia programada, circuito cirúrgico a efetuar, hora da cirurgia, cuidados a ter e localização da sutura operatória, possível existência de drenos, e cuidados a ter com os mesmos (Ordem 2018).

A intervenção no período pré-operatório do EEER, revela como objetivo facultar informações relevantes que promovam a necessidades de aprendizagem, segurança e envolvimento do doente no seu processo educação e de capacitação, por forma a diminuir as dificuldades que possam ser sentidas pela pessoa, no período pós operatório (Cordeiro & Menoita, 2012; Marek & Boehnlein, 2003; M. M. B. Santos et al., 2014).

Desta forma, deverá ser realizado o ensino, instrução e treino do programa de reabilitação a que a pessoa será sujeita, por forma a serem assimilados os conhecimentos, bem como realizar adaptações às intervenções de acordo com a

individualidade de cada pessoa. Ao iniciar o programa de reabilitação no período pré-operatório, será promovida a responsabilização e consciencialização da pessoa no processo de reabilitação, dando-lhe assim competências para alcançar os seus objetivos. A pessoa deverá também ser informada e esclarecida sobre os benefícios do programa de reabilitação a instituir. (Isaías et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018; M. M. B. Santos et al., 2014).

No ensino e treino do programa de RFR, devem ser incluídos a consciencialização e controle de tempos respiratórios em conjunto com a instrução e treino de posições de descanso e relaxamento, bem como técnicas de respiração abdomino-diafragmática, deve de acordo com a tolerância da pessoa. Este conjunto de técnicas visam a otimização da ventilação, visto que levam á melhoria da ventilação alveolar, diminuição da hipoventilação, levando ao aumento da capacidade e *compliance* pulmonar. Desta forma conseguimos melhorar a coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, levando a uma redução do trabalho respiratório que se traduz num menor dispêndio de energia (Cordeiro & Menoita, 2012; Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Deverá ser ensinada a técnica de espirometria de incentivo, no período pré-operatório, por forma a garantir a correta aprendizagem da mesma, que conduz á motivação da pessoa e favorece a execução da mesma no período pós-operatório. Esta técnica revela-se como eficaz na prevenção e tratamento das complicações respiratórias pós-operatórias, ao nível da redução de atelectasias pulmonares, favorecimento da re-expansão pulmonar e fortalecimento dos músculos respiratórios. Devem ser também realizados ensinamentos relativos a limpeza do e manuseamento do aparelho, bem como garantir que este é de uso individual e intransmissível (Cordeiro & Menoita, 2012).

Deverá ser incluído no plano pré-operatório, as técnicas de limpeza das vias aéreas, como a tosse dirigida com contenção da ferida cirúrgica. Esta técnica promove a limpeza eficaz das vias aéreas, pois devido á dor provocada pela incisão cirúrgica, bem como o comprometimento da musculatura abdominal leva a que a tosse não seja eficaz. A instrução desta técnica leva a que a pessoa a realize de forma voluntária, reduzindo a dor e sendo eficaz na limpeza das vias aéreas (Cordeiro & Menoita, 2012).

Revela-se ainda de extrema importância, salientar as técnicas de conservação de energia. A intolerância a atividade demonstra trazer limitações ao nível do autocuidado da pessoa, levando a diminuição da qualidade de vida, revelando-se através da dificuldade da pessoa realizar atividade física ou tarefas que anteriormente realizava

sem esforço, levando a dependência funcional (Couto et al., 2021). Desta forma o EEER deverá não só ensinar sobre técnicas de conservação de energia, como deve instruir e incentivar sobre estratégias adaptativas para a realização das tarefas diárias. Desta forma devesse realizar ensinamentos e treino pré-operatório de exercícios de resistência ou aeróbicos. A execução deste tipo de exercícios, envolve atividade física contínua e dinâmica por um período, levando ao aumento da capacidade de resistência ao esforço. Na realização do treino aeróbio, devemos ter em conta os seguintes aspetos: tipo de exercício, intensidade, frequência, duração e progressão do exercício (Murtiyani & Suidah, 2019).

No âmbito da RFM o EEER deverá instruir sobre a importância da movimentação ativa precoce dos diferentes segmentos corporais, por forma a reduzir as complicações decorrentes da imobilidade. Devem ser realizados ensinamentos sobre exercícios isométricos, tais como a contração dos músculos abdominais, glúteos, quadricípites e exercícios isocinéticos como a flexão/extensão da articulação coxofemoral e joelho, abdução/adução da articulação coxofemoral, flexão plantar/dorsiflexão. Estes exercícios levam à movimentação ativa dos vários segmentos corporais, prevenindo a estase venosa, melhorando a função muscular. Para haver melhoria da função muscular e da capacidade aeróbia, devem ser ajustados a nível da carga bem como realizar adaptações funcionais, de acordo com a tolerância e limitações da pessoa (Couto et al., 2021).

A ordem dos enfermeiros, enfatiza que a instrução da pessoa no período pré-operatório, prepara a pessoa não só para a intervenção cirúrgica, como para a intervenção do EEER no período pós cirurgia. Os dados recentes, permitem observar que os grupos de intervenção em programas de treino e reabilitação respiratória pré-operatória, apresentam maior capacidade de resistência, redução das complicações respiratórias pós-operatórias e menor tempo de recuperação pós-operatório (Lai et al., 2017; Liu et al., 2020). Além disso, o treino pré-operatório dos músculos inspiratórios, permite um aumento da resistência dos mesmos; e, mesmo em casos onde os grupos de intervenção apresentam maior índice de massa corporal e menor função pulmonar, são observadas melhorias nos valores da capacidade e frequência respiratória pré-operatória (Guinan et al., 2019; Sebío García et al., 2017).

Pode-se observar que existe evidência de que as sessões pré-operatórias são fulcrais na capacitação e valorização papel do EEER, na melhoria da recuperação pós-operatória dos doentes submetidos a cirurgia abdominal (Boden et al., 2018; Sebío

García et al., 2017). A realização de um programa de reabilitação individualizado e personalizado, com a transmissão de informação detalhada, melhora a motivação e adesão ao plano e a iniciação precoce no pré-operatório oferece benefícios comparado com um programa iniciado apenas no período pós-operatório, uma vez que nessa fase, devido a dor, náuseas e ansiedade, existe comprometimento da capacidade do doente para compreender e executar as intervenções. Além disso, a preparação pré-operatória, permite que o doente esteja motivado e menos ansioso na sua recuperação no pós-operatório (Boden et al., 2018; Saetan, Chaiviboontham, Pokpalagon, & Chansriwong, 2020).

3.3.2. Período pós-operatório

O período pós-operatório, inicia-se após a cirurgia, com a transferência do doente para o serviço com cuidados pós-operatórios adequados, até á alta clínica. Durante este período, é espectável que a pessoa adquira a capacidade funcional máxima, com o menor número de intercorrências possíveis. Como tal, torna-se fundamental dar continuidade às intervenções iniciadas no período pré-operatório, com a reformulação do plano de intervenção, tendo em conta as necessidades identificadas previamente e as complicações pós-cirúrgicas que possam ter surgido (Cordeiro & Menoita, 2012; Marek & Boehnlein, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Após a cirurgia o foco do EEER direciona-se para a gestão das limitações causadas pelo processo de transição ocorrido tais como a gestão da função pulmonar, controlo da dor e mobilização e deambulação precoce. Assim é necessário ter em conta, a avaliação global da pessoa, antes de iniciar o programa de reabilitação pós-operatório, para determinar o plano de intervenção a implementar. Este deve ter incluído as intervenções iniciadas no período pré-operatório, bem como a implementação de novas intervenções considerando as diferentes necessidades pessoais e especificidades pós-cirúrgicas, sendo que a prevenção de complicações pós-operatórias são um objetivo relevante (Gao et al., 2019).

Desta forma, torna-se relevante referir que o EEER tem assim como objetivo a recuperação global da pessoa, por forma a atingir o seu máximo de independência funcional, através da capacitação da mesma para o autocuidado e prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Santos et al., 2014).

Segundo a literatura, os cuidados especializados do EEER para o período pós-operatório tem enfoque na manutenção da função ventilatória, promoção da limpeza da via aérea e re-expansão pulmonar, incentivo ao posicionamento adequado no leito e realização e manutenção da mobilidade ativa no leito, bem como a instituição de levante precoce e realização de marcha e treino de atividades de vida. É ainda relevante o controlo da dor, por forma a ser possível atingir os objetivos do plano de intervenção (Isaiás et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os cuidados especializados do EEER, devem assim incidir inicialmente no controlo da dor, com o objetivo de reduzir os efeitos da mesma, pois esta inibe a pessoa de realizar uma expansão pulmonar adequada, tendo efeitos negativos no padrão respiratório, com respiração rápida e superficial, limitando a excursão diafragmática (Chandler et al., 2020; Sameed, Choi, Auron, & Mireles-Cabodevila, 2021). A dor pode assim ser controlada através de medicação prescrita, mas também de técnicas não farmacológicas como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, correção postural e técnicas de relaxamento.

A dor, em associação aos desconfortos decorrentes do procedimento cirúrgico como a presença de sutura cirúrgica, possíveis sistemas de drenagem abdominal, leva a que a pessoa adote posições de defesa bem como períodos de imobilismo. Tendo em conta o referido, devem ser aplicadas intervenções de correção postural e alinhamento corporal, alternância de decúbitos e exercícios de mobilização ativa, enquanto permanência em repouso no leito. Deverá ser instituído o levante precoce, treino de marcha e treino de atividade de vida (Cordeiro & Menoita, 2012; Couto et al., 2021).

Na fase pós-operatória, é de extrema importância manter e incentivar o doente á realização da espirometria de incentivo. O uso deste dispositivo torna-se essencial para estimular inspirações profundas, levando ao recrutamento alveolar, traduzindo-se numa ventilação eficaz. O EEER deve assim realizar a instrução e o treino da pessoa para o uso correto deste dispositivo (Cordeiro & Menoita, 2012; Couto et al., 2021).

Torna-se relevante salientar que um programa de reabilitação deve contemplar uma combinação de intervenções de enfermagem de reabilitação, que promovam a maximização da saúde física, psicológica atendendo as necessidades da pessoa, levando a que esta se sinta motivada de forma a desenvolver a responsabilidade pela saúde e adesão a novos comportamentos (Holland et al., 2021).

A implementação de um programa de reabilitação em dois períodos distintos, pré-operatório e pós-operatório, deve ser um processo contínuo e que deve ser sujeito a avaliação contínua, de forma a ser reajustado às necessidades da pessoa, tendo em conta que no período pré-operatório o foco de atenção está na componente educacional e de treino de intervenções do foro respiratório aliados ao treino aeróbio. Já no período pós-operatório é dado enfoque á mobilização precoce, levante, reeducação respiratória e continuidade dos exercícios iniciados no período pré-operatório, efetivando assim a aprendizagem das mesmas e reformulando o plano previamente delineado (Boden et al., 2018; Gao et al., 2019; Liu et al., 2020).

3.4. Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

O EEER, cuida de pessoas ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, identificando as necessidades de intervenção e concebendo, implementando e avaliando, planos de reabilitação tendo em vista os processos de transição saúde/doença, com foco num melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório. Este tem assim o papel de maximizador da capacidade funcional da pessoa, potencializando resultados ao nível do autocuidado, num processo contínuo que envolve os cuidados pré e pós-operatórios (Diário da República, 2019).

A implementação de um programa de reabilitação respiratória, possibilita não só a melhoria da função respiratória como também a diminuição da incidência de complicações pulmonares, permitindo a capacitação do utente para o autocuidado, levando a ganhos ao nível da independência funcional, pois há um aumento do fortalecimento muscular e conseqüentemente diminuição da dispneia (Liu et al., 2020).

Através de intervenções de promoção para a saúde, capacitação, instrução e planos de intervenção adequados, o EEER representa um agente essencial na redução destas complicações, levando ao aumento da adesão terapêutica, da capacidade de aprendizagem, tornando a pessoa um agente ativo no processo saúde - doença. Os estudos recentes revelam que as sessões pré-operatórias, levam a um aumento da motivação e uma eficácia na realização das sessões pós-operatórias (Boden et al., 2018).

A implementação de um programa de enfermagem de reabilitação precoce, baseado em intervenções terapêuticas de RFM e RFR, assume um papel relevante no processo de recuperação do doente, bem como na redução de complicações associadas, aumento

da capacidade funcional, aumento da qualidade de vida e prevenção de reinternamentos. A reabilitação apresenta um efeito favorável no processo de recuperação, tanto ao nível do prognóstico da doença, como ao nível da utilização racional dos serviços de saúde (Assouline et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Num estudo para analisar a recuperação de doentes que foram sujeitos a cirurgia abdominal (Udomkhwamsuk, Vuttanon, & Limpakan, 2021), é observado que a maioria destes doentes destacam que a equipa multidisciplinar em saúde, principalmente os enfermeiros, se apresentam assoberbados de trabalho, e que os cuidados pós-operatórios dos doentes não são tão eficientes como poderiam ser. Desta forma são apresentados três fatores como fundamentais neste processo:

- 1) Ausência de orientações claras para os cuidados pós-operatórios aos doentes;
- 2) Os doentes não são cooperantes com a recuperação;
- 3) Necessidade de uma coordenação multidisciplinar para auxiliar na recuperação.

A implementação de programas de RFR tem apresentado resultados relevantes nos doentes submetidos a cirurgias abdominais, dado que a fraqueza dos músculos respiratórios e a disfunção diafragmática estão associadas às complicações pulmonares no pós-operatório. Observa-se ainda, que os programas de reabilitação respiratória devem ser utilizados na promoção da autoeficácia e na redução da dispneia, em doentes sem conhecimento de técnicas de reabilitação respiratória (Saetan et al., 2020; Udomkhwamsuk et al., 2021).

A nível de custo-efetividade, estudos recentes demonstram que os programas de reabilitação pré-operatória, apresentam um benefício económico para os hospitais, devido à capacidade de recuperação dos doentes, menor tempo após a cirurgia e menores complicações respiratórias pós-cirúrgicas, traduzindo-se em maior qualidade de vida para os doentes. Além disso, observa-se que o treino de reabilitação respiratória e aprendizagem de exercícios de respiratórios ajudam a reduzir a incidência de complicações pulmonares pós-cirúrgicas para metade, durante o período de internamento (Boden et al., 2020, 2018).

Neste sentido, as técnicas utilizadas pelos EEER na RFR, devem ser acompanhadas de treino de AVD com foco nas técnicas de conservação de energia, bem como a realização de exercícios de fortalecimento muscular localizado e sistémico. Deve ser também avaliada a necessidade de produtos de apoio, que promovam uma maior independência do doente (Gomes & Ferreira, 2016).

Como base na informação descrita acima, foram identificados vários ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, no doente em processo cirúrgico. A tabela 2, detalha esses ganhos resultantes das intervenções de enfermagem de reabilitação, em função dos padrões de qualidades dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Tabela 2: Ganhos resultantes das intervenções dos programas de reabilitação instituídos no doente cirúrgico.

