

**NECESSIDADES DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA:
PERSPETIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO**

Dissertação de Mestrado

Pedro Moreira Barbosa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**NECESSIDADES DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA:
PERSPETIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

**THE PERSON NEEDS UNDERGOING CARDIAC SURGERY: PERSPECTIVE OF THE SPECIALIST
IN REHABILITATION NURSING**

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pela Professora Doutora Bárbara Gomes e
coorientada pela Mestre Susana Castro

Pedro Moreira Barbosa

Porto | 2017

“A Reabilitação permite que o cardíaco tenha uma atitude positiva, de adesão, de busca da sua própria saúde, com pro-atividade... A Reabilitação promove o empowerment dos indivíduos e famílias, no sentido da busca ativa de saúde! A Reabilitação evita «andar com o coração na mão!» “

Entrevistado 10

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta longa e penosa caminhada, o apoio e encorajamento de algumas pessoas foi fundamental para que este trabalho se tornasse possível.

À Professora Doutora Bárbara Gomes pelo apoio, disponibilidade e sacrifício ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

A todos os enfermeiros que participaram no estudo, pela colaboração e contributo para tornar a enfermagem mais significativa e próxima das pessoas.

Aos amigos pelo incentivo e *pressing* constante para terminar este trabalho!

Aos meus pais e irmãos pelas ausências, por todo o incentivo e por nunca me deixarem desistir!

Catarina, conseguimos! Sim, porque este trabalho também é um bocadinho teu. Por todas a partilhas, a paciência, as discussões e o porto seguro durante todo este tempo.

ABREVIATURAS

ACMS – American College Sports Medicine

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Bpm – Batimentos por minuto

CCR – Comprehensive Care Rehabilitation

CEC – Circulação extracorporal

CF – Capacidade Funcional

CNDC – Comissão Nacional Doenças Cardiovasculares

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSFVE – Disfunção Severa da Função Ventricular Esquerda

EX-CR – Cardiac Rehabilitation Exercise only

DM – Diabetes Mellitus

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EF – Exercício Físico

FC – Frequência Cardíaca

FM – Força Muscular

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

HDL – Lipoproteína de Alta Densidade

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

LCA – London Chest Activity

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade

MET – Equivalente Metabólico

MIF – Medida de Independência Funcional

NYHA – New York Heart Association

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PSE – Percepção Subjetiva de Esforço

PSS – Perceived Stress Scale

RC – Reabilitação Cardíaca

SCA – Síndrome Coronário Agudo

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

Embora a mortalidade por doença cardiovascular se encontre a diminuir, o número de doentes cardiovasculares está a aumentar, resultado de um aumento da longevidade e sobrevivência destes doentes, constituindo assim uma causa de incapacidade e menor qualidade de vida (CNDC, 2009). Para tal, urge a preocupação com a avaliação das limitações destes doentes no seu quotidiano, considerando a escassez de evidência científica na área. Abrem-se, portanto, novas possibilidades no campo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), particularmente à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, com os seus *handicaps*. Assim sendo, o mapeamento dos cuidados necessários a estes doentes é indispensável para a formação neste campo e para o desenvolvimento das competências profissionais.

A presente investigação visa compreender, sob o ponto de vista dos EEER, as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e, a partir desta construir linhas orientadoras para a prática. Para a concretização do estudo foram elaborados objetivos que nortearam a investigação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, sendo: perceber o conceito de Reabilitação Cardíaca (RC); identificar as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca; identificar os focos de atenção em enfermagem de reabilitação; identificar a frequência de execução das intervenções em enfermagem de reabilitação; conhecer as atividades de avaliação em enfermagem de reabilitação; identificar os constrangimentos na prática de cuidados do EEER; conhecer o contexto de formação dos EEER na área da RC.

Na pesquisa, numa primeira fase, efetuou-se uma revisão de literatura nas bases de dados de referência, a EBSCO e a PubMed. Desta forma, utilizaram-se artigos, teses de doutoramento e dissertações de mestrado, bem como documentos oficiais associados, à doença cardíaca.

O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, nomeadamente um estudo de caso, tendo sido utilizada a entrevista semiestruturada para a recolha dos dados. Esta foi realizada a quinze EEER, que desenvolvessem intervenções especializadas há pelo menos um ano, em serviços de cirurgia Cardiorácica ou de Cardiologia. A análise de conteúdo de Bardin foi o método selecionado para a análise dos dados.

Como resultados do estudo emergem seis áreas: alvo de cuidados em RC; método de avaliação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca; necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca: conceção biopsicossocial; focos de atenção do EEER; intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca; constrangimentos em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: cirurgia cardíaca, necessidades, enfermagem, reabilitação.

ABSTRACT

The person needs undergoing cardiac surgery: perspective of the specialist in rehabilitation nursing

Although the mortality due to cardiovascular disease is decreasing, the number of cardiovascular patients is increasing, resulting in a growth in the longevity and survival of these patients, constituting a cause of disability and lower quality of life (CNDC, 2009). To this end, it is urgent to assess the limitations of these patients in their daily lives, considering the scarcity of scientific evidence in the area. In this way, new possibilities are opened in the field of rehabilitation nursing intervention, particularly to the person undergoing cardiac surgery, with their handicaps. Therefore, mapping the necessary care to these patients is indispensable for training in this field and for the development of professional skills.

The present research aims to comprehend, from the point of view of rehabilitation nurses, the person needs undergoing cardiac surgery and, from this develop guidelines for the practice. For the accomplishment of the study were elaborated objectives that guided the investigation, in the person undergoing heart surgery, being: to perceive the concept of cardiac rehabilitation; to identify the person needs undergoing heart surgery; to identify the focus of attention in rehabilitation nursing; to identify the frequency of implementation of interventions in rehabilitation nursing; to know the evaluation activities in rehabilitation nursing; to identify the constraints in the practice of rehabilitation nurses; to know the nurses formation in the cardiac rehabilitation area.

In the research, in a first phase, a literature review was carried out in the reference databases, like EBSCO and PubMed. In this way, articles, PhD and master's theses were used as well as official documents associated with cardiac disease.

The study, reports to a qualitative approach, namely a case study, using a semi-structured interview to collect the data. It had been applied to fifteen nurses who are specialists in rehabilitation nursing and develop specialized interventions for at least one year in a cardiothoracic surgery or cardiology units. Bardin content analysis was the method selected for data analysis.

As results of the study emerged six areas: target of care in cardiac rehabilitation; evaluation method of the person submitted to cardiac surgery; needs of the person undergoing cardiac surgery: biopsychosocial conception; focus of attention of the nurse specialist in rehabilitation nursing; rehabilitation nursing interventions in the person undergoing cardiac surgery; constraints in rehabilitation nursing.

Keywords: cardiac surgery, needs, nursing, rehabilitation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1.1A pessoa submetida a cirurgia cardíaca.....	23
1.2Necessidades humanas básicas	32
1.2.1Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca	37
1.3Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.....	54
2.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	67
2.1Problemática e Finalidade.....	67
2.2Objetivos.....	68
2.3Tipo de estudo	69
2.4Participantes	69
2.5Instrumento de recolha de dados.....	71
2.6 Método de análise de dados.....	72
2.7 Aspetos éticos	74
3.APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	77
3.1Alvo de cuidados em Reabilitação Cardíaca	77
3.2Método de avaliação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca	78
3.3Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca: conceção biopsicossocial...	81
3.4Focos de atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	92
3.5Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.....	96
3.6 Constrangimentos em Enfermagem de Reabilitação.....	113

CONCLUSÕES.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXOS	141
ANEXO I- Guião orientador da entrevista	
ANEXO II – Consentimento informado	
ANEXO III – Transcrição da Entrevista n.º 9	
ANEXO IV – Autorização do Conselho de Administração	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Transições em Enfermagem	36
Figura 2: Alvo de cuidados na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.....	78
Figura 3: Métodos de avaliação em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.....	81
Figura 4: Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca	90
Figura 5: Diferenças das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca no pós-operatório	92
Figura 6: Focos de atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ...	96
Figura 7: Intervenções em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.....	110
Figura 8: Frequência de implementação das intervenções em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.....	112
Figura 9: Constrangimentos em Enfermagem de Reabilitação	116
Figura 10: Linhas orientadoras da prática em Reabilitação Cardíaca.....	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação NYHA para a IC.....	30
Quadro 2: Indicações e Contraindicações à RC.....	57
Quadro 3: Estratificação do risco clínico.....	63
Quadro 4: Caracterização dos participantes.....	70

INTRODUÇÃO

O fenómeno do envelhecimento da população, a que se assiste atualmente, apresenta uma elevada expressão, que se vai agravando, pelo aumento generalizado das doenças crónicas e das suas comorbilidades. Simultaneamente, envelhecer não é sinónimo de ser dependente, ainda que, geralmente seja acompanhado por perdas, que frequentemente são assumidas pela família. O envelhecimento resulta da alteração da distribuição etária de uma população, expressa por uma maior proporção em idades mais avançadas (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

A dinâmica impressa pela associação entre o aumento da longevidade e das alterações na rede familiar, constitui uma disposição demográfica do século XXI, acarretando a necessidade de uma reorganização dos sistemas de saúde, a nível mundial, cujo foco incida na pessoa com doença crónica. Desta forma, o aumento exponencial do número de pessoas com doença crónica resulta de uma maior longevidade das pessoas, o que faz com que se criem novos desafios no cuidar desta população (Silva, 2010).

As doenças cardiovasculares constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal, e englobam um vasto conjunto de situações clínicas afetando o sistema circulatório em diferentes localizações (Direção Geral de Saúde, 2013). Nas últimas duas décadas tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade relativas a estas doenças, fenómeno atribuído a uma conjugação de vários fatores, como a adoção de medidas preventivas, no âmbito dos comportamentos de procura de saúde, alimentação e hábitos de vida saudáveis, na correção de fatores de risco cardiovasculares (FRCV) modificáveis e nos avanços científicos relativos ao tratamento das doenças (Direção Geral de Saúde, 2013).

Os progressos nos cuidados de saúde devem-se não só à disponibilização de novos fármacos e técnicas, mas sobretudo a uma melhoria das condições organizativas, permitindo uma melhor resposta da emergência pré-hospitalar, um encaminhamento para os locais onde os melhores tratamentos podem ser ministrados e um reforço operacional dos meios disponíveis em todo o território (Direção Geral de Saúde, 2013).

Paradoxalmente, embora o número de mortes por doença cardiovascular esteja a diminuir, em grande parte da União Europeia, o número de doentes com patologia cardiovascular está a aumentar, associado ao aumento de longevidade e sobrevida destes doentes. Assim, a doença cardiovascular constitui uma das principais causas de incapacidade e deterioração da qualidade de vida (Pereira, 2013b), que se traduz pela alteração do padrão das doenças e da morte.

De acordo com Ferreira et al. (2008) as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca são inúmeras, decorrentes não só da patologia de génese, como do processo cirúrgico. Habitualmente, a convalescença é longa e marcada pela dor, pela restrição de certas atividades, por uma passividade forçada e por uma estimulação sensorial irregular. Por outro lado existe, ainda, o risco de ocorrência de complicações no pós-operatório que retardem o processo de reabilitação e impeçam o doente de atingir a qualidade de vida desejada.

O processo de doença repercute-se na vida da pessoa ao condicionar novos momentos e situações, abalando o que era tido como certo e seguro, impondo mudanças, adaptações e transições inevitáveis (Crespo, 2009). Atualmente, o cuidar atenta e assenta nas diferentes transições que as pessoas vivem ao longo do ciclo vital, cuja satisfação das necessidades da díade – doente e família, poderá encontrar a resposta na reabilitação e, respetivamente, nos enfermeiros especialistas nesta área. Neste sentido, a RC pode ser entendida como a soma das atividades necessárias para assegurar que a pessoa consiga obter as melhores condições físicas, mentais e sociais, minimizando os fatores concorrentes da doença cardiovascular e permitindo-lhes, preservar ou melhorar o seu papel de forma tão normal, quanto possível, na sociedade (Duarte, 2009).

A RC dispõe de um conjunto de intervenções organizadas, sequenciais e estruturadas, direcionadas ao doente cardíaco, que sofreu um evento agudo ou com patologia congénita ou crónica, que compromete a sua função cardíaca e consequentemente, a sua qualidade de vida. Assim, perspetiva-se a estabilização da função cardíaca, através da implementação de intervenções que vão de encontro à melhoria da funcionalidade da pessoa (CNDC, 2009).

Na condição de EEER, a exercer funções num serviço de Cirurgia Cardiotorácica, surgem interrogações de qual seria o contributo desta formação especializada e que ganhos traria ao nível da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Desta forma, a investigação decorre, não só das dificuldades percecionadas na prática, enquanto

enfermeiro especialista, como das necessidades referidas pelos clientes e família, que habitualmente não são satisfeitas. No contexto da prática profissional, o cuidar da pessoa submetida a cirurgia cardíaca constitui o repto, dada a multiplicidade de intervenções. A tomada de decisão tem um carácter complexo e multidimensional, resultado da avaliação das necessidades dos indivíduos.

Neste sentido, emerge a questão de partida: *Quais as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, na perspetiva do EEER?*.

Para o presente estudo pretendemos compreender as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, na perspetiva do EEER, formulando os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o conceito de RC;
- Identificar as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Identificar os focos de atenção em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Identificar a frequência de execução das intervenções em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Conhecer as atividades de avaliação em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Identificar os constrangimentos na prática de cuidados do EEER, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Conhecer o contexto de formação do EEER na área da RC.

A técnica de colheita de dados selecionada, para o desenvolvimento do presente estudo, prende-se com a realização de entrevistas semiestruturadas a EEER, que a partir da sua perspetiva clarificam as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

A presente dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, lecionado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, organizado em duas partes; na primeira, o enquadramento teórico, onde é desenvolvida a revisão da literatura que respeita à temática em estudo, explanando os conteúdos relativos à fisiopatologia da doença e ao tratamento da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, as necessidades humanas básicas e o contributo do Enfermeiro de Reabilitação.

Na segunda parte desenvolve-se o enquadramento metodológico, com a exposição do desenho do estudo, a problemática, a finalidade, os objetivos e o instrumento de recolha de dados e a metodologia de análise escolhida. Por último, apresenta-se e explora-

se a análise dos dados, atendendo à sua pertinência para a prática clínica e às implicações para o cuidar de enfermagem.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A construção deste capítulo fundamenta-se na exploração das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, a partir da literatura existente e relacionada com os programas de reabilitação na área. Desta forma, no início deste capítulo revêm-se os conceitos da fisiopatologia da doença cardíaca, bem como o seu tratamento, conservador ou cirúrgico, no sentido de compreender o impacto da doença e do tratamento na vida do indivíduo.

Posteriormente, identificam-se as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, através da revisão das mesmas, a par das teorias com que se poderão relacionar. O capítulo termina com um aprofundamento do papel da enfermagem de reabilitação no doente submetido a cirurgia cardíaca, à luz daquelas que são as competências do EEER.

1.1 A pessoa submetida a cirurgia cardíaca

Atualmente assiste-se, em Portugal, a um aumento crescente das doenças crónicas, com conseqüente impacto na qualidade de vida nos indivíduos. O envelhecimento da população é real e uma constante, conseqüência do aumento da esperança média de vida, que contribui de forma ativa para a forma como os idosos vivem. Ainda assim, o aumento da esperança de vida à nascença e a diminuição do índice sintético de fecundidade constituem fatores concorrentes para o alargamento do topo da pirâmide etária da população (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

O conhecimento preciso da realidade nacional, com elementos estatísticos credíveis e facilmente acessíveis, constitui um fundamento essencial para o planeamento consistente e subsequente decisão estratégica fundamentada. Portanto, a tendência decrescente das taxas de mortalidade, descrita em anos anteriores, mantém a sua atualidade, não havendo qualquer alteração relevante da posição das doenças do aparelho circulatório, como principal causa de morte.

Desta forma, as doenças cardiovasculares apresentam uma expressão significativa na taxa de mortalidade, em Portugal, apresentando-se na dianteira das principais causas de morte (Direção Geral de Saúde, 2013).

A Direção Geral de Saúde (2013) indica que as doenças cardiovasculares constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal, e englobam um vasto conjunto de situações clínicas afetando o sistema circulatório em diferentes localizações. A região afetada condiciona as diferentes formas de apresentação clínica, sejam a doença isquémica do coração, cuja manifestação clínica mais relevante é o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a doença cerebrovascular, incluindo o acidente vascular cerebral (AVC) isquémico.

Nas últimas duas décadas tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade destas doenças, fenómeno atribuído a uma conjugação de vários fatores, como a adoção de medidas preventivas, no âmbito dos comportamentos de procura de saúde, alimentação e hábitos de vida saudáveis, na correção de FRCV modificáveis e nos avanços científicos relativos ao tratamento das doenças. Os progressos decorrem disponibilização de novos fármacos e técnicas inovadoras e, sobretudo, consequência de uma melhor resposta da emergência pré-hospitalar, do correto encaminhamento para os locais onde os melhores tratamentos podem ser ministrados e um reforço operacional dos meios disponíveis em todo o território (Direção Geral de Saúde, 2013).

Embora o número de mortes por doença cardiovascular esteja a diminuir em grande parte da União Europeia, o número de doentes com patologia cardiovascular está a aumentar, associado ao aumento de longevidade e sobrevida destes. Desta forma, a doença cardiovascular é também uma das principais causas de incapacidade e deterioração de qualidade de vida (Pereira, 2013), que se traduz pela alteração do padrão das doenças e da morte.

Os indivíduos morrem em idades cada vez mais avançadas, resultado de doenças crónicas graves, como as doenças cardiovasculares, respiratórias e oncológicas, que causam uma série de problemas físicos, psicológicos e sociais. De acordo com Davies e Higginson (2004), prevê-se que em 2020 as principais causas de morte na Europa sejam a doença cardíaca, a doença cerebrovascular, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), as infeções respiratórias e o cancro do pulmão, podendo as mesmas serem acompanhadas, ou não, de períodos de incapacidade prolongada.

Neste sentido, em 2007 ocorreram em Portugal 11.909 episódios de internamento hospitalar por EAM, com 1303 óbitos (10,94%), resultando em 10.606 altas hospitalares após EAM. Durante este ano foram realizadas 2.987 cirurgias coronárias (600 com cirurgia valvular associada). A Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que uma redução ligeira da hipertensão arterial (HTA), consumo de tabaco, dislipidemia e obesidade poderá fazer cair a incidência de doença cardiovascular para menos de metade. Desta forma, as prevenções primária e secundária tornam-se fundamentais na luta contra a doença cardiovascular e suas complicações (1994, cit. por Pereira, 2013).

O envelhecimento progressivo, o aparecimento de doenças crónicas e a patologia cardíaca, com indicação cirúrgica, têm cada vez mais uma expressão significativa, seja com objetivo curativo ou de fornecimento de qualidade de vida. Segundo Leguisamo, Kalil e Furlani (2005) a frequência dos procedimentos cirúrgicos aumentou progressivamente nas últimas décadas.

Embora a prevenção primária apresente um papel de relevo no tratamento da patologia cardíaca, na prática clínica, o que se observa é que fundamentalmente este ainda assenta no recurso à cirurgia cardíaca. Deste modo, a cirurgia cardíaca iniciou-se em 1896 e desde então foram sendo efetuadas inúmeras melhorias do desenvolvimento da técnica cirúrgica. Porém, a maior parte das intervenções enfrentavam a pulsatilidade do coração, preenchido com sangue, impossibilitando a consecução de intervenções minuciosas, bem como a visibilidade das áreas a corrigir. Por este motivo, o desenvolvimento da circulação extracorporeal (CEC), em 1930, possibilitou o desenvolvimento desta especialidade para limites inimagináveis (Henriques e Pereira, 2006).

A cirurgia cardíaca a céu aberto implica uma incisão no tórax, na região do esterno, de modo a que haja a possibilidade de abrir toda a caixa torácica para expor o coração. Esta técnica tem indicação para as revascularizações do miocárdio, cirurgias valvulares, transplantes e reparações de defeitos cardíacos congénitos (Schub e March, 2016).

A necessidade de obter uma cardioplegia durante a cirurgia requer a anulação da circulação sistémica e da oxigenação pulmonar. No sentido de responder a esta exigência cirúrgica desenvolveu-se a CEC que desvia o sangue desde as veias cavas para um dispositivo externo que bombeia e oxigena o sangue, introduzindo-o de novo no organismo através da raiz da aorta. Durante a cirurgia, provoca-se hipotermia, entre 4°C a 6°C, para diminuir os consumos energéticos do resto do corpo, enquanto a perfusão do coração é feita de forma intermitente através das artérias coronárias (Sánchez et al., 2013).

Em Portugal, o início da cirurgia cardíaca foi em 1903, por Francisco Gentil, que suturou uma lesão em uma aurícula direita. As primeiras intervenções cirúrgicas, com auxílio da CEC, foram efetuadas em 1959, por Celestino da Costa, sendo posteriormente desenvolvidas por Machado Macedo em 1960 (Henriques e Pereira, 2006).

A cirurgia cardíaca tem um papel de destaque no tratamento das doenças cardiovasculares, congénitas ou adquiridas e, ainda que haja um maior desenvolvimento das técnicas de intervenção percutânea, esta continua a ser insubstituível (República Portuguesa, 2016). No presente, esta especialidade permite o tratamento de três grandes grupos de doenças: valvulares, isquémicas e cardiopatias congénitas. A par destas, surge um grupo de patologias variadas, que incluem os aneurismas da aorta, os tumores (habitualmente mixomas) e algumas arritmias. Os transplantes cardíacos merecem destaque especial, pela sua inovação, possibilitando o aumento de anos de vida dos indivíduos, que de outro modo, morreriam a curto prazo (Henriques e Pereira, 2006).

As cardiopatias congénitas, no que respeita ao tratamento cirúrgico, podem ser simples ou extremamente complexas de corrigir e este facto decorre não só do tamanho do doente e, conseqüentemente do coração, mas também da impossibilidade, de uma correção simultaneamente anatómica e fisiológica (República Portuguesa 2016). De forma genérica, as patologias congénitas classificam-se em quatro tipos fisiopatológicos: cardiopatias onde existe *shunt* esquerdo-direito (aumento do débito pulmonar), cardiopatias onde existe *shunt* direito-esquerdo (diminuição do débito pulmonar), cardiopatias com lesão obstrutiva pura (estenoses) e cardiopatias congénitas complexas (defeitos de mistura) (Henriques e Pereira, 2006).

Na vertente cirúrgica, a melhoria das técnicas interventivas, o auxílio da CEC e a melhoria dos cuidados pós-operatórios permitiram que, nos últimos dez anos, a correção dos defeitos congénitos evoluísse no sentido da redução do número de procedimentos paliativos, em favor das correções anatómicas definitivas, efetuadas cada vez mais cedo, no período neonatal e durante a primeira infância (Henriques e Pereira, 2006).

A cardiopatia congénita, ao constituir uma alteração da estrutura cardíaca presente mesmo antes do nascimento, exhibe sintomatologia e uma taxa de sucesso de intervenção a nível cirúrgico variável, dependendo do tipo de defeito e da sua gravidade. Na generalidade, os sintomas prendem-se sobretudo com cianose, dispneia, alterações nos valores de gases, pneumonias de repetição, sudorese e cansaço durante a amamentação,

intolerância à atividade, tonturas, síncope e edemas, podendo, no entanto, as manifestações clínicas serem inexistentes (Monahan et al., 2009).

A doença valvular prende-se com um conjunto de defeitos com diferentes etiologias, que produzem alterações na função e estrutura cardíaca. Embora possam ser afetadas as quatro válvulas do coração, as que apresentam comprometimento de uma forma mais frequente são a mitral e a aórtica. No que respeita à disfunção, esta pode ser por estenose ou estreitamento anormal da válvula, o que impede que esta se abra na totalidade e dificulte a saída do sangue das câmaras cardíacas ou, por outro lado, quando se instala a insuficiência na válvula e esta está debilitada ou não se fecha na totalidade, podendo existir refluxo/regurgitação do sangue (Sánchez et al., 2013).

Na base das disfunções valvulares cardíacas surgem as questões de ordem hereditária, nomeadamente no que respeita às alterações de colagénio do tecido das válvulas, as infeções que danificam as válvulas, a doença cardíaca isquémica ou a cardiomiopatia (Blevins, 2015).

A cirurgia da doença valvular constitui uma importante porção da atividade da maior parte das equipas de cirurgia cardíaca, em Portugal, bem como a nível internacional. Dentro desta, a doença reumática ainda poderá ser considerada endémica em países subdesenvolvidos, onde um grande número de doentes com estenose ou regurgitação mitral ou aórtica necessitam de substituição ou reparação valvular. Em Portugal, embora a existência de novos casos de febre reumática seja rara, ainda persistem as valvulopatias reumáticas crónicas, herança de um passado recente de deficientes condições sanitárias (Henriques e Pereira, 2006).

Por outro lado, nos países desenvolvidos, onde a doença reumática foi praticamente erradicada, observa-se, com incidência crescente, as doenças valvulares degenerativas, tanto da válvula mitral, como da aórtica (mais habitual). A estenose aórtica calcificada é uma das mais importantes causas de mortalidade de origem cardíaca, na população de idosos. Neste grupo inclui-se também a degenerescência mixomatosa da válvula mitral (prolapso mitral), que afeta tanto idosos como jovens. Outras causas de doença valvular incluem a endocardite infecciosa, com incidência crescente em indivíduos toxicodependentes e imunodeprimidos; a regurgitação mitral de origem isquémica, de incidência em grande parte desconhecida; as valvuloplastias congénitas e as traumáticas (Henriques e Pereira, 2006).

Os resultados da cirurgia valvular melhoraram significativamente desde a primeira substituição valvular em 1960. Entre os fatores que mais contribuíram para tal encontram-se a melhoria contínua dos materiais e da construção das próteses, o diagnóstico e a cirurgia precoces, o desenvolvimento da técnica cirúrgica, os melhores cuidados perioperatórios e um seguimento mais minucioso dos doentes. Ainda assim, as complicações das próteses valvulares continuam a afetar a vida das pessoas, substituindo uma doença por outra, se bem que de melhor controlo: a doença protésica. A partir desse ponto advém o privilegiar do conceito de cirurgia conservadora de reconstrução valvular, sempre que viável, visto que os resultados de valvuloplastia são significativamente superiores aos da substituição, a curto e a longo prazo (Henriques e Pereira, 2006).

Os sintomas produzidos pela doença valvular e as complicações que se desenvolvem estão principalmente relacionados com a diminuição do débito cardíaco, sendo que o tratamento geralmente segue as diretrizes apresentadas para os doentes com insuficiência cardíaca (IC). De uma forma global, os sintomas incluem dispneia em repouso ou funcional, intolerância à atividade e fadiga, astenia, dor torácica, palpitações, edema, sobretudo nos pés, abdómen e maléolos e aumento súbito de peso (Monahan et al., 2009).

Sob o ponto de vista da técnica cirúrgica, no tratamento das doenças valvulares podem ser consideradas diferentes abordagens de acordo com o tipo de comprometimento da válvula. De entre os tipos de tratamento, a comissurotomia consiste na secção das comissuras de uma válvula estenosada; a anuloplastia visa a reparação da região anelar da válvula, através da sutura de um anel de metal nesta zona; a reparação prende-se com a reconstrução das valvas da válvula e, por fim, substituição com a retirada da pré-existente e substituição por uma válvula biológica ou mecânica (Sánchez et al., 2013).

A doença cardíaca coronária, que inclui o EAM, a doença cardíaca aterosclerótica e todas as outras formas de doença cardíaca isquémica aguda e crónica, é a principal causa de morte no mundo ocidental industrializado. A doença isquémica cardíaca, de uma forma genérica, é aquela que afeta as artérias coronárias diminuindo a circulação sanguínea do coração, provocando isquemia, causando angina ou enfarte. As etiologias mais prevalentes da doença cardíaca coronária são a aterosclerose, o vasoespasma coronário e a angina microvascular (Monahan et al., 2009).

A aterosclerose coronária é uma doença progressiva devida a uma perturbação do metabolismo dos lípidos, particularmente do colesterol. As suas lesões iniciais são caracterizadas pela incorporação de material lipídico na íntima, originando placas rodeadas

por fibrose e depósitos calcários. A rutura de uma destas placas de ateroma é o principal mecanismo de agravamento do processo, traduzindo-se numa deposição de plaquetas com formação de um trombo local, cuja progressão desencadeia uma oclusão arterial e o EAM (Blevins, 2015).

Desta forma, a doença aterosclerótica coronária apresenta-se, geralmente, sob a forma de lesões estenóticas multifocais, habitualmente no trajeto epicárdico das artérias coronárias principais, reduzindo a perfusão miocárdica, surgindo as manifestações de isquemia do miocárdio, geralmente a dor torácica (Monahan et al., 2009).

A angina de peito é provocada por uma isquemia cardíaca transitória, devida a insuficiência coronária. A dor anginosa é frequentemente descrita como uma sensação de pressão precordial, de intensidade variável, com início habitualmente gradual, atingindo um máximo, mantendo-se por minutos e desaparecendo gradualmente. Por vezes, atipicamente, é referida como um “cansaço”, centrando-se, na maioria das vezes, nos dois terços superiores do tórax, atrás do esterno, podendo irradiar para ambas as regiões peitorais, para os ombros, o pescoço, a face e o maxilar inferior. De uma forma mais frequente, irradia para os braços, ou apenas para um, habitualmente o esquerdo (Henriques e Pereira, 2006).

O angor surge em situações particulares, provocado por esforços ou exacerbação emocional ou situações pós-pandriais, atividade física associada a temperaturas baixas, obrigando a pessoa a parar ou desacelerar a marcha. O seu diagnóstico baseia-se, fundamentalmente, na anamnese, sendo a observação física geralmente incaracterística (Henriques e Pereira, 2006).

O tratamento cirúrgico, a revascularização do miocárdio, consiste na criação de uma derivação ao redor da parte obstruída ou danificada da artéria coronária, melhorando o fluxo sanguíneo do coração. Para a reparação anastomosa-se a montante e a jusante da lesão um enxerto da artéria mamária ou da veia safena (Sánchez et al., 2013). Neste tipo de tratamento, a cirurgia pode-se realizar sem cardioplegia, ou seja, através do método de *Off-Pump* que consiste na revascularização do miocárdio em simultâneo com a pulsatilidade do coração (Schub e Heering, 2017).

A IC pode ser definida como uma anormalidade na estrutura ou função cardíacas que conduz à falha do coração para proporcionar oxigénio a uma taxa compatível com as exigências metabólicas dos tecidos. Pode ser considerada como uma síndrome, caracterizada por um padrão de respostas hemodinâmicas, renais, neuronais e hormonais

que originam sinais (edema, estertores, aumento da pressão jugular, crepitações pulmonares) e sintomas (dispneia, fadiga) que proporcionam uma diminuição na tolerância ao exercício físico (EF), assim como limitações na vida social e consequentemente diminuição da qualidade de vida (Delgado, 2014).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2013), a prevalência da IC em Portugal acompanha outros países europeus e constituirá, nos próximos anos, um grave problema de saúde pública. Os seus fatores preditivos baseiam-se na presença de Diabetes *Mellitus* (DM), HTA, tabagismo, obesidade, elevada relação de colesterol total/lipoproteínas de alta densidade, hematócrito anormalmente elevado ou baixo e proteinúria (Monahan et al., 2009). Assim, é determinada pela anamnese relativa ao cliente e pela fração de ejeção, sendo importante não só pelo valor prognóstico, mas também como um indicador em ensaios clínicos.

Os sintomas clássicos da IC incluem dispneia com esforço, ortopneia, dispneia noturna, tosse seca irritante e fadiga inexplicável. Podem ainda ocorrer sinais como fervores, terceiro som cardíaco, edema periférico, aumento de peso, quando há sobrecarga de volume. Muitos destes sinais têm origem nos mecanismos compensatórios do organismo (Delgado, 2014). A *New York Heart Association* (NYHA) classifica a IC de acordo com os sintomas e sinais apresentados pelo indivíduo (quadro 1).

Classe I	Ausência de sintomas. Tolera atividade física normal.
Classe II	Confortável em repouso. Atividade física normal provoca sintomas.
Classe III	Confortável em repouso. Atividade física menos que normal provoca sintomas.
Classe IV	Pode haver sintomas em repouso. Sintomas com qualquer atividade física.

Quadro 1: Classificação NYHA para a IC

(adaptado de Ponikowski et al., 2016)

Os sintomas são muitas vezes uma fraca indicação da verdadeira incapacidade do doente, pois tendem a basear-se numa avaliação subjetiva que pode confundir o avaliador e porque alguns doentes regulam-se a si próprios, restringindo a atividade. Assim, os sinais incluem taquicardia, aumento da pressão venosa jugular – insuficiência venosa do lado

direito do coração, crepitações pulmonares, terceiro som cardíaco, edema periférico, que dependem da gravidade e cronicidade da IC (Moura, 2015).

Anorexia, anomalias musculares, caquexia cardíaca e depressão podem influenciar o bem-estar e níveis de energia dos doentes. A nutrição é geralmente boa em fases iniciais, mas, à medida que a incapacidade evolui, aumenta a necessidade do organismo e há uma ingestão inadequada de nutrientes, ocorrendo caquexia – perda de mais de 10% de massa corporal. A perda de massa muscular e de peso pode não estar refletida no Índice de Massa Corporal, que pode ser distorcido pela acumulação de líquido (Moura, 2015).

A melhor forma para avaliar a presença e a extensão da doença coronária é o cateterismo cardíaco com recurso à coronariografia, a par da utilização de exames como a ecocardiografia e angiografia. Por outro lado, o tratamento poderá ter duas bases: o médico ou o cirúrgico. No caso do tratamento médico ou conservador, aconselhado em doentes com baixo perfil de risco, advoga-se o controlo de fatores como a HTA, a dislipidemia e a cessação dos hábitos de vida pouco saudáveis, além da terapêutica farmacológica, como os nitratos, os betabloqueadores, os antagonistas do cálcio e os antiagregantes plaquetários. O tratamento cirúrgico assenta sobretudo na revascularização do miocárdio, sendo por angioplastia coronária ou *bypass* aortocoronário. Ambos são considerados procedimentos paliativos, obviamente importantes no tratamento da doença coronária aterosclerótica, onde a decisão sobre qual utilizar recai na experiência do cirurgião, nas vantagens e nos inconvenientes associados a cada um destes (Henriques e Pereira, 2006).

O transplante cardíaco em humanos, sendo um processo cirúrgico considerado atrativo numa perspetiva intelectual, foi iniciado em 1964 por Barnard, tendo esmorecido pela elevada taxa de complicações pós-operatórias e consequente mortalidade. Em Portugal, este procedimento foi efetuado, pela primeira vez, em 1986, por Queiroz e Melo, no Hospital de Santa Cruz. Desta forma, para que possa acontecer é necessário que se reúnam condições como a avaliação geral do dador, que não deverá apresentar patologia cardíaca, bem como ser portador de um órgão que garanta uma boa função após a sua implantação (Henriques e Pereira, 2006).

A cirurgia cardíaca é efetuada, habitualmente, por esternotomia medial, ou seja, uma incisão cirúrgica do esterno. Segundo Huang e Sakata (2016) a realização deste procedimento resulta em dor significativa no pós-operatório, bem como incidência de dor

crónica, em menor grau. O controlo efetivo da dor melhora a satisfação dos clientes, bem como redução de complicações no pós-operatório.

A compreensão das repercussões da patologia cardíaca e intervenção cirúrgica na vida da pessoa e família torna-se fundamental, onde os cuidados ajustam-se às necessidades apresentadas pelos indivíduos. Assim, a identificação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, no pré e no pós-operatório, apresentam-se como um desafio para os profissionais de saúde. O défice na identificação das necessidades e a sua respetiva desconsideração constituem fatores precipitantes para intervenções desajustadas, internamentos inapropriados com potencial impacto económico, tratamentos desadequados, a par do impacto negativo na qualidade de vida da pessoa. O conhecimento sobre as necessidades é a principal premissa, cujo olhar do profissional de saúde visa o bem-estar do cliente e família e providenciando a máxima qualidade de vida a este conjunto.

1.2 Necessidades humanas básicas

A análise das necessidades humanas baseia-se na premissa de que a partir da sua identificação, agiliza-se um projeto de intervenção para promover a sua satisfação. Deste modo, a conceptualização de necessidade é fundamental em cuidados de saúde, sendo definida como *“carácter do que se precisa mesmo, carácter do que é indispensável ou imprescindível; falta, carência, privação, miséria”* (Dicionário da Língua Portuguesa, 2016, p. 25).

A necessidade pode ser perspectivada como uma condição não satisfeita, essencial para viver, funcionar em condições normais, realizar-se e atingir os seus objetivos (Pascoal, 2010). Para Watson (1999) a necessidade define-se como a exigência de uma pessoa e assim que é satisfeita, alivia ou diminui o seu sofrimento imediato ou melhora o seu sentido de adequação e bem-estar.

À luz destes pressupostos surgem teorias que investigam direta ou indiretamente, as necessidades humanas básicas e a sua satisfação. Desta forma, o conceito de necessidade perspectiva-se como *“a expressed desire for services to be obtained or outcomes to be achieved”* (Bailey e Blasco, 1990, p. 197) e partindo do princípio de que o homem é motivado pelo desejo de satisfazer necessidades, Abraham H. Maslow estruturou

sua Teoria da motivação humana, considerando uma hierarquia das necessidades humanas básicas.

Segundo Maslow, os indivíduos são motivados por desejos e necessidades, que adquirem um carácter transversal aos seres humanos. O comportamento é motivado pelas necessidades fundamentais, organizadas numa hierarquia onde as necessidades que ocupam a base da pirâmide dominam o pensamento e as ações até que sejam satisfeitas. A satisfação de uma necessidade básica ou inferior impele o indivíduo à tendência do avançar para outro tipo de necessidades, mais diferenciadas, como as de autorrealização (Regis e Porto, 2011; Zalenski e Raspa, 2006).

Para classificar as necessidades, o autor baseia-se no estado em que se encontram, podendo ser o estado de deficiência ou inferiores ou o estado de crescimento ou superiores. As necessidades de deficiência ou inferiores são as fisiológicas, de segurança, de afeto, autoestima e cognitivas pelo que a sua ausência indica insatisfações. Enquanto, as necessidades de crescimento ou superiores relacionam-se com o autodesenvolvimento e a autorrealização dos seres humanos, gerando fatores motivacionais que estimulam as metas de responsabilidades, crescimento, inovação e levando o ser humano a atingir a satisfação (Regis e Porto, 2011).

Maslow estabelece uma lógica de interligação entre necessidades, uma vez que com a sua teoria, defende que a necessidade cria um impulso e motiva o indivíduo a satisfazê-la, ainda que umas tenham prioridade sobre outras e que quando as de nível inferior são satisfeitas, vêm-se induzidos a satisfazer as de nível superior. Este realça que os desejos/necessidades fundamentais dos seres humanos são similares, apesar da multiplicidade de desejos conscientes, e independentes da raça, género, etnia, *status* social ou religião (Zalenski e Raspa, 2006).

Na base da pirâmide proposta predominam as necessidades mais simples, as fisiológicas e no vértice as necessidades mais complexas, como de autorrealização. O nível mais básico inclui as necessidades fisiológicas como a fome, a sede, o sono, a respiração e a ausência de dor. Posteriormente, vêm as necessidades de segurança, que se manifestam pela procura de proteção relativamente ao meio, de estabilidade, ausência de medo, de ansiedade e do caos. O terceiro nível está relacionado com sentimentos de afeto e pertença. No quarto nível encontram-se as necessidades de estima e prestígio, o desejo de realização, competência, estatuto e reconhecimento social. No quinto nível, a necessidade

de autorrealização, diz respeito à necessidade de realização do potencial de cada um, da concretização das capacidades pessoais (Zalenski e Raspa, 2006).

A hierarquia anteriormente referida não é rígida e universal, o que permite a aproximação a uma estrutura de cuidados, voltados para os indivíduos, onde a resposta às necessidades se inicia pela base da pirâmide, tendo em vista a estratificação das necessidades seguintes. Assim, é possível estabelecer-se um padrão de avaliação das mesmas, assente num encadeamento lógico, sustentado pelas dificuldades mais encontradas.

Embora escasseiem estudos na área da dos cuidados ao doente cardíaco, que envolvam a teoria de Maslow, esta poderá ser transposta. Após ser submetido a uma cirurgia cardíaca, as necessidades fisiológicas dos indivíduos, num estadio inicial, serão mais veementes, através da dor, por exemplo. Posteriormente, decorrente da alteração da condição de saúde, poderão surgir outras, que gradualmente deverão ser satisfeitas, até ao último estrato de autorrealização, como sugere Maslow. Assim, o conceito de necessidade humana básica define que a sua ausência produz doença e a sua supressão permite restabelecer a homeostasia e deste modo o estado de saúde (Regis e Porto, 2011).

Para Virgínia Henderson, o ser humano tem necessidades humanas básicas, que advém de alterações fisiológicas e aspirações, as chamadas necessidades fundamentais. Assim, estas consideram-se como uma exigência vital, essencial ao ser humano, para que se assegure o seu bem-estar físico e psicológico. Neste sentido, Henderson identificou algumas necessidades básicas, que compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem e que se iniciam com as necessidades físicas e progredem para as componentes psicossociais. O trabalho do enfermeiro desenvolve-se na dimensão fisiológica, psicológica, comunicacional e de aprendizagem, espiritual e moral e sociológica (Ahtisham e Jacoline, 2015; Crespo, 2009).

Henderson, na sua teoria, definiu 14 necessidades básicas, que se prendem com o instinto de sobrevivência e socialização, ou seja, questões como o respirar normalmente; comer e beber de forma adequada; eliminar resíduos corporais; movimentar-se e manter a postura correta; dormir e descansar; escolher a roupa, vestir-se e despir-se; manter a temperatura corporal dentro dos valores normais, mediante a seleção de roupa e a modificação do ambiente; manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos; evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros; comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões; realizar práticas religiosas

segundo a sua fé; trabalhar de modo a sentir-se realizado; jogar ou participar em diversas formas de recreação; aprender, descobrir e satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos disponíveis (Crespo, 2009; Ferreira, 2014).

No desenvolvimento da sua teoria das necessidades, a autora foca a questão da autonomia e independência da pessoa tendo em vista o regresso a casa. Para o cuidar, o enfermeiro preconiza ações como o assistir e substituir de forma a potenciar a máxima independência da pessoa (Ahtisham e Jacoline, 2015). À semelhança de Maslow, Virgínia Henderson propõe que os indivíduos se esforcem no sentido de satisfazer as necessidades básicas por si mesmos, ou seja, a sua autonomia (Ferreira, 2014).

Numa perspetiva integrativa e de maior complexidade, surge a teoria de Afaf Meleis, uma teoria de médio alcance, que explica a transição da pessoa para uma nova condição, seja esta dependente da doença ou da alteração do seu papel (Meleis et al., 2000). Desta forma, as alterações no estado de saúde dos indivíduos expõem-nos a um aumento dos riscos de doença, desencadeando um processo de transição com potencial de melhoria do bem-estar. Estas transições encontram-se presentes ao longo do ciclo vital, onde as pessoas, de forma contínua, vão experienciando mudanças no seu quotidiano.

A transição constitui *“a passagem ou movimento de um estado, condição, ou de um lugar para o outro, (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa - ambiente.”* (Petronilho, 2007, p. 31). Neste sentido, Meleis (2000, cit. por Abreu, 2011, p. 23) afirma que o processo de transição imprime uma *“mudança significativa na condição de saúde, através de alterações de processos, papéis ou de estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social”*.

O foco da teoria visa os processos de transição comuns a todos os indivíduos, o que potencia um aumento do conhecimento da enfermagem enquanto disciplina. Os seus domínios multifatoriais permitem-lhe caracterizar as transições, designadamente no que respeita aos tipos de transições, às propriedades das experiências de transição, às condições facilitadoras e inibidoras, às intervenções de enfermagem, aos indicadores de processo e aos indicadores de resultado. Assim, a teoria preconiza linhas orientadoras capazes de facilitar a compreensão dos clientes face à complexidade das transições, a vulnerabilidade do processo e a resposta das transições (Meleis et al., 2000).

O papel do enfermeiro assenta na sistematização, descrição, compreensão e interpretação de fenómenos específicos da enfermagem, emergentes da prática (Abreu, 2011). Assim, esta teoria pode ser representada em três componentes fundamentais: a Natureza das Transições, as Condições de Transição e os Padrões de Resposta. A Intervenção de Enfermagem emerge na condição de elemento impulsionador de uma transição saudável (figura 1).

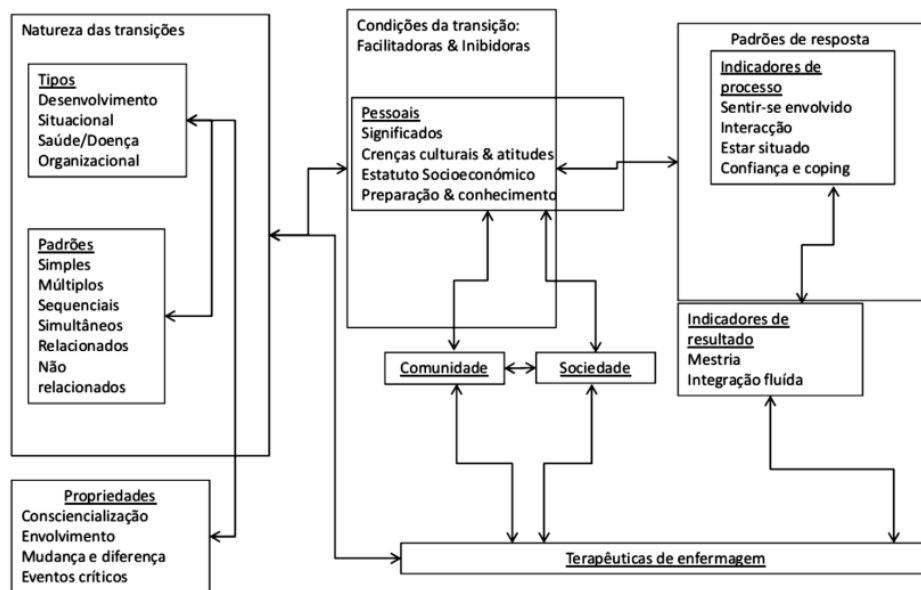


Figura 1: Modelo de Transições em Enfermagem

(Adaptado Meleis et al., 2000)

A cirurgia cardíaca representa um período de crise, com reflexão por parte do indivíduo do seu projeto de vida, o que obriga a uma nova reorganização e equilíbrio para uma adaptação eficaz. O papel do enfermeiro, no suporte do indivíduo que experiencia um processo transaccional, visa o reconhecimento de momentos de crise e identificar os recursos disponíveis, de modo a facilitar os processos de transição (Meleis et al., 2000).

A complexidade da transição é clara, o que implica diferentes fatores, sejam intrínsecos ou extrínsecos ao indivíduo, onde a família é componente fulcral neste processo. Ainda assim, os tipos de transição poderão variar, considerando os diferentes alvos de cuidados – cliente ou prestador de cuidados/família, o momento de vida, as propriedades de transição, entre outros.

O evento cirúrgico é gerador de angústia e de incerteza sobre o futuro, a mudança no seu *status* de saúde, ou mesmo a imprevisibilidade relativa a um possível fim de vida durante o mesmo, criando no indivíduo medos e inseguranças, que poderão ser atenuados com uma preparação adequada no período pré-operatório. Assim, na primeira etapa da transição, a consciencialização, ocorre a preparação para um novo papel ou mesmo a adaptação à nova condição, sendo que estes períodos relacionam-se com eventos inesperados, resultado da situação de doença e do que esta acarreta.

O processo de transição reúne um conjunto de condições – facilitadoras ou inibidoras, que influenciam o modo como esta se desenrola. A forma como cada indivíduo experiencia a mudança na sua vida *per si*, resulta das suas características que remontam para o locus interno, ou seja os significados atribuídos à situação, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento sobre o processo. O conhecimento acerca do tipo de transição com que o cliente se depara importa para o planeamento das intervenções de enfermagem, na medida em que estas mobilizam o conhecimento dos recursos pessoais e externos que podem ser utilizados para facilitar uma transição eficaz e adaptativa (Meleis et al., 2000).

Os padrões de resposta estruturados na teoria das transições respeitam aos resultados parciais que se vão obtendo ao longo da transição, onde se compreendem questões como o sentir-se envolvido, a interação, o estar situado, o desenvolvimento de confiança e adaptação. O comportamento observável ou não observável constitui indicador para o enfermeiro na medida em que lhe permite compreender a forma como processo está a decorrer.

O papel do enfermeiro visa a promoção da adaptação do indivíduo ao seu novo papel, conduzindo-o ao bem-estar e maximização da qualidade de vida, correspondendo à mestria e identidade fluída. Para estas condições importa a forma como cada pessoa consegue integrar e gerir a sua nova condição ou novo papel.

1.2.1 Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca

A RC, amplamente discutida, relaciona-se com a qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e é a face de uma intervenção efetiva para áreas como o autocuidado e a perceção de autoeficácia, através do Enfermeiro de Reabilitação (Loureiro, 2015).

O envelhecimento progressivo da população, principalmente em países em desenvolvimento e o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, repercute-se na vida dos indivíduos. As pessoas submetidas a cirurgia cardíaca sofrem alterações no seu padrão de qualidade de vida pela incapacidade crescente para desempenhar as suas atividades do quotidiano, decorrentes dos sinais e sintomas da doença e, posteriormente, das limitações resultantes da cirurgia (Santos et al., 2011).

Os Programas de RC, nas últimas décadas, integram essencialmente o tratamento das doenças cardiovasculares, sendo recomendados para todos os doentes com diagnóstico de Síndrome Coronária Aguda (SCA), angina estável, IC, após revascularização cirúrgica ou percutânea e transplante cardíaco (Santos et al., 2014).

A evidência científica, assente em *guidelines* e *position papers*, constituem a base dos programas de RC, nomeadamente, na sua fase de desenvolvimento e implementação. Desta forma, os resultados podem ser apresentados sob o ponto de vista do doente (melhoria da tolerância ao esforço, de sintomas, de níveis lipídicos, de bem-estar psicossocial, redução de hábitos tabágicos e de *stress*) ou do económico (menos reinternamentos, menor recorrência de enfartes e procedimentos de revascularização, menor absentismo laboral), tendo ainda um impacto de 20 a 25% na mortalidade (McMurray, 2012).

A RC é uma disciplina que tem por objetivo dar resposta às necessidades de uma população a envelhecer e a uma maior consciência dos benefícios disponíveis em programas, no âmbito da cardiologia e cirurgia cardíaca. Desta forma, corresponde ao de desenvolvimento e manutenção de um nível desejável das condições físicas, mentais e sociais da pessoa, assegurando o regresso a uma vida ativa e produtiva do melhor modo possível, após um evento cardíaco. Esta pode ser definida como processo de restauração e/ou ciência de restituir as capacidades vitais, compatíveis com a Capacidade Funcional (CF) do coração (Fardy, Yanowitz e Wilson, 1998).

A redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos doentes tratados e ainda na melhoria do custo-efetividade é advogada por diversos autores. Neste sentido, para a RC preconizam-se duas estratégias de intervenção. Por um lado, a que prioriza o exercício, expressa na literatura internacional por de "*exercise-only*" (EX-CR), que pode ser traduzida para RC com ênfase no exercício. Ao invés, a "*comprehensive care rehabilitation*" (CCR), associada a um conceito de RC abrangente, na qual o exercício é parte de um conjunto que, juntamente com o treino físico, compreende a mudança dos estilos de

vida, como a cessação tabágica, alterações dos comportamentos alimentares e controlo de *stress*. Esta corresponde a um processo educativo, onde o doente deve ser provido de informações básicas sobre a fisiopatologia da (s) sua (s) doença (s); relação da (s) doença (s) com atividade física, atividade sexual e trabalho; mecanismos de ação dos fármacos; reformulação dos hábitos alimentares; cessação tabágica e controlo de agentes de *stress* (Loureiro, 2015).

O treino físico assume-se como a principal intervenção no processo de RC, de acordo com a evidência científica (Loureiro, 2015). Ainda segundo Loureiro (2015) a intervenção da RC apresenta várias etapas, incluindo a avaliação inicial do indivíduo e dos riscos a que este se encontra sujeito, incluindo uma intervenção focada nas necessidades apresentadas por estes.

A doença cardíaca, decorrente de inúmeras etiologias, apresenta um elevado impacto na qualidade de vida da pessoa, através de alterações a nível fisiológico, psicológico, emocional, de autonomia e mesmo económico. Esta doença mata e incapacita muitos indivíduos durante os seus anos mais produtivos, já que é uma das principais causas de morte em Portugal. A intervenção cirúrgica, cujos progressos permitem utilizar tecnologia altamente sofisticada é o meio que permite aumentar significativamente o tempo de vida e controlar ou reduzir os principais sintomas (Ferreira et al., 2008).

De acordo com Ferreira et al. (2008), os doentes submetidos a cirurgia cardíaca esperam obter o prolongamento da vida, a melhoria da qualidade de vida, o aumento da capacidade para realizar exercícios e outras atividades e a ausência de dor. Desta forma, a cirurgia cardíaca pode converter-se numa fonte de esperança e alívio para o doente, representando a oportunidade ou a eventualidade de um futuro com qualidade e autonomia funcional.

A convalescença é longa e marcada pela dor, pela restrição de certas atividades, por uma passividade forçada e por uma estimulação sensorial irregular. Ainda assim, existe o risco de ocorrência de complicações no pós-operatório que retardem o processo de reabilitação e impeçam o doente de atingir a qualidade de vida desejada, como as complicações neurológicas e neuropsicológicas ou a ocorrência de estados psicóticos temporários, incluindo reações delirantes e confusionais. No entanto, há geralmente uma remissão espontânea alguns meses depois (Ferreira et al., 2008).

As necessidades fisiológicas, as mais frequentemente citadas na bibliografia consultada, classificam-se de acordo com o conforto e a capacidade para manter o bem-

estar físico, necessário à realização das atividades do dia-a-dia (Harrison, 2010). Estas variam de acordo o diagnóstico e, provocadas pelo organismo, são consideradas vitais para a sobrevivência da espécie humana, ou seja, embora básicas para a manutenção da vida, elas variam de indivíduo para indivíduo e de cultura para cultura e correspondem à base da pirâmide de Maslow ou de Virgínia Henderson.

O controlo sintomático, seja prévio ou posterior à cirurgia, reveste-se de uma particular importância, pelas repercussões que têm na qualidade de vida dos utentes. Tal é descrito por Ivany e While (2013) que indicam que a maioria dos doentes refere uma alteração nos padrões de qualidade de vida, associado sobretudo aos sintomas de doença cardíaca, enaltecendo e priorizando a otimização do controlo sintomático nesta população.

De entre os sintomas mais comuns associados à patologia cardíaca, destaca-se a dispneia, caracterizada por um *“movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade”* (International Council of Nursing, 2014, p. 50), a dor, a intolerância à atividade, a fadiga e o edema.

De acordo com Soares et al. (2008) o doente cardíaco apresenta geralmente intolerância à atividade, sendo considerado um estado no qual um *“indivíduo tem energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias, requeridas ou desejadas”* (American Nursing Association, 2001, cit. por Soares et al., 2008, p. 246). Esta, apresentando uma incidência de 88,2% no estudo de Galdeano et al. (2003) pode ser justificada pelo desconforto respiratório, fadiga e palpitação que os utentes desenvolvem, em virtude da incapacidade de o coração conseguir manter um débito cardíaco suficiente para manter as necessidades tecidulares de oxigénio e da redução do fluxo sanguíneo periférico.

Associado a este facto, alguns estudos referem que geralmente estes indivíduos apresentam alterações morfológicas e metabólicas na musculatura esquelética, interferindo na capacidade de manterem a sua atividade habitual. Em estadios de doença avançados, como por exemplo na IC crónica, surgem alterações da resistência muscular, independentes do baixo débito cardíaco ou do inadequado fluxo periférico, associadas a alterações citoquímicas na musculatura esquelética, pela redução substancial de mitocôndrias nas fibras musculares esqueléticas, com consequente depressão da capacidade oxidativa durante o trabalho muscular (Macedo, Moreira e Moreira, 2012; Soares et al., 2008).

A dor, experiência sensorial e emocional associada a um trauma ou a um estadió de doença, é uma das dimensões frequentemente referida pelos doentes, tanto no pré como pós-operatório, com interferência nos padrões de qualidade de vida (Macedo, Moreira e Moreira, 2012; Soares et al., 2008). Esta é definida como um *“aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”* (International Council of Nursing, 2014, p. 50). Neste sentido, acredita-se que, especificamente, a dor cardíaca (resultante de isquemia do miocárdio com ausência de enfarte) estimule a libertação de substâncias ácidas, como o ácido láctico ou outros produtos como a histamina, as cininas ou as enzimas proteolíticas celulares. Concentrações elevadas dessas substâncias estimulam as terminações dolorosas do músculo cardíaco e impulsos de dor são conduzidos até ao sistema nervoso central (Soares et al., 2008).

Além deste facto, Erdmann et al. (2013) indicam que as necessidades fisiológicas apresentam repercussões para outro tipo de necessidades, sobretudo as de autonomia e emocionais, onde a dor assume um papel preponderante tanto no pré como pós-operatório. Segundo estes autores, após a cirurgia, os utentes sentem-se frequentemente desorientados e autopsiquicamente, angustiados devido à presença de dispositivos e com dor aguda exacerbada, associada ao processo cirúrgico e incisão torácica.

No estudo realizado por Dantas e Aguillar (2001), dirigido a utentes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio, as necessidades fisiológicas mais apontadas e frequentemente no cerne de reinternamentos, baseiam-se nas alterações do ritmo cardíaco, alterações do foro respiratório e derrames pleurais, IC congestiva e problemas tromboembólicos. Por outro lado, a presença de dor torácica, problemas incisionais e da ferida cirúrgica (deiscência e infeção), alterações gastrointestinais e efeitos adversos de terapêutica, mudanças nos padrões de sono e repouso, alterações do apetite e disfunções neuromusculares são também reportados (Dantas e Aguillar, 2001; Macedo, Moreira e Moreira, 2012).

Alterações no padrão de motricidade, com perda de Força Muscular (FM) e compromisso das funções intelectuais podem ocorrer por lesões neuromusculares de inúmeras etiologias como anestesia, CEC, terapêutica e alterações do padrão de sono. A incidência de sensação de cansaço, distúrbios do padrão de sono e mudanças de apetite, foram identificadas nas primeiras três semanas após a alta (Dantas e Aguillar, 2001).

Por fim, Macedo, Moreira e Moreira (2012) enaltecem que o descontrolo sintomático interfere com a capacidade de a pessoa manter as suas atividades do quotidiano, ou seja, as necessidades de autonomia, evidenciando o papel do Enfermeiro de Reabilitação na preparação do regresso a casa, sobretudo na área da literacia em saúde. No estudo realizado por estas autoras as principais necessidades fisiológicas prendem-se com a dor, o cansaço/fadiga e dispneia, o edema, as complicações relacionadas com a ferida cirúrgica, as alterações de apetite e os distúrbios de sono.