Categorias	Ganhos resultantes das intervenções de enfermagem de reabilitação
Satisfação do cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da compreensão do utente sobre o plano de cuidados: (Boden et al., 2020, 2018; Liu et al., 2020)
Promoção de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do conhecimento no peri-operatório: (Boden et al., 2018) • Aumento da responsabilidade pessoal na sua saúde: (Boden et al., 2018; Liu et al., 2020)
Prevenção de complicações	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento muscular: (Sebio García et al., 2017) • Redução do tempo para o primeiro levante pós-operatório, e deambulação: (Boden et al., 2018; Liu et al., 2020) • Diminuição de complicações pós-operatórias: (Boden et al., 2020, 2018; Lai et al., 2017; Sebio García et al., 2017) • Diminuição taxa de mortalidade: (Boden et al., 2018) • Diminuição do tempo de internamento: (Lai et al., 2017)
Bem-estar e autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo da dor: (Boden et al., 2018; Lai et al., 2017); • Redução da dificuldade respiratória / dispneia: (Boden et al., 2018; Lai et al., 2017; Sebio García et al., 2017); • Capacitação para o autocuidado: (Boden et al., 2018) • Aumento de Independência funcional: (Boden et al., 2018; Liu et al., 2020; Sebio García et al., 2017); • Aumento da qualidade de vida: : (Liu et al., 2020; Sebio García et al., 2017)
Redução das despesas	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição dos custos hospitalares: (Boden et al., 2020; Lai et al., 2017; Sebio García et al., 2017)
Organização dos cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenção multidisciplinar: (Boden et al., 2020, 2018; Lai et al., 2017; Liu et al., 2020) • Qualificação dos profissionais: (Boden et al., 2020, 2018; Liu et al., 2020); • Uniformização dos cuidados e frequência das intervenções: (Boden et al., 2020, 2018; Lai et al., 2017; Liu et al., 2020; Sebio García et al., 2017) • Acompanhamento pré e pós-operatório: (Boden et al., 2020, 2018; Lai et al., 2017; Liu et al., 2020; Sebio García et al., 2017)

4 - MODELOS DO AUTOCUIDADO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A enfermagem de reabilitação revela-se como uma especialidade com uma componente multidisciplinar, que incorpora um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, que possibilitam à pessoa alvo dos cuidados, atingir a máxima capacidade funcional, no seu processo de saúde-doença, tendo também como foco a prevenção de complicações através da promoção do autocuidado (Decreto-Lei nº 392/2019 de 3 de Maio; Ribeiro, Moura, et al., 2021).

Os ganhos de autonomia no que concerne ao autocuidado, os ganhos de capacidade funcional e no desempenho das atividades de vida diárias, devem ser evidenciados, revelando a efetividade dos cuidados de reabilitação. Desta forma torna-se relevante o uso do processo de enfermagem, na medida em que este serve de apoio à sistematização dos objetivos a serem alcançados, apoiando o EEER no planeamento, implementação e avaliação dos resultados, das intervenções efetuadas. O processo de enfermagem deve assim ter incluído uma teoria de enfermagem, com vista a otimizar a qualidade dos cuidados prestados (Ribeiro, Faria, & Ventura, 2021; Ribeiro, Moura, et al., 2021; Santos, 2021).

Para sustentar o processo de enfermagem, a teoria utilizada deve ter uma relevância global e ser composta por domínios genéricos e especializados permitindo caracterizar diferentes fenómenos, com potencial para melhorar a prática clínica, respondendo aos desafios contemporâneos em constante evolução. Desta forma, a teoria deverá ser de fácil compreensão e permitir explicar de forma sistematizada os conceitos, as intervenções e os resultados esperados, sendo assim possível aos EEER identificar através destes pressupostos, qual a teoria que melhor fundamenta a sua ação (Martins, Ribeiro, & Ventura Da Silva, 2018; Ribeiro, Moura, et al., 2021).

Neste capítulo serão abordadas a teoria de Dorothea Orem e a teoria de Afaf Meleis, que servem de referenciais teóricos para a prática de cuidados do EEER, e as duas em conjunto, revelam uma visão mais abrangente da realidade que a pessoa experiêcia no processo de saúde-doença e a forma como se adapta às limitações vivenciadas, no processo de capacitação.

4.1 – Teoria de Dorothea Orem

A teoria de Dorothea Orem, revela-se essencial no desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência humana e prática, uma vez que se centra no fenómeno do autocuidado e no princípio de que as pessoas têm capacidade de se autocuidar, manterem a sua saúde e como consequência, aumentarem a sua qualidade de vida. Segundo Orem, o autocuidado define-se como, uma ação realizada pela pessoa de forma autónoma, com ações que permitam regular, garantir e manter a integridade e o funcionamento do seu organismo e dos seus dependentes. Estas ações, tem também como objetivo promover a saúde, focadas na prevenção, cura ou manutenção de condições que afetem o bem-estar (Petronilho & Machado, 2017; Ribeiro, Moura, et al., 2021).

A Teoria de Dorothea Orem é constituída por 3 teorias interrelacionadas entre si: Teoria do autocuidado; Teoria do défice de autocuidado; e teoria dos sistemas de enfermagem.

- A teoria do autocuidado, revela como é que os conhecimentos e experiências prévios da pessoa, levam a que esta cuide de si própria. O EEER deve assim entender as necessidades reais da pessoa, por forma a não comprometer a capacidade que esta tem para cuidar de si.
- A teoria do défice de autocuidados, demonstra como as necessidades da pessoa são superiores a capacidade de realizar os autocuidados, determinando assim o papel do EEER no processo de capacitação.
- A teoria dos sistemas de enfermagem, demonstra de que forma o EEER da resposta às necessidades de autocuidado da pessoa, através do grau de assistência através de três sistemas: sistema totalmente compensatório (a pessoa é totalmente dependente da ação do enfermeiro); parcialmente compensatório (a pessoa e o enfermeiro são agente ativos na realização do autocuidado, sendo o enfermeiro um agente compensatório na execução das tarefas que a pessoa não consegue realizar); e sistema de apoio-educação (a pessoa é capaz de realizar os autocuidados e o enfermeiro surge como agente orientador dando ferramentas para capacitar).

O EEER, tem assim um papel determinante na capacitação para o autocuidado da pessoa, tal como descrito na competência específica J1, em que este acompanha pessoas ao longo do seu ciclo de vida, e estas podem experienciar diferentes níveis de autonomia, com diferentes níveis de dependência, sendo que o foco será sempre a maximização da sua funcionalidade através da sua capacitação para o autocuidado.

Tendo por base a competência específica J3 do EEER, maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, potenciando as suas capacidades funcionais e desenvolvimento pessoal, revela assim o modelo teórico supracitado, como uma mais-valia nos cuidados de enfermagem de reabilitação. (Decreto-Lei nº 392/2019 de 3 de Maio de 2019, 2019; Petronilho & Machado, 2017)

O EEER ao transpor para a prática a teoria de Dorothea Orem, consegue avaliar de forma contínua o potencial de capacitação da pessoa para o autocuidado. Inerente a esta avaliação, o EEER, consegue assim realizar um planeamento das intervenções, de forma que a pessoa participe ativamente no seu processo de reabilitação, revelando a teoria supracitada, que as pessoas quando participam de forma ativa nas atividades relativas ao autocuidado, adquirem ganhos em saúde superiores, sendo apenas necessário os cuidados de enfermagem quando estas não conseguem dar resposta as suas necessidades básicas. Nesta linha de pensamento, a teoria apresentada, serve de guia orientador para os EEER identificarem as necessidades reais das pessoas, definirem objetivos em conjunto, implementar as intervenções e avaliar o desempenho da pessoa, redefinindo o plano terapêutico sempre que necessário (Petronilho & Machado, 2017; Ribeiro, Faria, et al., 2021; Ribeiro, Moura, et al., 2021).

4.2 – Teoria de Afaf Meleis

A teoria das transições de Afaf Meleis, torna-se também importante de salientar no contexto em que o EEER atua ao nível do processo de transição saúde-doença, capacitando o doente com limitação da funcionalidade, potenciando a sua participação na sociedade, melhorando a sua qualidade de vida, tal como descrito na competência específica J2 dos EEER — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. (Decreto-Lei nº 392/2019 de 3 de Maio de 2019, 2019; Silva et al., 2019)

O processo de transição prevê a mudança de um estado de saúde para outro, ocorrendo assim uma interrupção no estado de saúde da pessoa, que por norma derivada de um processo patológico, implicando a adaptação da pessoa á transição ocorrida. A teoria das transições de Meleis, revela que a transição é um processo em que existe a passagem de um estado estável, para outro equitativamente estável, após a existência de um momento de instabilidade. Neste processo, o EEER tem um papel fulcral em conjunto com pessoa, dando enfoque às experiências anteriores do mesmo, sendo que

o objetivo a atingir será a saúde e o bem-estar, como resultado da sua intervenção (Ribeiro, Moura, et al., 2021; Silva et al., 2019).

De acordo com a teoria de Afaf Meleis existem 4 tipos de transição: saúde/doença; desenvolvimento; situacional e organizacional (Silva et al., 2019):

- A transição saúde/doença, ocorre quando há uma mudança súbita no estado de saúde da pessoa, passando de uma situação de independência para dependência.
- Na transição de desenvolvimento ocorre num período longo, e está associada às etapas da vida, em que a pessoa assume diferentes papéis na sociedade.
- A transição situacional, surge associada a mudanças de nível profissional ou educacional.
- A transição organizacional relaciona-se com alterações ambientais que influenciam a vida da pessoa.

Segundo Petronilho, os EEER, sustentam as suas intervenções terapêuticas com base nos processos adaptativos associados às transições. Este tem assim um papel dinâmico, de facilitador do processo de adaptação, e de consciencialização da transição ocorrida. Esta consciencialização por parte da pessoa é fundamental, dado que é necessário, que esta identifique o processo ocorrido bem como as mudanças inerentes que vão decorrer do mesmo (Petronilho & Machado, 2017; Silva et al., 2019).

O EEER é assim detentor de saberes que permitem compreender os processos de transição e desenvolver planos terapêuticos individualizados em conjunto com o doente, por forma a contribuir para o bem-estar e saúde da pessoa alvo dos cuidados, independentemente da transição vivenciada pelo mesmo, dando particular atenção a forma como este está consciencializado sobre a sua nova condição de saúde, quer seja física, mental ou social (Ribeiro, Moura, et al., 2021).

5 - PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este capítulo descreve o modelo e atividades desenvolvidas no projeto de intervenção profissional. Este projeto foi implementado e desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, no decorrer da Unidade Curricular Estágio Final, realizado num serviço de Cirurgia geral, com o título de: “A enfermagem de reabilitação na capacitação no autocuidado de pessoas submetidas a cirurgia abdominal eletiva”.

5.1 - Objetivos do projeto

O projeto de intervenção desenvolvido, tem como objetivo geral, avaliar o contributo de um programa de Enfermagem de Reabilitação, no aumento da independência funcional e capacitação para o autocuidado, na pessoa submetida a cirurgia abdominal eletiva.

Definimos ainda como objetivos específicos implementar o programa de enfermagem de reabilitação, á pessoa submetida a cirurgia abdominal eletiva, nos períodos pré-operatório e pós-operatório; capacitar a pessoa para o autocuidado; avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação após a implementação de um programa de enfermagem de reabilitação.

5.2 - Metodologia

Tendo em vista o cumprimento dos objetivos deste projeto de intervenção, foi aplicada uma metodologia de estudo de caso. Esta tem vindo a destacar-se na área da enfermagem, em diversos campos de atuação, dado permitir, ao investigador, aprofundar fenómenos complexos relacionados com pessoas, grupos ou organizações e pode conter uma metodologia qualitativa ou quantitativa. Como tal, este modelo de investigação tem sido crucial para identificar novas doenças, avaliar os efeitos de determinada intervenção e, ainda, para a formação em saúde (Fortin, José, & Françoise, 2006; Gustafsson, 2017).

Um estudo de caso pode conter um caso ou diversos casos (estudo de caso múltiplo). Dessa forma, o investigador deve considerar qual dos métodos se adequa melhor à realidade do objetivo de estudo. O estudo de caso múltiplo permite a análise dos dados em cada situação e uma análise conjunta de diferentes fatores. A metodologia de estudo de caso múltiplo permite que o investigador compreenda e analise as semelhanças e

diferenças entre os casos ou amostra de estudo (Gagnon, 2010; Gustafsson, 2017; Ridder, 2012).

Por outro lado, o estudo de caso múltiplo permite ainda uma análise detalhada de vários casos, e uma comparação de semelhanças e diferenças entre os casos analisados revelando uma evidencia científica forte e uma evolução progressiva da investigação na área de estudo. Esta metodologia permite uma abordagem mais holística, no contexto real de enfermagem, levando à reflexão e a investigação de novas soluções para os problemas previamente identificados, contribuindo para o avanço do conhecimento. Pode, ainda, tratar-se de um estudo de caso único ou múltiplo, sendo que este último permite um estudo mais sólido (Fortin et al., 2006; Gustafsson, 2017).

Para o desenvolvimento do presente projeto de intervenção profissional, foi adotada metodologia descritiva. Os estudos descritivos assentam na descrição, classificação, análise e interpretação de situações. Assim pela implementação do projeto de intervenção profissional, procedemos à descrição dos resultados da sua aplicação nas variáveis em estudo. A justificação para esta designação assenta nas características do estudo, sendo descritivo uma vez que se procedeu à análise, registo e interpretação dos fenómenos em estudo, em contexto de internamento hospitalar. Nesta sequência serão avaliados os resultados decorrentes de implementação de programa de RFR e RFM na pessoa submetida a cirurgia, durante o período de 19/04/2022 a 24/06/2022.

5.2.1 – Amostra

Os critérios de elegibilidade para a participação no estudo, implica que os participantes estejam internados no serviço de cirurgia geral, no espaço temporal de 19 de Abril a 24 junho, para cirurgia eletiva de abordagem abdominal alta, com pelo menos 24 horas de internamento antes da cirurgia, e com capacidade cognitiva de aderir ao programa de enfermagem de reabilitação durante o período de implementação do projeto.

Como critérios de exclusão foram definidos, a realização de cirurgia de urgência, doentes com instabilidade clínica, às quais não seja possível aplicar o programa de reabilitação respiratória, qualquer outro tipo de cirurgia sem abordagem abdominal e pessoas com alteração cognitiva.

Trata-se assim de uma amostra não-probabilística, acidental, constituída por 3 pessoas, que cumprem os critérios de elegibilidade. Para salvaguardar a proteção dos dados de

cada participante, serão utilizadas letras para a identificação individual de cada um (A, B e C) e para apresentação dos resultados obtidos.