Desta forma, ainda é necessário percorrer um longo caminho, no sentido de satisfazer as necessidades físicas mais básicas. Para tal, é necessário investir em referenciações precoces e atempadas, na avaliação das necessidades prévias ao momento cirúrgico, para que os enfermeiros consigam intervir antes de existir um descontrolo sintomático problemático (Spyropoulos et al., 2011)

No âmbito das necessidades fisiológicas, o controlo da sintomatologia é o desafio, dado o efeito sinérgico que os sintomas estabelecem entre si, concorrendo ativamente para o aumento da debilidade e, conseqüentemente, da dependência da pessoa para realizar as suas atividades de vida diária. Assim, se as necessidades físicas, que estão na base da pirâmide, não forem satisfeitas o indivíduo não se consegue concentrar na resolução de outros problemas e na satisfação de qualquer outro tipo de necessidade (Robinson e Barnett, 2012).

Para Loureiro (2015, p. 70), as alterações fisiológicas desempenham um papel importante *“no descondicionamento físico e conseqüentemente na tolerância ao exercício. A reabilitação apresenta como principais objetivos o incremento da capacidade cardiorrespiratória e aeróbia e a recuperação da força muscular periférica, proporcionando maior longevidade e melhoria da qualidade de vida”*. Através destes objetivos o enfermeiro especialista providencia o suprimento das necessidades de autonomia que, relacionadas com as anteriores, dependem em grande parte dos défices provocados pela doença e cirurgia.

A perda de autonomia, em estudos mais recentes, considera-se como uma necessidade emergente e cada vez mais citada. Atendendo aos progressos nas questões tecnológicas, as pessoas vivem mais, ainda que com uma condição de saúde que se vai deteriorando, a partir de onde surgem *handicaps* que os indivíduos e as famílias têm de colmatar, frequentemente no domicílio. Desta forma, a referência à necessidade em ser autónomo, é apontada em vários estudos, sejam estes voltados para a pessoa submetida a

cirurgia cardíaca ou em estadios anteriores (Baggio, Teixeira, Portella, 2001; Dantas e Aguillar, 2001; Erdmann et al., 2013; Ferreira et al., 2008; Ivany e While, 2013; Macedo, Moreira e Moreira, 2012; Robinson e Barnett, 2012; Santos et al., 2014; Shepherd e While, 2012; Spyropoulos et al., 2011).

Com efeito Erdmann et al. (2013), no seu estudo de cariz qualitativo, identificam como principais necessidades de autonomia as questões referentes ao autocuidado, privacidade e autonomia. De acordo com estes autores, com *“a orientação e acompanhamento da equipe de saúde, o paciente compreende que a atividade física é uma ferramenta de superação, facilitadora e benéfica para o seu bem viver. Em contraposição, o paciente denota a ideia de privação e de limitação das atividades habituais, tidas como prazerosas, mas maléficas à saúde.”* (Erdmann et al., 2013, p. 5).

De acordo com Soares et al. (2008) no pós-operatório a pessoa tende a permanecer a maior parte do tempo deitada e a diminuir todas as suas atividades do quotidiano, promovendo a disfunção da CF, também relacionada com a intolerância à atividade. Desta forma, a categoria da autonomia prende-se com o desempenho das atividades de vida diária e de lazer que poderão estar afetadas pela sintomatologia da doença (Spyropoulos et al., 2011).

Os défices de mobilidade associados às questões da autonomia são a segunda categoria enaltecida por Ivany e While (2013), promovendo a dependência do indivíduo em relação a terceiros (prestador de cuidados). Por outro lado Ferreira et al. (2008) indicam que, para o utente, a cirurgia cardíaca representa a oportunidade ou a eventualidade de um futuro com qualidade e autonomia funcional.

A CF está relacionada com os aspetos físicos, cognitivos e emocionais do indivíduo, sendo a habilidade de executar tarefas quotidianas, simples ou complexas, necessárias para uma vida independente e autónoma na sociedade. O início de um desenvolvimento de um declínio da sua CF tem prejuízos nas suas atividades de vida diária, podendo apresentar dependência para uma ou mais atividades do quotidiano e pode comprometer, também, a sua autonomia (Delgado, 2014).

A independência e autonomia são termos frequentemente utilizados e por vezes confundidos. A independência relaciona-se com a habilidade de realizar, sem auxílio de outras pessoas, as atividades de vida diária, enquanto que a autonomia é a capacidade que o indivíduo possui de tomar decisões e gerir a sua própria vida. Ao operacionalizar a relação de interdependência compreende-se que os indivíduos mesmo estando dependentes para

algumas atividades diárias, necessitando de ajuda de terceiros para alimentação e banho, por exemplo, poderão ser autónomos pois estão aptos a tomar decisões sobre a sua própria vida. É importante diferenciar estes termos e reforçar que estas condições são independentes entre si (Januário, 2013). Em suma, as necessidades de autonomia englobam não só as questões relacionadas com a independência e CF, como a habilidade para tomar decisões e ser responsável pelo seu projeto de saúde.

A preocupação com a capacitação funcional e em última instância a autonomia é considerada por Macedo, Moreira e Moreira (2012) que indicam que os utentes demonstram dificuldades na área dos autocuidados, tarefas domésticas, regresso à atividade laboral, planeamento do futuro, estabelecimento de objetivos e desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais.

Às questões da dependência e autonomia associam-se as necessidades do foro psicológico, que de acordo com Harrison (2010) articulam-se com a capacidade da pessoa para se adaptar e gerir a doença e as implicações desta na sua vida. Embora estas não sejam as mais referenciadas na literatura consultada, alguns dos estudos referem que são sentidas sobretudo no regresso a casa, onde os utentes se deparam com a necessidade de gerir o seu processo de recuperação (Macedo, Moreira e Moreira, 2012).

Para Macedo, Moreira e Moreira (2012) as preocupações predominantes quando a pessoa regressa a casa assentam na ansiedade e frustração, num estadio inicial e, posteriormente, na depressão. Estas questões prendem-se sobretudo com a sensação de incapacidade, relativamente à execução das suas tarefas do quotidiano, bem como aos medos e inseguranças associados à condição de saúde e estadio de doença.

Baggio, Teixeira e Portella (2001) consideram que o indivíduo ao ser submetido a um evento cirúrgico as suas necessidades psicológicas e fisiológicas encontrar-se-ão afetadas, o que compromete o equilíbrio físico-emocional. A preparação dos utentes na etapa pré-cirúrgica é fundamental, nomeadamente, uma orientação pré-operatória eficaz, reduzindo a ansiedade e as respostas psicológicas ao *stress* antes e depois da cirurgia. Desta forma, torna-se fundamental conhecer o que pessoa deseja saber, quais são as suas dúvidas e prepará-lo de uma forma adequada, de acordo com as perceções e expectativas, direcionando a orientação de acordo com as suas particularidades e com a sua capacidade de assimilar a informação (Baggio, Teixeira e Portella, 2001).

No estudo realizado por Erdmann et al. (2013), os participantes consideram que o tempo de espera pela cirurgia aumenta significativamente os níveis de ansiedade sentidos,

associados, sobretudo, ao medo de morrer e de aumento da incapacidade, frequentemente já instalada. O envolvimento da família em todo o processo perioperatório atestou-se como uma estratégia facilitadora para a redução e controlo dos níveis de ansiedade, pela oferta de apoio e segurança.

Para Dantas e Aguillar (2001) o primeiro mês de recuperação, após o processo cirúrgico, é particularmente difícil para o utente e família, envolvendo altos níveis de ansiedade, nervosismo e podendo desencadear processos de depressão. Atendendo a que a pessoa tende a manter maiores períodos de inatividade, de acordo com Soares et al. (2008), conduz a mais momentos de introspeção sobre o seu estado de saúde, que conjuntamente com a ansiedade e medos presentes aumenta a probabilidade de aparecimento de eventos depressivos. Ainda assim, para Ivany e While (2013), a imprevisibilidade do futuro, a perda de capacidade para a realização das suas atividades diárias associa-se a sentimentos de desamparo, alterações de humor e de autoestima.

Para Shepherd e While (2012) emergem maioritariamente conceitos como o *distress*, ansiedade e alterações de humor, resultado de uma perda de autonomia progressiva, ou seja, que acompanha evolução da doença. Para estes, as características descritas constituem fatores potenciadores de alterações da qualidade de vida e da dignidade da pessoa.

De acordo com Harrison (2010), as necessidades emocionais associam-se à perceção de mal-estar, resultante do diagnóstico, que se repercute nas questões da autoimagem e da perceção que meio envolvente tem da sua própria imagem. Esta categoria de necessidades, ao longo da revisão efetuada, não sendo a mais referida, encontra-se frequentemente associada às questões do foro psicológico. Para Baggio, Teixeira e Portella (2001) o profissional de enfermagem é o mais indicado para fornecer apoio e orientar os indivíduos ao longo desde processo de transição, avaliando as necessidades psicoemocionais e proporcionando todo o suporte emocional necessário.

A partir da bibliografia consultada compreende-se que estas necessidades estabelecem uma relação de interdependência com as questões da perda de autonomia. Ainda assim, existem estudos que indicam que, no âmbito das necessidades emocionais, as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca referem o medo de morrer e alterações no seu padrão de sexualidade (Macedo, Moreira e Moreira, 2012). O medo da doença, da cirurgia e da possível morte condicionam a estabilidade emocional do indivíduo, contribuindo para uma degradação da situação inicial (Shepherd e While, 2012).

Para Erdmann et al. (2013) a condição física debilitada torna o doente emocionalmente mais vulnerável. Neste sentido, manifesta-se a necessidade de exprimir livremente as suas preocupações e emoções, de ser ouvido e compreendido, de ser acompanhado, onde o apoio das pessoas significativas assume um papel preponderante no processo de saúde/doença (Spyropoulos et al., 2011). A perda de autonomia, consequência do avançar da doença, tem impacto nas questões emocionais, que por sua vez se associam às necessidades psicológicas, dada a presença de quadros de depressão, ansiedade, alterações do sono, irritabilidade, dificuldade de atenção e pesadelos (Ivany e While, 2013; Macedo, Moreira e Moreira, 2012). A par das questões da perda de autonomia, as dimensões psicológica e emocional são influenciadas por fatores como a doença avançada, sentimentos de frustração e desespero, problemas económicos e ausência de suporte familiar (Macedo, Moreira e Moreira, 2012).

O isolamento pessoal, familiar e social pode resultar não só da doença e dos respetivos tratamentos, como da mudança ao nível da perceção da autoimagem e do autoconceito. As alterações com impacto negativo que o indivíduo sofre dificultam-lhe a adaptação à nova condição e, conseqüentemente, o processo de transição, despoletando a necessidade de se reinventar no que respeita à utilização de estratégias de *coping* (Macedo, Moreira e Moreira, 2012).

O fenómeno do isolamento, aliado às necessidades psicológicas, expressa-se de forma significativa na qualidade de vida da pessoa, dada a falta de comunicação e interação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca com as pessoas significativas e os profissionais de saúde. A comunicação escasseia pela incapacidade que as pessoas têm, no seu seio familiar, para conversar acerca da doença, a par do estigma envolto do doente cardíaco, associado ao perigo de morte eminente. Os défices que se prendem com a autonomia, referidos de forma regular na literatura consultada, constituem fatores precipitantes do isolamento e potenciam a sobrecarga dos prestadores de cuidados (Macedo, Moreira e Moreira, 2012; Robinson e Barnett, 2012; Shepherd e While, 2012).

As necessidades de suporte ou sociais tornam-se evidentes quando a pessoa submetida a cirurgia cardíaca regressa a casa. Neste sentido, Robinson e Barnett (2012) advogam que a presença de um prestador cuidados formal, de forma permanente ou não, diminui a carga a que o prestador de cuidados informal está exposto, facilitando a adaptação no regresso ao domicílio, depois da cirurgia.

Com efeito, Yet Fitzsimons et al. (2007) e Murray et al. (2008) identificam, nos seus estudos, como principais lacunas a avaliação dos aspetos psicossociais. Para estes, os utentes e a sua família deparam-se, frequentemente, com dificuldades na acessibilidade aos apoios na comunidade, recorrendo a amigos e pessoas mais próximas. Além deste facto, referem que prevalece um grande défice de profissionais especializados na área na comunidade, existindo a necessidade de os utentes e famílias recorrerem ao meio hospitalar para obterem estes cuidados (cit. por Ivany e While, 2013). O' Leary et al. (2010, cit. por Ivany e While, 2013) mencionam que as pessoas com patologia cardíaca valorizam a relação estabelecida com profissionais de saúde especializados, especialmente os enfermeiros especialistas.

Na investigação realizada por Erdmann et al. (2013) os participantes destacam a competência e o bom relacionamento interpessoal com a equipa de saúde, realçando os cuidados prestados pela equipa de enfermagem, o apoio emocional e a confiança. O enfermeiro constitui um alicerce, que orienta e conduz os indivíduos através da transição que este se encontra a realizar. Os resultados obtidos pelo estudo de Soares et al. (2008) refletem o compromisso que a pessoa portadora de patologia cardíaca apresenta no relacionamento familiar, com vizinhos e amigos e nas suas atividades de grupo de pares, podendo constituir um fator de risco para quadros depressivos.

Para Erdmann et al. (2013) a participação no programa de RC é frequentemente comprometida pela condição socioeconómica do indivíduo, desfavorável a alguns utentes, que por viverem longe da instituição especializada e dependerem de transporte, abandonam o programa. Desta afirmação surge, assim, a necessidade de inclusão de cuidados especializados, voltados para o doente cardíaco, em regime domiciliar e comunitário.

As questões de índole económica, associadas às anteriores, não sendo as mais referenciadas na literatura consultada, são reais. A pessoa submetida a cirurgia cardíaca carrega consigo muitas dúvidas no que diz respeito ao futuro, como a incapacidade para manter a sua atividade laboral, a perspectiva de reforma, a redução do orçamento familiar, desembocando na sensação de incapacidade. A dinâmica familiar altera-se com a mudança no papel profissional e social que pessoa submetida a cirurgia tinha, pelo que cônjuge vê-se forçado a desempenhar diferentes papéis, essenciais na manutenção da sustentabilidade familiar (Erdmann et al., 2013)

Através da pesquisa efetuada foram escassos os estudos encontrados no que respeita, especificamente, às necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. De uma forma mais frequente são encontradas investigações que procuram esclarecer o impacto da cirurgia e da RC na qualidade de vida do utente e família. Desta forma, uma das dificuldades encontradas relaciona-se com a incapacidade para perceber como a pessoa submetida a cirurgia cardíaca lida com as questões de índole espiritual.

De acordo com Twycross (2003) as preocupações com as questões espirituais surgem quando a pessoa tem a consciência de que a situação que vive é terminal, razão pela qual não são abordadas estas questões face à pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Neste seguimento, a espiritualidade vai para além da condição humana, constituindo, um elemento essencial à existência da própria vida. Ela integra a dimensão física, psicológica e social do ser humano, ligando-se ao significado e finalidade da vida. A espiritualidade prende-se com a harmonia com outras pessoas, com a Terra e com o universo e a uma correta relação com Deus/Realidade Última. A espiritualidade e a religião encontram-se interligadas, onde a primeira forma a ponte entre as dificuldades da sua vida, da dimensão física, da psicológica, da social entre outras e as questões supremas que regem a sua existência.

As necessidades espirituais ao serem menosprezadas, os indivíduos incorrem na possibilidade de experienciar sensações de desamparo, desespero, ausência de significado, sofrimento intenso, rompimento dos laços religiosos, de cólera à religião, de amargura, falta de reconciliação para consigo e com os outros, entre outras (Twycross, 2003).

A espiritualidade é transversal às diferentes culturas, alojando-se no locus interno de cada indivíduo, onde a natureza do seu crescimento depende do ambiente em que a pessoa se insere. O papel da enfermagem perspetiva a mobilização de recursos, para que a pessoa consiga viver o processo de transição de forma saudável. O carácter individual da espiritualidade releva a importância da sua avaliação enquanto necessidade, da sua determinação e, conseqüentemente, a decisão quanto à sua relevância (Vilalta et al., 2014). A utilização dos recursos espirituais, através da “*fé e esperança*” é referida por Erdmann et al. (2013, p. 5), como uma estratégia de *coping*, incentivada frequentemente pelos profissionais de saúde.

As necessidades de informação são as mais referidas na bibliografia. Esta área não contempla apenas as necessidades observadas no pós-operatório, mas enaltece a

existência da avaliação do conhecimento e preparação do utente e família no pré-operatório.

A orientação pré-operatória do utente, que irá vivenciar o processo cirúrgico, visa o esclarecimento objetivo das suas interrogações, através da dotação do conhecimento necessário para a tomada de decisão e das situações que possam vir a vivenciar. De acordo com Baggio, Teixeira e Portella (2001) várias complicações pós-operatórias poderão ser minimizadas ou evitadas, através do processo educativo no período pré-operatório. Além deste facto, indicam que a inclusão deste momento na preparação do utente e família diminui os níveis de ansiedade e aumenta o grau de pro-atividade e participação do utente, na construção do seu projeto de saúde.

A conceção de cuidados voltada para a pessoa que irá ser submetida a cirurgia cardíaca, requer por parte do enfermeiro conhecimentos e habilidades específicos na área, bem como a compreensão e saber sobre as possíveis necessidades da pessoa, nas suas vertentes. Para tal, a existência de uma consulta no pré-operatório é fulcral onde a *“a atenção, a confiança e apoio desenvolvidos entre o enfermeiro e o paciente constituem o fundamento do vínculo enfermeiro/paciente.”* (Baggio, Teixeira e Portella, 2001, p. 123).

No campo da cirurgia cardíaca Duarte (1997, cit. por Baggio, Teixeira e Portella, 2001) considera que no âmbito das complicações pós-operatórias, as emoções têm um papel importante como agente etiológico. Deste modo, contemplando o papel do profissional de enfermagem, com oportunidades frequentes de interação com o utente, Hudak e Gallo indicam que nenhuma outra estrutura de interação poderá oferecer uma melhor fonte de apoio, baseada no fundamento profissional e científico, instruído e uma aceitação humana, voltada para a valorização da pessoa e centrada na sua dignidade (1997, cit. por Baggio, Teixeira e Portella, 2001).

Para os utentes as preocupações mais frequentes, decorrem não só da estigmatização do doente cardíaco e da própria cirurgia a um órgão nobre, como na obscuridade das informações, englobando aspetos inerentes ao processo cirúrgico ao qual será submetido e ao posterior processo de recuperação. Neste sentido, a ansiedade pré-operatória pode ser considerada uma resposta antecipada a uma experiência que a pessoa pode perceber como sendo ameaçadora para o seu papel como cidadão, na sua integridade corporal, ou seja no desempenho de todos os papéis na sua vida (Baggio, Teixeira e Portella, 2001).

Para a obtenção do melhor resultado possível no pós-operatório é importante o reconhecimento das necessidades educacionais da pessoa, de acordo com as suas perceções, expectativas, orientando a intervenção consoante as suas particularidades e com a sua capacidade de assimilar a informação. Por este motivo, a avaliação da quantidade de informação a fornecer, de acordo com a pessoa, é importante para não aumentar os níveis de ansiedade pré-existentes. Assim, Zago (1993, cit. por Baggio, Teixeira e Portella, 2001) acrescenta que informar não promove necessariamente segurança, no entanto a oportunidade de diálogo, de exposição de medos poderá reduzir a tensão e encorajar o utente a intervir de forma ativa no seu processo de recuperação.

A orientação pré-operatória deverá aglutinar a informação de acordo com a qualidade em detrimento da quantidade. O programa de literacia para a saúde deve ser planeado de forma clara e objetiva, com vocabulário ajustado à população alvo e, sobretudo, com a permeabilidade de se ajustar às necessidades individuais de cada um. A par da dimensão teórica, é importante que haja uma familiarização com os diferentes ambientes por onde irão atravessar durante o perioperatório, através de uma visita ao centro cirúrgico. Esta preocupação permite que a pessoa se familiarize com os equipamentos e o ambiente, minimizando o *stress* despoletado pela cirurgia (Valle, Guedes e Albuquerque, 1990, cit. por Baggio, Teixeira e Portella, 2001).

Implicitamente denota-se a importância da interação efetiva entre a equipa interdisciplinar envolvida na prestação de cuidados, na procura das necessidades da pessoa, de forma a veicular informação idêntica entre os vários profissionais, não induzindo contradições (Baggio, Teixeira e Portella, 2001).

No estudo realizado por Baggio, Teixeira e Portella (2001) com o objetivo de perceber a influência das orientações pré-operatórias de enfermagem nas perceções e reações dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, estes autores conseguiram concluir que a mesma torna o utente mais tranquilo e encoraja-o a aceitar a situação. Como consequência, conseguiram perceber que a presença de uma consulta pré-operatória permite que a pessoa apresente um acordar mais tranquilo e uma perceção do ambiente stressante da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), pelo barulho e movimento constante. Tal é conseguido através da consciencialização prévia da situação, como o processo cirúrgico irá ocorrer e o ambiente que irão encontrar. A presença constante do enfermeiro funciona como um fator tranquilizador, enaltecendo a existência da consulta pré-operatória como facilitadora da vivência de todo este processo.

Considerando o pós-operatório Ivany e While (2013) indicam que um dos focos de atenção dos profissionais de saúde deverá recair na gestão do regime terapêutico, especialmente o medicamentoso, visto que frequentemente são relatados episódios de exacerbação da doença por deficiente gestão deste. Macedo, Moreira e Moreira (2012) referem que a necessidade de informação é um fator constante durante o pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Assim, estas autoras relevam a importância da gestão do regime terapêutico, seja relativamente à ingestão de terapêutica ou ao recurso de medidas não farmacológicas de controlo da dor, por exemplo. No seu estudo depararam-se com perceções erróneas de que o controlo da dor decorre da imobilidade, podendo aumentar o risco de alterações da mobilidade e consequentemente défice dos autocuidados. Estas mencionam que o consumo diminuído de analgésicos poderá refletir um défice de conhecimento sobre o seu papel, com interferência no bem-estar, refletor da qualidade de vida.

No processo educacional, Macedo, Moreira e Moreira (2012) indicam que será importante o esclarecimento das ocorrências habituais no pós-operatório, incluindo as questões fisiológicas, emocionais, psicológicas e de autonomia, anteriormente referidas. Assim, a referência ao cansaço/fadiga, às alterações nos autocuidados, à dispneia e dor, ao edema, à gestão do regime terapêutico e aos sinais de alarme e prováveis complicações são alguns dos tópicos referenciados. A par destes, as questões relacionadas com as atividades instrumentais de vida diária, regresso à atividade laboral, impossibilidade de condução e alterações no papel sexual são também indicados como importantes de referir.

Por outro lado Spyropoulos et al. (2011), na sua investigação, criaram um questionário voltado para a pesquisa das necessidades informacionais da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Em concordância com os estudos anteriormente descritos estas necessidades baseavam-se sobretudo na gestão do regime, na atividade física, na nutrição, na dor, na ferida cirúrgica e suas possíveis complicações, nos sintomas relevantes e sinais de alarme, nos sentimentos vivenciados e no *follow-up*.

Dantas e Aguillar (2001) ao refletir sobre a importância do *follow-up* indicam que este poderá ser realizado de variadas formas, sendo uma delas a utilização de telefonemas pós-alta. A utilização deste recurso assume-se como uma forma de potenciar a avaliação de possíveis necessidades que as pessoas apresentem no seu ambiente domiciliar, bem como facilitar o acesso dos utentes ao serviço de saúde, em termos de orientação e apoio.

Para Shepherd e While (2012), na sua revisão sistemática da literatura, a criação de programas que visem a intervenção na comunidade são fulcrais, pela inacessibilidade da pessoa, em termos financeiros pela localização dos centros especializados, aumentando à adesão ao regime. O trabalho em equipa da comunidade com centros especializados permite a criação conjunta de programas uníssonos, que facilitem o acesso e participação da pessoa, promovendo a adesão ao regime.

No que concerne ao prestador de cuidados escasseiam estudos na área. Para Robinson e Barnett (2012) a mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis permanece como ponto fulcral na prevenção secundária de complicações, em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, acompanhada de altas precoces do hospital. A partir do exposto urge a importância do planeamento atempado do regresso a casa, com o envolvimento do prestador de cuidados.

De uma forma geral, os prestadores de cuidados informais não apresentam qualquer tipo de conhecimento ou treino para o desempenho do seu papel, sendo encorajados a participar de forma ativa no planeamento da alta, aquando da estada do cliente no hospital, para um regresso a casa livre de constrangimentos (Delgado, 2014; Ferreira et al., 2008; Macedo, Moreira e Moreira, 2012).

Por conseguinte as necessidades mais frequentemente sentidas pelo prestador de cuidados, de acordo com Robinson e Barnett (2012), são a ansiedade relacionada com a condição de saúde do seu familiar, com a eficácia de desempenho do seu papel e serem capazes de suportar economicamente e socialmente a sua família. Desta forma Robinson e Barnett (2012, p. 206) indicam que *“whilst these invisible and unpaid workers contribute to a reduction in health care costs, reports suggest that with insufficient support or respite, they could also experience deterioration in physical health including tiredness, stress, back/muscle problems, depression and anxiety”*.

Assim, os mesmos autores determinam como fatores desencadeadores de *stress* a incerteza quanto ao futuro, o facto de manterem as suas vidas em segundo plano e a sobrecarga relacionada com o desempenho do seu papel tanto a nível físico como psicológico. A longo prazo, estes fatores poderão apresentar um impacto negativo na condição de saúde da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Além deste facto, no estudo realizado por Robinson e Barnett (2012) as melhorias detetadas no bem-estar do prestador de cuidados correlacionam-se com a diminuição do nível de dependência do doente.

Com efeito, o valor que os prestadores de cuidados trazem ao bem-estar do doente crónico é largamente reconhecido pela bibliografia (Brindle, 2011, cit. por Ivany e While, 2013). Por outro lado, a evidência relata que denota-se o défice de suporte por parte dos profissionais de saúde, que permita o cuidar efetivo dos prestadores de cuidados aos seus familiares e significativos. De acordo com estes autores, as principais necessidades detetadas nos prestadores de cuidados assentam na carência educativa sobre o processo de doença e processo de reabilitação, na presença de ansiedade em relação à prestação do seu papel, no défice de suporte social e por conseguinte em sentimentos de isolamento (Ivany e While, 2013).

De uma forma geral, escasseiam estudos que visem a pesquisa das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, tanto no pré como no pós-operatório. Por outro, os estudos encontrados sugerem o investimento dos profissionais de saúde nas necessidades de informação, bem como na formação dos próprios, permitindo a intervenção secundária em outro tipo de necessidades, como sendo as fisiológicas, emocionais, psicológicas e mesmo de autonomia (Ivany e While, 2013).

A pessoa submetida a cirurgia cardíaca e o seu prestador de cuidados apresentam frequentemente dúvidas relativamente à doença, prognóstico, condição de saúde e processo de reabilitação. Os doentes preocupam-se sobretudo com as alterações decorrentes da doença e processo cirúrgico, conduzindo-os a sentimentos de medo e estados de ansiedade, e as consequências na sua vida, nomeadamente na sua autonomia e autocuidado. Por outro lado, os prestadores de cuidados referem necessitar de uma maior orientação para lidar e gerir a sintomatologia que a pessoa possa apresentar. Ambos indicam que as necessidades emocionais e psicológicas são descuradas pelos profissionais de saúde, existindo, também, uma maior necessidade de exploração das mesmas através de estudos de investigação (Ivany e While, 2013).

Para finalizar, Baggio, Teixeira e Portella (2001) indicam que uma orientação adequada sobre uma situação desconhecida que está por se concretizar, ou seja o processo cirúrgico, torna o doente mais tranquilo e confere-lhe competências para lidar com a situação. Deste modo, a orientação pré-operatória atende às necessidades da pessoa e prestador de cuidados, sejam estas psicológicas ou informacionais, o que irá contribuir para uma mais eficaz recuperação no pós-operatório.

Para que as intervenções de enfermagem sejam efetivas o objetivo será a análise das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de forma a facilitar a preparação

do regresso a casa e a transição para uma nova condição, com atingimento de mestria (Macedo, Moreira e Moreira, 2012). A organização de programas de reabilitação para utentes nesta condição contribui para a continuidade de cuidados, sendo em regime de ambulatório ou na comunidade, na tentativa de facilitar a melhoria da sua condição de saúde, reabilitação, gestão do regime e aceitação do novo *status* (Ferreira et al., 2008).

Tendo como finalidade última a melhoria da perceção e padrões de qualidade de vida os programas de reabilitação desempenham um papel preponderante, pois visam a identificação dos focos de atenção tanto no pré como pós-operatório. A educação da díade, doente e prestador de cuidados, assume um papel fulcral na intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, visto que potencia a melhoria e maximização do potencial funcional e redução de complicações no regresso a casa (Dantas e Aguillar, 2001).

1.3 Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca

O aumento da esperança média de vida e o conseqüente envelhecimento da população, fruto das evoluções no domínio do diagnóstico e tratamento das doenças, está na origem da crescente prevalência de doenças crónicas, das quais se destaca a doença cardíaca. Com efeito, para o controlo da progressão da doença, associado à preservação da qualidade de vida e autonomia no autocuidado, os clientes necessitam de integrar no seu dia-a-dia o seu regime terapêutico, com componentes farmacológicos e não farmacológicos, e em última instância cirúrgicos (Pereira, 2013b). Integrado no suprarreferido encontram-se os programas de RC que englobam, além de outros componentes, a educação para a saúde, sobretudo relativa à alteração ou manutenção de comportamentos, e a vertente do regime de exercício e atividade física (Pereira, 2013).

Ao analisar o conceito de reabilitação, este *“compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”*, visando a melhoria da função, a promoção da independência e a satisfação da pessoa, com a preservação da auto-estima (Diário da República, 2011, p. 8658).

Deste modo, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, ou seja, o seu nível de atuação encontra-se num patamar mais diferenciado, baseado no seu processo de tomada de decisão. Este assenta nas suas

competências, dado que o *“nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”* (Diário da República, 2011, p. 8658).