5.2.2 - Instrumentos e técnicas de colheita de dados

A utilização de instrumentos de medida, permite evidenciar de forma quantitativa os resultados obtidos pelas intervenções dos EEER. Tanto os EEER como as organizações, revelam a necessidade do uso destes instrumentos por forma a uniformizar procedimentos, documentar os cuidados e dar continuidade aos mesmos, como projetos ao nível da investigação científica. Estes permitem assim a sua replicação que leva a boas praticas em saúde (Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

Desta forma, para a realização da colheita de dados de cada participante, foi utilizado um impresso próprio (Apêndice 2) criado para o projeto, que permitiu recolher os dados relativos ao doente. Foram realizadas entrevistas individuais a cada participante, consultado o processo clínico, bem como os exames complementares de diagnóstico, para garantir que toda a informação relativa ao doente era considerada na formulação do programa de reabilitação, tendo em conta as suas necessidades individuais.

Durante a implementação do programa de reabilitação, foi realizada avaliação contínua do doente, sendo que todas as alterações significativas foram registadas, com o registo de três momentos específicos: 1 dia de internamento: admissão/ realização dos ensinios pré-operatórios; 1º dia pós-operatório: reavaliação e realização do plano de reabilitação; e dia da alta hospitalar.

Com base na questão de investigação e tipo de estudo, determinou-se os instrumentos a utilizar para o controlo e avaliação do programa de reabilitação, sendo estes; a Escala de Borg Modificada; Medida de independência funcional (MIF); Escala analógica da dor; e Escala MRCS força muscular. Cada uma das escalas referidas será descrita a seguir de forma a compreender a sua relevância para o estudo.

5.2.2.1. Medida de Independência Funcional

A MIF, é uma escala que se encontra traduzida e validada para a população portuguesa, que se encontra disponível no documento desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros e aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, com

o nome “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação” (Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

A MIF é um instrumento de avaliação multidimensional, uma vez que avalia a independência funcional em 18 itens, 6 dos quais fazem referência ao autocuidado. Avalia ainda o domínio motor, e o domínio cognitivo e social. Após a avaliação, e consoante a pontuação obtida a MIF classifica o doente como apresentando dependência completa, dependência modificada, independência modificada ou completa. Este instrumento permite assim compreender as necessidades de intervenção do EEER e mensurar os resultados das intervenções implementadas. (Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016)

5.2.2.2. Escala numérica da dor

A dor, manifesta-se na maioria das situações patológicas, sendo que deve ser um foco de atenção por parte dos profissionais de saúde. O uso da escala numérica da dor permite, através da perspectiva do doente, avaliar a dor numa escala de 0 a 10, sendo 0 o correspondente a “sem dor” e 10 “dor de intensidade máxima imaginável” (Rosa, 2015)

5.2.2.3. Escala MRCS força muscular

A MRCS, é uma escala que se encontra traduzida e validada para a população portuguesa, que se encontra disponível no documento desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros e aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, com o nome “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação” (Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

A escala de força muscular, avaliação assim o grau de força entra 0 e 5, em que 0 – sem contração muscular palpável ou visível e 5 – força normal, sendo que a graduação e efetuada em relação ao máximo espectável para aquele musculo, através da resistência a mobilização ativa. A força muscular foi avaliada ao nível dos músculos envolvidos no movimento das articulações da coxofemoral, do joelho e da tibiotársica.

5.2.2.4. Escala de Borg Modificada – Avaliação da dispneia

A Escala de Borg Modificada, é uma escala que se encontra traduzida e validada para a população portuguesa. Este instrumento de avaliação, revela-se útil, no projeto a desenvolver, pois permite uma avaliação do grau de dispneia percebida pelo doente, numa pontuação de 0 a 10, onde 0 é considerado “nenhuma falta de ar” e o 10 como a “falta de ar máxima”. Esta permite assim determinar limites seguros para a realização das intervenções de enfermagem de reabilitação (Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

5.2.3 - Plano de intervenção

As estratégias de implementação do projeto de intervenção visaram a estruturação de um programa de enfermagem de reabilitação, a aplicar em três momentos diferentes: aquando do acolhimento da pessoa em período pré-operatório e após a cirurgia (durante todo o período pós-operatório) e a data de alta.

Os recursos necessários para a realização do projeto são, o espirómetro de incentivo; bastão; bandas de resistência; documento previamente elaborado para colheita de dados e registo de parâmetros vitais, função respiratória e informações relevantes sobre a pessoa.

O primeiro contacto com os participantes foi o acolhimento pré-operatório, realizado no dia anterior á cirurgia, após internamento no serviço. Procedeu-se assim a avaliação global da pessoa através da colheita de dados para caracterização sociodemográfica e clínica, assim como uma avaliação inicial que engloba: avaliação dos parâmetros vitais; função motora; função respiratória; inspeção, palpação e auscultação pulmonar e avaliação da dispneia através da escala de Borg; avaliação da independência funcional através da aplicação da MIF;

Foram também questionados sobre as expectativas relativamente ao plano de reabilitação, bem como os seus objetivos pessoais e realizado o esclarecimento a acerca do mesmo, por forma a capacitar o doente relativamente ao programa.

Desta forma, a abordagem realizada no período pré-operatório contemplou o treino das intervenções a realizar no pós-operatório, que se pressupõe levar a um aumento da consciência corporal, aumento da adesão pós-operatória do programa de reabilitação, através da autorresponsabilização pelo seu processo de reabilitação. As sessões realizadas no período pré-operatório tiveram uma duração média de 60 minutos, sendo que os dados recolhidos foram registados em impresso próprio.

Através da avaliação inicial e objetivos referidos pela pessoa, foram estabelecidos diagnósticos de enfermagem de reabilitação e os seus objetivos bem como as respetivas intervenções de enfermagem e resultados esperados, com base no padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER), 2015).

No período pós-operatório, foi aplicado o programa de enfermagem de reabilitação de forma contínua durante o internamento da pessoa no serviço, elaborado tendo em conta toda a evidência científica mais recente alusiva a este tema e detalhada ao longo desta dissertação. Cada sessão teve uma duração aproximadamente de 60 minutos, o programa implementado foi submetido a autorização da direção do Serviço e houve acompanhamento contínuo de um EEER com experiência na reabilitação respiratória. Quando necessário, o planeamento foi adaptado às condições e limitações do utente, com constantes reavaliações e redefinições de estratégias, de forma a melhor adequá-lo às necessidades individuais de cada pessoa e especificidades pós-cirúrgicas.

De seguida, é apresentado o plano de intervenções previsto, de acordo com o foco e diagnóstico, objetivo, intervenções e resultados esperados (Tabelas 3 a 6).

Tabela 3: Plano de intervenções – foco ventilação

FOCO VENTILAÇÃO	
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Ventilação comprometida - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória - Potencial para melhorar capacidade para executar técnica respiratória - Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo respiratório - Potencial para melhorar capacidade para uso de dispositivo respiratório 	
OBJETIVO	
<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da ventilação eficaz através da rê-expansão pulmonar e do fortalecimento dos músculos respiratórios - Evidência de conhecimento e capacidade da pessoa para a execução de técnicas respiratórias 	
INTERVENÇÕES	Resultados Esperados:
<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente calmo, com temperatura adequada; - Informar a pessoa, relativamente às intervenções planeadas, e esclarecer possíveis dúvidas; - Avaliar conhecimento sobre respiração, ventilação, complicações associadas, técnicas, exercícios respiratórios e posicionamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilação melhorada -Conhecimento sobre técnicas respiratórias melhorado; - Capacidade de executar técnicas respiratórias melhorado; - Capacidade para o uso de dispositivo respiratório melhorado

<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; - Ensinar sobre as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; - Instruir sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; - Treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; <p>Atividades que concretizam as intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento da pessoa em semi-fowler, com uma almofada a apoiar a cabeça. • Posição de descanso e correção postural; • Expiração com os lábios semicerrados com prolongamento tempo expiratório • Controlo e dissociação de tempos respiratórios; • Reeducação diafragmática; • Reeducação da porção posterior do diafragma; • Reeducação da porção anterior do diafragma; • Reeducação das hemicúpulas do diafragma; • Reeducação Costal Global com recurso a dispositivo – bastão • Reeducação costal global com abertura da grade costal bilateral; • Espirometria de Incentivo, com espirómetro de volume. 	
---	--

Tabela 4: Plano de intervenções – foco limpeza da via aérea

FOCO LIMPEZA DA VIA AÉREA	
DIAGNOSTICO	
<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza da via aérea comprometida - Potencial para melhorar o conhecimento e execução sobre técnica de limpeza da via aérea 	
Objetivo	
- Conhecimento e capacidade da pessoa para executar as técnicas de limpeza da via aérea	
Intervenções <ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente calmo, com temperatura adequada; - Informar a pessoa, relativamente às intervenções planeadas, e esclarecer possíveis dúvidas; - Ensinar sobre técnicas de limpeza da via aérea; - Instruir sobre técnicas de limpeza da via aérea; - Executar técnicas de limpeza da via aérea; - Incentivar a ingestão hídrica <p>Atividades que concretizam as intervenções:</p>	Resultados Esperados: <ul style="list-style-type: none"> - Limpeza da via aérea melhorada - Conhecimento sobre técnicas de limpeza da via aérea melhorado - Capacidade para executar técnicas de limpeza da via aérea melhorada - Capacidade para tossir melhorada

<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de limpeza da via aérea: drenagem postural, tosse dirigida; • Ensino da Tosse dirigida com contenção da ferida cirúrgica; 	
---	--

Tabela 5: Plano de intervenções – foco intolerância à atividade

FOCO INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	
<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intolerância a atividade; - Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre gestão da atividade/ repouso e conservação de energia; 	
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a pessoa para executar as tarefas do dia a dia conforme tolerância á atividade; - Conhecimento sobre a gestão das técnicas de conservação de energia e execução de exercícios aeróbios; 	
<p>Intervenções</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente calmo, com temperatura adequada; - Informar a pessoa, relativamente às intervenções planeadas, e esclarecer possíveis dúvidas; - Analisar com a pessoa a relação entre atividade/repouso e conservação de energia -Avaliar conhecimento de técnicas de conservação de energia; - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso; - Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar as atividades diárias; - Instruir para a implementação de estratégias adaptativas para realização das atividades diárias; - Ensinar sobre exercícios de resistência - Instruir sobre exercícios de resistência - Treinar exercícios de resistência - Incentivar a manter atividade física de forma continua - Planejar períodos de repouso; 	<p>Resultados Esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intolerância a atividade melhorada - Conhecimento/capacidade sobre conservação de energia melhorado - Capacidade de implementar estratégias adaptativas para a realização de tarefas do dia a dia melhorado - Capacidade para executar exercícios de resistência melhorado

Tabela 6: Plano de intervenções – foco movimento corporal

FOCO MOVIMENTO CORPORAL
<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercícios musculo articulares e movimento corporal; - Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculo articulares - Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculo articulares

Objetivo	
- Adquirir conhecimento e capacidade para realizar exercícios musculoesqueléticos	
Intervenções	Resultados esperados:
<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente calmo, com temperatura adequada; - Informar a pessoa, relativamente às intervenções planeadas, e esclarecer possíveis dúvidas; - Instrui sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores/inferiores - Executar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores/inferiores <p>Atividades que concretizam as intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização ativas e ativas-resistidas dos membros inferiores e superiores (no período de restrição ao leito); • Instrução e treino de exercícios isométricos no leito; • Instrução e treino da técnica de levantar; • Realização de exercícios isocinéticos: <ul style="list-style-type: none"> - Flexão/extensão da articulação coxo-femural e joelho; - Abdução/adução da articulação coxo-femural; - Flexão plantar/dorsiflexão; - Agachamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento melhorado sobre os exercícios musculoesqueléticos - Movimento corporal melhorado nos membros superiores e inferiores

5.2.4 - Considerações éticas

O enfermeiro, deve salvaguardar a privacidade do doente através do sigilo sobre todas as informações clínicas e pessoais que consulta durante a sua atividade profissional, ensinos clínicos e investigação, tal como descrito no código deontológico dos enfermeiros, inserido no estatuto da ordem dos enfermeiros, pois este lida com a fragilidade e vulnerabilidade das pessoas, pelo que deve assumir uma posição de respeito e proteção (Nunes, 2020; REPE, 2015).

Desta forma, os participantes do projeto de intervenção, foram informados sobre os objetivos do estudo, intervenções e atividades a realizar, ficando evidente de que os resultados seriam apenas usados para fins académicos. Por forma a garantir o anonimato, não é possível identificar qualquer um dos participantes, sendo atribuído uma letra individualmente.

5.3 - RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de seguida através da caracterização da amostra em estudo nas variáveis socio demográficas e clínicas com base na estatística descritiva.

Posteriormente serão apresentados em forma de estudo de casos a descrição individual de cada participante.

5.3.1 - Participantes do estudo e caracterização sociodemográfica

Atendendo aos critérios de inclusão previamente definidos para o desenvolvimento do projeto de intervenção, obteve-se um total de 3 participantes, que reuniam os critérios necessários para integrar o programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Tabela 7: Caracterização sociodemográfica da amostra

	Participante A	Participante B	Participante C
Idade	69	74	80
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Casada	Casada	Casado
Situação profissional	Reformada	Reformada	Reformado
	(Administrativa)	(Doméstica)	(Empresário hoteleiro)
Agregado familiar	Marido	Marido	Esposa (institucionalizada)
Residência	Casa térrea	Apartamento r/c; escadas para acesso ao prédio	Casa térrea

No total de três participantes, dois são do género feminino e um do género masculino. A faixa etária da amostra é compreendida entre os 69 e 80 anos, sendo a média de idade de 74 anos.

Relativamente a situação profissional dos participantes, encontram-se os três reformados. Relativamente ao agregado familiar, as duas participantes do género feminino residem com os maridos, e ambas tem filhos que vivem na sua área de residência e podem prestar apoio em caso de necessidade. O participante do género masculino, tem a esposa institucionalizada em lar de idosos e não conta com apoio familiar da parte da filha e da nora.

Tabela 8: Caracterização clínica da amostra

	Participante A	Participante B	Participante C
Diagnóstico	Hérnia hiato	Hérnia hiato DRGE	Hérnia do Hiato Adenocarcinoma gástrico
Intervenção cirúrgica	Cruroplastia com redução hérnia hiato Hernioplastia umbilical	Funduplicatura de nissen	Gastrectomia subtotal + gastrojejunostomia em y de roux + linfadenectomia D2
Via de intervenção	Laparoscópica	Laparoscópica	Clássica
Intercorrências pós-operatórias	ITU	Trombocitopenia por heparina	
Anestesia	Geral	Geral	Geral
Patologia respiratória previa	Não	Não	Não
Antecedentes cirúrgicos	Safenectomia MIE 20 anos Sleeve (gastrectomia vertical) herniorrafia umbilical 2019	Mastectomia radical 20 anos	RTUv 2011 Cateterismo com angioplastia 2017
Antecedentes pessoais	TVP HTA dislipidemia		Hta Dislipidemia Hiperuricemia
Hábitos tabágicos	Não	Não	Ex fumador
Hábitos de exercício físico	Sim	Não	Não

5.3.2 – Estudos de caso

5.3.2.1 Estudo de caso – Participante A

Pessoa do género feminino, de 69 anos de idade, com nacionalidade portuguesa. É independente na satisfação dos autocuidados. Atualmente reformada, reside com o marido e tem uma filha na sua área de residência, que pode prestar apoio. Reside em casa térrea, sem escadas. Pratica Tai Chi 2 vezes por semana e faz caminhada regularmente. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, cervicodorsolombalgia, safenectomia do membro inferior esquerdo há 20 anos, sleeve (gastrectomia vertical) laparoscópica e herniorrafia umbilical em novembro de 2019 com reinternamento em dezembro de 2019 por trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo.