A RC, praticada em interdisciplinaridade, pode ser entendida como a soma das atividades necessárias para garantir à pessoa as melhores condições físicas, mentais e sociais, influenciando favoravelmente as causas subjacentes à doença cardiovascular e permitindo-lhes, preservar ou melhorar o seu papel de forma tão normal, quanto possível, na sociedade (Duarte, 2009). De acordo com a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (CNDC) a reabilitação direciona-se ao doente cardíaco que sofre de uma doença cardíaca, aguda ou crónica e visa a implementação de um conjunto de intervenções organizadas, sequenciais e estruturadas. Para tal objetiva-se a estabilização da função cardíaca, através da implementação de intervenções que vão de encontro à melhoria da CF da pessoa (CNDC, 2009).

No que diz respeito à sua evolução em termos históricos, no início do século XX, os doentes apresentavam uma grande perda da CF, associada à sua condição cardíaca e à imobilização prolongada (6 a 8 semanas). Esta advinha de indicação médica, uma vez que se pensava que a atividade física constituía um potencial fator desencadeante de novos episódios ou até mesmo de agravamento da situação clínica. Aquando da alta hospitalar os utentes apresentavam descondicionamento físico, com conseqüente limitação nas atividades da vida diária, familiares, sociais e profissionais (Carvalho, 2008).

Neste sentido, surgem os programas de RC, como forma de colmatar os défices que os utentes apresentavam, no momento do regresso a casa, almejando o retomar das atividades de vida diárias o mais precocemente possível. Nestes, o foco central era o EF, descrevendo os benefícios da mobilização precoce e do retomar do andar, em casos de hospitalização prolongada. Contudo, ainda existiam muitos receios relativamente à segurança do exercício não supervisionado, resultando no desenvolvimento de outros programas, altamente estruturados, cuja base seria o exercício de intensidade moderada com supervisão de um profissional (Rocha, 2010).

Entretanto percebeu-se que a mobilização precoce era segura e que ocasionava outros benefícios, nomeadamente a diminuição da ansiedade e depressão, bem como o aumento da CF do utente no momento da alta. A partir do exposto, os anos 90 afirmam-se como o momento onde assistiu à evolução e confirmação dos benefícios da RC, com a

criação de diversos programas nesta área e com o alargamento do espectro dos utentes ilegíveis, nomeadamente os que foram submetidos a cirurgia, a angioplastia ou com isquemia residual controlada com medicação (Carvalho, 2008).

A par dos avanços do conhecimento nesta área, com uma terapêutica otimizada e técnicas de diagnóstico evoluídas, as pessoas têm atualmente a oportunidade de beneficiar destes programas. Assim, estes são caracterizados por uma intervenção multifatorial mais agressiva, envolvendo a modificação de FRCV, objetivos mais específicos e intervenção ativa e supervisionada mais precoce, no sentido de promover a autonomia, responsabilização pela recuperação e qualidade de vida da pessoa (CNDC, 2009).

Numa diretiva internacional emitida em 1995, o *US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare policy and Research* e o *National Heart, Lung and Blood Institute*, definiram a RC como programas de intervenção multidimensional, de longa duração, envolvendo uma avaliação médica, a prescrição de um programa de exercício, a identificação e intervenção sobre os FRCV, a educação e o aconselhamento (Wenger et al., 1995).

Esta definição permanece atual, reforçando a necessidade de uma intervenção multifacetada e necessariamente multiprofissional, atuando segundo protocolos bem definidos, com o objetivo de limitar as consequências fisiológicas e psicossociais da doença cardíaca, controlar os sintomas cardíacos, reduzir a probabilidade de morte súbita ou de novos eventos e otimizar a reinserção e participação social e vocacional do doente. Atualmente, os programas de RC são considerados parte integrante do tratamento multidimensional da doença cardiovascular, constituindo recomendação classe I na maioria das recomendações internacionais emitidas pela *American Heart Association*, pelo *American College of Cardiology* e pela *European Society of Cardiology* (Rocha, 2010).

Recentemente, a importância da RC, mais especificamente o EF supervisionado, levou à sua recomendação na IC e nos estados pré e pós-transplante cardíaco, pulmonar ou duplo. A estratificação do risco cardiovascular é um componente fundamental da avaliação médica inicial e determina a exequibilidade, em segurança, do programa de condicionamento ao esforço, designadamente a sua intensidade, a necessidade de monitorização eletrocardiográfica contínua, o grau de supervisão médica e, por conseguinte, o local onde poderá ser efetuado. A identificação de critérios clínicos de exclusão para o exercício é um ponto fulcral da fase de estratificação do risco cardiovascular, não devendo todavia a sua existência inviabilizar a referenciação e

participação do doente nos restantes componentes do programa de prevenção secundária, nomeadamente a terapêutica farmacológica, o aconselhamento nutricional e a intervenção cognitivo-comportamental (Loureiro, 2015).

Deste modo, ainda numa fase de internamento o utente é avaliado no que respeita à possibilidade de integração em um programa de RC, sendo solicitada a sua aprovação e interesse em participar ativamente no mesmo. De acordo com a CNDC (2009) todos os doentes que tenham sido diagnosticados com uma das situações descritas no quadro 2, nos últimos 12 meses, devem ser referenciados para a possível inclusão em um programa de reabilitação (quadro 2).

Indicações clínicas	Contraindicações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença Cardíaca Isquémica: <ul style="list-style-type: none"> – Angina Estável – Pós EAM – Pós Intervenção Coronária Percutânea eletiva ▪ IC ▪ Pós Cirurgia Cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> – Valvular – Revascularização – Transplante ▪ Pós implantação de Cardioversor desfibrilhador implantável/Pacemaker Definitivo/Dispositivo de Ressincronização Cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angina instável, ▪ IC descompensada, ▪ Estenose aórtica severa e Disfunção Severa da Função Ventricular esquerda (DSFVE) ▪ Miocardite ou pericardite ativa, ▪ Trombose Venosa Profunda, Tromboembolismo Pulmonar recente (< 3 meses) ou tromboflebite, ▪ Disritmias complexas (auriculares/ventriculares) não controladas, ▪ Pressão Arterial (PA) não controlada em repouso (PA sistólica > 200mmHg ou PA diastólica > 110mmHg) ▪ Hipotensão ortostática sintomática (redução da PA sistólica > 20mmHg) ▪ DM não controlada (glicemia em jejum > 400 mg/dl) ▪ Infecção ativa/sépsis ou febre ▪ Alterações cognitivas ou do comportamento ▪ Patologia musculoesquelética ou neurológica que impeçam integração no Programa de RC

Quadro 2: Indicações e Contraindicações à RC

(adaptado de CNDC, 2009)

Com efeito, a inclusão do cliente em um programa de RC objetiva o seu retorno precoce à vida ativa pelo maior período de tempo e com a melhor qualidade de vida, apesar das eventuais limitações que possam ocorrer. De acordo com a American College Sports Medicine (ACMS, 2016) são objetivos de ordem clínica e funcional a estabilização ou reversão do processo aterosclerótico; a redução da morbidade e mortalidade

cardiovascular, melhorando a sintomatologia de angina de peito e as manifestações clínicas de disfunção ventricular esquerda; a estimulação da readaptação social, reduzindo ou eliminando a ansiedade e depressão que podem acompanhar os utentes após um evento cardíaco; a educação do cliente sobre sua doença, discutindo sobre as possíveis intercorrências e demonstrando-lhe a probabilidade da interferência favorável dessas medidas preventivas na sua evolução; a recuperação da independência funcional, particularmente nos doentes idosos; e a estabilização de alguns parâmetros fundamentais para a manutenção de um bom estado de saúde e controlo e evicção de eventos futuros.

Para além do referido a CNDC (2009) indica que é expectável que a pessoa perceba e interiorize sinais e sintomas de alarme durante a realização do EF, aumente a sua capacidade cardiorrespiratória, flexibilidade e FM, apresente redução da sintomatologia em resposta à carga física, com melhoria do seu bem-estar psicossocial e reduza globalmente o risco cardiovascular. Apesar de todos estes benefícios a RC continua a ser subutilizada (Abreu e Silveira, 2016; CNDC, 2009). Em Portugal, embora desde 2007 tenha existido um aumento significativo do número de centros de RC, os mesmos não são suficientes para as necessidades e encontram-se dispersos (Abreu e Silveira, 2016).

As motivações para o subaproveitamento tem múltiplas etiologias e dependem de (CNDC, 2009):

- Fatores que se prendem com o cliente: desconhecimento/ceticismo, inércia, desmotivação, depressão, desemprego, conflito laboral, fator socioeconómico, nível educacional, apoio familiar, co morbilidades, entre outras;
- Fatores que se prendem com os profissionais de saúde: ceticismo/má informação, interesse do cardiologista em áreas técnicas e de intervenção, elevado dispêndio temporal, necessidade de equipa multidisciplinar, incapacidade de estimular e motivar o doente;
- Fatores que se prendem com a organização do sistema de saúde: falta de participação adequada, falta de investimento em recursos humanos e materiais, fator geográfico – localização concentrada em grandes cidades.

Deste modo, a estrutura longitudinal dos programas de reabilitação compreende três fases: a fase I (Intra-hospitalar), a fase II (Extra-hospitalar precoce) e a fase III (Extra-hospitalar a longo prazo).

A fase I ocorre em contexto de internamento e inicia-se nas primeiras 24 a 48 horas, ou assim que possível e são também incluídos nesta fase os doentes em contexto de pré-operatório (CNDC, 2009; Delgado, 2014; Rocha, 2010). De uma forma global, esta fase engloba a estratificação do risco para instituir o início da atividade física, promover autonomia nos autocuidados e na marcha. Nesta etapa intervêm-se ao nível da educação para a saúde, dotando o cliente de conhecimentos que respeitam à doença cardíaca, aos FRCV, aos Programas de RC e orientações para a alta (CNDC, 2009).

Após estabilização clínica verifica-se a existência de critérios para início do programa de EF, nomeadamente a ausência de sintomas de angor e de IC descompensada e estabilização dos marcadores de necrose do miocárdio e eletrocardiograma (ECG) nas 8 horas anteriores. Iniciado o programa, o doente poderá progredir para níveis mais elevados de intensidade desde que se verifiquem critérios de segurança clínica, nomeadamente, a existência uma resposta hemodinâmica apropriada com a atividade e ortostatismo, aumento da frequência cardíaca (FC) entre 20-30 batimentos por minuto (bpm) e aumento da PA sistólica entre 10-40 mmHg comparativamente à FC e PA em repouso respetivamente, inexistência de alterações no ECG (depressão ou elevação do ST, disritmias, distúrbios da condução) e ausência de sintomas como a dispneia, palpitações, angor, hipersudorese ou tonturas durante o EF ou em repouso (ACMS, 2016).

A CNDC (2009) defende a existência de 3 subfases dentro desta primeira, sendo elas a aguda, a de mobilização precoce e a de pós-alta hospitalar.

Na fase subaguda pretende-se prevenir complicações respiratórias, mobilizar e remover secreções e otimizar a ventilação, nos casos em que esta esteja comprometida. Assim, podem ser iniciados alguns movimentos assistidos nas primeiras 24-48 horas. Os doentes de baixo risco devem ser encorajados a sentarem-se numa cadeira e a iniciarem os cuidados de higiene diária (ACMS, 2016).

Na fase de mobilização precoce visa-se reduzir a ansiedade do cliente face à sua condição, aumentar a sua autonomia, bem como reduzir/evitar o descondicionamento associado à imobilização, assegurando funcionalidade para o desempenho das atividades de vida diária. O utente é incentivado a andar, inicialmente, na enfermaria e posteriormente no corredor (distâncias mais longas), pelo menos duas vezes por dia, para certas distâncias específicas ou até ao tolerado, sem que necessite de ajuda. De forma de determinar o nível de intensidade, monitoriza-se a FC e a PA, iniciando-se o treino com aproximadamente cinco minutos de aquecimento ou alongamentos. O treino de marcha

objetiva uma FC superior, entre 20 e 30 bpm quando comparada com a de repouso. Posteriormente, inicia-se a etapa da caminhada de 5-10 minutos por dia, onde tempo se vai aumentando gradualmente, de acordo com a tolerância e os critérios definidos anteriormente, até aos 30 minutos diários (ACMS, 2016).

A subfase de pós-alta hospitalar diz respeito às indicações quanto ao tipo e intensidade de exercício que o doente deve praticar no domicílio enquanto não inicia a fase II. Nesta etapa são aconselhados níveis de exercício e atividade física baixos, assim como informações sobre as mudanças para o reinício de um estilo de vida ativo e satisfatório. Deste modo enfatizam-se comportamentos e estilos de vida saudáveis intervindo, também, na família ou significativos (Carvalho, 2008; Januário, 2013; Loureiro, 2015; Rocha, 2010).

A fase II corresponde ao ambulatório precoce, ou seja, em meio extra-hospitalar, sendo iniciada o mais precocemente possível após a alta ou o evento cardiovascular e tendo uma duração variável entre 4 a 12 semanas (CNDC, 2009). Objetiva-se que nesta etapa sejam adquiridos conhecimentos e competências para a modificação de estilos de vida e, por outro lado, a otimização da capacidade aeróbia e funcional face às limitações provocadas pela doença. A mesma é desenvolvida em regime de ambulatório, com supervisão de uma equipa multidisciplinar e, geralmente contempla realização de EF e sessões individuais e em grupo dirigidas à alteração de comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares (OMS, 1964).

Idealmente as sessões realizam-se 2 a 3 vezes por semana numa unidade de RC, normalmente, inserida num hospital. No início desta fase existe uma avaliação do cliente por forma a determinar o seu grau de risco clínico e realizada uma prova de esforço que permitirá determinar a FC máxima a atingir em contexto de EF. A determinação da intensidade pode também ser obtida através do limiar anaeróbio obtido através do teste de esforço cardiopulmonar (espirometria). Ainda assim dá-se continuidade ao processo iniciado na fase I, através do esclarecimento de dúvidas e suporte de informação (ACMS, 2016).

Nesta fase, o utente, após a avaliação inicial, começa as sessões de EF supervisionadas, compostas por três momentos distintos: o aquecimento, a exercício e o relaxamento, perfazendo um total de 50 a 60 minutos. O exercício deverá comportar treino aeróbio e fortalecimento muscular, com uma duração estimada de 30 a 50 minutos (ACMS, 2016).

O treino aeróbio pode ser realizado de forma contínua ou intervalada, iniciando-se logo na primeira sessão e executado com recurso a aparelhos como a bicicleta, o tapete, a elíptica, o ciclo ergómetro de membros superiores ou o remo. Por outro lado, o treino de fortalecimento muscular poderá ser iniciado após serem verificados os seguintes critérios (ACMS, 2016):

- EAM ou cirurgia cardíaca mínimo de 5 semanas após o evento, incluindo 4 semanas de exercício aeróbio supervisionado;
- Intervenção Coronária Percutânea mínimo de 3 semanas após o evento, incluindo 2 semanas de exercício aeróbio supervisionado;
- Inexistência de sinais/sintomas de IC descompensada;
- Inexistência de disritmias;
- Inexistência de doença valvular severa;
- HTA não controlada (PA sist> 160 ou PA diast> 100 mmHg);
- Sem alterações isquémicas ou alterações ST <2 mm.

O treino de fortalecimento muscular pode abranger exercícios resistidos com bandas elásticas, pesos livres (1 a 2Kg), roldanas e bolas medicinais. Para os clientes selecionados para treino de força de maior intensidade (halteres, máquinas de musculação) é necessário a realização da avaliação da FM através do método de uma repetição máxima (máxima quantidade de peso levantada de uma só vez) ou como opção, através do número de repetições gradual (ACMS, 2016).

Assim, desde que a condição clínica esteja estabilizada, a realização dos dois tipos de treino é a forma que mais potencia a melhoria funcional do doente (Delgado, 2014).

Por fim a fase III, ambulatório tardio, ocorre em meio extra-hospitalar cerca de um ano após o evento cardíaco e poder-se-á prolongar durante anos ou mesmo durante toda a vida do utente (CNDC, 2009). A mesma objetiva a manutenção dos procedimentos desenvolvidos na fase II e foca-se nos comportamentos de procura de saúde e de autorregulação do utente, podendo ser efetuados em centros especializados, ginásios, ao ar livre ou mesmo em casa, sem supervisão ou com supervisão mínima, pelo que o doente deve ser avaliado periodicamente pela equipa do programa de RC. A prescrição do programa de exercício decorre da avaliação e progressão obtidas ao longo da fase II, incluindo 30 a 60 minutos de EF aeróbio de intensidade moderada a intensa, se possível praticado todos os dias, ou pelo menos 5 dias por semana (Rocha, 2010).

Contudo, para a aplicação destes programas os profissionais necessitam de compreender os conceitos de atividade física e EF. Deste modo, a atividade física encontra-se ao alcance de todos os indivíduos, desde que adaptada às suas restrições e condições clínicas (ACMS, 2016), podendo ser entendida como qualquer movimento corporal produzido pela contração voluntária do músculo-esquelético, que consuma energia acima do nível basal, relacionando-se com as atividades de vida diária (Delgado, 2014).

O EF, enquadrando-se na atividade física, diz respeito a movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, objetivando a melhoria ou manutenção de um padrão de funcionalidade, num determinado período de tempo (Delgado, 2014).

Paralelamente a realização de atividades do dia-a-dia, como subir escadas, andar de bicicleta, efetuar tarefas domésticas ou de jardinagem são outras atividades, que além de apresentarem um carácter lúdico, deverão ser encorajadas, na estruturação de um programa de treino (Delgado, 2014). Neste âmbito, a adesão do doente cardíaco a um programa que envolva EF é advogada, sendo relatada como preditora do aumento da qualidade de vida, redução da mortalidade e da taxa de hospitalizações. A realização de EF potencia a melhoria da intolerância à atividade física, o que deve ser encorajado na prática clínica diária (Piepoli et al., 2011).

No *continuum* do descrito, a prescrição de EF obedece à verificação de parâmetros como a intensidade, a frequência, a duração e o tipo, devendo os mesmos serem ajustados ao contexto (internamento ou ambulatório), à fase da doença, limitações e restrições do cliente, motivação, entre outros (ACMS, 2016).

Considerando a intensidade, esta pode ser definida por vários parâmetros, podendo estes ser objetivos e subjetivos. Os objetivos baseiam-se na FC, volume de oxigénio e MET (equivalente metabólico), onde o primeiro assume-se como o método de eleição pela sua facilidade de aplicação. A FC máxima no EF é determinada com base nos parâmetros da prova de esforço ou, na sua inexistência, deve apontar-se para um máximo de 20 a 30 bpm acima da FC de repouso do doente. Os parâmetros subjetivos são a perceção subjetiva de esforço (PSE), avaliada pela escala de *Borg* que dever-se-á situar abaixo de 13. No caso de doentes assintomáticos a intensidade pode ser definida pela tolerância do doente (ACMS, 2016).

No que respeita à frequência do exercício, este pode variar entre 3 a 7 vezes por semana, em ambulatório. No caso do internamento, deverá ser iniciado até ao 3º dia, através da mobilização 3 a 4 vezes por dia, para que após o 4º dia progrida para 2 vezes por

dia com o planeamento de sessões mais longas, até alcançar atividades como marcha ou o treino em escadas. Tendo como base o cliente submetido a cirurgia cardíaca a definição da duração do exercício deverá ter em conta a tolerância do mesmo, devendo, inicialmente prolongar-se entre 3 a 5 minutos, com treino intervalado, podendo, em fases posteriores atingir os 10 a 15 minutos. Com efeito, a integração do EF nos programas de RC é recomendada por vários autores, englobando modalidades como o treino aeróbio, treino de FM e resistência ou treino respiratório (ACMS, 2016; Piepoli et al., 2011).

A determinação da intensidade, duração e tipologia de EF irá, também, depender da estratificação do risco clínico (quadro 3). A utilidade desta classificação é referenciada, sobretudo, em contexto de ambulatório, no entanto em regime de internamento esta classificação poderá nortear a prescrição de EF, em função da evolução clínica do indivíduo (ACMS, 2016).

Risco	Características clínicas	Exames Complementares de Diagnóstico e Prova de Esforço	CF
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assintomático; ▪ EAM ou procedimento de revascularização não complicado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem alterações isquémicas; ▪ Sem disritmias ventriculares complexas; ▪ Resposta hemodinâmica adequada com o esforço; ▪ Fração de ejeção $\geq 50\%$. 	≥ 7 METs
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomas apenas com níveis elevados de esforço (≥ 7 METs). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isquemia ligeira a moderada (depressão ST<2mm); ▪ Disritmias de baixo grau; ▪ Aumento ligeiro da PA sistólica com o esforço; ▪ Fração de ejeção 40-49%. 	5 -7 METs
Elevado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomas com níveis baixos de esforço (<5 METs); ▪ EAM ou procedimento de revascularização complicado; ▪ Antecedentes de paragem cardíaca. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isquemia severa (depressão ST>2 mm); ▪ Disritmias ventriculares complexas; ▪ Resposta hemodinâmica anormal com o esforço (incompetência cronotrópica, resposta hipotensiva com o esforço); ▪ Fração de ejeção $< 40\%$. 	< 5 METs

Quadro 3: Estratificação do risco clínico

(adaptado de Ponikowski et al., 2016)

A avaliação e valorização de resultados no contexto da RC são um processo complexo. Por um lado, a limitação das consequências fisiológicas e psicológicas da doença cardíaca e a maximização da participação social e reinserção vocacional que são objetivos globais dos programas de RC, são conceitos dificilmente objetiváveis e mensuráveis. Ainda assim, o carácter multifacetado e multiprofissional dos programas de RC conferem-lhe uma grande variabilidade, nomeadamente, no que respeita ao tipo e duração das diferentes intervenções e quanto ao local onde este decorre (*centre-based, home-based, community-based*).

Porém, considerando que os programas de RC incluem planos de EF, estes apresentam diversos benefícios para o indivíduo. Deste modo, o EF pode provocar respostas agudas ou crónicas no organismo.

As respostas agudas dizem respeito às alterações que ocorrem durante o treino, tais como o aumento da FC, do débito cardíaco, da resistência vascular periférica e da PA, sudorese, polipneia e aumento do volume de oxigénio e que cessam após o seu término (Brum et al., 2004, cit. por Delgado, 2014).

A partir do treino de repetição surgem alterações que potenciam a melhoria e adaptação das respostas ao esforço, tornando-se na sua nova condição biológica, denominadas adaptações crónicas. De entre as diferentes adaptações, constam a diminuição da PA em repouso, a diminuição da FC em repouso e diminuição da taquicardia como resposta ao EF (Brum et al., 2004, cit. por Delgado, 2014).

Sumariamente os benefícios do EF agrupam-se na (ACMS, 2016):

- Melhoria da função cardiovascular e respiratória, através aumento do consumo máximo de oxigénio, diminuição do gasto de oxigénio pelo miocárdio em situação de esforço/exercício, diminuição da PA e FC em esforço, aumento do limiar máximo a partir do qual surgem sintomas patológicos como angina, claudicação entre outros;
- Redução dos FRCV e, especificamente, dos associados à doença arterial coronária, como a diminuição da PA em repouso, aumento dos níveis de Lipoproteína de Alta Densidade (HDL), diminuição dos triglicéridos e Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL), diminuição da gordura intra-abdominal, redução do risco de produção de placa aterosclerótica, aumento do limiar de tolerância a glicose;

- Diminuição da mortalidade e morbilidade ligada à doença arterial coronária, AVC, DM tipo II, fraturas patológicas, cancro do cólon e da mama;
- Redução dos níveis de ansiedade e depressão;
- Sensação de bem-estar;
- Melhoria da CF em doentes idosos;
- Melhoria da performance laboral, recreativa e desempenho desportivo.

A partir do exposto compreendemos o enquadramento do Enfermeiro de Reabilitação na implementação destes programas. A enfermagem de reabilitação insere-se numa área de conhecimento específica, com um saber aprofundado de conceitos, não só teóricos, como também práticos. Desta forma, a existência de fundamentação teórica, baseada na evidência, é imprescindível para uma prestação de cuidados efetiva, baseada em uma tomada de decisão diferenciada e refletindo-se na qualidade de cuidados prestados.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação inserem-se numa equipa de RC, não só pelo referido anteriormente, mas como pela sua disponibilidade, permitindo a intervenção na manutenção das capacidades funcionais, na prevenção de complicações e na preservação ou melhoria da independência nas atividades de vida diária, através de técnicas específicas, proporcionando, em fim último, o direito à qualidade de vida. A sua prática diferenciada permite cuidar *“de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”*, enquadrando-se na área da RC, no sentido de capacitar *“a pessoa com (...), limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* e maximizar *“a funcionalidade desenvolvendo as capacidades”* da mesma (Diário da República, 2011, p. 8658).

Hesbeen (2003, p. 53) acrescenta ainda que a reabilitação

“combina uma disciplina e um espírito cuja intenção é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade se tornem o mais independentes possível perante as situações que encontram ou que irão encontrar no quotidiano, evitando que o peso da existência, devido às suas particularidades, se torne demasiado difícil de suportar. A reabilitação presta, assim, grandes serviços à vida; é sua missão dar mais vida ao tempo que passa.”

O papel do EEER assenta na implementação de intervenções de carácter preventivo, no sentido de não só assegurar e melhorar a função existente, como evitar o aparecimento de novos *handicaps*. Atendendo ainda às suas competências específicas o enfermeiro

assume um papel de educador, conselheiro, defensor dos direitos dos doentes, gestor de casos, investigador, perito e membro de equipa, facilitador, líder, moderador, de modo a potenciar e melhorar qualidade de vida, a socialização e a dignidade dos clientes. Hoeman (2000) perspetiva a enfermagem de reabilitação como uma disciplina dotada da competência de ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar os clientes para o desempenho das atividades de vida diária, apontando para o alcance de níveis máximos de interdependência, com familiares nos processos de reabilitação, promovendo o autocuidado.

A par do exposto, Loureiro (2015), na sua revisão sistemática da literatura, indica como domínios sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, e especificamente, na área da RC, o controlo sintomático, englobando os aspetos psicológicos, na redução da depressão e ansiedade e a gestão de sintomas. Também menciona as questões relacionadas com o controlo da dor e a tolerância à atividade; a diminuição de complicações; a redução da utilização dos serviços de saúde a longo prazo; a melhoria na gestão do regime terapêutico e por fim a melhoria da qualidade de vida, pela maximização da CF e autocuidado, bem como a facilitação na participação em atividades recreativas.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O estudo em análise visa descrever as necessidades humanas básicas da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, sob a perspetiva do EEER, de um Centro Hospitalar. Estas enquadram-se em diferentes dimensões, que à luz das teorias das necessidades humanas, se estendem no campo biopsicossocial do indivíduo.

Neste sentido, o capítulo abaixo apresentado prende-se com a explanação do processo de investigação envolto do estudo. Assim, inicia-se pela problemática e definição da finalidade do estudo e seguido do tipo de estudo e os seus objetivos. Posteriormente, abordam-se as questões relacionadas com a definição da população e seleção da amostra, a técnica de recolha e método de colheita de dados e os aspetos éticos.

2.1 Problemática e Finalidade

Embora o número de mortes por doença cardiovascular esteja a diminuir, a percentagem de doentes do foro cardiovascular encontra-se em crescendo, resultado de um aumento da longevidade e sobrevivência desta população, constituindo assim uma causa de incapacidade e menor qualidade de vida (CNDC, 2009).

A RC é um processo contínuo de desenvolvimento e manutenção do conjunto de mecanismos necessários para assegurar ao indivíduo as melhores condições físicas, mentais e sociais, de modo a possibilitar a manutenção e/ou retorno da sua atividade socioprofissional e familiar pelos seus próprios meios (Toste et al., 2014). Os programas de reabilitação têm impacto ao nível da redução da ansiedade e depressão dos clientes, visando a qualidade de vida da díade – pessoa e significativos, considerando aspetos fisiopatológicos, físicos, psicológicos, emocionais e educacionais (Macedo, Moreira e Moreira, 2012).

O estudo das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, sob o ponto de vista do EEER, justifica-se a partir da capacidade crítico-reflexiva que o enfermeiro especialista tem face à sua prática clínica. Neste sentido, lança-se o repto da compreensão

das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, para que se possam elaborar linhas orientadoras para os cuidados de enfermagem e, especificamente, para a enfermagem de reabilitação.

No enquadramento, atentando ao contexto da prática clínica do investigador, isto é, enfermeiro a exercer num centro de referência de cirurgia cardíaca, surge o presente estudo, cuja pergunta de partida se define por:

- Quais as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca na perspetiva do EEER?

Assim, a finalidade prende-se com a construção de linhas orientadoras para uma prática conducente à reabilitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

2.2 Objetivos

O objetivo de um estudo é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência (Fortin, 2009), abrangendo as finalidades ou metas que o investigador espera obter com a pesquisa (Wood e Haber, 2001). Assim, de forma a responder à questão de partida e tendo em vista a perspetiva do Enfermeiro de Reabilitação, enuncia-se o objetivo geral *Compreender as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, na perspetiva do EEER*, formulando-se os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o conceito de RC;
- Identificar as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Identificar os focos de atenção em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Identificar a frequência de execução das intervenções em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Conhecer as atividades de avaliação em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Identificar os constrangimentos na prática de cuidados do EEER, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Conhecer o contexto de formação do EEER na área da RC.

2.3 Tipo de estudo

O estudo assenta numa abordagem qualitativa, cujo paradigma preconiza *“uma conceção holística dos estudos dos seres humanos”* onde o pensamento está orientado para os fenómenos em estudo, que são *“únicos e não previsíveis”* (Fortin, 2009, p. 56). Segundo Patton (1990), a base do conhecimento qualitativo reside na significação, na descoberta e no carácter único do processo de investigação qualitativa, visto que atendem ao sentido que o fenómeno em foco tem para os indivíduos.

O método é um estudo de caso composto pelos EEER que trabalham em cirurgia cardíaca, na medida em que pretende *“definir as características de uma população ou fenómeno”* (Fortin, 2009, p. 62) e, simultaneamente, na *“exploração intensiva de uma simples unidade de estudo, de um caso (ex: uma pessoa, família, grupo, comunidade ou cultura)”* (Fortin, 2009, p. 369).

2.4 Participantes

A amostra consiste na parte da população que inclui um estudo. Assim, para a colheita dos dados da população a estudar selecionamos uma amostra por conveniência, que se define pela *“seleção das pessoas mais prontamente disponíveis, como participantes de um estudo”* (Polit e Beck, 2011, p. 595).

Consequentemente, para a realização do estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- EEER, que concebam e implementem intervenções de acordo com as suas competências especializadas há um ano ou mais;
- EEER que desempenhem funções num serviço de Cirurgia Cardiorácica ou de Cardiologia.

Por outro lado, como critérios de exclusão incluem-se EEER que não executem funções em serviços de Cirurgia Cardiorácica ou de Cardiologia, bem como não concebam intervenções especializadas à mais de um de ano.

A colheita de dados realizou-se nos serviços pelos critérios de inclusão (quadro 4), a quinze EEER, que acederam participar no estudo de forma voluntária. Os mesmos foram contactados pessoalmente pelo investigador, com autorização prévia dos enfermeiros

chefes, sendo as entrevistas realizadas em gabinetes próprios de cada serviço, em horário laboral.

	Mínimo	Máximo	Média	Total n
Idade	25	46	35	15
Ano início da atividade profissional	1995	2014	2003	15
Número de anos no serviço atual	2	17	10	15
Ano de término da especialidade	1999	2015	2011	15
			n	%
				Total n
Género	Feminino	13	86,6%	15
	Masculino	2	13,3%	
Formação em RC	Sim	0	0%	15
	Não	15	100%	
Serviço em que presta cuidados	UCI Cirurgia Cardiorácica	5	33,3%	15
	Internamento Cirurgia Cardiorácica	5	33,3%	
	UCI Cardiologia	2	13,3%	
	Internamento Cardiologia	3	20%	

Quadro 4: Caracterização dos participantes

As entrevistas foram realizadas maioritariamente em serviços de Cirurgia Cardiorácica (60%), sendo que 33,3% dos entrevistados trabalha na UCI e 33,3% trabalha no internamento. Por outro lado, 33,3% dos entrevistados trabalha na Cardiologia (13,3% na UCI e 20% no internamento), considerando o total dos participantes. Os números previamente referenciados decorrem dos EEER disponíveis para a realização das entrevistas, em cada serviço.

Relativamente à *idade* dos participantes a mediana foi de 34 anos, com uma média de 35 anos e uma moda de 34 anos, variando entre os 25 e os 46 anos. O *ano de início da atividade profissional* varia entre 1995 e 2014, sendo a média 2003. Considerando o *número de anos no serviço atual*, a mediana é de 11 anos, a média de 10 anos, a moda 15 anos, o mínimo de 2 anos e o máximo de 17 anos de serviço.

Da análise do quadro supracitado constata-se que a maior parte dos participantes é do sexo feminino (86,6%) e além deste facto nenhum dos entrevistados apresenta formação específica na área da RC. Quanto ao ano de término da especialidade em enfermagem de reabilitação, a moda é 2015, a média é de 2011 e a mediana 2012, sendo que o ano de término está compreendido entre 1999 e 2015.

2.5 Instrumento de recolha de dados

Na investigação qualitativa, a entrevista pode ser considerada como uma técnica de colheita de dados, visto ser um *“modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação”* (Fortin, 2009, p. 245). A entrevista semiestruturada ou semidirigida, com recurso a perguntas abertas e com uma ordem flexível, visa a exploração de conceitos e a compreensão de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes (Fortin, 2009).

Na recolha dos dados optou-se pela utilização da técnica de entrevista semiestruturada, dada a natureza e finalidade do estudo. Para a operacionalização e sistematização da recolha dos dados construímos um guião orientador da entrevista. Os dados foram recolhidos tendo por base o guião orientador, elaborado a partir de uma revisão bibliográfica e considerando os objetivos e a finalidade do estudo. O guião da entrevista semiestruturada (anexo I) é composto por doze questões, combinando a realização de perguntas abertas e fechadas (que visam a caracterização da amostra), onde de acordo com o objetivo do investigador,

“o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas, ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. (...) Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados” (Boni e Quaresma, 2005, p. 75).

Previamente à colheita de dados, a entrevista foi submetida à análise de dois peritos da área em estudo que validaram e corroboraram a clareza da mesma. A legitimização das entrevistas foi efetuada após a transcrição das mesmas (anexo III), junto de cada participante, que validaram os respetivos conteúdos, tendo a saturação dos dados sido atingida à décima quinta entrevista, pela sobreposição das respostas dos participantes analisadas.

As entrevistas foram efetuadas sempre pelo mesmo investigador e a colheita dos dados decorreu entre os meses de março e junho de 2016. Cada entrevista foi realizada no período laboral, com autorização prévia dos chefes de serviço e decorreu em gabinetes dos respetivos serviços. O tempo médio por entrevista foi de 23 minutos, tendo oscilado entre os 9 e 42 minutos.

2.6 Método de análise de dados

Para a análise dos dados colhidos selecionamos o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, perspetivando rigor científico e metodológico ao longo do processo de investigação.

A análise de conteúdo assenta num conjunto de técnicas de análise das comunicações e, não se tratando de um instrumento, é caracterizado por Bardin (2014, p. 33) como um *“leque de apetrechos (...) marcado por uma disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”*. Desta forma, define-se como um *“conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin, 2014, p. 44).

Neste sentido, tal como a autora supracitada propõe, a análise de conteúdo dos dados obtidos decorreu em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Assim, a pré-análise caracteriza-se pela leitura flutuante e corresponde à etapa da organização, embora seja composta por atividades não estruturadas. Compreende três missões, como a escolha dos documentos a serem submetidos a análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Para que se possa operacionalizar, reúne um conjunto de regras como da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2014). Esta é uma fase de organização, correspondendo a um período de intuições, tendo como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais a desenvolver, de modo a esquematizar o desenvolvimento das operações consecutivas, numa perspetiva de análise (Bardin, 2014).

A exploração do material é etapa subsequente à pré-análise, resume-se pela aplicação sistemática da tomada de decisão, com recurso a estratégias de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (Bardin, 2014).

Por fim, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação corresponde à transformação dos dados, de forma a que estes se tornem significativos e válidos. Compreende um conjunto de operações estatísticas simples ou complexas, capazes de

sistematizar a informação obtida e categorizada, através “*quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise*” (Bardin, 2014, p. 127).

A aplicação da metodologia descrita operacionalizou-se pela realização, inicialmente, de uma leitura flutuante das entrevistas, por forma a selecionar a abordagem mais adequada – construção de uma matriz de categorização. Posteriormente avançamos para a codificação do *corpus* de análise, que baseado numa entrevista semiestruturada, é composto pela totalidade das respostas dos enfermeiros especialistas às 12 questões que compõem o guião orientador. A codificação para Bardin (2014, p. 129) corresponde à transformação dos dados obtidos que ocorre “*por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo*”.

Por outro lado, a categorização, não sendo uma etapa obrigatória do processo de análise, corresponde à “*classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género, com critérios previamente definidos*” (Bardin, 2014, p. 145).

A categorização pode empregar dois processos: procedimento por *caixas* ou por *acervo*. A primeira corresponde à repartição dos elementos do *corpus* de análise por categorias previamente definidas e habitualmente é utilizado no caso da organização de material decorrente diretamente dos funcionamentos teóricos hipotéticos. No procedimento por *acervo* o sistema de categorias não é fornecido, mas resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos e o título concetual de categoria apenas é definido no final da operação (Bardin, 2014), como é o caso da investigação aqui descrita.

A análise do *corpus* de análise construído à priori decorre segundo um conjunto de princípios que orientam a organização de categorias, proposto por Bardin (2014, p. 148):

- Homogeneidade: “*...um único princípio de classificação deve governar a sua organização. Num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão de análise.*”;
- Pertinência: “*... uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido (...) há uma ideia de adequação ótima.*”;
- Exclusividade: cada elemento não pode existir em mais do que uma divisão;
- Objetividade e a fidelidade: as diferentes partes de um mesmo material, devem ser codificadas da mesma forma, após a submissão a várias análises,

para que não sejam introduzidas distorções devido à subjetividade do investigador;

- Produtividade: *“...um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.”*

Neste sentido, ao longo da construção das categorias foram respeitados os critérios acima descritos, de forma a obter categorias consistentes, sensíveis e capazes de representar o *corpus* de análise e o discurso dos participantes. A codificação tem por objetivo organizar e padronizar as categorias. Terminada a execução da codificação e categorização, procede-se ao tratamento dos resultados obtidos e, posteriormente, a proposta de inferência e interpretação de acordo com o quadro teórico sugerido, se aplicável (Bardin, 2014).

Após diferentes e sucessivas leituras, os dados referentes ao discurso dos entrevistados foram sistematizados, obtendo-se assim doze categorias. Para a enunciação de cada categoria foram utilizados termos classificados pela CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), tendo em conta que é a linguagem utilizada pelos sistemas de informação dos diferentes serviços.

Para finalizar enalteçemos que a análise de conteúdo *“assenta implicitamente na crença de que a categorização (passagem de dados em bruto a dados organizados) não introduz desvios (por excesso ou por recusa) no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados em bruto”* (Bardin, 2014, p. 147).

2.7 Aspetos éticos

Nos estudos de carácter qualitativo não experimentais, as questões éticas que se levantam prendem-se, essencialmente, com a moral na implementação deste tipo de estudo e é necessário *“ter em atenção certos princípios éticos, particularmente no que concerne à confidencialidade e vida privada”* (Fortin, 2009, p. 52). Desta forma, no presente estudo foram preservados os princípios éticos baseados no respeito e dignidade humana que perspetivam a investigação: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e equidade, o equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens (Fortin, 2009).

De modo a colher os dados do estudo, num Centro Hospitalar, foi solicitada a autorização formal à comissão de ética, cujo parecer fora comunicado ao Conselho de Administração da instituição em questão, que comunicou a sua aprovação formal para a realização do estudo (anexo IV).

Anteriormente à aplicação das entrevistas, procedeu-se à explicação do estudo, com menção da finalidade, dos objetivos, dos métodos a utilizar e da duração aproximada das entrevistas. A participação no estudo é voluntária, podendo deixar de participar no mesmo a qualquer momento. Cada participante tomou conhecimento formal do estudo, através do consentimento informado (anexo II), que explicita sobre a gravação em formato áudio da entrevista, com a respetiva transcrição integral, eliminando dados capazes de identificar o entrevistado. Após a transcrição, os registos áudios seriam destruídos, mantendo a confidencialidade absoluta dos participantes. Os entrevistados aceitaram formalmente participar no estudo, através da assinatura do consentimento acima referido.

A exigência ética obriga à confidencialidade, conduzindo à codificação dos nomes dos participantes e à omissão de todas as referências que potencialmente pudessem conduzir à identificação dos mesmos.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O resultado da análise dos dados organiza-se por categorias, ou seja, agrupamentos de dados com o mesmo sentido, referidos pelos diferentes participantes. Desta forma, este capítulo subdivide-se em unidades temáticas e respetivas categorias, que emergiram a partir do discurso dos respondentes.

3.1 Alvo de cuidados em Reabilitação Cardíaca

O papel do enfermeiro centra-se na relação interpessoal com uma pessoa ou com um grupo de pessoas, seja a família ou comunidade, que possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, resultado das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O *alvo dos cuidados na pessoa submetida a cirurgia cardíaca* surge a partir das necessidades do indivíduo *per si* e pertencente a uma família e a um contexto. Neste sentido, do discurso dos participantes, os alvos de atenção são *o doente e as famílias ou pessoas significativas ou prestadores de cuidados* (E1, E6, E7, E9, E10, E14, E15), isto é, dirige-se a *pessoas com uma doença aguda ou crónica, ainda que muitas das vezes seja uma questão paliativa* (E6, E7, E9, E10, E15).

A RC tem um carácter transversal ao ciclo vital, isto é, envolve a grupos de indivíduos jovens e idosos, bem como as suas respetivas famílias e cuidadores (Rocha, 2010). O alvo de intervenção do EEER é a pessoa com necessidades especiais no contexto em que esta pertence, o que implica o envolvimento do cliente, da família e da comunidade (Diário da República, 2011), pelo que o trabalho dos enfermeiros desenvolve-se junto dos doentes e dos seus familiares, de forma a auxiliá-los a viver com a doença (Mendes, 2009).

Na investigação consultada, o cliente constitui o alvo major da intervenção, onde são integrados doentes com angina instável e IC crónica, com sintomatologia limitada e

medicamente controlados. Para doentes submetidos a cirurgia valvular ou a transplantes cardíacos, a literatura sugere, também, a existência de benefícios (Carvalho, 2008).

De modo a destacar o anterior expomos a figura abaixo.

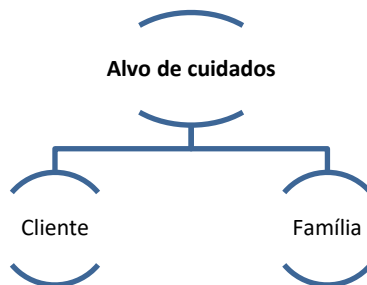


Figura 2: Alvo de cuidados na pessoa submetida a cirurgia cardíaca

3.2 Método de avaliação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca

A primeira etapa do processo de cuidados em enfermagem reside na identificação das necessidades, a partir das quais o enfermeiro concebe o plano de cuidados. A categoria do **método de avaliação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca** visa compreender a forma e as áreas de avaliação que os participantes consideram relevantes, para planear uma atividade avaliativa completa e ajustada às necessidades, ou seja, *ter instrumentos que facilitem e, ainda mais que orientem a identificação das necessidades* (E4, E6, E9). Neste sentido, os participantes especificam o tipo de atividades de avaliação consideradas como premissas, tanto para o diagnóstico de potenciais problemas, como para a apreciação dos ganhos obtidos a partir da intervenção, de acordo com as suas tipologias, momentos e componentes.

O processo de tomada de decisão em enfermagem, associado à conceção de cuidados, requer reflexão e uma prática baseada na evidência científica, assente na avaliação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia a cardíaca. Este processo desenvolve-se a par do empoderamento da tríade, enfermeiro especialista, doente e família de forma a avaliar e conhecer os contextos, para posteriormente refletir sobre os ganhos obtidos, sendo *fundamental que se compreenda a relação entre os diferentes aspetos da tomada de decisão em enfermagem, um deles é a necessidade de ter uma avaliação inicial metódica e exaustiva dos contextos e das necessidades de cada pessoa que vem ser operada* (E1, E5, E6, E7, E9, E10, E13, E14). A avaliação visa medir os índices de

qualidade de vida, de autonomia e bem-estar resultantes das intervenções preconizadas para indivíduo.

No que respeita à avaliação, os participantes referem que pode ser *uma avaliação qualitativa, subjetiva mas capaz de descrever aspetos fundamentais do doente* (E1, E2, E4, E5, E7, E9, E12, E13), remontando para a descrição de determinadas características que operacionalizam itens como *a marcha, a ventilação, as secreções, as estratégias dos autocuidados ou a sensação de falta de ar e cansaço* (E1, E4, E9) ou *descrever como usa as estratégias nos autocuidados e a eficácia destas, como respira, a tolerância ao exercício* (E7, E14). Os participantes sobem no nível de especificidade quando relatam a importância da avaliação dos conhecimentos e competências não mensuráveis através de escalas, ou seja, existe a necessidade *verificar os conhecimentos adquiridos, pela validação ou pelo teste instrumental do ensino, se aplicável* (E5, E7, E9, E11, E14) ou da *questão tolerância ao esforço. Os passos de hoje poderão não ser os mesmos de amanhã ou pelo menos as características* (E1, E4, E5, E8, E15). O método de avaliação qualitativo permite ao enfermeiro perceber questões que não são mensuráveis através de escalas, ou seja, quando se fala na caracterização de determinado item.

A *avaliação quantitativa é rigorosa e permite ter uma avaliação fidedigna e com uma interpretação uniforme* (E1, E2, E4, E6, E8, E9, E11, E13), objetivando aspetos mensuráveis de forma sistemática, com recurso a escalas de avaliação, que constituem os componentes deste tipo de avaliação. Ainda que não existam escalas específicas para o doente submetido a cirurgia cardíaca, é possível a avaliação independente de algumas das necessidades específicas desta população, pois *a dificuldade das escalas está no facto de não haver nenhuma para o doente submetido a cirurgia cardíaca, o que nos faz usar muitas para avaliar pequenos aspetos e acabamos por perder informação e tempo de qualidade na prestação de cuidados direta* (E12). Ao longo do discurso dos participantes, estes referem escalas que avaliam as diferentes dimensões do indivíduo, sejam para avaliar a dispneia, a dor, a tolerância à atividade, a FM, a ansiedade, o equilíbrio, o bem-estar e os autocuidados, ou seja *escalas como do bem-estar, da dor, a London Chest Activity, de Borg, o 6 min walk test, de Tinetti, Medical Research Council, Barthel e de Ansiedade* (E5, E7, E8, E9, E14, E15).

A avaliação quantitativa permite estratificar os ganhos obtidos a partir da intervenção. Desta forma, Delgado (2014), no seu estudo, utilizou escalas como *London Chest Activity (LCA)*, o *Índice de Barthel* e a fórmula de *Karvonen*, onde esta última permite calcular o valor da FC máxima durante o exercício. Na sua investigação utilizou escalas em

diferentes momentos, ou seja, na avaliação inicial, no final de cada sessão (LCA e Escala de *Borg*) e de três em três dias (Índice de *Barthel*).

Moura (2015), no âmbito da perceção, objetivando a compreensão dos níveis de *stress* dos doentes em programas de reabilitação, utilizou a *Perceived Stress Scale* (PSS). Igualmente, no campo da perceção e com vista à avaliação da dor e dispneia, Cordeiro (2012) sugere a utilização da escala analógica visual e da Escala de *Borg* modificada, respetivamente. Para a avaliação da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca são, também, utilizadas escalas numéricas, de descritores verbais e de analogia (Borges et al., 2006).

Na tentativa de avaliar o condicionamento cardiorrespiratório e a CF, Loureiro (2015) utilizou o *6 min walk test* e o teste ergométrico. Sob o ponto de vista da funcionalidade e do desempenho das atividades de vida diária Borges et al. (2006) utilizaram o Índice de *Barthel* e a Medida de Independência Funcional (MIF). Por outro lado, para a avaliação dos níveis de dependência para o autocuidado, Moura (2015) sugere a aplicação do formulário da Avaliação do Impacto da IC na Tolerância à Atividade e na Dependência no Autocuidado.

A perspetiva do homem como um ser biopsicossocial despoleta a necessidade do enfermeiro conseguir avaliar o seu bem-estar geral e o seu nível de qualidade de vida. Desta forma Soares et al. (2008), para compreenderem a qualidade de vida insuficientes cardíacos, utilizaram a escala de *Heath Related Quality of Life* e o *Medical Out comes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36).

A complementaridade entre as metodologias de avaliação qualitativa e quantitativa permite ao enfermeiro ter uma noção exata de quais as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, por forma a implementar as suas intervenções e, posteriormente, avaliar a eficácia e os resultados obtidos a partir delas. Numa perspetiva horizontal, os participantes no estudo estabelecem diferentes momentos que, consideram como fundamentais e que caracterizam as necessidades de cada doente. Assim, preconizam que a avaliação deve ocorrer em estádios diferentes do período perioperatório, isto é, no pré-operatório, no internamento e no domicílio.

Numa fase a inicial, antes da cirurgia, a avaliação constitui uma forma de identificar necessidades para poder implementar intervenções ajustadas e individualizadas. Já no internamento, a avaliação subdivide-se em dois momentos, um imediatamente após a cirurgia e outro antes da alta, com objetivo de perceber a eficácia das intervenções e

identificar novas necessidades, sem que para tal não existam avaliações intermédias, ou seja, *deve-se avaliar o doente no pré-operatório, e depois no internamento no início e avaliando diariamente, até uma nova avaliação formal aquando da alta* (E5, E14, E15). Quando o doente vai para casa, para os participantes, é necessário que se realizem *avaliações periódicas e de follow up, sejam presencialmente ou via telefónica* (E7).

Com vista à clarificação do descrito evidenciamos a figura seguinte.

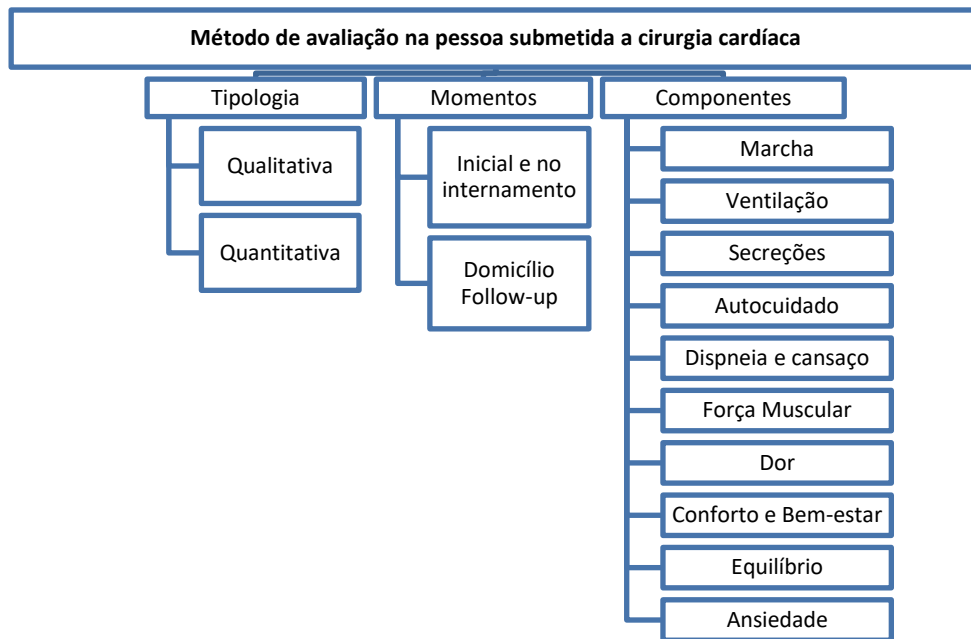


Figura 3: Métodos de avaliação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca

3.3 Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca: conceção biopsicossocial

A identificação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca constitui outra das áreas abordadas neste estudo, cujos resultados advêm das diferentes perspetivas dos participantes. A particularidade da cirurgia cardíaca eletiva, como forma de tratamento, não desprova o indivíduo das necessidades hierarquizadas por diferentes autores, uma vez que, para além destas se interligarem, a complexidade aumenta à medida que vão sendo satisfeitas.

O conceito de necessidade define-se pela carência sentida por um indivíduo que assim que é satisfeita, reduz o seu sofrimento ou melhora a sua capacidade para se sentir completo e com bem-estar (Watson, 1999). Para os entrevistados *a necessidade é um aspeto que não está bem na vida de uma pessoa e que precisa de ser satisfeito* (E2). Desta forma, a sensação de bem-estar coincide com o topo da pirâmide de Maslow ou com a satisfação plena das necessidades para Virgínia Henderson, o que traz implicações ao nível do processo de transição que cada pessoa submetida a cirurgia cardíaca experincia.

Para Goodman (1997, cit. por Macedo, Moreira e Moreira, 2012) existem discrepâncias entre as perceções dos doentes e dos enfermeiros, no que concerne às necessidades dos clientes. Neste sentido, a conceção e implementação de cuidados diferenciados, no internamento ou no domicílio, advém da capacidade que o enfermeiro especialista tem na identificação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, em conjunto com esta.

A cirurgia cardíaca surge como o elo comum à população em estudo, ainda que as patologias de base de cada um deles possam ser díspares. Assim, os participantes distinguem dois grandes grupos de doentes de acordo com a patologia e o tipo de necessidades: doença isquémica e valvular. Desta forma, as diferenças existem, visto que *a doença coronária súbita ou repetida não deixou grandes sequelas ao longo da vida* (E10), enquanto *insuficiências valvulares já vêm com grande limitação* (E6), ou seja, *por norma os valvulares são mais dependentes e há mais tempo, enquanto os coronários têm mais dor e a limitação é num espaço de tempo mais curto* (E15).

A categoria das **necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca** visa identificar as necessidades desta população específica. Esta agrupa as necessidades de acordo com as diferentes temáticas mencionadas pelos participantes, sejam as necessidades fisiológicas, as de autonomia, as psicológicas, as emocionais, as sociais e de suporte, as informacionais, as espirituais e as económicas.

O processo de doença, frequentemente, implica comprometimento dos processos corporais, numa primeira fase circunscrito a um órgão e, posteriormente, sistémico e mais complexo. A partir das alterações do funcionamento dos diferentes subsistemas do corpo humano emergem as necessidades fisiológicas, que assentam num conjunto de sinais e sintomas. Os participantes elencam que *as necessidades físicas ou fisiológicas, são as mais presentes e as que de forma autónoma ou interdependente conseguimos colmatar, ainda que muitas vezes com recurso a medicação, aqui a reabilitação pode ter um papel*

preponderante (E2, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E14, E15), sendo as que *abarcam os sinais e sintomas da doença* (E1).

O aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, o avançar da idade dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, acarreta alterações ao nível dos processos cognitivos. Neste sentido, para os participantes, parte da população submetida a cirurgia cardíaca apresenta *alterações da memória a curto e médio prazo* (E1, E9, E10) e, no pós-operatório, *confusão* (E1, E5, E9, E11). Estes estados psicóticos temporários, manifestados por reações delirantes ou confusionais resultam de complicações neurológicas e neuropsicológicas no pós-operatório, que por norma entram em remissão espontânea ao final de alguns meses (Ferreira et al., 2008).

O pós-operatório acarreta um conjunto de alterações ou agravamento de sintomatologia pré-existente, neste sentido, no que respeita ao sistema respiratório, os participantes referem que os principais sintomas residem na *dispneia, seja em repouso ou consequência do exercício* (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E14, E15) e na *intolerância à atividade* (E1, E3, E6, E7, E8, E9, E15). A fadiga, o cansaço, ortopneia e a dispneia (para pequenos, médios ou grandes esforços) são uma constante no doente cardíaco para Soares et al. (2008), no entanto, estes estendem-se no pós-operatório, podendo a sensação de cansaço manter-se durante as três primeiras semanas após a alta em doentes submetidos a revascularização do miocárdio (Dantas e Aguillar, 2001). A intolerância à atividade define-se por um estado no qual o indivíduo não tem energia fisiológica ou psicológica suficiente para suportar ou desempenhar as atividades de vida diária (Moura, 2015).

Neste sentido, a *limpeza das vias aéreas* (E1, E8, E9, E10) emerge no pós-operatório como uma necessidade, visto *os doentes têm muitas secreções e não sabem e não conseguem gerir a melhor forma de as expelir bem como a questão da tosse e da dor* (E14). As principais causas de complicações após a cirurgia prendem-se com as questões respiratórias, pela dificuldade em mobilizar e remover secreções e otimizar a ventilação (Delgado, 2014). Os reinternamentos ou adiamento do regresso a casa, por alterações respiratórias, resultam da presença de derrames pleurais, de estase pulmonar e da incapacidade para assegurar a limpeza das vias aéreas, através da competência para tossir e expetorar (Dantas e Aguillar, 2001).

Ainda no estudo de Macedo, Moreira e Moreira (2012), 48% dos doentes inquiridos mencionam o edema dos membros inferiores, 35% referem alterações no apetite e 12% elencam distúrbios de sono como outras das suas preocupações. Para os participantes, o

edema dos membros inferiores (E5, E7, E15) resulta de alterações do sistema circulatório, onde consideram que *o impacto é maior para o doente do que para o enfermeiro em termos de intervenções* (E9).

As alterações sob o ponto de vista respiratório e questões como a *obesidade* (E6, E8) têm impacto no que respeita ao sistema músculo-esquelético, nomeadamente, a *fadiga* (E5, E9, E15). Ainda neste âmbito, do discurso dos participantes emerge o *movimento corporal* (E1, E5, E6, E7, E8, E9, E14, E15), o *equilíbrio corporal* (E1, E7, E15) e a *perda de massa muscular* (E2) cuja existência advém dos *consumos energéticos para que os doentes consigam completar uma atividade, têm dispneia funcional ficam mais parados e depois é um ciclo vicioso, porque há comprometimento muscular* (E9), pois *a imobilidade traz perda de massa muscular e quando se levantam além da força têm défices de equilíbrio* (E2, E6, E9, E10).

A dor cardíaca, resultante da isquemia do miocárdio sem enfarte, advém de elevadas concentrações de substâncias que estimulam as terminações dolorosas do músculo cardíaco (Soares et al., 2008), o que condiciona as atividades de vida de cada indivíduo, ainda que a dor no pós-operatório imediato resulte da presença de drenos, da incisão cirúrgica e da tosse (Erdmann et al., 2013).

A incapacidade do coração para manter um débito cardíaco adequado à satisfação das necessidades teciduais de oxigénio e da redução do fluxo sanguíneo, repercute-se na resistência muscular e trabalho muscular, pelo défice de fornecimento de oxigénio para o trabalho celular e, conseqüentemente, de energia (Soares et al., 2008). Por outro lado, para Dantas e Aguillar (2001), os doentes submetidos a cirurgia apresentam problemas relacionados com disfunções neuromusculares, podendo perder autonomia, pelas questões da imobilidade, da dor e substituição por parte dos profissionais de saúde (Erdmann et al., 2013).

A dor é frequentemente citada, sendo mais predominante no tórax e interferindo com a atividade física do doente (Macedo, Moreira e Moreira, 2012). A partir do discurso dos participantes compreende-se que a *dor* (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E14, E15) é a necessidade mais referida de entre os inquiridos, ainda que ocorra em momentos e com etiologias diferentes, podendo ser dor precordial ou pós-cirúrgica. Para estes *a dor é efetiva. Ocorre nos eventos críticos da doença, no esforço ou no pós-cirúrgico. Muitas vezes é subvalorizada* (E6).