A doente deu entrada no dia anterior à cirurgia com o diagnóstico de hérnia do hiato e recidiva de hérnia umbilical. A primeira avaliação, foi efetuada no primeiro dia de internamento, no pré-operatório, e dado início ao programa de enfermagem de reabilitação após avaliação inicial e avaliação das expectativas da doente sobre o mesmo. As tabelas 9 a 11 descrevem os resultados das avaliações realizadas.

Doente calma, consciente e orientada no tempo, no espaço e pessoa, colaborante e recetiva á informação durante toda a intervenção. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, abdómem globoso mole e depressível e hérnia umbilical não reduzível. Os membros inferiores não apresentam edemas nem sinais de trombose venosa profunda. Procedeu-se a avaliação dos parâmetros vitais e função respiratória, sendo efetuadas avaliações contínuas ao longo da sessão. A doente permaneceu normotensa, normocárdica, apirética, e com dor zero. Em repouso, não apresenta sensação de dispneia ou fadiga, com frequência respiratória de 17 ciclos por minuto, ritmo regular, padrão respiratório misto, com movimentos respiratórios superficiais e simétricos, tosse e expetoração ausentes e SPO₂ de 99%. À auscultação pulmonar, apresentava murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem presença de ruídos adventícios. Foi avaliada a escala de MIF, que apresenta um score 126, revelando-se como independente.

Após a avaliação procedeu-se a implementação do programa de reabilitação com ênfase na capacitação pré-operatória. O mesmo foi aplicado segundo o plano de intervenção realizado, adequando á doente sempre que necessário.

A doente foi intervencionada cirurgicamente via laparoscópica, ao 2º dia de internamento, sendo realizada cruroplastia com redução da hérnia do hiato e hernioplastia umbilical, sob anestesia geral.

Ao terceiro dia de internamento, procedeu-se ao segundo momento de avaliação e continuação do programa de reabilitação. Após avaliação dos parâmetros vitais e função respiratória, verificou-se que a doente apresentava murmúrio vesicular diminuído, no lobo inferior esquerdo. A doente apresenta assim um agravamento relativamente a avaliação inicial, realizada no pré-operatório, com diminuição dos valores de SPO₂ 95% e presença de tosse ineficaz. Neste seguimento, a doente referia dor 3, na escala analógica da dor. Foram realizadas medidas farmacológicas de alívio da dor, bem como medidas não farmacológicas como posição de descanso e relaxamento e o reforço de ensino da tosse com contenção da ferida cirúrgica, melhorando conhecimento sobre a técnica. Estas medidas levaram a um alívio da dor permitindo dar continuidade ao plano a realizar. Foram realizados levante e treino de marcha, com EEER, que cumpriu e tolerou. Doente refere cansaço fácil e na avaliação da escala de Borg modificada apresenta score 2. Apresenta um score 101 na escala de medida de independência funcional, que se encontra alterada ao nível dos autocuidados higiene pessoal e vestir-se; bem como ao nível das mobilidade e transferências, tendo a doente passado de um

estado de independência completa para uma dependência modificada com supervisão ou ajuda mínima.

Ao terceiro dia de internamento a doente desenvolveu um quadro de febre, com temperaturas superiores a 38º Celsius e queixas de disúria. Foi realizada urocultura que revelou uma infeção do trato urinaria e iniciou antibioterapia.

A terceira avaliação da doente, foi ao 5 dia pós-operatório, data da alta, verificando-se a melhoria relativamente a segunda avaliação efetuada. Ao nível dos parâmetros vitais, a dor à data de alta foi identificada como nível 1, e a doente demonstrou conhecimento sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Ao nível da função respiratória, a doente revela melhorias na auscultação pulmonar que revela murmúrio vesicular em todos os lobos pulmonares, não tem presença de tosse e nem refere dispneia segundo a escala de Borg, passando de um score 2 para 0.

Relativamente a espirometria de incentivo, é de referir que a doente já tinha conhecimento prévio da técnica devido a cirurgia realizada em 2019, gastrectomia vertical. Na avaliação inicial a doente apresentou volumes de 3000 ml, no 1º dia pós-operatório, 1800 ml e á data de alta, 2400 ml, tendo revelando uma evolução crescente. A doente revelou conhecimentos ao nível da realização do treino de espirometria, pelo que cumpriu com supervisão durante as sessões de reabilitação e de forma autónoma durante todo o internamento. É de referir que devido a doente ser praticante de *Tai chi*, apresenta conhecimento sobre relaxamento, dissociação de tempos respiratórios, e desta forma foi apenas necessário realizar ensinios relativos á técnica, sendo que a doente realizava de forma autónoma as técnicas respiratórias várias vezes ao dia, bem como a espirometria de incentivo.

A doente revelou-se motivada no seu processo de reabilitação cumprindo o programa implementado, verificando-se os ganhos de independência funcional através do score na escala MIF, em que há entrada a doente apresentava score máximo de 126, passando no pós-operatório imediato para 101 atingindo na última avaliação efetuada a independência funcional máxima de score 126.

Tabela 9: Avaliação dos parâmetros vitais (Participante A)

	1ª avaliação 1º dia de internamento	2ª avaliação 1º dia pós-operatório	3ª avaliação Alta/ 5º dia pós-operatório
Tensão arterial (mmHg)	131/65	106/62	128/71
Frequência cardíaca (bpm)	68	78	69
Temperatura (graus Celsius)	36,7	37,1	36,8
Dor	0	3	1

Tabela 10: Avaliação da função respiratória (Participante A)

	1ª avaliação 1º dia de internamento	2ª avaliação 1º dia pós-operatório	3ª avaliação Alta/ 5º dia pós-operatório
Padrão respiratório	Misto	Misto	Misto
Amplitude (superficial, profunda)	Superficial	Superficial	Superficial
Ritmo (regular / irregular)	Regular	Regular	Regular
Simetria	Simétrica	Simétrica	Simétrica
Tosse	Ausente	Presente/ineficaz	Ausente
Expetoração	Ausente	Ausente	Ausente
Frequência respiratória	17 ciclo/min	19 ciclo/min	16 ciclo/min
Auscultação Pulmonar	Murmúrio vesicular mantido Sem ruídos adventícios	Murmúrio vesicular diminuído Sem ruídos adventícios	Murmúrio vesicular mantido Sem ruídos adventícios
SPO₂ (%)	99%	95%	99%
Oxigenoterapia	Não	Não	Não
Fluxo expiratório máximo (ml)	3000 ml	1800 ml	2400 ml
Escala de Borg	0	2	0

Tabela 11: Avaliação da MIF (Participante A)

	1ª avaliação 1º dia de internamento	2ª avaliação 1º dia pós-operatório	3ª avaliação Alta/ 5º dia pós-operatório
Autocuidados	42	29	42
Controlo esfíncteres	14	14	14
Mobilidade /transferências	21	13	21
Locomoção	14	10	14
Comunicação	14	14	14
Consciência do mundo exterior	21	21	21
Total	126	101	126

5.3.2.2 Estudo de caso – Participante B

Pessoa do género feminino, de 74 anos de idade, de nacionalidade portuguesa. É independente na satisfação dos autocuidados. Atualmente reformada, reside com o marido e tem 2 filhos na sua área de residência, que podem prestar apoio. Reside em apartamento rés do chão. Não pratica exercício físico de forma regular, no entanto realiza diariamente a caminhada de casa ao mercado (cerca de 15 minutos). Tem antecedentes pessoais de mastectomia radical há 20 anos e ansiedade. A doente deu entrada no dia anterior à cirurgia com o diagnóstico de hérnia do hiato e doença de refluxo gastroesofágico. As tabelas 12 a 14 descrevem os resultados das avaliações realizadas

A primeira avaliação foi efetuada no primeiro dia de internamento, no pré-operatório, e dado início ao programa de enfermagem de reabilitação após avaliação inicial e avaliação das expectativas da doente sobre o mesmo.

Doente calma, consciente e orientada no tempo, no espaço e pessoa, colaborante e recetiva á informação durante toda a intervenção. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, abdómem globoso mole e depressível. Procedeu-se a avaliação dos parâmetros vitais e função respiratória, sendo efetuadas avaliações contínuas ao longo da sessão. A doente permaneceu normotensa, normocárdica, apirética, e com dor zero. Em repouso, não apresenta sensação de dispneia ou fadiga, com frequência respiratória de 18 ciclos por minuto, ritmo regular, padrão respiratório misto, com movimentos respiratórios superficiais e simétricos, tosse e expetoração ausentes e SPO₂ de 99%. À auscultação pulmonar, apresentava murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem presença de ruídos adventícios. Após a avaliação procedeu-se a implementação do programa de reabilitação com ênfase na capacitação pré-operatória. O mesmo foi aplicado segundo o plano de intervenção realizado, adequando á doente sempre que necessário.

A doente foi intervencionada cirurgicamente via laparoscópica, ao segundo dia de internamento, sendo realizada funduplicatura de nissen via laparoscópica, sob anestesia geral.

Procedeu-se ao segundo momento de avaliação, ao terceiro dia de internamento, sendo o primeiro dia pós-operatório, dando continuidade ao programa de reabilitação. Após avaliação dos parâmetros vitais e função respiratória, verificou-se que a doente apresentava murmúrio vesicular mantido, SPO₂ 95%, sem tosse ou expetoração. A

doente apresenta dor nível 2, sem necessidade de analgesia pelo que foram incentivadas e instruídas a realizar estratégias não farmacológicas de alívio de dor que surtiram efeito. Foram realizados levante e treino de marcha, com EEER, que cumpriu e tolerou. A doente manifestou vontade de fazer treino de subida e descida de escadas, que cumpriu de forma eficaz a subida e descida de um lance de 15 escadas. Revelou score 1 na escala de Borg após a realização da sessão de reabilitação.

Apresenta um score 97 na escala de medida de independência funcional, que se encontra alterada ao nível dos autocuidados higiene pessoal e vestir-se bem como ao nível das mobilidade e transferências, tendo a doente passado de um estado de independência completa para uma dependência modificada com supervisão ou ajuda mínima.

Ao quarto dia de internamento, estava programada a realização do plano de enfermagem de reabilitação. No entanto, após avaliação física da doente verificou-se que esta apresentava petéquias nos membros inferiores até ao quadrante abdominal inferior. Desta forma suspendeu-se o plano terapêutico de reabilitação, até ser compreendido motivo da intercorrência. Após análises clínicas revelou uma trombocitopenia induzida por heparina. A doente foi incentivada a realizar as técnicas respiratórias bem como a espirometria de incentivo durante o período de repouso e exercícios músculos articulares para manutenção da mobilidade.

Ao sexto dia de pós-operatório, foi realizada a terceira avaliação da doente, sendo esse o dia de alta. A doente revelou melhoria significativa da independência funcional regressando ao score de 126 atingindo novamente o estado de independência. Ao nível da função pulmonar a doente mantém parâmetros estáveis.

Relativamente a espirometria de incentivo, na avaliação inicial a doente apresentou volumes de 2800 ml, no 1º dia pós-operatório, 1300 ml e á data de alta, 2600 ml. A doente foi instruída ao nível da realização do treino de espirometria, pelo que cumpriu com supervisão durante as sessões de reabilitação e de forma autónoma durante todo o internamento, encontrando-se motivada no seu processo de reabilitação, cumprindo o programa de reabilitação implementado.

Tabela 12: Avaliação dos parâmetros vitais (Participante B)

Parâmetros vitais	1 avaliação	2 avaliação	3 avaliação
Tensão arterial (mmHg)	143/74	111/65	136/69
Frequência cardíaca (bpm)	76	79	81
Temperatura (graus celsius)	36,7	36,3	36,9
Dor	0	2	0

Tabela 13: Avaliação da função respiratória (Participante B)

	1 avaliação	2 avaliação	3 avaliação
Padrão respiratório	Misto	Misto	Misto
Amplitude (superficial, profunda)	Superficial	Superficial	Superficial
Ritmo (regular / irregular)	Regular	Regular	Regular
Simetria	Simétrica	Simétrica	Simétrica
Tosse	Ausente	Ausente	Ausente
Expetoração	Ausente	Ausente	Ausente
Frequência respiratória /ciclo/min)	18	21	19
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido	Murmúrio vesicular mantido	Murmúrio vesicular mantido
	Sem ruídos adventícios	Sem ruídos adventícios	Sem ruídos adventícios
SPO ₂ (%)	99	95	98
Oxigenoterapia	Não	Não	Não
Fluxo expiratório máximo (ml)	2800	1300	2600
Escala de borg	0	1	0

Tabela 14: Avaliação da MIF (Participante B)

	1ª avaliação 1º dia de internamento	2ª avaliação 1º dia pós-operatório	3ª avaliação Alta/ 5º dia pós-operatório
Autocuidados	42	30	42
Controlo esfíncteres	14	14	14
Mobilidade /transferências	21	15	21
Locomoção	14	10	14
Comunicação	14	14	14
Consciência do mundo exterior	21	14	21
Total	126	97	126

5.3.2.3- Estudo de caso – Participante C

Pessoa do género masculino, de 80 anos de idade, de nacionalidade portuguesa. O doente é independente nos autocuidados, no entanto deambula com bengala, devido a queixas álgicas ao nível dos joelhos. Atualmente reformado, reside sozinho em casa térrea. A esposa encontra-se institucionalizada em lar de idosos, por situação de dependência. Tem uma empregada que ajuda na limpeza da casa e assegura algumas refeições. Apresenta antecedentes de HBP com realização de RTU-v em 2011, HTA, dislipidemia, hiperuricemia, ex-fumador, EAM em 2017 com realização de cateterismo com angioplastia. Em abril de 2022, o doente recorre ao serviço de urgência por dor torácica e cansaço ao esforço. Apresenta estenose aórtica severa, angina de peito instável e anemia de etiologia desconhecida. Foi internado no serviço de cardiologia. Foi realizada endoscopia digestiva alta que revelou uma hérnia do hiato e adenocarcinoma gástrico. Teve alta clínica após melhoria do quadro clínico tendo sido programada cirurgia eletiva.

A doente deu entrada no dia anterior à cirurgia, sendo assim realizada a primeira avaliação do doente, dando início ao programa de enfermagem de reabilitação após avaliação inicial e avaliação das expectativas da doente sobre o mesmo. As tabelas 15 a 17 descrevem os resultados das avaliações realizadas

Doente calmo, consciente e orientado no tempo, no espaço e pessoa, colaborante e recetiva á informação durante toda a intervenção. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Procedeu-se a avaliação dos parâmetros vitais e função respiratória, sendo efetuadas avaliações contínuas ao longo da sessão. O doente permaneceu normotenso, normocárdico, apirético, e com dor zero. Em repouso, não apresenta sensação de dispneia ou fadiga, com frequência respiratória de 17 ciclos por minuto, ritmo regular, padrão respiratório misto, com movimentos respiratórios superficiais e simétricos, tosse e expetoração ausentes e SPO₂ de 98%. À auscultação pulmonar, apresentava murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem presença de ruídos adventícios. Após a avaliação procedeu-se a implementação do programa de reabilitação com ênfase na capacitação pré-operatória. O mesmo foi aplicado segundo o plano de intervenção realizado, adequando á doente sempre que necessário.

O doente foi intervencionado cirurgicamente ao segundo dia de internamento, realizando gastrectomia subtotal com gastrojejunostomia em Y de roux e linfadenectomia D2, via laparoscópica, sob anestesia geral.

Procedeu-se ao segundo momento de avaliação, ao terceiro dia de internamento, sendo o primeiro dia pós-operatório, dando continuidade ao programa de reabilitação. Após avaliação dos parâmetros vitais e função respiratória, verificou-se que a doente apresentava murmúrio vesicular diminuído, no lobo inferior esquerdo. O doente apresenta assim um agravamento relativamente a avaliação inicial, realizada no pré-operatório, com diminuição dos valores de SPO₂ 94% e presença de tosse ineficaz. Foi reforçado o ensino relativo á tosse com contenção da ferida cirúrgica, que o doente revela potencial para melhorar a técnica, mas devido a ter uma dor que classifica como 4 na escala analógica foi necessário a realização de medidas farmacológicas para controlo da dor. Foi incentivado a colocar-se em posição confortável e executada técnica de relaxamento. O doente referia ainda score 4 na escala de Borg. Foi realizado espirometria de incentivo, atingindo o doente volume máximo de 1000 ml. O doente permaneceu no leito devido as queixas álgicas e não foi cumprido o plano estipulado na totalidade.

Relativamente a escala MIF, o doente revela um score de 87, que se encontra alterada ao nível dos autocuidados, mobilização e transferências bem como locomoção.

Ao segundo dia pós-operatório foi realizado levante. Não houve intervenção do EEER.

A terceira avaliação do doente, foi ao sexto dia pós-operatório, verificando-se melhorias comparativamente com a segunda avaliação efetuada. Ao nível da dor, o doente manifesta alívio da mesma através de estratégias farmacológicas e estratégias de posicionamento e relaxamento, revelando conhecimento sobre as mesmas. O doente refere assim um score de 1 na escala analógica da dor. Ao nível da função respiratória, o doente ainda revela murmúrio diminuído na auscultação pulmonar. No entanto, apresenta melhorias ao nível do SPO₂ 97%, tosse ausente, e uma classificação de 2 na escala de Borg. Ao nível da espirometria de incentivo o doente alcança valores de 2000 ml, melhorando o volume relativamente a segunda avaliação.

O nível da MIF o doente apresenta um score de 101, revelando melhoria significativa ao nível de autocuidado, mobilidade e transferências e locomoção.

O doente teve alta clínica para domicílio ao 10 dia, não sendo possível efetuar a avaliação nessa data.

Tabela 15: Avaliação dos parâmetros vitais (Participante C)

Parâmetros vitais	1 avaliação	2 avaliação	3 avaliação
Tensão arterial (mmHg)	156/78	121/70	145/65
Frequência cardíaca (bpm)	68	70	72
Temperatura (graus celsius)	36,5	36,4	36,7
Dor	0	4	1

Tabela 16: Avaliação da função respiratória (Participante C)

	1 avaliação	2 avaliação	3 avaliação
Padrão respiratório	Misto	Misto	Misto
Amplitude (superficial, profunda)	Superficial	Superficial	Superficial
Ritmo (regular / irregular)	Regular	Regular	Regular
Simetria	Simétrica	Simétrica	Simétrica
Tosse	Ausente	Presente/ineficaz	ausente
Expetoração	Ausente	Presente	Ausente
Frequência respiratória /ciclo/min)	17	20	19
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido	Murmúrio vesicular diminuído	Murmúrio vesicular diminuído
SPO₂ (%)	Sem ruídos adventícios 98	Sem ruídos adventícios 94	Sem ruídos adventícios 97
Oxigenoterapia	Não	Não	Não
Fluxo expiratório máximo (ml)	3000	1000	2000
Escala de borg	1	4	2

Tabela 17: Avaliação da MIF (Participante C)

	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
	1º dia de internamento	1º dia pós-operatório	6º dia pós-operatório
Autocuidados	40	20	27
Controlo esfíncteres	14	14	14
Mobilidade /transferências	18	9	15
Locomoção	12	9	9
Comunicação	14	14	14
Consciência do mundo exterior	21	21	21
Total	119	87	100

5.4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretende-se efetuar a discussão dos resultados obtidos após o desenvolvimento do projeto de intervenção, e os resultados mencionados anteriormente, ao qual procederemos á análise, tendo em conta a intervenção diferenciada do EEER á luz da evidência científica atual.

Tendo em conta que o EEER tem como objetivo, capacitar e maximizar a funcionalidade do doente ao longo do seu ciclo de vida, a sua intervenção diferenciada assume uma relevância na prevenção e correção de complicações pós-operatórias, por forma a que em conjunto como doente a transição do processo saúde-doença ocorra de forma a adquirir a máxima capacidade funcional (Decreto-Lei nº 392/2019 de 3 de Maio de 2019, 2019)

O projeto de intervenção desenvolvido, baseou-se assim na implementação de um programa de reabilitação contínuo, com ênfase no período pré-operatório, estendendo-se até á alta do doente, tendo por base o treino de exercícios respiratórios e motores, bem como capacitar a pessoa para o conhecimento e aprendizagem de capacidades, envolvendo assim o doente como um agente ativo no desenvolvimento de autonomia. Este processo permitiu assim a uniformização dos cuidados prestados, tendo sempre em conta a individualidade da pessoa alvo das intervenções em todas as suas dimensões, com acompanhamento em dois períodos, o pré-operatório e o pós-operatório; um aumento da capacitação para o autocuidado bem como um aumento da independência funcional crescente após a transição ocorrida, de acordo com o que foi verificado nos resultados da escala MIF; com base no aumento da capacitação do doente podemos inferir que aumentamos o conhecimento dos participantes sobre o seu processo de saúde-doença.

Após a análise dos resultados, conseguimos observar que existem benefícios na implementação de um programa de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora, com foco na capacitação do doente, no período pré-operatório, levando a melhoria na capacidade funcional após um período de transição saúde-doença. Os resultados obtidos estão em linha com estudos recentes (Boden et al., 2018; Lai et al., 2017; Sebio García et al., 2017), onde se evidencia a importância do treino e acompanhamento respiratório, na recuperação pós-cirúrgica, destacam a importância da realização de programas de reabilitação com ênfase na capacitação e controlo dos sintomas, do utente no período pré-operatório, de forma a prevenir complicações pós-

operatórias, nomeadamente complicações do foro pulmonar. Desta forma, foi instituído um programa de reabilitação com ênfase na dimensão do conhecimento e aprendizagem de capacidades, que ajudam a pessoa a adquirir a capacidade funcional máxima.

Ao nível da ventilação, foi apontado como objetivo a promoção da ventilação eficaz através do fortalecimento dos músculos respiratórios, dando ênfase a capacidade da pessoa para execução das técnicas respiratórias. Como resultados obtidos, das avaliações da função respiratória dos participantes, conseguimos concluir que no primeiro dia pós-operatório, há um agravamento da mesma, verificado através da diminuição da saturação periférica de oxigénio, diminuição de murmúrio vesicular e pela presença de tosse ineficaz, em dois participantes, aumento da frequência respiratória e aumentos dos scores na escala de borg modificada. Todas estas variáveis após continuidade do plano de intervenção adequado a cada participante, foram melhoradas.

No período pós-operatório, devido ao aumento de secreções, redução da expansão pulmonar e depressão do centro respiratório, juntamente com a manuseamento da cavidade abdominal, com a inibição reflexa do nervo frénico e conseqüente paresia do diafragma, provoca diminuição dos volumes e capacidades pulmonares (Isaiás et al., 2012).

Na sequência da afirmação anterior, foi realizada a técnica de espirometria de incentivo, verificando-se a diminuição de volume ao primeiro dia pós-operatório, com melhoria significativa nos 3 participantes á data de alta. Isto deve-se á continuidade do treino por parte dos participantes, que o faziam de forma autónoma várias vezes ao dia, depois de devidamente capacitados. Estes resultados comprovam a eficácia da técnica, sendo que a eficácia da técnica, é comprovada em alguns estudos, com benefícios na melhoria da força muscular respiratória, dinâmica diafragmática e padrão respiratório (Assouline et al., 2021; Ferreira et al., 2020; Guinan et al., 2019)

De forma a responder às alterações da função respiratória identificadas, tendo em conta a capacitação do doente e a prevenção de complicações, foram reforçados os ensinamentos efetuados no período pré-operatório nas técnicas de RFR. Foi assim notório a evolução positiva em todos os participantes, sendo possível identificar que a realização de programas de reabilitação respiratória permitem a maximização da função pulmonar e um maior ganho de independência funcional, sendo que ao serem aplicados, com início no período pré-operatório, revelaram uma taxa de complicações menor, bem como

diminuição do tempo de internamento na unidade de saúde, diminuindo os custos inerentes (Boden et al., 2018; Lai et al., 2017; Sebio García et al., 2017).

A dor pós-operatória torna-se passível de análise, pois verifica-se nos três participantes que no período pré-operatório ambos classificam a sua dor como zero, na escala analógica da dor, sendo que no primeiro dia pós-operatório o nível de dor varia entre o score dois e quatro. A dor surge como uma consequência da cirurgia (Isaías et al., 2012), devido a incisão cirúrgica, levando a um padrão respiratório ineficaz, com ventilações rápidas e superficiais, levando a uma diminuição da expansão torácica e na mobilização adequada de secreções. Tendo por base o conhecimento transmitido pela literatura, foi realizado ao longo de toda a implementação do programa de reabilitação, o ensino e capacitação do doente para a realização de tosse com contenção da ferida cirúrgica, bem como a realização de analgesia sempre que necessário. E, foram também realizadas técnicas de posicionamento e relaxamento, visto que estas promovem a consciencialização controlo da respiração bem como a diminuição da tensão muscular, promovendo o alívio da dor (Boden et al., 2018; Cordeiro & Menoita, 2012).

Verificou-se que as técnicas citadas, foram relevantes no alívio da dor pós-operatória, com ênfase na técnica de tosse com contenção da ferida cirúrgica. Os doentes referiram melhoria do nível de dor ao longo do internamento.

Os ganhos ao nível da independência funcional, foram avaliados através da escala de MIF, podendo-se observar que no período pós-operatório há uma diminuição do score de MIF ao nível dos autocuidados, mobilidade/transferências e locomoção. Os participantes foram instruídos a mobilização precoce no leito através da mobilização ativa dos segmentos corporais e levante precoce, instituído o mais precocemente possível. Em todos os participantes foram verificados resultados positivos decorrentes da aplicação do programa de RFM na maximização da funcionalidade de capacitação para o autocuidado, aumentando o score na escala MIF.

Vários estudos revelam que a mobilização progressiva com início no período pós-operatório imediato, com treino de resistência motor e treino muscular respiratório, revelam eficácia no aumento da oxigenação dos tecidos, aumento da aptidão física, prevenindo complicações pós-operatórias e favorecendo a recuperação funcional geral (Assouline et al., 2021; Boden et al., 2018; Fagevik Olsén, Becovic, & Dean, 2021).

É de referir que foram realizadas intervenções de educação para a saúde, ao nível da capacitação para o autocuidado, onde são explicados os benefícios dos programas de

reabilitação, bem como as suas vantagens na redução de complicações pós-operatórias. Desta forma, o EEER tem um papel de agente educador para a saúde, de forma a potencializar o conhecimento do utente, levando a que este através da literacia em saúde, aumente a sua responsabilidade pessoal no seu processo de recuperação. O enfermeiro de reabilitação tem um papel de destaque na promoção da qualidade de vida, manutenção e promoção do bem-estar, bem como na recuperação da funcionalidade dando ênfase a promoção do autocuidado para a maximização das capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Apesar do trabalho desenvolvido, não foi possível obter dados consistentes sobre a diminuição do tempo de internamento hospitalar como consequência do resultado das intervenções do EEER, devido as intercorrências que influenciaram a data de alta dos participantes, que desta forma vai ao encontro do que é referido por vários autores, em que o tempo de internamento hospitalar é dado multifatorial, logo para a existência de uma diminuição do tempo de internamento, torna-se necessário programas abrangentes com início no período pré-operatório, e acompanhamento no pós-operatório, tendo em conta toda a envolvência do doente sujeito ao processo de reabilitação (Boden et al., 2018; Sebío García et al., 2017).

Analisando os resultados obtidos, inferimos assim que existem ganhos de intervenção nas ações realizadas pelo EEER, em todos os participantes alvo dos cuidados, sendo que o programa de reabilitação implementado, revela ganhos ao nível da independência funcional.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O EEER, é dotado de um conjunto de competências comuns a todos os especialistas, bem como de um competências específicas do EEER e competências de mestre, na sua área de especialidade.

Ao reconhecer o enfermeiro como especialista, é incontestável que este detém um conjunto de conhecimento científico, técnico e humano para a prestação de cuidados diferenciados de enfermagem de acordo com a sua área de especialização, que permitem identificar as necessidades de saúde da população alvo, e atuar em todos os contextos da prática clínica (Decreto-Lei 140/2019 de 6 Fevereiro 2019, 2019).

Desta forma, torna-se relevante, refletir e analisar as competências do enfermeiro especialista, EEER e de mestre, adquiridas aos longo do processo formativo, teórico e pratico, realizando uma analogia entre as atividades desenvolvidas no âmbito do percurso académico e as competências adquiridas. A formação e a aprendizagem em enfermagem, revela-se como um processo continuo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências teóricas e práticas, que levam ao desenvolvimento profissional (Barata, 2017).

A enfermagem surge assim como uma profissão de caráter científico, que se caracteriza pela realização de intervenções autónomas, baseadas em evidencia científica que permite um desenvolvimento de competências e atualização continua dos saberes. Ao desenvolver competências, é expectável que os cuidados prestados pelo EEER sejam de excelência enfatizando os resultados obtidos pelas suas intervenções (Barata, 2017).

Nesta sequência, após o desenvolvimento do percurso formativo, serão aqui descritas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como as competências de mestre, e as atividades desenvolvidas para a aquisição das competências mencionadas. Para isso recorreremos aos documentos que regularizam a profissão de enfermagem e a reflexão de desenvolvimento pessoal e profissional.