A *perda de autonomia* (E2, E9, E10, E14, E15) emerge do discurso dos participantes, representando de forma genérica questões como a capacidade para *andar em plano, escadas ou plano inclinado* (E2, E5, E6) e *na deslocação, principalmente quando fazem distâncias médias ou algumas distâncias maiores* (E1, E4, E7, E8, E13, E15). O impacto na vida dos indivíduos estende-se às alterações no desempenho dos autocuidados, porque *deixam de os conseguir fazer* (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E15) e à incapacidade para desempenhar as tarefas domésticas, pois *deixam de conseguir arrumar a casa e de todas as coisas que é preciso fazer. Isto afeta especialmente as mulheres* (E3, E5, E6, E7, E8, E15).

Os obstáculos para o desempenho dos autocuidados no doente cardíaco advêm das suas limitações físicas, falta de conhecimento acerca da doença e dificuldades na obtenção de suporte social e emocional (While e Kiek, 2009, cit. por Moura, 2015). Independentemente do estadió e vida em que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca se situe, estes apresentam diferentes necessidades nos autocuidados, visto que a patologia cardíaca tem um carácter crónico e incapacitante que pode conduzir a diferentes níveis de dependência, seja para o autocuidado higiene, vestir-se ou despir-se, alimentar-se ou andar (Moura, 2015).

No que respeita às limitações físicas no pós-operatório imediato, estas prendem-se, sobretudo, com o domínio dos autocuidados e o regresso a casa, onde Macedo, Moreira e Moreira (2012) concluíram que as principais preocupações dizem respeito ao desempenho das tarefas domésticas para as mulheres e para os homens o retomar da atividade laboral. Ainda no estudo acima referido, os autores referem uma taxa de frequência de 56.8% para expressões de insatisfação e frustração pela incapacidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais por parte dos inquiridos.

Numa lógica de estratificação das necessidades, se a autonomia se encontra comprometida em níveis mais básicos, o desempenho das atividades profissionais irá ser outra das componentes da vida quotidiana afetada, na medida em que os participantes referem que *trabalhar torna-se quase insustentável* (E6, E7, E8, E12, E15), dado ser necessário um conjunto de capacidades mais simples que não se encontram presentes.

A incapacidade funcional, seja pela sintomatologia ou pela perda de competências funcionais, repercute-se nas necessidades psicológicas dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca. De entre as manifestações psicológicas demonstradas pelos utentes, os participantes enumeram a ansiedade pois *os doentes ficam ansiosos com a frustração da incapacidade e depois com a cirurgia e tudo o que isso implica* (E4, E5, E8, E9, E15). A par da

ansiedade, para os participantes, a tristeza é uma constante, na medida em que os doentes *quando chegam ao hospital o nível anímico é baixo a par do nervosismo, dizem que a vida não é a mesma coisa que era* (E7, E9, E10, E15).

A fragilidade psicológica que os doentes submetidos a cirurgia cardíaca experienciam fá-los sentirem-se *desiludidos com eles próprios, pela incapacidade* (E11, E14) e, sobretudo, *deprimidos, quando nos dizem que já não sabem sorrir e constatamos isso pela quantidade de antidepressivos que fazem, como medicação do domicílio* (E2, E4, E9, E15).

A relação de interdependência estabelecida entre as necessidades fisiológicas, de autonomia e psicológicas resulta da incapacidade para realizar tarefas físicas diárias, desencadeando alterações psicológicas como a ansiedade e depressão (Soares et al., 2008). Neste sentido, Ivany e While (2013), na sua investigação, corroboram a relação estabelecida entre a doença cardíaca e a sua sintomatologia, o nível de dependência para os autocuidados e os níveis de ansiedade presentes nos doentes.

Para os participantes no estudo, no pré-operatório, os indivíduos *têm medo da cirurgia, de como vai ser, de como vão ficar* (E2, E5, E7, E8, E15), *sentem-se inseguros, porque mudaram de ambiente, não é o espaço deles, estão fora da zona de conforto* (E7, E9, E15).

O medo e a ansiedade são resultado da alteração do estado de saúde, que levam a que hajam períodos de introspeção e depressão (Moura, 2015). Ainda no período pós-operatório os indivíduos apresentam um funcionamento mental depressivo, resultado dos défices no desempenho físico e funcionamento psicossocial, pela necessidade de continuação de cuidados e, sobretudo, pelo *stress* emocional a que se encontram sujeitos, por se sentirem isolados e frágeis (Loureiro, 2015).

Numa perspetiva que respeita ao perioperatório, além do medo e da insegurança os doentes experienciam alterações da autoestima e da autoimagem, visto que *quando nos chegam já estão sem autoestima, não gostam de se ver, o cuidar da imagem é muitas vezes negligenciado* (E6, E7, E9, E10, E15). A par desta, as alterações da sexualidade emergem do discurso dos participantes atendendo ao *grau de impotência principalmente nos homens, mas que isso não é valorizado. São impotentes pela medicação e por todas as questões da performance física* (E6, E9, E15)

A questão da sexualidade no pós-operatório é uma questão estudada por Erdmann et al. (2013) quando refere que existem mudanças aquando o retomar da vida sexual,

relatando a necessidade do companheiro em compreender as alterações existentes e as novas formas de obtenção de prazer. Em consonância com o anterior, as questões relacionadas com o regresso à atividade sexual são um dos componentes do processo de reabilitação, no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca (Dantas e Aguillar, 2001).

A alteração da componente funcional afeta o aspeto emocional, na medida em que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca se isola e se torna mais frágil. Na sua esfera pessoal prevalecem sentimentos de desamparo e perda de si próprio, causando humor depressivo e baixa autoestima (Ivany e While, 2013). A ferida cirúrgica tem um impacto negativo nos doentes, especialmente do sexo feminino, pela alteração da sua perceção de autoimagem, pelo aumento de peso e pelo estigma a que ficam expostos (Dantas e Aguillar, 2001).

O apoio e partilha no quotidiano com pessoas significativas reflete-se na dimensão emocional da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, nomeadamente, quando *valorizam muito o facto de terem com eles alguém em quem confiem e em que depositam afeto e confiança* (E9, E14, E15). O papel da família é determinante quando surge a questão das necessidades sociais e de suporte, que sofrem influência de toda a dimensão emocional e psicológica visto que *condicionam obviamente toda a relação social* (E10).

Na unidade referente às necessidades sociais e de suporte, do discurso dos participantes, emerge o isolamento social, pois *a doença socialmente acaba por ser um handicap e eles acabam por não querer expor-se* (E2, E4, E7, E8, E9, E10, E15). O suporte familiar é determinante, visto que as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca *precisam do apoio de pessoas que sejam significativas* (E2, E4, E5, E7, E8, E9, E15), ainda que *em termos familiares é uma pessoa com quem não se conta, é uma pessoa que até acaba por ser mais um fardo ou mais um peso* (E10). Ainda no sentido do amparo do doente e da sua família, os participantes referem o suporte da comunidade como uma forma *de o centro de saúde e as equipas que vão ao domicílio são um forte apoio que a comunidade lhes pode dar* (E7, E8, E13).

A família ou pessoas significativas têm um papel preponderante no processo do perioperatório da cirurgia cardíaca, uma vez que constituem uma fonte de apoio, segurança e contribuem para a diminuição da ansiedade e do *stress* cirúrgico (Erdmann et al., 2013). Para Baggio, Teixeira e Portella (2001) o envolvimento da família em todo o processo, aumenta o grau de pró atividade e participação do utente, na construção do seu projeto de saúde.

O enfermeiro tem uma posição privilegiada no que concerne ao ato de cuidar do doente submetido a cirurgia cardíaca, dada a proximidade que tem com o doente e a família em todas as fases da reabilitação (Macedo, Moreira e Moreira, 2012). O estabelecimento da relação terapêutica entre a tríade (enfermeiro, doente e prestador de cuidados) facilita a adaptação à nova condição e a fluidez para as transições que cada um vive. O suporte socio-emocional assume-se como uma parte importante na reabilitação, nomeadamente, no que respeita à necessidade de ligação com o hospital, à necessidade de apoio aos familiares do doente e no suporte dos cuidadores (Macedo, Moreira e Moreira, 2012).

Apesar dos diferentes tipos de necessidades se interligarem, aumentarem no nível de complexidade e terem diferentes níveis de importância, as informacionais assentam no conhecimento do doente e das pessoas significativas e são tidas como transversais. Assim, relacionam-se com as necessidades fisiológicas, quando se menciona o conhecimento de estratégias para otimização do controlo da dor, visto que os doentes *não sabem estratégias de alívio da dor...* (E5, E6, E7, E9) e *a dor assusta-os, mas acham que a única solução é medicação* (E15).

Por outro lado interligam-se com as necessidades de autonomia, no que respeita ao conhecimento sobre estratégias para os autocuidados, na medida em que, para os participantes, a pessoa a submetida a cirurgia cardíaca *tende a não se cuidar tão bem, por desconhecimento de como o poderão fazer sem tanta dor ou se cansarem tanto* (E1, E6, E7, E14, E15). Num patamar de maior complexidade surge o conhecimento sobre a gestão do regime, independentemente da sua etiologia, ou seja, um *conhecimento sobre a autogestão quer seja de quando falamos planos mais complexos (...), muito bem, o regime terapêutico que inclui o regime medicamentoso, alimentar e de exercício* (E5, E6, E7, E14, E15).

Assim, através do discurso dos participantes emerge o conhecimento sobre o processo cirúrgico e de saúde, uma vez que os doentes *não sabem muita coisa, ou melhor nada, não sabem qual o procedimento cirúrgico, o circuito que vão fazer, não compreendem a doença. Não sabem o depois da cirurgia, o que muda, o que devem estar atentos* (E4, E5, E6, E7, E8, E11, E14). Além deste facto acrescentam que a pessoa que vai ser submetida a cirurgia cardíaca não detém *informações sobre o seu processo de saúde, sobre como irá ser a cirurgia, o porquê de ser necessária, como estará depois... (...) o processo de saída do bloco, como será a UCI, o tempo de internamento, as limitações, o percurso, como as implicações da cirurgia para a vida do dia-a-dia* (E9, E12, E13, E15).

O estigma do doente cardíaco é outra das unidades que emerge do discurso dos participantes na unidade referente às necessidades informacionais, na medida em que *a sociedade olha um doente cardíaco, um doente operado ao coração... um doente que tenha um problema cardíaco é uma bomba* (E6), o que faz com que os indivíduos *ensem: coitado de mim sou cardíaco, não me posso enervar nem cansar, por isso é melhor ficar quietinho em casa. Então com a cirurgia é que não me posso mexer mesmo para não estragar* (E6, E7, E9, E10, E11, E14, E15). Em suma, os preconceitos são um fator potenciador do estigma, pois *estereótipo (...) doentes que não são esclarecidos, porque claro, vai ser operado ao coração, uma cirurgia de alto risco (...). Ainda há essa ideia e, depois como há pouca informação e como acho que a preparação no pré-cirúrgico não existe, eles mantêm a ideia desajustada do tudo o que a cirurgia implica* (E5).

A desconstrução de ideias pré-concebidas que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca tem acerca da doença e do processo cirúrgico e o estigma que é alvo por parte da sociedade, pode constituir uma barreira para a reabilitação. O estigma é mencionado por Shepherd e While (2012), quando relatam que a decisão de regressar ou de procurar trabalho é fortemente influenciada pela resposta funcional ao esforço e pelos juízos que os pares poderão fazer.

Os participantes referem que, frequentemente, os doentes têm expectativas desajustadas face à cirurgia, pois *não sabem o que esperar da cirurgia, então existem os que acham que não sobrevivem e os que depois vão ficar novos, sem nenhum problema* (E7, E11). O que para os participantes denota o desconhecimento envolto do processo de reabilitação, uma vez que as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca *não conhecem o que é a reabilitação cardíaca, mas isso é transversal a grande parte dos profissionais, ou seja, não sabem o que é a reabilitação, nem tão pouco para que serve* (E4, E6, E7, E9, E15).

As necessidades espirituais emergem do discurso dos participantes, ao passo que estes as consideram como sendo negligenciadas e dificultadas pelas estruturas e dinâmicas hospitalares. Torna-se compreensível através do discurso destes quando mencionam que *as necessidades espirituais são negligenciadas. A nível do hospital não existe uma estrutura interna que o permita, nem tão pouco existe sensibilidade dos profissionais para estas questões* (E9). O medo pelo desconhecido, da incerteza liberta a fé e a esperança como estratégia de *coping*, ou seja, a espiritualidade é tida como resposta para o incerto e fonte de esperança para enfrentar o processo cirúrgico (Erdmann et al., 2013).

Por outro lado, para os participantes, as necessidades económicas podem ser observadas de dois prismas díspares. Inicialmente pela incapacidade para trabalhar e pelos gastos com a saúde e do quotidiano do doente, uma vez que *economicamente, não é fácil atendendo a que grande parte não trabalha e o que recebem as vezes não chega para comer ou para os medicamentos* (E7). Por oposição, as dificuldades da família, visto que recebem a pessoa submetida a cirurgia cardíaca e estes *quando vão para casa ainda são mais um peso do orçamento familiar para os cuidadores* (E6).

A vivência do processo cirúrgico e a transição para a nova condição de saúde são influenciados por diversos fatores, nomeadamente, o impacto que a doença e a dependência acarretam para os familiares a nível económico. A incapacidade para o trabalho, pela condição da doença, conduz à necessidade de aposentação e, conseqüentemente a diminuição da disponibilidade monetária. Por sua vez, os gastos com os cuidados de saúde tendem a deteriorar a condição socioeconómica e constituir uma barreira para a participação nos programas de reabilitação (Erdmann et al., 2013). Ainda assim, autores referem que a doença e a cirurgia têm impacto na vida económica familiar pela ausência de rendimento do doente, aumento das despesas e menor capacidade de trabalho dos prestadores de cuidados pelo desempenho do novo papel (Robinson e Barnett, 2012).

Por forma a clarificar o anterior expomos a figura 4.

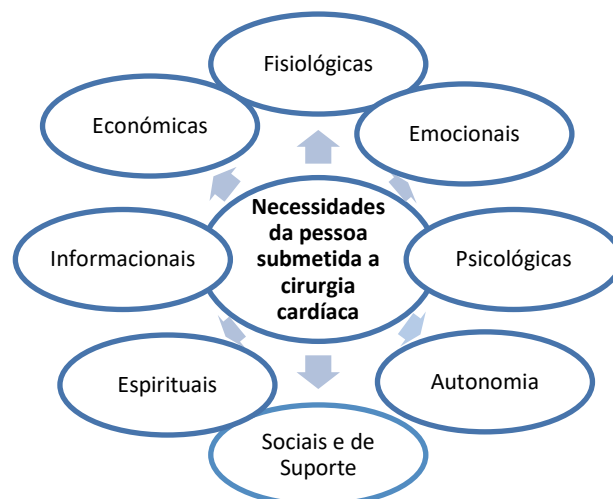


Figura 4: Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca

As necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca são transversais e sobreponíveis, independentemente do estadió do processo cirúrgico em que se encontrem, ou seja, no pré ou no pós-operatório. Neste sentido, a categoria das **diferenças nas necessidades do pré para o pós-operatório na pessoa submetida a cirurgia cardíaca**, para os participantes, resulta do agravamento das necessidades do pré-operatório e da preparação do regresso a casa. A recuperação é longa e pautada pela dor, pela restrição de determinadas atividades, por uma passividade forçada e estimulação sensorial irregular (Ferreira et al., 2008).

O agravamento das necessidades do pré-operatório emerge do discurso dos participantes, quando referem o agravamento das necessidades fisiológicas, na medida em que *as necessidades são sobreponíveis em grande parte, apesar de haver um agravamento das fisiológicas, há mais dor, mais dispneia* (E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E14, E15). A ventilação altera-se, nomeadamente, *o padrão e processo respiratório, os doentes não respiram de forma eficaz, têm medo da dor* (E5, E7, E8, E9, E14, E15), a limpeza das vias aéreas fica comprometida, visto que a pessoa *tem dificuldade em manter a via aérea permeável, não sabe tossir e as secreções vão-se acumulando* (E7, E9, E15).

A questão da autonomia no pós-operatório surge do discurso dos participantes, que mencionam a existência de *défices de mobilidade, ou mesmo de força* (E4, E5, E7, E9, E15) e alterações no equilíbrio pois os doentes *quando se levantam após a cirurgia têm muito desequilíbrio* (E7, E9, E15). A exacerbação das necessidades fisiológicas desencadeia alterações na autonomia, onde os doentes *ficam dependentes no pós-operatório imediato, muitos na alimentação, no tomar banho, nos exercícios que implicam flexão do tronco, estão muito limitados, logo a autonomia também* (E4, E5, E7, E15).

A par do agravamento das necessidades físicas, os doentes têm medo *por causa da cirurgia, na UCI pela quantidade de fios, têm medo, por desconhecimento, de estragar a cirurgia* (E2, E7, E15) e demonstram *continuar a precisar de muito conhecimento, em continuidade do pré-operatório*, pois é *no pós-operatório que efetivamente percebem a necessidade de saber e de tempo que precisam para integrar tudo* (E1, E7, E10, E14, E15).

Numa fase mais avançada do internamento, para os participantes a preparação do regresso a casa é uma necessidade, considerando que *não se prepara o regresso a casa, mas devia-se. É necessário saber quem dá apoio, as condições da casa, que se trabalhe a adesão ao regime terapêutico, que se trabalhem todos os conhecimentos nas áreas da prevenção de complicações, no suporte e nos recursos disponíveis* (E6, E7, E14, E15). As

oportunidades para preparar o regresso a casa junto dos prestadores de cuidados são escassas e limitadas, pelo que todos os contactos são úteis para o fornecimento de informação (Spyropoulos et al., 2011).

Recorrendo à figura abaixo podemos traduzir o processo apurado relativamente ao dissecado anteriormente.

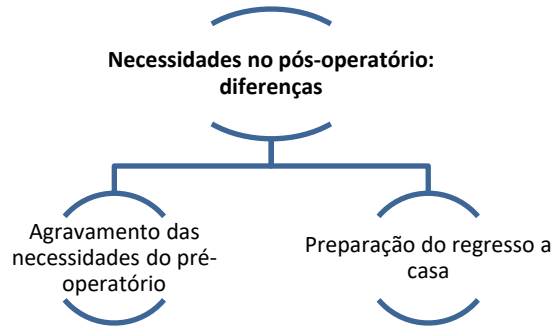


Figura 5: Diferenças das necessidades do pré para o pós-operatório na pessoa submetida a cirurgia cardíaca

3.4 Focos de atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A diferenciação dos cuidados dos EEER decorre da visão e da intencionalidade na colheita de dados desenvolvida por estes, junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Em enfermagem, um foco define-se como uma área de atenção relevante para a disciplina, podendo relacionar-se, a carácter de exemplo, com o local ou região e com o sujeito de informação (Mata et al., 2012).

A categoria dos **focos de atenção do EEER** subdivide-se de acordo com o alvo de atenção, ou seja, o indivíduo *per si* ou o contexto em que este se insere. Para os participantes, os *focos de atenção decorrem das necessidades dos doentes* (E2, E7, E9, E15), na medida em que as agrupam por áreas de atenção em enfermagem, cujas intervenções podem *não ser exclusivas da enfermagem de reabilitação* (E9, E15). Neste sentido, formam-se unidades que dizem respeito à gestão de sinais e sintomas e prevenção de complicações, às condições pessoais influenciadoras da resposta à transição e às condições facilitadoras externas da resposta à transição.

A gestão de sinais e sintomas e prevenção de complicações engloba, essencialmente, os processos corporais comprometidos, onde se incluem os focos presentes nas necessidades fisiológicas, pelo que se verifica uma sobreposição destes. Assim, para os participantes o foco da *dor* (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E14, E15) é uma constante, resultado da perceção subjetiva da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, seja ela pré ou pós cirúrgica.

Ainda numa perspetiva longitudinal, entre o pré e o pós-operatório, a *dispneia* (E2, E6, E7, E8, E9, E14, E15), componente do sistema respiratório, constitui um foco de atenção para os participantes. No pós-operatório, os enfermeiros enumeram a *limpeza das vias aéreas* (E1, E4, E7, E9, E10, E11, E14, E15) a par do *expetorar* (E7, E9, E10, E15) e da *tosse* (E1, E2, E4, E5, E7, E14, E15), como focos constituintes do sistema respiratório. O *edema* (E1, E2, E8, E9, E15) reflete o comprometimento dos processos do sistema cardiovascular, comumente associado às patologias cardíacas.

Para que viva uma transição de saúde/doença ou situacional saudável é necessário que o doente reúna um conjunto de características facilitadoras do processo de mudança. Daqui emerge a unidade das condições pessoais influenciadoras da resposta à transição, que visa a inclusão de todos focos de enfermagem que envolvem o processo de adaptação à situação.

De modo a que cada pessoa reconheça a sua condição e as suas necessidades efetivas, do discurso dos participantes emerge o foco do conhecimento sob a perspetiva da doença e do processo cirúrgico: *o primeiro passo é perceber o que é a doença, o porquê da necessidade de ser operada, com o problema de base* (E7, E8, E14) para, posteriormente, *compreender o tipo de cirurgia, os procedimentos que vão ser feitos, as etapas por que vai passar... como fazer durante a recuperação, qual o papel* (E1, E2, E5, E6, E7, E9, E10, E14, E15). A partir do conhecimento que o cliente detém acerca do processo de saúde, este integra o processo de tomada de decisão acerca da sua condição (Meleis et al., 2000).

O empoderamento do cliente impele os participantes para focos como a *adaptação* (E2, E6, E7, E9, E14) e aceitação do estado de saúde, uma condição que exige tempo para que os utentes *possam aceitar (...) a nova condição e criar as respetivas estratégias de coping* (E7, E9, E15). A adesão ao processo de reabilitação é mutável, na medida em que depende do significado de saúde de cada doente, do tipo de doença cardíaca e risco pessoal, do *status* socioeconómico, a motivação e desejo de mudança, a autoeficácia a as fontes de informação (Erdmann et al., 2013).

À medida que se cumprem etapas no processo de adaptação, para os participantes vão emergindo novos focos que se interligam com os anteriores, como a adesão e gestão do regime seja de reabilitação, medicamentoso ou dietético. Estes focos operacionalizam-se através da *adesão ao plano de reabilitação, com tudo o que isso implica, ou seja, os exercícios a realizar, os timings e o tipo de comportamento a ter* (E9, E10, E12, E13) a par da *terapêutica, para que serve, como tomar, como gerir, bem como, as questões da alimentação* (E1, E5, E7, E14, E15).

No seu discurso, os participantes enumeram focos de enfermagem que se prendem com o domínio do *autocuidado* (E2, E6, E7, E8, E11, E15), nomeadamente, o *tomar banho* (E1, E2, E3, E7, E8, E9, E10, E14, E15), o *vestir-se ou despir-se* (E2, E7, E8, E9, E14, E15), o *uso do sanitário* (E1, E2, E7, E9, E15) e o *arranjar-se* (E9, E15). Ainda no contexto do autocuidado, a partir do discurso dos participantes emergiram focos como o *alimentar-se* (E1, E2, E3, E7, E9, E10, E15), o *erguer-se* (E1, E2, E7, E9, E10, E15), o *transferir-se* (E1, E2, E7, E9, E10, E15) e o *virar-se* (E1, E2, E9, E15).

O desempenho do autocuidado na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, para os participantes, encontra-se comprometido, em parte pela intolerância ao exercício, pois *não há compensação do consumo energético, logo gera-se intolerância à atividade* (E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E14, E15). No que respeita às questões ligadas à dimensão locomotora, os participantes mencionam o foco do *movimento musculartoarticular ou corporal* (E2, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E14, E15), intrinsecamente ligado ao *equilíbrio ortostático e dinâmico* (E1, E2, E7, E9, E15) e à capacidade para andar com ou sem auxiliar de marcha, ou seja, *é importante o foco de andar com ou sem auxiliar de marcha, seja em plano, em plano inclinado ou em escadas* (E2, E3, E7, E8, E9, E14, E15).

A partir das necessidades psicológicas e emocionais, os participantes enumeram um conjunto de focos que poderão influenciar o processo de transição, nomeadamente, a *ansiedade* (E7, E9, E11, E15), a *tristeza* (E1, E7, E15) e o *medo* (E5, E7, E15). Estes repercutem-se nas questões que se prendem com o *locus* interno do indivíduo, sejam ao nível da *autoestima* (E1, E7, E9), da *imagem corporal* (E9, E11, E14) ou do comportamento sexual, visto que *a sexualidade, é assunto tabu para estes doentes* (E5, E7, E8, E9, E15).

As condições pessoais influenciadoras da resposta à transição prendem-se com o domínio das necessidades psicológicas, de autonomia, informacionais e emocionais, que afetam o modo como o cliente e família vivenciam a sua transição. A satisfação de etapas mais simples que vão desde o controlo sintomático até ao desempenho dos autocuidados

são resultado da intervenção dos enfermeiros e, sobretudo, de um processo de aceitação e adaptação gerado no *locus* interno de cada indivíduo.

As condições facilitadoras externas da resposta à transição respeitam ao suporte que o contexto, onde a pessoa submetida a cirurgia cardíaca se insere, tem para oferecer, no sentido de suprir as suas necessidades após a alta hospitalar e acompanhar o processo de transição iniciado.

A preparação do regresso a casa pode ser dificultado pela informação limitada que foi fornecida durante o internamento (Macedo, Moreira e Moreira, 2012) e desta forma, constitui um foco de atenção para os entrevistados, na medida em que *é no hospital que os enfermeiros devem trabalhar o regresso a casa, na preparação e capacitação do doente e da família para se autocuidar, para além da articulação com a comunidade* (E1, E9, E10, E13, E14)

Com vista a assegurar a continuidade de cuidados, do discurso dos participantes emerge o foco do papel familiar, dado que *a família é de facto muito importante, constitui o elo de ligação hospital/casa e com a comunidade* (E1, E6, E9, E10, E12, E13). A par da família, o papel de prestador de cuidados surge como área de atenção, visto que ainda que possam ter um carácter formal ou informal, *são os prestadores de cuidados que vão ajudar os doentes no que eles precisam e para saberem como e o que fazer, precisam de trabalhar de perto com os enfermeiros* (E4, E8, E9,10).

A coesão familiar, o estadió da doença/recuperação, o tempo passado entre o diagnóstico e a cirurgia, o papel do cliente na família, o tipo de estrutura familiar, o nível de conflito intrafamiliar e o *status* socioeconómico têm um impacto no processo de doença na família (Kristjanson e Ashcroft, 1994).

A comunidade responde às necessidades de suporte, pelo serviço comunitário que se operacionaliza pela articulação *do hospital com os centros de saúde, as equipas de ECCI e de apoio domiciliário. Até mesmo a orientação para centros de dia por parte das equipas multidisciplinares* (E2, E5, E7, E8, E9, E14, E15). O regresso à vida social para os participantes ocorre pela socialização, resultado do suporte e aquisição de competências funcionais e de um processo de satisfação das necessidades psicológicas, pois a *socialização é determinante, mas surge numa fase tardia, só quando a autonomia é melhorada, psicologicamente os doentes se sentem mais confiantes e com apoio* (E1, E7, E9, E10).

A reflexão dos participantes no estudo acerca das diferenças dos focos de enfermagem no pré e no pós-operatório permite-lhes concluir que *grande parte é*

transversal (E7, E9), embora os focos associados à função orgânica são mais veementes, pois *presta-se muita atenção à função pela substituição, mas nada que do que seja da componente mental é apoiado* (E7, E9, E14, E15). Ainda assim, o foco do conhecimento é ressaltado, na medida em que *muitos conhecimentos sobre a ferida, a dor, as mobilizações, a poupança de energia. A operacionalização do que realmente é útil a curto e a longo prazo, as medidas da dor, as complicações, sinais de alarme, o regresso atividade física, doméstica e os recursos* (E1, E6, E7, E8, E10, E14, E15).

De modo a expor o anterior apresentamos a figura seguinte.

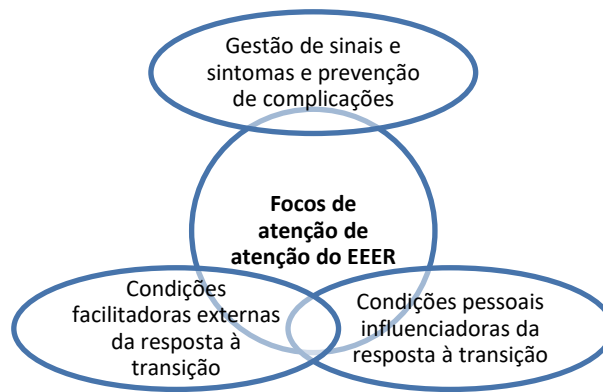


Figura 6: Focos de atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

3.5 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca

As etapas do processo de tomada de decisão assentam, numa primeira fase, na identificação das necessidades, para depois se estabelecerem os objetivos a atingir. Para que estes se concretizem é necessário a implementação de intervenções de enfermagem, bem como a definição da frequência de execução das mesmas.

Em enfermagem, a intervenção define-se pela *“ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem”* (International Council of Nursing, 2014, p.16). Estas assumem-se como instrumentos e táticas que emergem das atividades de diagnóstico, tendo em vista a identificação das necessidades e constituindo a operacionalização do plano de cuidados do doente.

A conceção de cuidados ajustados às necessidades específicas da pessoa submetida a cirurgia cardíaca permite estabelecer a ligação entre as diferentes etapas do processo de tomada de decisão em enfermagem, onde as necessidades dão lugar aos focos que, por sua vez, agrupam intervenções capazes de colmatar os défices. Na categoria das **intervenções de enfermagem de reabilitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca** obtiveram-se unidades de registo que se tornam mais específicas à medida que se exploram as necessidades de cada doente.

As intervenções delineadas para cada indivíduo e seus cuidadores assentam em ações de enfermagem como o substituir, assistir, supervisionar, informar, treinar, onde os participantes indicam *o ensinar/instruir/treinar as componentes práticas e teóricas, o executar, o assistir, o supervisionar* (E1, E6, E7, E9, E10).

A dimensão psicológica e emocional tem um papel de relevo no grupo de doentes em estudo, na medida em que para o trabalho do EEER o desafio reside na capacidade de os ajudar a gerir todas as alterações a que os indivíduos estão sujeitos. Para os entrevistados *estes doentes são submetidos a um stress enorme. É necessário uma intervenção eficaz no âmbito do esclarecimento e relaxamento* (E12). Deste modo, como forma de gerir o stress emocional, Moura (2015) sugere intervenções no âmbito do conhecimento acerca dos efeitos do stress emocional sobre o sistema cardiovascular e o uso de técnicas de relaxamento como o *biofeedback*, a imaginação guiada e o EF.

Neste sentido, Piepoli et al. (2010) contemplam a inclusão das questões que visam a gestão psicológica, nos programas de reabilitação, nomeadamente, no que respeita aos distúrbios de sono, ansiedade e depressão. Em parte, as alterações psicológicas e emocionais podem ser potenciadas por crenças, que perspetivam o modo de funcionamento do mundo e das motivações de cada um, necessitando de respostas adaptativas capazes de ajustar as crenças à realidade - as estratégias de *coping* (Lazarus e Folkman, 1984, cit. por Carvalho, 2008).

A unidade da otimização das estratégias de *coping* vai de encontro às necessidades emocionais e psicológicas, na medida em que o EEER tenta *ajudar os doentes a criar as próprias estratégias de coping, para que tenham estabilidade emocional, socialmente não sejam alvo preconceito, de modo a diminuir o isolamento e a depressão/tristeza* (E7, E14, E15). A resposta às constantes mudanças, inerentes ao processo de transição, requerem a criação de estratégias para o controlo da ansiedade, pois estas *se repercutem no padrão respiratório, o controlo da respiração* (E6, E7, E9, E14, E15). O ajuste da componente

emocional, para os participantes, passa por incentivar a expressão de emoções através da escuta ativa, considerando o *ouvir os doentes, os seus anseios, de forma a conseguirmos perceber os contextos em que se inserem e iniciar a relação terapêutica* (E1, E5, E7, E14, E15) e pela facilitação das crenças cuja *intervenção começa na tentativa de desconstrução e compreensão das crenças* (E1, E7, E9).

A criação de estratégias de *coping* confere instrumentos ao indivíduo para lidar com as dificuldades que vão surgindo ao longo do seu percurso e que lhe dificultam a adaptação à situação (Macedo, Moreira e Moreira, 2012). Ainda assim, os programas de reabilitação visam a implementação de intervenções que tenham por objetivo o relaxamento e o controlo do *stress*, cujo objetivo incide na minimização dos fatores concorrentes de questões como ansiedade e de desconstrução de crenças (Duarte, 2009).

A componente psicológica, segundo os participantes repercute-se nas questões da respiração, nomeadamente no *padrão ventilatório* (E2, E5, E7, E10), cujas intervenções visam a otimização da ventilação, com recurso a diferentes estratégias. Para os participantes a intervenção que respeita ao otimizar a ventilação concretiza-se através de atividades como as estratégias de conservação de energia, a cinesiterapia respiratória, o conhecimento acerca do funcionamento fisiológico do processo respiratório, o treino anaeróbio e aeróbio e pela utilização de dispositivos.

A dispneia, ao constituir um dos focos de atenção enumerada pelos entrevistados, associa-se às estratégias de compensação de energia, sendo estas *determinantes para desempenhar as atividades sem ficar tão cansado, (...) envolvendo timings, tipos de respiração e posturas que muitas vezes desconhecem. Isto implica autonomia para o doente ser capaz de fazer no dia-a-dia* (E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E14, E15). A conservação de energia pauta-se pela capacidade que o indivíduo tem para utilizar estratégias que lhe permitam gerir o esforço (Loureiro, 2015). A intervenção do enfermeiro visa a regulação do gasto de energia, com recurso a estratégias como o ter períodos de repouso durante as atividades, em intervalos específicos e após as refeições, manutenção da posição de sentado durante as atividades, promover períodos de 5 minutos de descanso a cada 3 minutos de esforço. Assim, o trabalho desenvolve-se a partir da instrução de aspetos que evitem determinado tipo de esforços, nomeadamente, evitar exercícios isométricos, como usar os braços para levantar-se, carregar objetos e a manobra de valsava (Moura, 2015).

No seguimento do anterior, a cinesiterapia respiratória responde e tende a prevenir um conjunto de complicações pós-operatórias descritas na literatura. Ainda assim, os

entrevistados elegem-na como uma intervenção que objetiva trabalhar com a pessoa em aspetos de *como é que se respira, a dissociação dos tempos respiratórios, (...), a reeducação diafragmática* (E3, E5, E7, E8, E9, E15).

Em fase aguda e de contexto hospitalar, os participantes recorrem à utilização de dispositivos que auxiliam o controlo e reeducação respiratória, pois *apesar da eficácia ser questionável pelos estudos, a espirometria de incentivo para além de ser facilmente acessível no hospital, ajuda no trabalho de treino e controlo da respiração. Dá-lhes um feedback, ainda que nem sempre tenha os melhores resultados sob ponto de vista da colaboração* (E1, E6, E9, E10, E15).

A cinesiterapia respiratória ou reeducação funcional respiratória é a terapia pelo movimento que atua sobre os fenómenos mecânicos da respiração e permite melhorar a ventilação alveolar com repercussões na relação ventilação-perfusão. Assim, em fase aguda, visa o controlo do padrão respiratório e otimização da ventilação (Januário, 2013). A intervenção do enfermeiro, para além da execução de técnicas, prende-se com a necessidade de dotar os doentes de conhecimento acerca da fisiopatologia e dos sinais e sintomas da doença, para que estes possam gerir a sua condição ao máximo (Januário, 2013). Os exercícios ventilatórios prendem-se com a adequação do tempo inspiratório e expiratório, da profundidade e padrão ventilatório, bem como o controlo da frequência respiratória (Leguisamo, Kalil e Furlani, 2005).

De forma transversal, o conhecimento acerca da fisiologia do sistema respiratório constitui outra das áreas de intervenção dos participantes no estudo, na medida em que é pelo *conhecimento que as pessoas têm acerca do funcionamento fisiológico da respiração que se desenvolve todo o trabalho mais complexo. O conhecimento é a base de trabalho* (E10, E11, E12).

A melhoria do desempenho cardiorrespiratório poderá assentar no treino aeróbio e anaeróbio, embora sejam treinos de endurance numa fase inicial. Para os participantes o utente deve iniciar a reabilitação cardiorrespiratória assim que possível, onde a *reabilitação respiratória permite perceber como é que se respira* e quando conjugada com os treinos aeróbios e anaeróbios permite a melhoria/aumento da performance. *No princípio, estimular os doentes a pequenas caminhadas de 5 minutos várias vezes ao dia* (E1, E5, E7, E9, E10, E14).

A reabilitação respiratória, através do treino de exercício, traz uma melhoria no controlo da sintomatologia, reduz a incapacidade, melhora a qualidade de vida e promove a

adaptação e reintegração social dos doentes (Corhay et al., 2012, cit. por Januário, 2013). O treino de exercício caracteriza-se pelo desempenho de EF repetido, por forma a aumentar a CF e para evitar o descondicionamento. Para Loureiro (2015), no que respeita ao treino de exercício, alguns dos programas de reabilitação na fase II utilizam de forma isolada o treino anaeróbio e aeróbio, enquanto outros utilizam os dois de forma combinada, pelo que os resultados apontam para maior eficácia nos programas de treino combinado, ou seja, treino aeróbio e de força.

O treino aeróbio ou de *endurance* visa a realização de estímulos de intensidade moderada a elevada, utilizando grandes grupos musculares, que consomem energia produzida por via aeróbia, ou seja, este traduz-se pela capacidade de resistir à fadiga em esforços de longa duração (Pamplona e Morais, 2007, cit. por Cordeiro, 2012). O treino anaeróbio ou de força requer a utilização de estímulos de intensidade elevada e de curta duração, localizada em pequenos grupos musculares, como o treino de quadríceps com halteres. O aumento de tamanho das fibras musculares e, conseqüentemente aumento da força, necessita de um aumento da carga em cada treino, atendendo a condições específicas, como o número de repetições, as séries, a carga e a resistência (Porter, 2003, cit. por Cordeiro, 2012).

Na fase I dos programas de reabilitação, as intervenções de enfermagem dirigem-se, essencialmente, aos exercícios respiratórios capazes de anular as obstruções respiratórias e assegurar uma limpeza das vias aéreas eficaz, realçando o ensino e treino da técnica de tosse (Loureiro, 2015). Para assegurar a limpeza das vias aéreas no pós-operatório, Cordeiro (2012) propõe técnicas como drenagem postural modificada, tosse dirigida com contenção da ferida operatória e o ciclo ativo da respiração.

A necessidade de assegurar a permeabilidade da via aérea, no pós-operatório, da pessoa submetida a cirurgia cardíaca desencadeia um conjunto de atividades que concretizam a intervenção da otimização da limpeza das vias aéreas. Para os participantes, a limpeza das vias aéreas é assegurada pela tosse, ou *seja, a capacidade e efetividade da tosse de cada doente, muitas das vezes há um desconhecimento enorme quanto à melhor forma de tossir e o porquê da necessidade de tossir* (E1, E5, E6, E7, E8, E14, E15). O ciclo ativo da respiração constitui outra das atividades, na medida em que *com a técnica de huff e tosse, é uma forma mais efetiva de eliminar secreções e proteger a via aérea* (E8, E10). As drenagens de secreções, seja autogénica no que respeita à *capacidade do doente para manter uma boa higiene brônquica* (E6, E7, E9) ou drenagem postural, limitadas pela *dor na*

região torácica e na ferida cirúrgica, são técnicas possíveis de serem utilizadas, contudo o EEER deve preferir, maioritariamente a posição horizontal (E1, E4, E7, E9, E10, E12).

A diversidade dos focos de atenção e, sobretudo, a ampla área de intervenção dos enfermeiros faz com que o dotar de conhecimento seja uma constante nas suas intervenções. Neste sentido, para as questões que se prendem com a perceção de cada indivíduo, ou seja, a intensidade da dor que cada um experiencia, esta área constitui um alvo de intervenção dos EEER, através da implementação de estratégias para otimização do controlo da dor. A par da farmacologia, os participantes intervêm no sentido de prover a pessoa submetida a cirurgia de conhecimentos e habilidades para controlar a dor com recurso a estratégias, nomeadamente, *como apoiar a esternotomia, como levantar da cama, os pesos e os exercícios que poderão desencadear dor. Para além da medicação que é o mais simples, é importante fornecer-lhes estratégias alívio da dor (E1, E5, E7, E9, E14, E15).*

A premissa de que a imobilidade é a resposta para o controlo eficaz da dor é uma constante nos participantes do estudo de Macedo, Moreira e Moreira (2012). Ainda assim, o papel do EEER pauta-se pelo ensino de estratégias que ajudem a prevenir ou diminuir a dor, nomeadamente, através do apoiar da esternotomia para tossir e levantar ou na gestão do esforço (Loureiro, 2015). No seu estudo, Borges et al. (2006) consideram que a intensidade da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca é tolerável, desde que o esterno esteja estável, agudizando com a tosse ou com o esforço para se movimentarem.

A dor enquanto foco para os participantes constitui um *fator concorrente para a limitação da autonomia (E1, E12)*. As necessidades de autonomia, frequentemente têm um carácter transversal ao pré e ao pós-operatório, ainda assim, é imediatamente após a cirurgia, que os participantes prescrevem como intervenção a mobilização musculoarticular, seja passiva, ativa ou resistida, *dado ser importante a mobilização, imediata, logo que um doente sai do bloco, após as primeiras 24h, que o seu quadro esteja estável a mobilização, no leito ou mesmo estando entubados..., devemos ter planos de mobilização específicos, passiva, ativa, ativa-resistida, de acordo com a condição clínica (E3, E5, E7, E10, E14, E15).*

No pós-operatório imediato, nas primeiras 12-24 horas, em contexto de UCI com um quadro estável, podem-se iniciar exercícios de baixa intensidade como mobilização passiva e ativa, suspensas sempre que exista um aumento da FC acima de 20 bpm em comparação com os valores em repouso, dor anginosa, dispneia, hipo ou HTA e arritmias.

Na fase de internamento, a partir do segundo dia, podem iniciar a marcha, como forma de diminuir o descondicionamento físico (Micaelo et al., 2011). Nesta fase, a marcha deve iniciar-se por períodos compreendidos entre os cinco e os dez minutos por dia, que deve ser gradualmente aumentado para mais de trinta minutos diários (ACMS, 2016).

Nas fases posteriores, a pessoa submetida a cirurgia cardíaca deve cumprir um plano de exercício individualizado e supervisionado em termos de intensidade, duração frequência, modalidade de treino e progressão. No fim do programa, o exercício pode ser ajustado às preferências de cada pessoa, através da prática de atividades desportivas/recreativas, sem supervisão, por forma a potenciar a adesão (Micaelo et al., 2011).

O conceito de autonomia requer uma complexidade de ações que, quando fragmentadas na sua componente motora, prendem-se com as questões da FM e do equilíbrio. Neste sentido, os participantes preconizam intervenções no âmbito da otimização do equilíbrio corporal, seja ortostático ou dinâmico, dado que *a imobilidade e a debilidade pré e pós-cirúrgica refletem-se no equilíbrio. Tudo concorre para alteração do equilíbrio, seja a hipotonia ou a astenia, por isso é preciso treinar o equilíbrio* (E5, E7, E14, E15). O aumento da FM e a CF é potenciado pela implementação de intervenções de electroestimulação (Solchaga e Fraguas, 2006, cit. por Loureiro, 2015).

À luz da teoria de Maslow, aplicada à questão da autonomia, quando cumpridas as etapas mais básicas, que asseguram uma FM efetiva e o equilíbrio corporal, a pessoa submetida a cirurgia cardíaca sobe no nível de diferenciação das necessidades. Desta forma, cumprem a prescrição dos EEER no que respeita à unidade da otimização do andar, ainda que seja com ou sem recurso a auxiliar de marcha e com diferentes inclinações. Para estes, *os treinos de marcha, são determinantes, até pela questão da gestão energética e da dispneia. Treinar o andar com marcha ou não e com planos diferentes, com níveis de dificuldades diferentes; o plano horizontal, escadas e inclinado* (E1, E3, E7, E9, E14, E15).

Para a realização dos seus autocuidados os doentes submetidos a cirurgia cardíaca deparam-se com obstáculos no seu desempenho, nomeadamente, as limitações físicas, a falta de conhecimento acerca do processo de doença e a dificuldade na obtenção do suporte social e emocional (While e Kiek, 2009, cit. por Moura, 2015). Moura (2015), no seu estudo, conclui que a maior causa da sensação de “muita falta de ar” é referente ao autocuidado andar, nomeadamente, para tarefas como andar em ritmo acelerado

percorrer distâncias superiores a 600 metros em plano inclinado e subir mais de dois lanços de escadas.

A promoção da autonomia constitui uma das metas a atingir: *as intervenções devem objetivar a promoção e o potenciar da autonomia ao máximo* (E1, E2, E7, E9, E10, E12, E14, E15). Este objetivo implica que o enfermeiro reconheça o perfil de autocuidado de cada indivíduo, na perspetiva de que poderá ter um impacto muito significativo na natureza das abordagens terapêuticas a mobilizar, bem como na intensidade e formas de acompanhamento dos diferentes clientes, com distintos perfis de autocuidado (Sequeira, 2011).

A perspetiva do autocuidado como função humana reguladora, desempenhada pelos próprios indivíduos ou por alguém que execute por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Richards, 2009, cit. por Teixeira, 2012), vai de encontro à promoção do bem-estar, na medida em que *o nosso papel é potenciar o bem-estar na sua plenitude* (E1, E4, E5, E7, E9, E10, E12, E15). À luz do processo de transição de saúde/doença, o bem-estar constitui um indicador de processo e resultado, simultaneamente, considerando que a sua perceção é indicadora da sensibilidade das intervenções (Brito, 2012).

Os autocuidados encontram-se intrinsecamente ligados às questões da autonomia, dado que compreendem a integração das competências cognitivas e motoras, para desempenhar uma ação. Estes são condicionados pelo comprometimento de capacidades mais simples, como a FM e o equilíbrio. Ainda assim, do discurso dos participantes emerge a unidade de *otimização do autocuidado*, na qual se incluem as estratégias adaptativas para a realização do mesmo, bem como o controlo da tríade estabelecida entre o exercício, a dispneia e a dor. Neste sentido, existe a necessidade dos doentes em aprender como *têm que se sentar, como têm que se levantar do leito, como têm que se deitar, na casa de banho para tomar banho ou comer, quais são os movimentos que ele deve ou não deve fazer, como é que pode gerir cada um deles com a falta de ar ou cansaço. O nosso trabalho é devolver autonomia ainda que com estratégias adaptativas* (E1, E5, E6, E7, E9, E14, E15).

Moura (2015) indica algumas das atividades que despoletam maior sensação de dispneia. Assim, considera o autocuidado: higiene no desempenho de atividades como lavar e secar os membros inferiores; o autocuidado vestir-se ou despir-se, na dificuldade para tarefas como vestir/despír a parte inferior do corpo, nomeadamente, despir/vestir a

roupa e calçar/retirar meias e sapatos; e o autocuidado alimentar-se, necessitando de ajuda para abrir dispositivos.

O processo de transição que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca experiencia despoleta a necessidade de desenvolver estratégias que lhe permitam aceitar e integrar a sua nova condição, para que posteriormente aderir e gerir o seu regime, seja ele terapêutico, alimentar, de exercício e reabilitação. A existência de condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição influenciam todo o processo, ainda que sejam os padrões de resposta que permitem ao enfermeiro conhecer em que estadio se encontram, de modo a que possam ajustar as suas intervenções. Neste sentido, estes prendem-se com temáticas como o sentir-se envolvido, a interação, o estar situado, o desenvolvimento de confiança e adaptação, que emergem do comportamento observável ou não observável (Meleis et al., 2000).

A informação e o conhecimento que a pessoa no perioperatório detém é um fator determinante na compreensão do processo cirúrgico, no entanto este quando incorporado constitui um estímulo para a consciencialização e envolvimento na nova condição de saúde (Moura, 2015). A literacia e educação em saúde podem ser consideradas como estratégias promotoras da motivação e de adesão ao regime medicamentoso, alimentar, de reabilitação e de mudança de hábitos de vida (Micaelo et al., 2011). De forma a estimular o interesse, a adesão ao regime e envolvimento no processo de transição para a nova condição despoletada pela cirurgia, o enfermeiro pode recorrer a estratégias de motivação como a definição de metas a curto prazo, interação entre grupos de pares, reforço positivo, variabilidade de programa de exercício e o envolvimento da família (Micaelo et al., 2011).

Para os participantes *a intervenção que foque o conhecimento e a tomada de decisão informada permite que o doente faça escolhas acerca do seu plano de reabilitação; o nosso papel é promover o empowerment* (E9, E12). Ainda assim, especificam que *para o doente escolher é necessário que esteja informado, consciencializado e envolvido no processo de saúde doença. A literacia em saúde tem um papel fundamental* (E2, E13, E14).

O *empowerment* caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objetivos (Schultz, 1995, cit. por Pereira, 2010). Este visa a obtenção de soluções, ou seja, está relacionado com as forças, os direitos e as capacidades das pessoas, em vez das suas dificuldades e necessidades (Kieffer, 1984, cit. por Pereira, 2010). Deste modo, constitui um mecanismo que permite aos indivíduos a mobilização de recursos cognitivos e

afetivos, que conduzem a uma atitude pró-ativa de intervenção e tomada decisão em relação à sua situação de saúde (Pereira, 2010). O conceito de *empowerment* repercute-se no aumento da autoeficácia e da autoestima, na promoção da saúde individual, para além de envolver uma alteração social (Wallerstein e Bernstein, 1988, cit. por Pereira, 2010).

Para Meleis et al., (2000), a consciencialização é a primeira etapa do processo de transição, um dado que os participantes elencam como uma intervenção voltada para a aceitação e adaptação à nova condição. Para que isto possa ocorrer, estes nomeiam estratégias que concretizam e operacionalizam a intervenção, como a desmistificação do processo cirúrgico e reabilitação, cujo objetivo passa por *desconstruir ideias pré-concebidas, têm muitas ideias do que será a cirurgia e a recuperação, que é um risco de vida que vão correr, pelo que ouvem na rua* (E5, E7, E9, E14, E15) e, sobretudo explorar qual o circuito cirúrgico que vão realizar, *o explicar todas a etapas, desde o ato cirúrgico, ao circuito que vão fazer, o que é estar numa UCI, o internamento, o que fazer quando e porquê* (E6, E7, E10, E15).

A pessoa que vai realizar a cirurgia deve sentir-se envolvido no processo, bem como compreender a doença e as opções terapêuticas pois, *para que façam a transição, é importante que se sintam parte integrante do processo, que saibam o que é a doença e as opções terapêuticas que dispõem* (E1, E5, E7, E12, E15). Por último, no pós-operatório, ressaltam a importância do conhecimento acerca dos sinais de alarme e a prevenção de complicações, visto que *é necessário que hajam comportamentos de procura de saúde que previnam complicações, coisas simples como a imobilidade, claro que também não se pode descurar os sinais de alarme a que devem prestar atenção* (E6, E7, E10, E15). Simultaneamente, as precauções de segurança, que implicam *prevenir questões no pós-operatório imediato e a longo prazo, como as comorbilidades e os fatores precipitantes da doença, a questão de saber apoiar o esterno, movimentos de membros superiores, impactos, tudo o que os proteja* (E1, E5, E7, E15).

Por outro lado, adesão ao regime surge na sequência do *empowerment* de um doente informado e com capacidade de decisão, visto que *só assim é que se consegue que o doente adira aos comportamentos saudáveis, na tentativa de mudança de hábitos, do controlo tensional, do controlo de diabetes ao controlo ponderal (...) em grande medida depende deles o sucesso de um pós-operatório* (E6, E10, E13).

A consciência das mudanças a par do conhecimento que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca vai adquirindo, para os participantes, conduz a etapas mais complexas, no

que respeita à otimização das estratégias de adesão ao regime, dado que *se o doente não entender a doença e o tratamento não adere, é necessário criar estratégias que ajudem o doente a aderir aos novos comportamentos e às diferentes prescrições* (E7, E10, E14). Acrescentam, ainda, que a *adesão passa pela capacidade que os profissionais têm de fazer os doentes refletir e pelas estratégias que se vão encontrando* (E15). A adesão respeita ao regime de exercício, de alimentação e terapêutico, nomeadamente, *a panóplia toda de exercício que ele vai poder executar, o que fazer, quando fazer. Depois todos os ajustes necessários no tipo de alimentação. Depois a medicação claro que é importante que saibam para que serve e quais os sinais de alarme* (E1, E4, E5, E6, E7, E10, E14, E15).

A adesão ao regime encontra-se intrinsecamente ligada à unidade da otimização de comportamentos de procura de saúde que visam *a vontade e o interesse que cada indivíduo tem em aprender, a iniciativa e a atitude que demonstram em ser parte ativa de todo o processo* (E5). Os participantes sobem no nível de especificidade quando mencionam que as principais dúvidas da pessoa submetida a cirurgia cardíaca respeitam à *questão sexual, informar todas as questões relacionadas com atividade sexual* (E2, E5, E6, E7, E10, E15) e o *timing de regresso ao trabalho, as limitações que com que vão ficar e do regresso à condução que é uma coisa que perguntam muitas vezes* (E1, E6, E7, E14).

No sentido do desenvolvimento e melhoria dos comportamentos de procura de saúde e adesão ao regime, na revisão sistemática da literatura realizada por Dalteg et al. (2011) constatou-se que encontros educativos, visitas domiciliárias, consultas de enfermagem telefónicas e folhetos informativos apresentam um efeito benéfico no processo de adesão e manutenção ao regime.

Os fatores socioeconómicos podem comprometer a adesão ao tratamento (Lunney et al., 2010, cit. por Moura, 2015), que por sua vez constituem uma barreira para a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, no que respeita ao regime de exercício, dieta, cessação tabágica, gasto energético, medicação, gestão do *stress* e sexualidade (Loureiro, 2015). Ainda na fase de transição do pós-operatório, importa que o trabalho do enfermeiro incida sobre o regresso às atividades de vida diárias, como o regresso ao trabalho, a condução de veículos automóveis e a vida sexual (Mendes, 2009).

O suporte de cada indivíduo pode constituir um fator facilitador ou inibidor do processo de transição, originário do seio familiar ou da comunidade. Os prestadores de cuidados formais ou informais, assumem o papel de cuidar de forma direta e contínua, que

exige conhecimentos e habilidades, para além do processo de transição que vivem na adaptação ao novo papel da sua vida.

A facilitação do suporte encontra-se intrinsecamente ligado à ação de apoiar. Esta define-se pelo *“ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar”* (International Council of Nursing, 2014, p. 95) e vai de encontro à perspetiva dos participantes, quando referem que *o suporte é como um colo que (...) pode ser da família, de um prestador de cuidados ou de uma instituição* (E2, E5, E7, E10, E14).

A família tem um papel preponderante junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, pois para além de ser parte integrante do suporte, pode ser vista como um alvo de atenção. O processo de *envolver os prestadores de cuidados e pessoas significativas nos cuidados* (E1, E7, E14, E15), implica assumir o papel de prestador de cuidados definido pelo (International Council of Nursing, 2014, p. 65), como o

“interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente”.

A família, enquanto cuidadora, constitui um fator promotor da socialização da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. A promoção da socialização faz-se pelo comportamento social interativo, pelo participar em atividades sociais (International Council of Nursing, 2014) com recurso ao regresso ao trabalho, ao apoio institucional, isto é, da comunidade, que conduzirá ao *combate do isolamento, fazer com que os doentes saiam de casa, regressem á vida ativa, profissional e social* (E14, E15).

Neste sentido, surge a unidade da capacitação dos prestadores de cuidados, visto que *esta é extremamente importante! Não só na questão das competências* (E1, E6, E9, E15). Assim, é fundamental *envolver as pessoas significativas, trazê-las para junto do doente e a partir daí trabalhar a tríade, para aumentar a complementaridade quer na retenção de informação, quer na segurança* (E7). O processo de reabilitação não é diferente, uma vez que para os participantes *a reabilitação também devia apostar, envolver a família também no processo de reabilitação, porque depois quando os doentes forem para casa não chega só a reabilitação que nós lhes fazemos no hospital, deveriam continuar no domicílio* (E5).

Tal é considerado por Mendes (2009) que indica que, periodicamente, devem ser realizadas sessões de grupo envolvendo os doentes e os seus familiares, onde são abordados e discutidos vários temas relacionados com a doença aterosclerótica, o estilo de vida recomendado, a terapêutica farmacológica ou de revascularização, assim como aspetos de nutrição, sinais de alarme e situações de emergência. Neste sentido, importa que conheçam os sinais de alarme e as complicações características do pós-operatório da cirurgia cardíaca, que vão desde a febre, as complicações com a cicatrização da ferida cirúrgica e as repercussões respiratórias (Loureiro, 2015).

O suporte da comunidade, como fonte de apoio e meio de socialização, surge a partir do discurso dos entrevistados com a unidade da facilitação do suporte, nomeadamente, o apoio *dos cuidados de saúde primários, a existência de linha de apoio ligada diretamente ao serviço para esclarecimento de dúvidas, contactos de follow up* (E5, E7, E14) ou a orientação para *associações de doentes cardíacos* (E7). A unidade da facilitação de atividades recreativas vai de encontro às necessidades de socialização onde os participantes mencionam os grupos de pares como forma de *troca de ideias, troca experiências e acabam por se ajudar. Isso também é benéfico* (E5).

De acordo com Mendes (2009) a equipa de RC deverá promover periodicamente atividades ao ar livre, com tempos de confraternização, para que os doentes e os seus familiares experimentem atividades saudáveis que podem realizar no seu dia-a-dia e para poderem partilhar a sua forma de vivenciar a doença e de ultrapassar as dificuldades inerentes à sua situação clínica.

O envolvimento da tríade constituída pelo enfermeiro, doente e família/prestadores de cuidados constitui um fator promotor da transição para a nova condição. A partir desta ligação multidisciplinar surge a preparação do regresso a casa, que para os participantes deve *começar no dia em que entram no hospital para serem operados, porque idealmente era antes. Isso envolve o conhecimento acerca dos contextos de cada um. Ninguém se lembra de perguntar qual o apoio que vão ter antes da cirurgia* (E1, E5, E7, E9, E10, E13), *potenciando a adaptação à nova condição* (E1).

Por outro lado, a preparação do regresso a casa é fundamental pelo envolvimento dos prestadores de cuidados no processo de saúde/doença, pelo fornecimento de conhecimento e pela mobilização de recursos da comunidade. A articulação dos recursos entre hospital e o meio onde cada doente se insere faz parte do trabalho do enfermeiro, no sentido em que ele fornece o conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade

(Goodman, 1997; Savage e Grap, 1999, cit. por Macedo, Moreira e Moreira, 2012). A orientação dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca para grupos de RC aumenta a confiança através das comparações sociais, a camaradagem e promovem um meio de conhecimento sobre as limitações físicas e confiança no seu *“corpo com coração doente”* (Clark et al., 2005, cit. por Macedo, Moreira e Moreira, 2012, p. 18).