6.1 - Competências comuns do enfermeiro especialista

O regulamento das competências comuns, dos enfermeiros especialistas, reconhece que estes, são dotados de competências científicas, técnicas e humanas, independentemente das suas áreas de especialização. A atribuição do título de enfermeiro especialista, exige que, para além do desenvolvimento das competências enunciadas no regulamento da respetiva especialidade, o mesmo desenvolva um conjunto de competências comuns, que são aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei 140/2019 de 6 Fevereiro).

De acordo com o referido regulamento, os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, envolvem a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste sentido, são descritas abaixo as atividades que permitiram a aquisição das competências mencionadas.

- **Domínio da responsabilidade ética e legal**

O enfermeiro “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Decreto-Lei 140/2019 de 6 Fevereiro 2019, 2019).

De modo a adquirir competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi desenvolvida a prestação de cuidados, procurando desenvolver uma prática segura, com respeito pelos direitos do doente, com base em princípios éticos da beneficência e não-maleficência, igualdade, honestidade e justiça, os quais fazem parte do código deontológico inscrito no estatuto da ordem dos enfermeiros. Conforme defendido por Vasconcelos (Vasconcelos, 2021), através destes princípios e da sua aplicação na prática clínica diária, o enfermeiro encontra uma base para a prestação de cuidados autónomos, de forma a refletir sobre a atuação, respeitando o utente em todos os contextos onde este se encontra inserido.

A tomada de decisão, deve desta forma respeitar os princípios descritos acima como também as preferências da pessoa alvo dos cuidados, pelo que considero que tive sempre em conta, a obtenção do consentimento informado livre e esclarecido da pessoa/família alvo da prestação de cuidados, sendo que foram sempre incluídos na

tomada de decisão sobre o seu próprio plano de cuidados, com base na sua autodeterminação, definindo um plano de cuidados individualizado, em que o utente compreendesse a importância da realização do mesmo, consentindo ou rejeitando assim, a participação no mesmo (Deodato, 2017).

Torna-se ainda revelante salientar a questão da transmissão de informação, quer ao doente e/ou família e/ou cuidadores informais, quanto ao estado de saúde e a evolução do plano de reabilitação. A informação sobre o estado clínico é pessoal, sendo que deve ser respeitada a decisão do doente sobre a transmissão aos seus familiares e/ou cuidadores. O doente tem o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, tratamento e alternativas possíveis de acordo com a evolução do seu estado de saúde (Direitos e deveres do utente nos serviços de saúde - Artigo 7 Lei nº 15/2014, 2014). Considero que tive sempre em conta este princípio, abordando sempre o doente sobre esta questão e respeitando a sua decisão.

Os momentos de passagem de turno, supervisão clínica por parte do EEER e visitas médicas, tornaram-se imprescindíveis, para a tomada de decisões complexas relativas ao planeamento de cuidados, capacitação do doente e planeamento de alta, pois permitiram uma sistematização dos cuidados prestados por todos os intervenientes no processo terapêutico do doente.

Foi realizado um estudo de caso, no âmbito do estágio de enfermagem de reabilitação, em contexto domiciliário, e o projeto de intervenção, pelo que a pessoa/família alvo da prestação de cuidados do EEER, tiveram o direito a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, e todas as menções aos mesmos foram realizadas através de códigos ou siglas, não permitindo identificar a pessoa ou cuidados a quem os dados pertencem, sendo dada a garantia de que todos os dados pessoais fornecidos seriam mantidos em sigilo e usados de forma anónima.

O respeito pela autonomia, nas escolhas efetuadas pelo doente/cuidador, favorece o processo de capacitação. O doente ao sentir-se como elemento central na tomada de decisão, sobre o seu plano de cuidados de saúde, está munido de informação de suporte revelando capacidade de decidir e agir. O sucesso dos planos terapêuticos, não dependem assim exclusivamente do enfermeiro especialista, mas sim da relação de cooperação que se cria com a inclusão do doente/família na tomada de decisão (Vasconcelos, 2021).

Ao longo dos três estágios, considero que demonstrei uma atitude reflexiva e de tomada de decisão refletida consoante as diversas situações vivenciadas, tendo sempre em conta a deontologia profissional e os princípios éticos que regem a profissão, pois o cuidar exige do enfermeiro uma reflexão sobre si mesmo e sobre o modo como atua (Deodato, 2017).

- **Domínio da melhoria contínua da qualidade**

O domínio da melhoria contínua da qualidade divide-se em três competências, sendo elas: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro” (Decreto-Lei 140/2019 de 6 Fevereiro 2019, 2019).

A prática baseada na evidência é condição essencial para uma atuação de qualidade, pois a investigação pela resolução de um problema, conduz á inovação. Através do acesso a bases de dados, pesquisa do estado da arte em enfermagem de reabilitação e a constante busca de conhecimento teórico, técnico e científico, aliado a prática clínica, foi-me possível desenvolver esta competência. A inovação na prática clínica, surge da implementação da prática baseada na evidencia, através da do acesso e interpretação dos resultados da investigação na prestação de cuidados, com base em juízos clínicos adequados, que levam a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Decreto-Lei 140/2019 de 6 Fevereiro 2019, 2019; Sousa et al., 2018).

Dessa forma, foram tidas em conta as orientações de boas praticas, publicada pela Ordem dos enfermeiros, bem como todos os relevantes para a prática clínica do EEER.

Em todos os locais de ensino clínico foi possível dar continuidade aos projetos de melhoria continua, implementados previamente nos serviços, de forma a contribuir para a continuidade e qualidade dos serviços, obtendo ganhos em saúde. Deste modo, foi indispensável compreender a dinâmica da organização dos serviços onde foram realizados os estágios, bem como entender o papel do enfermeiro especialista no seio da equipa interdisciplinar e os materiais de apoio e recursos disponíveis.

No decorrer dos estágios foi sempre tido em conta a garantia de um ambiente terapêutico seguro, de forma a prevenção de riscos para os profissionais como para a pessoa alvo dos cuidados. Tendo em conta os riscos biológicos a que estamos sujeitos

foram sempre utilizados equipamentos de proteção individual adequados; na prevenção de lesões músculo-esqueléticas foram tidos em conta os princípios de mecânica corporal na prestação de cuidados; foi sempre promovido um ambiente seguro de forma a minimizar o risco de queda para o doente, otimizando o espaço físico onde são prestados os cuidados e promovendo a capacitação do doente tanto em meio hospitalar como em contexto domiciliário.

- **Domínio da gestão de cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Decreto-Lei 140/2019 de 6 Fevereiro 2019, 2019).

Através dos momentos de passagem de turno e visitas médicas, que possibilitam identificar as necessidades de cuidados adequados ao doente, foi também possível gerir de forma mais eficaz os recursos humanos e materiais necessários, de acordo com as necessidades identificadas. Estes momentos levaram também á discussão do plano terapêutico com a equipa de forma a otimizar e prestar continuidade aos cuidados de reabilitação efetuados previamente.

No contexto de cuidados domiciliários, as reuniões de equipa semanais permitiam discutir os casos dos utentes e discutir os planos terapêuticos, por forma a serem continuados ou reforçados os ensinamentos, por parte da equipa de enfermeiros generalistas, com ênfase nos cuidados ao doente ortopédico, posicionamentos e transferências, produtos de apoio barreiras arquitetónicas.

Em contexto hospitalar, no serviço de cirurgia, mesmo após as passagens de turnos era discutido com o enfermeiro responsável do doente no turno, o plano terapêutico a instituir no doente do foro respiratório, tendo muitas vezes em conta a terapêutica de posição, afim da reeducação da tensão psíquica e muscular com alívio da dor, de forma a otimizar o plano de reabilitação.

Na unidade de AVC, toda a equipa médica e de enfermagem e enfermagem de reabilitação tem um protocolo de atuação, onde todos os intervenientes estão em constante comunicação, por forma a otimizar o plano terapêutico em qualquer momento. É tido sempre em conta que o doente permanece um curto período de tempo na

unidade, pelo que os programas de reabilitação são implementados assim que o doente se encontre hemodinamicamente estável.

Nesta unidade tanto o EEER como toda a equipa se encontra apta a realizar a escala NIHSS como instrumento de avaliação preditiva de dependência e défices que a pessoa pode apresentar após acidente vascular cerebral. Os resultados obtidos são assim partilhados e utilizados pela equipa multidisciplinar para discussão do plano terapêutico. Cabe assim ao EEER, em conjunto com a equipa multidisciplinar e com a pessoa, otimizar o plano terapêutico, de acordo com os défices identificados. O êxito do processo de reabilitação, passa por todos os intervenientes no mesmo, devendo ser desenvolvido em complementaridade por todos os profissionais envolvidos no processo (Cordeiro & Menoita, 2012).

Os registos de enfermagem revelaram-se assim importantes, na medida em que auxiliam na sistematização e implementação, dos objetivos a serem alcançados, avaliando também o resultado das intervenções efetuadas, evidenciando desta forma os ganhos de autonomia e capacidade funcional (Ribeiro, Faria, et al., 2021). De acordo com os autores acima, os registos de enfermagem, são pontos chave na medida em que permitem identificar as intervenções autónomas do EEER e avaliar a evolução do doente, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Através destes momentos penso que consegui promover o processo de tomada de decisão, gestão de recursos, articulando com a equipa de saúde, e otimizando os planos de cuidados propostos.

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; e baseia a sua praxis especializada em evidência científica (Decreto-Lei 140/2019 de 6 Fevereiro 2019, 2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, senti uma evolução crescente no desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional, que me permitiram adquirir confiança na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Foi também crescente o envolvimento com a equipa multidisciplinar e a articulação com a mesma, de forma a promover uma resposta adequada às necessidades reais dos doentes.

O autoconhecimento, revela-se uma capacidade de extrema relevância, que permite desenvolver competências especializadas, através a autocritica, identificando dificuldades, permitindo partilhar duvidas face a tomada de decisão terapêutica, nomeadamente com o enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar e com o professor responsável pelo estágio. O enfermeiro necessita de ter um elevado conhecimento sobre si mesmo, uma vez que é um dos agentes fundamentais da relação terapêutica, facilitando assim o desenvolvimento de juízo clínico e tomada de decisão, de forma a prestar cuidados seguros, baseados numa relação de confiança. Ao acompanhar as atualizações de conhecimento, refletir e rever as suas práticas clínicas, com base em conceitos atualizados, o EEER torna a sua ação junto do doente mais eficaz. Além disso, este consegue assim produzir novos saberes e novas perspetivas, que permitem demonstrar o impacto económico dos seus cuidados, tendo sido revelado que o investimento em cuidados de enfermagem apresenta um retorno económico, revelando a evidencia necessária para que se alterem políticas de saúde, com a participação da enfermagem (Gaspar, Loureiro, & Novo, 2021; World Health Organization, 2020).

A prática baseada na evidência revela-se como um desafio permanente, pois o conhecimento encontra-se em constante evolução, cabendo ao EEER ser um agente proactivo neste processo, sendo que a tomada de decisão foi sempre baseada em evidencia científica, em todos os momentos de prestação de cuidados, avaliação da pessoa, elaboração de diagnósticos de enfermagem e implementação de intervenções, bem como o análise dos resultados obtidos, de forma a reformular o plano de intervenção.

Numa atitude proativa e de contante atualização e busca do conhecimento científico, foram elaborados diversos trabalhos académicos, tais como, um estudo de caso e uma revisão sistemática da literatura. Além disso, encontra-se em processo de revisão e aceitação, um artigo científico para publicação em revista internacional, intitulado de *“Health gains from rehabilitation nursing care in patients undergoing upper abdominal surgery”*. Tive oportunidade de participar no “Fifth Internacional Workshop on Gerontechnology” onde foram realizadas as comunicações orais intituladas de *“Health gains from rehabilitation nursing care in patients undergoing upper abdominal surgery”* e *“The patient undergoing total hip prothesis – effectiveness of applying a rehabilitation program during the preoperative period”*. A nível nacional, tive oportunidade de integrar a mesa *“Desafiar o envelhecimento: intervenções do EEER na pessoa submetida a cirurgia major”* das 2ª Jornadas de Enfermagem de Reabilitação do CHUA , como

oradora, com o tema “*Benefícios de um programa de Enfermagem de Reabilitação no período Pré-operatório*”.

6.2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

O regulamento das competências específicas do EEER, revela a enfermagem de reabilitação, como uma especialidade multidisciplinar, que através de conhecimentos singulares e procedimentos próprios, se tornam maximizadores do potencial funcional e de independência, de doentes com problemas de saúde crónicos ou agudos. Desta forma, revela como objetivo a melhoria da função, a promoção da independência levando a máxima satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima (Decreto-Lei nº 392/2019 de 3 de Maio de 2019, 2019).

As competências específicas que fazem parte da especialidade de enfermagem de reabilitação, preveem os domínios de cuidados 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 inserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Decreto-Lei nº 392/2019 de 3 de Maio de 2019, 2019).

De seguida serão descritas as atividades que foram efetuadas ao longo do percurso formativo, que possibilitaram a aquisição de competências específicas da especialidade de enfermagem de reabilitação.

- **Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

É esperado que o EEER, identifique quais as necessidades de intervenção, implemente e avalie os programas de intervenção especializada, tendo em conta a qualidade de vida, a reintegração na sociedade, no doente alvo dos cuidados.

Durante o estágio de enfermagem de reabilitação em contexto de cuidados de saúde domiciliários, tive a oportunidade de intervir maioritariamente ao nível da implementação de programas de reabilitação motora. Ao realizar o estágio em contexto comunitário, revelou as necessidades reais do utente no seu contexto: barreiras arquitetónicas a que o doente está sujeito; necessidade de adequar a o seu domicílio; o seu contexto sociofamiliar. Aqui tive a oportunidade de realizar planos de reabilitação motora tendo

em conta todos estes fatores, sendo um despertar para a realidade das barreiras que existem na comunidade. Ao realizar o estudo de caso, sobre um paciente amputado de membro inferior, tive a oportunidade de desenvolver e sistematizar intervenções adequadas tendo em conta a sua habitação, atividades de vida diária e contexto familiar.

No estágio final, no serviço de cirurgia tive a oportunidade de desenvolver programas de reabilitação respiratória aliados a programas de reabilitação motora. Foi desenvolvido o projeto de intervenção profissional, no âmbito da capacitação para o autocuidado, no doente submetido a cirurgia abdominal alta programada.

No serviço de UAVC consegui implementar e avaliar não só programas de reabilitação neurológica, como aliar a reabilitação motora e respiratória aos mesmos, de forma a otimizar toda a situação clínica do doente com vista a maximização dos programas de reabilitação, visto que o tempo de permanência do doente na UAVC é reduzido.

No decorrer dos três estágios, foi necessário realizar a avaliação funcional da pessoa bem como identificar os diagnósticos de enfermagem de reabilitação, de acordo com os problemas reais detetados, de forma a delinear intervenções específicas de reabilitação, por forma a serem implementadas para manter ou recuperar a funcionalidade da pessoa cuidada, aos mais variados níveis: motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Após a implementação das mesmas, era realizada a avaliação dos resultados e reformulado o plano de intervenção, tendo sempre a pessoa como um agente ativo neste processo, incentivado a sua capacidade de decisão. Ao realizar uma avaliação inicial do doente bem como um plano terapêutico sistematizado, com foco no contexto onde o doente se insere, as suas alterações funcionais decorrentes do processo de transição, a forma como o doente se percebe com a nova condição de saúde e a sua perspetiva de reabilitação, o EEER consegue desenvolver um plano terapêutico adequado ao doente (Ribeiro, Moura, et al., 2021).

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

Quando o doente se depara com uma situação de perda de função, surgem dificuldades no que concerne ao retorno às suas atividades de vida e regresso a casa. O EEER junto com a equipa multidisciplinar deverá identificar as necessidades do doente e implementar um plano de reabilitação que se adequa às suas necessidades, por forma a diminuir o tempo de internamento hospitalar e permitir um regresso seguro ao

domicílio. Desta forma deverá desenvolver um plano junto com a pessoa/família, tendo em conta as barreiras que este vai ter de ultrapassar no contexto onde se encontra inserido.

Foi transversal, em todos os contextos dos estágios curriculares, o cuidar de pessoas com limitação funcional que comprometiam a sua participação e exercício da cidadania. Assim, considero que a capacitação do doente através da literacia, deve ser uma ferramenta utilizada pelo EEER, pois através destes conceitos em parceria com o doente e família, é possível criar uma maior independência funcional.

Ao realizar o projeto de intervenção pessoal, foi tido em conta a capacitação do doente para a realização das intervenções pretendidas, e foram dadas as ferramentas e informação necessária para a realização das mesmas. Desta forma pretendeu-se reduzir as complicações pulmonares decorrentes de uma cirurgia abdominal alta, levando uma alta segura e mais célere, com o doente capacitado a manter o seu processo de reabilitação. Ainda no contexto do estágio no serviço de cirurgia, muitas dos doentes alvo dos cuidados, encontravam-se em idade laboral, e tinham como objetivo o regresso ao seu contexto social. A integração das famílias/cuidadores neste processo de capacitação nem sempre foi o mais adequado, visto que continuamos a atravessar uma fase pandémica em que ainda existem muitas limitações relativamente a visitas hospitalares. Neste serviço as visitas são efetuadas no turno da tarde com horários predefinidos. Sempre que foi necessário, foi discutido com as famílias o processo de reabilitação via telefónica e em alguns casos agendada uma visita extra para realização de ensinamentos.

No estágio realizado na UAVC, através de uma colheita de dados inicial, era sempre foco do EEER compreender como era o doente antes do processo de transição. A colheita de dados efetuada tinha sempre em conta as vivências anteriores, quais os hábitos de vida do doente, qual a sua interação social. Desta forma, assim que o doente se encontrasse hemodinamicamente estável, era possível iniciar o processo de reabilitação centrado nas vivências do doente respeitando a sua individualidade. Aqui era envolvida a família de uma forma dinâmica e potenciadora do processo de reabilitação, visto que as visitas nesta unidade se encontravam flexibilizadas. Neste momento era também um momento de reflexão em que médico, EEER, doente e família, discutiam as possibilidades de tratamento e recuperação, tendo em vista qual o potencial de reabilitação do doente e de que forma poderíamos capacitar o doente.

Importa aqui referir que ao realizar um estágio em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação domiciliários, foi possível acompanhar o doente e sua família, no seu contexto real, com as verdadeiras limitações a que esta sujeito, traçando planos de cuidados com base na literacia e autogestão da doença.

A implementação de modelos de cuidados assistenciais por parte dos EEER, seja em meio hospitalar ou cuidados domiciliários, tem o potencial de capacitar os doentes e famílias, aumentando as suas competências, diminuindo situações de risco, taxas de reinternamento hospitalar, levando a uma maior sustentabilidade do serviço nacional de saúde (Petronilho et al., 2021). Desse modo, de acordo com os autores acima, tendo em conta os vários contextos de ensino clínico vivenciados, considero que o EEER deverá ter uma perspetiva de continuidade dos cuidados, independentemente do seu contexto de atuação, para garantir que o doente com a sua limitação, consiga inserir-se em todos os contextos da sua vida.

- **Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

Este domínio de competências foi sendo desenvolvido ao longo dos estágios, á medida que foram implementados programas de RFM e RFR, capacitando os doentes no seu processo de reabilitação, para chegar a máxima autonomia. O EEER deve ser dotado de capacidades que permitam maximizar a capacidade funcional e permitir um melhor desempenho a vários níveis como o cardíaco, motor e respiratório, capacitando a pessoa alvo dos cuidados, promovendo o processo de reabilitação (Decreto-Lei nº 392/2019 de 3 de Maio de 2019, 2019).

Esta competência foi desenvolvida, ao longo dos estágios, através da realização de uma colheita de dados inicial do doente sistematizada tendo em conta todos os contextos onde o doente se encontra inserido, com uso de escalas de avaliação validadas, com vista a orientação de planos de cuidados adequados, e individualizados, tendo em vista a melhoria da capacidade funcional. A elaboração de planos de cuidados baseados em diagnósticos e intervenções específicas de reabilitação, com posterior avaliação dos resultados obtidos, foi essencial para o desenvolvimento desta competência.

Através dos programas implementados, foram adotadas medidas no âmbito da capacitação da pessoa, através da literacia. Foram dados ao doente, conhecimento sobre a sua situação clínica e foram dadas medidas de educação para a saúde, técnicas de adaptação a sua condição clínica.

As competências, tanto, as comuns do enfermeiro especialista, como as específicas dos enfermeiro de reabilitação, estão interligadas, não sendo exclusivas apenas de um domínio, mas transversal a maioria. Desta forma, tudo o que foi descrito se interrelaciona, e é de referir que os estágios realizados permitiram desenvolver as competências descritas, essencialmente as de EEER, nos seus 3 domínios.

6.3 - Competências de mestre

Na sequência das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, desenvolvidas durante os estágios, surgem também aliadas às competências de mestre, contempladas no Decreto-Lei no. 65/2018 de 16 de Agosto, a partir das quais é conferido grau de mestre, na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação.

Com vista a obtenção do grau de mestre, é necessário demonstrar um nível profundo de conhecimentos numa área científica específica, e capacidade de desenvolver investigação baseada em evidências científicas (Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de Agosto de 2018, 2018).

Desta forma as competências de mestre a desenvolver foram:

- Adquirir e aprofundar competências na área de especialização em enfermagem de reabilitação;
- Promover o trabalho de investigação, na área específica de enfermagem de reabilitação;
- Desenvolver estratégias, de gestão de situações complexas, dentro da área específica de enfermagem de reabilitação;
- Desenvolver competências que estimulem e permitam a aprendizagem e o desenvolvimento autónomo, ao longo do percurso profissional;
- Desenvolver competências que possibilitem participar, proactivamente, junto da equipa multidisciplinar;
- Desenvolver conhecimentos e competências que permitam a aplicação do projeto de intervenção e a análise e avaliação dos resultados obtidos.

As competências de mestre, assumem-se assim como um complemento às competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, evidenciando a capacidade de demonstrar conhecimentos aprofundados e sustentados com base em evidência científica (Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de Agosto de 2018, 2018).

Este é assim um processo que se revela como contínuo e dinâmico, onde existiu uma reflexão sobre as competências teórico-práticas e de investigação, e culminou na necessidade de aprofundar as competências já obtidas enquanto enfermeira de cuidados gerais, levando a obter competências no âmbito da especialidade de cuidados em reabilitação, com o objetivo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, baseados em pressupostos científicos, com vista a obtenção de ganhos em saúde.

Para a obtenção do grau de mestre, pressupõe-se que o aluno demonstre ser detentor de capacidades para lidar com situações novas e complexas emitindo juízos considerativos das implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dos problemas identificados e soluções encontradas, na sua área de especialização (Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de Agosto de 2018, 2018).

Durante a prática clínica, tentei sempre promover a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos de forma a implementar programas de enfermagem de reabilitação, baseados em evidência científica, em colaboração com a equipa multidisciplinar e doente. Foi um processo dinâmico, onde foi realizada a interligação entre os conhecimentos de enfermeira generalista com os conhecimentos a aquisição de conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação, permitiram mais valias na elaboração de planos de cuidados adequados aos doentes, e as suas necessidades reais. A aplicação destes conhecimentos, com base em evidência científica, permitiu desenvolver e elaborar um estudo de caso e o projeto de intervenção, de forma a planear intervenções estruturadas, com um conhecimento científico superior, permitindo relacionar dados obtidos com a literatura existente e identificar ganhos em saúde, pelo sucesso da implementação dos mesmos.

O contexto da prática clínica torna-se fulcral no desenvolvimento de saberes e competências inerentes ao EEER e de mestre, uma vez que é um momento de aplicação e sistematização dos conhecimentos previamente adquiridos.

7. CONCLUSÃO

Com a conclusão do relatório estágio, podemos referir que este percurso foi marcado por uma procura contínua de conhecimento científico em todas as etapas inerentes. Durante a realização dos ensinamentos clínicos, foi possível dar resposta aos objetivos definidos para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, bem como do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, através do contacto direto com a realização dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em vários contextos da sua vida. Foi dado início ao relatório de estágio, com a implementação de um projeto de intervenção, que leva à aquisição de competências de mestre, aprofundando competências na área da investigação.

Com a realização deste projeto de intervenção, foi possível observar a eficácia dos programas de RFR e RFM, aplicados nos períodos pré-operatório dando continuidade no pós-operatório. A literatura existente e os resultados obtidos, demonstraram eficácia a nível da melhoria da função pulmonar, bem como no desenvolvimento da autonomia e capacitação do doente para o autocuidado, comprovando ganhos ao nível da independência funcional e qualidade de vida. Desta forma podemos inferir que se verificam ganhos em saúde na intervenção do EEER.

A implementação deste projeto, baseado em evidência científica, valoriza o papel do EEER na capacitação da pessoa em processo cirúrgico, respondendo ao objetivo geral e aos objetivos específicos deste estudo, traçados inicialmente. No entanto foram encontradas dificuldades e limitações ao estudo, que passam por este ser realizado num curto espaço temporal, o do ensino clínico, o que impossibilitou a realização de um programa que contemplasse a continuidade do mesmo após a alta clínica; o contexto pandémico que tornou difícil incluir a família neste processo, devido à restrição de visitas; o número de participantes foi reduzido, devido ao cancelamento de cirurgias devido a covid-19. Como sugestão de melhoria ao mesmo, consideramos que seria essencial o acompanhamento de dois grupos, em que um grupo seria alvo de um programa contínuo com início no período pré-operatório com continuidade no pós-operatório e outro grupo que seria alvo de intervenção pós-operatória.

É de salientar ainda, a importância de maior promoção de programas de reabilitação, com enfermeiro de reabilitação, nos períodos pré e pós-operatório, nos doentes submetidos a cirurgia abdominal, sendo assim alvo de investigação científica.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2021). *ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS - 2020*. Retrieved from https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf
- Assouline, B., Cools, E., Schorer, R., Kayser, B., Elia, N., & Licker, M. (2021). Preoperative exercise training to prevent postoperative pulmonary complications in adults undergoing major surgery: A systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(4), 678–688. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202002-183OC>
- Barata, L. F. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional - a importância da formação contínua. In C. M. Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Boden, I., Robertson, I. K., Neil, A., Reeve, J., Palmer, A. J., Skinner, E. H., ... Denehy, L. (2020). Preoperative physiotherapy is cost-effective for preventing pulmonary complications after major abdominal surgery: a health economic analysis of a multicentre randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 66(3), 180–187. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.005>
- Boden, I., Skinner, E. H., Browning, L., Reeve, J., Anderson, L., Hill, C., ... Denehy, L. (2018). Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: Pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. *The BMJ*, 360. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5916>
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Chandler, D., Mosieri, C., Kallurkar, A., Pham, A. D., Okada, L. K., Kaye, R. J., ... Kaye, A. D. (2020). Perioperative strategies for the reduction of postoperative pulmonary complications. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 34(2), 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.04.011>
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas práticas na reabilitação respiratória - Conceitos, princípios e técnicas*. Sintra: Lusodidacta.
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de rabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema

- cardiorespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.
- Cuzco, C., Torres-Castro, R., Torralba, Y., Manzanares, I., Muñoz-Rey, P., Romero-García, M., ... Castro, P. (2021). Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111049>
- Decreto-Lei 140/2019 de 6 Fevereiro 2019, Pub. L. No. Diário da República: 2ª série, nº 26 (2019).
- Decreto-Lei nº 392/2019 de 3 de Maio de 2019, Pub. L. No. Diário da República: 2ª série, nº 85 (2019). Retrieved from www.dre.pt
- Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto de 2018, Pub. L. No. Diário da República: 1ª série, nº 157 (2018).
- Deodato, S. (2017). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Diário da República. (2019). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568.
- Direção-Geral da Saúde. (2016a). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS Alentejo - 2014*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016b). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS Algarve - 2014*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016c). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS Centro - 2014*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016d). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS LVT - 2014*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016e). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS Norte - 2014*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS Alentejo - 2016*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS Algarve - 2016*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS Centro - 2016*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017d). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS LVT - 2016*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017e). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde - ARS Norte - 2016*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direitos e deveres do utente nos serviços de saúde - Artigo 7 Lei nº 15/2014 (2014).
- Fagevik Olsén, M., Becovic, S., & Dean, E. (2021). Short-term effects of mobilization on oxygenation in patients after open surgery for pancreatic cancer: a randomized controlled trial. *BMC Surgery*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01187-2>
- Ferreira, J., Delgado, B., Santos, Â., Noro, M., Coelho, A., & Parola, V. (2020). Impacto Da Espirometria De Incentivo Na Redução De Complicações Respiratórias No Pósoperatório Da Laparotomia: Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 21–26. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.3.4613>
- Fortin, M.-F., José, C., & Françoise, F. (Eds.). (2006). Os desenhos de investigação não experimentais. In *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gagnon, Y.-C. (2010). *The Case Study As Research Method : A Practical Handbook*. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000bww&AN=438844&site=eds-live>
- Gao, S., Barello, S., Chen, L., Chen, C., Che, G., Cai, K., ... Ho, A. M. H. (2019). Clinical guidelines on perioperative management strategies for enhanced recovery after

- lung surgery. *Translational Lung Cancer Research*, 8(6), 1174–1187.
<https://doi.org/10.21037/tlcr.2019.12.25>
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 12–18). Lisboa: Lidel.
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2016). Reeducação da função respiratória. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (p. 253). Sintra: Lusodidacta.
- Guinan, E. M., Forde, C., O'Neill, L., Gannon, J., Doyle, S. L., Valkenet, K., ... Reynolds, J. V. (2019). Effect of preoperative inspiratory muscle training on physical functioning following esophagectomy. *Diseases of the Esophagus*, 32(2), 1–8.
<https://doi.org/10.1093/dote/doy091>
- Gustafsson, J. (2017). Single case studies vs. multiple case studies: A comparative study. *Academy of Business, Engineering and Science Halmstad University, Sweden*, 1–15. Retrieved from <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:1064378%0Ahttp://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1064378/FULLTEXT01.pdf>
- Holland, A. E., Singh, S. J., Casaburi, R., Clini, E., Cox, N. S., Galwicki, M., ... Zuwallack, R. (2021). Defining modern pulmonary rehabilitation: An official American thoracic society workshop report. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), E12–E29.
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202102-146ST>
- INE. (2022). *Estatísticas de Saúde - 2020*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107773&selTab=tab0&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (Ed.). (2018). *Estatísticas da Saúde - 2018*.
- Isaías, F., Sousa, L., & Dias, L. (2012). Noções gerais da Reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardiaca/abdominal. In *Manual de boas práticas de reabilitação respiratoria*. Sintra: Lusodidacta.
- Lai, Y., Su, J., Qiu, P., Wang, M., Zhou, K., Tang, Y., & Che, G. (2017). Systematic short-term pulmonary rehabilitation before lung cancer lobectomy: A randomized trial. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 25(3), 476–483.
<https://doi.org/10.1093/icvts/ivx141>
- Liu, Z., Qiu, T., Pei, L., Zhang, Y., Xu, L., Cui, Y., ... Huang, Y. (2020). Two-week multimodal prehabilitation program improves perioperative functional capability in

- patients undergoing thoracoscopic lobectomy for lung cancer: A randomized controlled trial. *Anesthesia and Analgesia*, 131(3), 840–849. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000004342>
- Maciel, J., Carvalho, B., Maia, C., Gonçalves, G., Penedo, J., Almeida, J., ... Costa Paulo. (2015). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Cirurgia Geral*.
- Marek, J., & Boehnlein, M. J. (2003). Enfermagem no Pré-Operatório. In P. Marek (Ed.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica*. Lusociência.
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2015). Padrão documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem Dos Enfermeiros*, 60.
- Moradian, S. T., Heydari, A. A., & Mahmoudi, H. (2019). What is the Role of Preoperative Breathing Exercises in Reducing Postoperative Atelectasis after CABG? *Reviews on Recent Clinical Trials*, 14(4), 275–279. <https://doi.org/10.2174/1574887114666190710165951>
- Murtiyani, N., & Suidah, H. (2019). The Effect of Giving Intervention 12 Balance Exercise on Postural Balance in Elderly. *Open Journal of Nursing*, 09(05), 534–540. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.95045>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos da investigação de Enfermagem*. (L. Nunes, Ed.). Setúbal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade de enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) (2001st ed.). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In *Cuidados de*

- enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3–14). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 67–75). Lisboa: Lidel.
- PORDATA. (2022). Cirurgias nos hospitais - por dia. Retrieved September 14, 2022, from <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830583>
- Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série — N.º 71 (2014). Retrieved from www.dre.pt
- Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 (2019). Retrieved from www.dre.pt
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusociência.
- REPE. (2015).
- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 58–65). Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel.
- Ridder, H.-G. (2012). Case Study Research. Design and Methods 4 th ed. Robert K. Yin. *Zeitschrift Für Personalforschung / German Journal of Research in Human Resource Management*. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/23279888>
- Rosa, P. M. (2015). Direcção-Geral da Saúde. *Diabetes*, 1(1), 1–6.
- Saetan, P., Chaiviboontham, S., Pokpalagon, P., & Chansriwong, P. (2020). The Effects of the Respiratory Rehabilitation Program on Perceived Self-Efficacy and Dyspnea in Patients with Lung Cancer. *Asian Nursing Research*, 14(5), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.08.010>
- Sameed, M., Choi, H., Auron, M., & Mireles-Cabodevila, E. (2021). Preoperative

- Pulmonary Risk Assessment. *Respiratory Care*, 66(7), 1150 LP – 1166.
<https://doi.org/10.4187/respcare.09154>
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 19–27). Lisboa: Lidel.
- Santos, M. M. B., Martins, J. C. A., & Oliveira, L. M. N. (2014). A ansiedade, depressão e stress no pré-operatório do doente cirúrgica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 7–15.
- Sebio García, R., Yáñez-Brage, M. I., Giménez Moolhuyzen, E., Salorio Riobo, M., Lista Paz, A., & Borro Mate, J. M. (2017). Preoperative exercise training prevents functional decline after lung resection surgery: A randomized, single-blind controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 1057–1067.
<https://doi.org/10.1177/0269215516684179>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., ... Betterncourt, M. (2019). Contributos Do Referencial Teórico De Afaf Meleis Para Enfermagem De Reabilitação. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 26(November), 35–44.
- Sousa, L. M. M. de, Marques, J. M., Firmino, C. F., frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos De Formulação Da Questão De Investigação Na Prática Baseada Na Evidência. *Revista Investigação Em Enfermagem*, (1), 31–39.
- Udomkhamsuk, W., Vuttanon, N., & Limpakan, S. (2021). Situational analysis on the recovery of patients who have undergone major abdominal surgery. *Nursing Open*, 8(1), 140–146. <https://doi.org/10.1002/nop2.612>
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 34–37). Lisboa: Lidel.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Who.

APÊNDICES

Índice de apêndices

Apêndice 1 – cronograma das atividades de investigação

Apêndice 2 – Documento de colheita de dados

Apêndice 3 – Grelha de avaliação de ensinios realizados

Apêndice 4 – Escala analógica da dor

Apêndice 5 – Escala da MRC dispneia

Apêndice 6 – Medida de independência funcional

Apêndice 7– Escala de força medical research council

Apêndice 8 – Participação no e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021

Apêndice 9 – Comunicação Oral “Health gains from rehabilitation nursing care in patients undergoing upper abdominal surgery”

Apêndice 10 - Comunicação Oral “The patient undergoing total hip prothesis – effectiveness of applying a rehabilitation program during the preoperative period”

Apêndice 11 – Comunicação oral “Benefícios de um programa de Enfermagem de Reabilitação no período pré-operatório”

Apêndice 1 – Cronograma das atividades de investigação

	Estágios																					
	Estágio I Ortopneumatologia 7 de março a 15 de Abril						Estágio II Respiratório 18 de Abril a 24 de Junho										Estágio III Neurológico 27 de Junho a 5 Agosto					
Semanas	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6
Atividades																						
Pesquisa bibliográfica																						
Elaboração do Projeto de Intervenção																						
Implementação do Projeto																						
Análise de Dados																						
Realização do Relatório de Estágio																						

Apêndice 2 – Documento de colheita de dados

Caracterização do doente		
Identificação: _____ Idade: _____	Data de admissão:	Data cirurgia:
Sexo: Masculino ___ feminino ___		
Escolaridade/Profissão:	Tipo de cirurgia:	Intercorrências:
Cuidador:		
Diagnostico:		
Antecedentes:		
Patologia respiratória: Sim ___ Não ___. Qual? _____		
Medicação domicílio:		
Avaliação parâmetros vitais	Temperatura	
	TA (mmhg)	
	FC (bpm)	
	FR (cr/min)	
	Spo2 (%)	
	Dor (escala analógica)	Intensidade: _____ Localização: _____
Avaliação da função respiratória		
Padrão respiratório <u>Amplitude (superficial, profunda)</u> <u>Tipo (torácica abdominal, mista, paradoxal)</u> <u>Ritmo (regular / irregular)</u> <u>Músculos acessórios (sim/não)</u> <u>Simetria (sim/Não)</u>	Auscultação Murmúrio vesicular (mantido, diminuído, ausente) Ruídos adventícios (roncos, síbilos, ferveores, crepitações) Obs: _____	
Tosse: sim _____ (eficaz/ não eficaz) Não ___ Obs: _____	Secreções: (Volume, consistência, aspeto, odor) _____	
Dispneia (escala MRC): _____	Fluxo expiratório máximo: _____ ml	
MIF: _____	Escala equilíbrio Tinetti: _____	
Escala força		
Membro superior direito Ombro: ___ Cotovelo: ___ Mão: ___ Membro inferior direito Coxofemoral: ___ Joelho: ___ Tibiotársica: ___	Membro superior esquerdo Ombro: ___ Cotovelo: ___ Mão: ___ Membro inferior esquerdo Coxofemoral: ___ Joelho: ___ Tibiotársica: ___	
Observações:		

Apêndice 3 – Grelha de avaliação de ensinios realizados

Programa reabilitação	Efetuosos Sim/Não	Apresenta ou não conhecimento/ tem capacidade de executar	
Exercícios de reeducação funcional respiratória			
Técnicas de descanso e relaxamento / correção corporal			
Dissociação dos tempos respiratórios			
Expiração com os lábios semicerrados com prolongamento tempo expiratório			
Respiração diafragmática			
Reeducação diafragmática posterior			
Reeducação diafragmática com resistência			
Reeducação costal inferior			
Reeducação costal global, com bastão			
Ensino da tosse (com contenção da ferida operatória)			
Treino com espirómetro de volume			
Medidas de conservação de energia			
Exercícios de reeducação funcional motora			
Mobilizações ativas livres/ assistidas/ resistidas dos membros inferiores e superiores, de acordo com tolerância			
Treino de força e resistência, recorrendo inclusive ao uso de bandas elásticas e pesos			
Treino de equilíbrio			
Treino de marcha			
Treino subir e descer escadas			
Treino de AVD's			

Apêndice 4 – Escala analógica da dor

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

Apêndice 5 – Escala da MRC dispneia

Grau	Características
0	Sem dispneia, a não ser exercício exuberante
1	Falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave
2	Anda mais devagar que a pessoa da mesma idade no plano devido à falta de ar ou tem de parar para respirar.
3	Dispneia em menos de 100 metros ou após alguns minutos no plano. Dispneia no banho.
4	Dispneia para sair de casa ou dispneia para vestir e despir.

Apêndice 6 – Medida de independência funcional

NÍVEIS	7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (dispositivo)	<u>SEM AJUDA</u>
	<u>Dependência Modificada</u> 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 – Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) <u>Dependência completa</u> 2 – Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1 – Ajuda total (indivíduo < 25%)	<u>AJUDA</u>

	Utente: _____ Data: _____
AUTO-CUIDADOS	
A. Alimentação	
B. Higiene Pessoal	
C. Banho	
D. Vestir metade superior	
E. Vestir metade inferior	
F. Utilização da Sanita	
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	
G. Bexiga	
H. Intestino	
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS	
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	
J. Sanita	
K. Banheira, Duche	
LOCOMOÇÃO	
L. Marcha / Cadeira de rodas	
M. Escadas	
COMUNICAÇÃO	
N. Compreensão	
O. Expressão	
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	
P. Interação Social	
Q. Resolução de Problemas	
R. Memória	
TOTAL	

Apêndice 7– Escala de força medical research council

0	Paralisia total
1	Contração palpável ou visível
2	Movimento ativo, arco de movimento completo com a gravidade eliminada
3	Movimento ativo, arco de movimento completo contra a gravidade
4	Movimento ativo, arco de movimento completo contra uma moderada resistência
5	Normal, movimento ativo, arco de movimento completo contra resistência completa

**Apêndice 8 – Certificado de participação no e-Congresso Internacional de
Enfermagem de Reabilitação 2021**



Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

e-CONGRESSO INTERNACIONAL
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
2-4 DEZ | Transmissão de Gaia/Espinho



*Ano Internacional dos
Trabalhadores de Saúde e Cuidadores*

Certifica-se que:

Lucia Do Rosário Palma Nascimento

esteve presente no

e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021

que decorreu de 2 a 4 de dezembro, num total de 21 horas.

O Presidente da APER,

Belmiro Rocha
(Belmiro Rocha)

Certificado APER 28149



www.aper.pt

Imagem: Corbis

Apêndice 9 – Comunicação Oral “Health gains from rehabilitation nursing care in patients undergoing upper abdominal surgery”



CERTIFICADO

Certifica-se que Lucia Nascimento apresentou a Comunicação Oral intitulada “Health gains from rehabilitation nursing care in patients undergoing upper abdominal surgery”, no Fifth Internacional Workshop on Gerontechnology, realizado no dia 17 de novembro de 2022, em formato online, na Universidade de Évora. O trabalho apresentado é da autoria de *Lucia Nascimento, Adriana Martins, Priscila Ramiro, Carrie Smith, Luís Sousa, Rogério Ferreira and Cristina Baixinho*

Coordenador do Projeto 4ie+

Prof. Doutor Manuel José Lopes

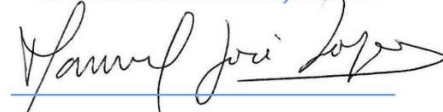
Apêndice 10 - Comunicação Oral “The patient undergoing total hip prosthesis – effectiveness of applying a rehabilitation program during the preoperative period”



CERTIFICADO

Certifica-se que Priscila Ramiro apresentou a Comunicação Oral intitulada “The patient undergoing total hip prosthesis – effectiveness of applying a rehabilitation program during the preoperative period”, no Fifth Internacional Workshop on Gerontechnology, realizado no dia 17 de novembro de 2022, em formato online, na Universidade de Évora. O trabalho apresentado é da autoria de *Adriana Martins, Priscila Ramiro, Lúcia Nascimento, Patrícia Rosa, João Vieira, Rogério Ferreira, Cristina Baixinho and Luís Sousa*

Coordenador do Projeto 4ie+



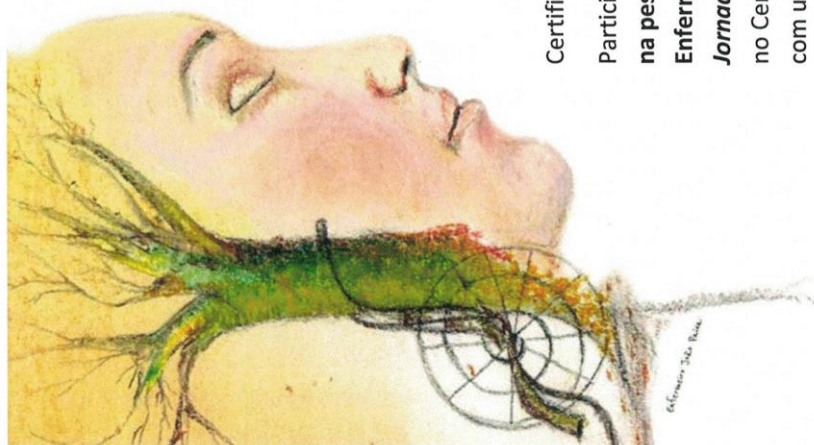
Prof. Doutor Manuel José Lopes

Apêndice 11 – Comunicação oral “Benefícios de um programa de Enfermagem de Reabilitação no período pré-operatório”



CERTIFICADO

REFLETIR A REALIDADE
2^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação do CHUA



Certifica-se que **Lúcia do Rosário Palma Nascimento**

Participou como oradora da mesa “Desafiar o envelhecimento: intervenções do EEER na pessoa submetida a cirurgia maior”, com o tema “Benefícios de um programa de Enfermagem de Reabilitação no Pré-operatório” no âmbito da realização das “2^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação – Refletir a Realidade”, que decorreram no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, nos dias 06 e 07 de dezembro de 2022, com um total de 16 horas.

Mariana Santos

Enfermeira Diretora