As pessoas significativas têm um papel preponderante no processo de transição que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca vive, pois elas constituem o conector entre a sociedade e o doente. Para o foco do suporte e, conseqüentemente, da socialização o enfermeiro serve-se da presença e do envolvimento do prestador de cuidados, para mobilizar os recursos que a comunidade dispõe e para a promoção da interação com pares, de familiares, amigos e vizinhos (Soares et al., 2008).

Recorrendo à figura abaixo podemos traduzir o processo apurado relativamente à categoria dissecada anteriormente.

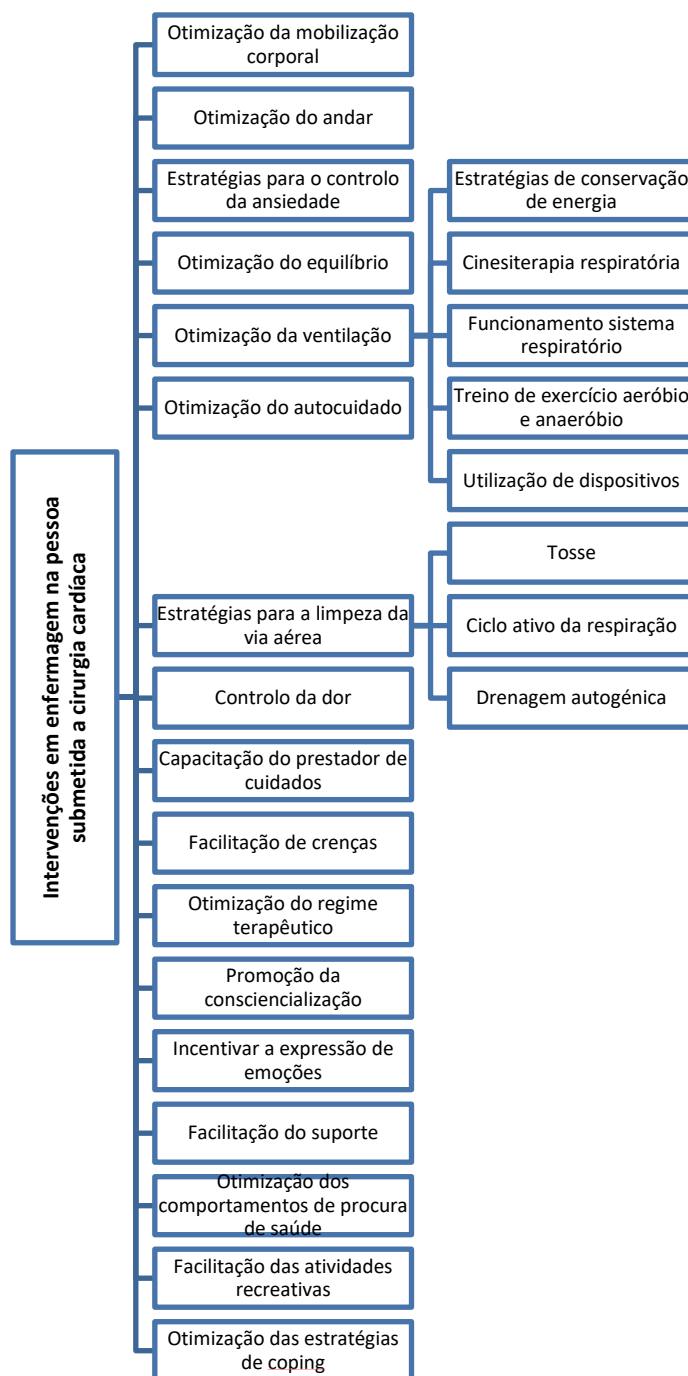


Figura 7: Intervenções em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca

Aquando da conceção do plano de cuidados e, simultaneamente, da prescrição das intervenções para cada indivíduo, assentes nas necessidades específicas que este apresenta, o enfermeiro estabelece um *timing* de intervenção específico. A categoria da ***frequência de implementação das intervenções em enfermagem de reabilitação na***

pessoa submetida a cirurgia cardíaca visa responder às necessidades de cada doente, por forma a rentabilizar ao máximo a sua capacidade cardiovascular e funcional – *ajustadas às necessidades, ajustado conforme a tolerância de cada doente, planos individualizados* (E5, E6, E7, E9).

A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação estende-se por uma perspetiva horizontal, ou seja, inicia-se no pré-operatório até ao processo de recuperação estar completo. No pré-operatório, os indivíduos devem ter pelo menos uma consulta de preparação, com uma componente individual e outra de grupo, pois para os participantes *no pré no mínimo uma consulta. Em termos ideais, várias consultas de preparação, 4 a 6 semanas antes da cirurgia* (E5, E7, E8, E14, E15).

A preparação cirúrgica pelo Enfermeiro de Reabilitação, para Leguisamo, Kalil e Furlani (2005) deve começar no mínimo quinze dias antes da cirurgia, com a realização de um encontro semanal e individual para controlo e orientação dos exercícios ventilatórios, incluindo no mínimo duas sessões. Por sua vez, estudos na área dos transplantes cardíacos aconselham a reabilitação incluída em programas de pré e pós-transplante (Solchaga e Fráguas, 2006, cit. por Loureiro, 2015).

No pós-operatório, a RC deve começar após as primeiras doze a vinte e quatro horas, com uma frequência de duas a três vezes por dia, geralmente com duração de cinco a dez dias (Micaelo et al., 2011). Para a European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (2010) o processo de reabilitação deve começar precocemente, no hospital, com duração de duas a quatro semanas, enquanto Kawauché (2013, cit. por Loureiro, 2015) é mais específico, ao referir que as intervenções dos programas de reabilitação devem ter início ainda na fase intra-hospitalar, logo após a extubação, até à alta hospitalar.

Em regime de internamento, logo após a cirurgia, os participantes estabelecem que a reabilitação deve iniciar-se o mais cedo possível, com carácter diário e ao longo do dia, onde trabalho deve ser desenvolvido *todos os dias, a reabilitação devia ser contínua e dependente do estado de saúde do paciente. Ao longo do dia, isto é, não deveria estar presente apenas de manhã, mas de tarde também* (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E14, E15).

Estes especificam que as intervenções junto dos doentes devem ser executadas quatro a seis vezes por dia, ao longo do turno da manhã e da tarde. O Enfermeiro de Reabilitação deve implementar as suas intervenções *4 ou 5 períodos de uma sequência de*

6 a 10 entre o trabalho respiratório e o trabalho de membros (E10), três vezes de manhã, três vezes de tarde a cada doente, no mínimo (E5) ou no mínimo 5 vezes por dia, ir repartindo as intervenções pode ser importante para aumentar a concentração (E7, E15). No que respeita ao número de repetições, estas podem ser ajustadas de acordo com a tolerância ao exercício, no entanto, devem ter como referências as dez a quinze repetições com fadiga moderada (Rocha, 2010).

Após o regresso a casa os participantes no estudo mencionam que devem ser realizadas consultas de follow-up, sejam presenciais ou telefónicas. O *follow-up do doente que teve alta devia fazer-se via telefone e com consulta presencial. É importante saber como está a ser o depois da alta, quais foram as dúvidas, mostrar que o hospital não se esqueceu das pessoas, não as abandonou* (E1, E5, E7, E14, E15). O acompanhamento dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, por meio de uma consulta, seria um meio ideal para esclarecer dúvidas, identificar necessidades e crenças e compreender os apoios existentes para o processo de reabilitação (Macedo, Moreira e Moreira, 2012). Ainda assim, Kleinpell e Avitall sugerem o uso da “telesaúde” como estratégia de monitorização do pós-operatório, após o regresso a casa, e na deteção precoce de complicações (2006, cit. por Macedo, Moreira e Moreira, 2012).

De modo a expor anterior apresentamos a figura seguinte.

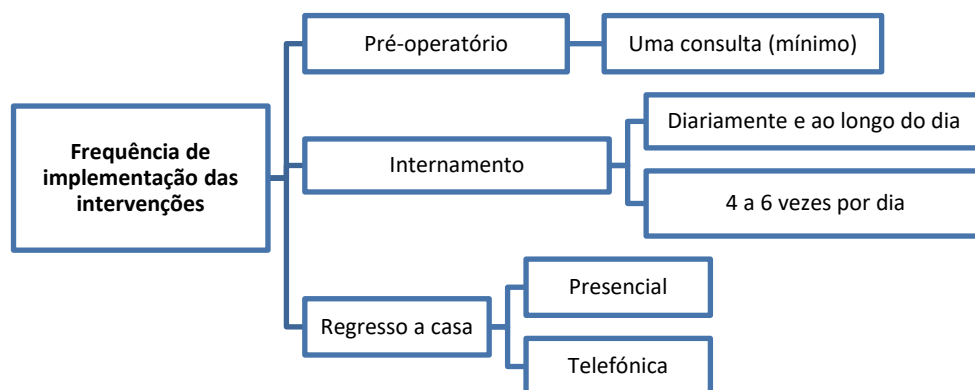


Figura 8: Frequência de implementação das intervenções em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca

3.6 Constrangimentos em Enfermagem de Reabilitação

A compreensão das competências regulamentadas para o EEER permite que haja uma reflexão acerca do papel deste na satisfação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, bem como dos constrangimentos que possam ter na sua prática. Esta tríade estabelecida entre as necessidades, as competências e os constrangimentos assume uma relação de interdependência, na medida em que a satisfação das necessidades depende da capacidade e oportunidade que os enfermeiros têm para desempenhar as suas competências no seu exponencial máximo, ainda que possam ser condicionadas por constrangimentos passíveis de surgir ao longo do processo de cuidados.

Quando os participantes no estudo identificam as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e, posteriormente, prescrevem intervenções, integram estas atividades nas competências do EEER e, ainda advogam que estas *não são satisfeitas, falta muita coisa, apesar das pessoas não o reconhecerem, pois não conhecem outra realidade, a reabilitação é uma coisa tão mais complexa* (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E14, E15), *falta conseguir ter um programa de reabilitação efetivo que vá além daquilo que os enfermeiros generalistas fazem* (E12).

A capacidade para reconhecer e intervir em aspetos psicossociais, que tem um papel preponderante nos processos de adaptação e de transição saúde/doença (Diário da República, 2011), permite obter uma maior qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade, maximizando os diferentes recursos da comunidade. O papel do enfermeiro especialista, para os participantes, tem por fim último objetivar a *melhor qualidade de vida possível* (E1, E6, E9, E14, E15), passível de se obter *pelo treino dos autocuidados e atividades de vida diária* (E1, E2, E5, E12, E13, E14) e, sobretudo, pelo *envolvimento das pessoas significativas ou prestadores de cuidados de cada doente, ou seja, as fontes de apoio, segurança e incentivo* (E1, E7, E14, E15).

A capacidade de se sentir apoiado depende em parte do suporte que o indivíduo tem para viver o seu processo de transição e da interação que estabelece com a comunidade. À semelhança do que regulam as competências do EEER quanto às questões da inclusão social, cujo papel do profissional visa otimização dos recursos do cliente, família e adoção de estratégias de discriminação positiva para os clientes mais fragilizados (Diário da República, 2011), os entrevistados no estudo relevam a importância de *combater o isolamento, fazer com que os doentes saiam de casa, convivam com outras pessoas e pares. Não se refugiem na condição de doentes, de cardíacos* (E9, E14, E15).

A sobreposição entre as competências reguladas pela legislação e as referidas pelos participantes permite compreender o modo como as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca são satisfeitas. Neste sentido, para os entrevistados *as necessidades dos doentes ficam muito aquém de serem satisfeitas* (E2, E5), visto existirem um conjunto de constrangimentos que impeçam o desempenho das competências dos EEER na sua plenitude e que potenciem o défice de satisfação das necessidades.

A partir do discurso dos entrevistados compreende-se que a carência da resposta às necessidades do grupo de indivíduos em estudo, se deve ao défice de formação dos profissionais, pois *falta formação. O conceito de reabilitação tem de ser verdadeiramente descortinado e, sairmos da premissa da cinesiterapia como resolução para tudo* (E2, E3, E5, E9, E14, E15). Aquando da formação ministrada no decorrer do curso de pós-licenciatura em enfermagem de reabilitação, consideram que *os conteúdos que aprendemos ficam aquém das necessidades, a parte cardíaca é pouco explorada. Seria necessário investir, estes doentes têm muitas especificidades. Devíamos ter cadeiras específicas da reabilitação cardíaca, com peritos e sobretudo formação para pensar enquanto enfermeiros* (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E15).

Ainda nesta linha de pensamento, os participantes advogam a importância dos restantes membros da equipa interdisciplinar deterem formação específica do trabalho com o doente cardíaco, no sentido de *potenciar os cuidados e trabalharmos em conjunto com os colegas dos cuidados gerais* (E9). Os défices de formação trazem consequências negativas na avaliação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, dado que *falta parar para pensar e olhar para o doente como um todo e perceber quais as necessidades que cada um tem e não as necessidades que os enfermeiros acham que eles têm* (E2, E6, E14, E15), apesar de existir uma *complexidade de necessidades* (E1, 10, E11) que dificulta a sua identificação. Neste sentido, os participantes advogam a importância de basear as suas intervenções a partir das necessidades e dos contextos de cada um, atendendo às suas comorbilidades e idade, ou seja, o *conhecimento deverá assentar nas necessidades reais dos doentes decorrentes da fisiopatologia, das comorbilidades e implicações dos diferentes tipos de tratamentos, podendo ser influenciados e prejudicados pelo fator idade e condição da pessoa* (E4, E7, E9).

A inexistência de rócios de enfermeiros especialistas adequados constitui um constrangimento, visto que *faltam enfermeiros especialistas de reabilitação, para que se possa dar uma resposta efetiva* (E2, E7, E13, E15). Os participantes também relevam a motivação dos profissionais, pois *falta muita motivação para fazer mais e melhor, para*

investigar. Não há qualquer incentivo monetário ou de reforço positivo pelo trabalho (E4, E12). A escassez de recursos influencia a preparação cirúrgica da pessoa, além do que Erdmann et al. (2013) referem que os principais constrangimentos se prendem com a falta de camas, de equipamentos e profissionais, que geram listas de espera e repercussões negativas para os doentes.

O trabalho da equipa de enfermagem, especificamente do EEER, para os participantes, dever-se-ia iniciar no pré-operatório, pois consideram que *a inexistência de uma consulta de pré-operatório, é um grande constrangimento para a satisfação das necessidades* (E1, E12). O *ideal seria começar a preparação no pré-operatório, para identificar as necessidades e ter margem de intervenção* (E5, E9, E7, E14, E15) e para isso, preveem estabelecer o contacto *sem dúvida em mais de que uma sessão!* (E9, E7, E15) e com sessões de carácter *individual em que a atenção incide diretamente em determinado doente e se identificam as necessidades específicas e em grupo para se trabalharem questões transversais a todos* (E2, E5, E13, E14).

No estudo de Leguisamo, Kalil e Furlani (2005), cujo objetivo versava o estabelecimento da efetividade de um programa de reabilitação, através da redução do tempo de internamento hospitalar e prevenção de complicações, concluíam que os clientes do grupo de intervenção (submetidos ao programa de reabilitação) apresentaram uma redução do tempo de internamento de 3 dias, comparativamente com o grupo de controlo. A redução do tempo de internamento foi também verificada por Stein e Cessara (1970) e Semanoff et al. (1981) que relatam que a mesma foi atingida através de duas ou mais sessões de reabilitação, incluindo exercícios ventilatórios, tosse, mobilização precoce e preparação sobre o processo cirúrgico e possíveis alterações na condição de saúde no pós-operatório (cit. por Leguisamo, Kalil e Furlani, 2005).

A pessoa submetida a cirurgia cardíaca, pela sua individualidade, apresenta características específicas que condicionam a satisfação das suas necessidades. Assim, a partir do discurso dos participantes surge o estigma do doente submetido a cirurgia cardíaca na condição de constrangimento para a satisfação das necessidades, na medida em que *o estigma deveria ser desmistificado... o ser doente cardíaco que não pode fazer esforço ou sair de casa, que para a sociedade e para si mesmo é alvo de pena* (E9, E14, E15). As expectativas face à cirurgia é outro dos constrangimentos que os participantes ressaltam, visto ser necessário realizar um *ajuste das expectativas dos doentes. Vive-se a dualidade entre aquilo que os doentes não o sabem que esperar ou, então, esperam coisas*

completamente desajustadas. Se elas não forem devidamente balizadas (...) condiciona a satisfação do doente e o chegar àquilo que se pretendia (E7, E10, E15).

De modo a tornar mais explícito o processo anterior estruturamos a representação do descrito na figura abaixo.

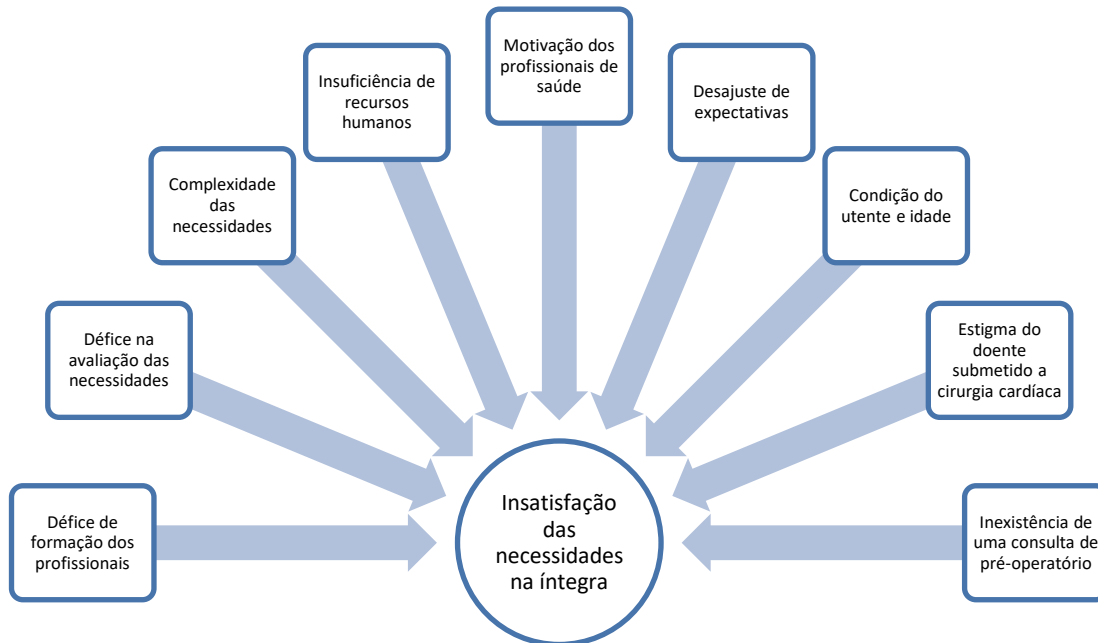


Figura 9: Constrangimentos em Enfermagem de Reabilitação

CONCLUSÕES

A evolução demográfica tende para o envelhecimento, de forma genérica, nos países desenvolvidos, o que se repercute no aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, num crescente número de doenças crónicas. Neste sentido, as doenças cardiovasculares assumem-se como a principal causa de morte em países industrializados, ainda que este número esteja a diminuir de forma progressiva. Em contrapartida, o número de doentes cardiovasculares está a aumentar graças ao aumento da longevidade de vida e da melhoria da resposta dos tratamentos e das mudanças nos estilos de vida (CNDC, 2009).

A cirurgia cardíaca surge como forma de tratamento, quando a qualidade de vida de vida se encontra afetada de forma veemente e os tratamentos menos invasivos não são capazes de responder, eficazmente, às necessidades de cada pessoa. A cirurgia corresponde a uma oportunidade para o prolongamento da vida, a melhoria da qualidade de vida, o aumento da capacidade para realizar atividades e a ausência de dor (Ferreira et al., 2008).

A incapacidade e a diminuição da qualidade de vida, associada às doenças cardiovasculares crónicas ou à recuperação após cirurgia, facilita a existência da RC, como forma de promover a autonomia e independência, para além de melhorar os índices de bem-estar e qualidade de vida (Ferreira et al., 2008; Gonçalves et al., 2006; Shepherd e While, 2012; Soares et al., 2008; Tavares et al., 2013).

Para os participantes no estudo, a RC assenta em cuidados voltados para as necessidades, no sentido de lhes dar resposta, independentemente da sua etiologia. As necessidades que as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca apresentam podem ser fisiológicas, psicológicas, emocionais, económicas, espirituais, informacionais ou de autonomia e têm um carácter transversal, uma vez que são comuns às diferentes gerações. Esta particularidade, permite que a RC acompanhe os indivíduos ao longo do ciclo vital, num *continuum*, visto dirigir-se a doentes em fase aguda, crónica ou em situação paliativa (Balady et al., 2007).

A RC assenta na premissa da resposta às necessidades de uma população tendo por

objetivo o desenvolvimento e manutenção de um nível satisfatório das condições físicas, mentais e sociais da pessoa, assegurando o regresso a uma vida ativa e produtiva da melhor forma possível, após um evento cardíaco. Pode ser definida como processo de restauração e/ou ciência para restituir as capacidades vitais, compatíveis com a CF do coração (Fardy, Yanowitz e Wilson, 1998).

Os programas de RC vão de encontro às necessidades multifatoriais dos doentes, assumindo uma equipa de intervenção com diversas categorias profissionais. Deste modo, a complexidade e multiplicidade das intervenções requeridas implicam, uma avaliação multidisciplinar, onde se incluem cardiologistas, fisiatras, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais (Rocha, 2010).

Quando questionados acerca do conceito de RC, os participantes não conseguiram definir, de forma clara e objetiva, o conceito em estudo. Neste sentido, para a questão da definição enumeram o tipo de necessidades, o alvo e os objetivos da reabilitação dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca. A dificuldade em explicar o conceito, de acordo com o preconizado pela bibliografia, pode constituir o reflexo de uma formação específica pouco voltada para a reabilitação da pessoa com patologia cardíaca de forma genérica.

Os cuidados da reabilitação voltam o seu foco de atenção para o cliente e a família ou pessoas significativas. Simultaneamente, a relação estabelecida pela tríade (enfermeiro, doente e pessoas significativas) assenta no empoderamento, ou seja, na capacitação das pessoas e prestador de cuidados por via do conhecimento e desenvolvimento de competências, para que sejam capazes de fazer uma transição saudável para a nova condição de saúde.

No seu estudo, Frederix et al. (2015), tentou perceber a eficácia de um programa de telereabilitação em doentes com diferentes tipos de tratamento de doença coronária, independentemente das comorbilidades, idade ou tipo de tratamento. Para o efeito, agrupou os indivíduos em três grupos, um de doentes que tiveram um evento coronário agudo, cujo tratamento foi por abordagem percutânea; o segundo englobou insuficientes cardíacos com fração de ejeção reduzida ou preservada; e, por último, participantes com tratamento através da cirurgia cardíaca, recorrendo a plastia ou substituição de válvulas e reparação de problemas congénitos. Deste modo percebemos que o alvo em RC não se restringe a uma patologia *per si*, no entanto a uma variabilidade destas. Por outro lado, as contraindicações prendem-se sobretudo com a presença de angina instável, IC descompensada, estenose aórtica severa e DSFVE, miocardite ou pericardite ativa,

disritmias complexas não controladas, PA não controlada em repouso, hipotensão ortostática sintomática e infecção ativa/sépsis ou febre, entre outras.

A mudança do paradigma do trabalho em exclusividade com o doente com patologia cardíaca, para o envolvimento dos familiares ou pessoas significativas foi estudado por Robinson e Barnett (2012), quando investigaram prestadores de cuidados, no sentido de identificar as suas necessidades efetivas e o impacto que o assumir do novo papel lhes trouxe às suas vidas. No que respeita, especificamente, ao papel dos prestadores de cuidados a intervenção dos enfermeiros tem especial importância, nomeadamente, na preparação do regresso a casa do doente e dos conhecimentos e competências necessárias para a melhor recuperação no domicílio (Robinson e Barnett, 2012; Spyropoulos et al., 2011).

No que respeita ao alvo da RC, os participantes conseguem defini-lo rapidamente, de forma clara e objetiva. Ainda assim, nenhum deles estabeleceu a população de forma criteriosa, ou seja, não enumeram grupos de doentes capazes de participar nos programas ou quais os critérios de inclusão ou exclusão passíveis de ser aplicáveis aos doentes referenciados para a RC e, especificamente, dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca.

No seu cerne, a RC desenvolve-se junto dos doentes e dos seus familiares, de forma a auxiliá-los a viver com a doença (Mendes, 2009) e contempla um processo educativo, que sustenta as suas intervenções no empoderamento dos indivíduos, no sentido de fortalecer os conhecimentos sobre questões como a fisiopatologia da doença, as implicações nas atividades de vida diárias, na atividade sexual e laboral. Por outro lado, visa o desenvolvimento de competências que tornem os doentes capazes de aderir e gerir o regime medicamentoso, de exercício ou alimentar, bem como constituir um estímulo para a adoção de estilos de vida saudáveis (Loureiro, 2015).

O princípio de que o tratamento de qualquer patologia cardíaca tinha como base a imobilidade encontra-se em desuso, pelo aparecimento do conceito de RC, que no seu processo de implementação atravessa várias etapas. Neste sentido, realiza uma avaliação inicial do indivíduo e dos riscos a que este se encontra sujeito, incluindo uma intervenção focada nas necessidades apresentadas (Loureiro, 2015). Os programas de RC servem-se de uma intervenção multidimensional, de longa duração, que envolve a prescrição de um programa de exercício, a identificação e intervenção sobre os FRCV, a educação e o aconselhamento (Wenger et al., 1995).

O conceito em estudo aplica-se desde que se reúna a estabilidade clínica do indivíduo, podendo, portanto, haver uma divisão em diferentes fases dos programas de reabilitação. Deste modo, organizam-se pela fase I, durante o internamento; a fase II no *timing* intermédio após a alta hospitalar e até à aquisição de competências; e a fase III de exercício e autogestão, onde o contacto do doente com o profissional se faz por iniciativa do primeiro. Ainda assim, em fases mais precoces a RC é comprometida pela condição socioeconómica do indivíduo, desfavorável a alguns utentes, que por viverem longe da instituição especializada e dependerem de transporte, abandonam o programa (CNDC, 2009).

As características que os participantes definem como sendo integradoras do conceito de RC vão de encontro ao descrito pela literatura. As questões que se prendem com a finalidade e os constrangimentos para a participação em programas de reabilitação não são especificadas. Neste sentido, a rede de centros de RC em Portugal é parca (CNDC, 2009), ainda assim, os entrevistados, ao longo do seu discurso, tendem em não refletir sobre quais serão os constrangimentos do quotidiano ou as causas das baixas taxas de adesão aos programas de reabilitação.

A identificação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca assume-se como o pilar do estudo, na medida em que estas são identificadas, formuladas sob a forma de focos e respondidas por intervenções específicas de enfermagem de reabilitação. Ainda que com níveis de importância e de prioridade diferentes, estando portanto hierarquizadas, as necessidades são mencionadas e agrupadas pelos participantes, de acordo com as suas características.

A qualidade de vida ao constituir um dos principais objetivos da RC encontra-se comprometida pela presença das necessidades fisiológicas, que se prendem com alterações dos processos corporais manifestados pelos sinais e sintomas da doença. À semelhança do que referem os participantes, Soares et al. (2008) relatam que as necessidades existentes no pré-operatório se mantêm ou até agudizam após a cirurgia.

As necessidades fisiológicas visam a alterações de sistemas orgânicos que comprometem um conjunto de competências inerentes ao Homem. Tal sucede, na medida em que este apresenta dispneia, fadiga, intolerância à atividade, sendo focos para os quais o enfermeiro tem um leque de intervenções capazes de melhorar a resposta ao esforço, nomeadamente, no que respeita aos exercícios de controlo do padrão respiratório e aos mecanismos de compensação de energia. Curiosamente os entrevistados indicam que as

necessidades fisiológicas são as mais veementes, ou mesmo, mais frequentemente presentes, mas quando questionados sobre os focos de atenção do EEER associados a esta área (gestão de sinais e sintomas e prevenção de complicações), as suas respostas são escassas.

No seu estudo de investigação, Macedo, Moreira e Moreira (2012) questionaram doentes submetidos a cirurgia cardíaca sobre as suas principais preocupações após o regresso a casa e obtiveram a dificuldade respiratória e o cansaço/fadiga na realização de atividades, como as mais frequentes. Sobem no nível de especificidade ao referir que a partir das respostas dos inquiridos por via telefónica, no período entre os 7 e os 14 dias após a alta, 29% da amostra referiu que a dispneia constituía uma preocupação.

A reflexão acerca das competências do EEER impele para questões relacionadas com o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades juntos dos doentes. Deste modo, constituindo o controlo sintomático um dos objetivos da RC, necessidades como a confusão, a alteração de memória, a dor, a limpeza das vias aéreas, o edema e o equilíbrio carecem de intervenção diferenciada por parte do enfermeiro. A tosse como estratégia para assegurar a permeabilidade da via aérea constitui um foco de atenção dos enfermeiros, a par de outras estratégias capazes de mobilizar as secreções.

O foco mais referido no cerne das necessidades fisiológicas remonta para a dor, dado ter um caráter transversal. Soares et al. (2008) e Erdmann et al. (2013) fazem a distinção dos momentos e origem da dor, à semelhança do que os participantes referem, uma vez que ela está presente no pré e no pós-operatório, ainda que associada a diferentes etiologias e características, de acordo com o estadio em que o cliente se encontra.

Neste sentido, Dantas e Aguillar (2001) referem que a presença de dor no pós-operatório resulta da secção dos nervos intercostais ao longo do trajeto da incisão e pela irritação da pleura devido à presença de drenos torácicos. A dor torácica traz implicações sob o ponto de vista funcional, nomeadamente, no desenvolvimento de movimentos respiratórios amplos, tossir ou em encontrar posições confortáveis para induzir e manter o sono.

Ainda no âmbito das necessidades fisiológicas, a literatura ressalva as alterações no apetite e no padrão de sono como necessidades dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, no entanto, os participantes não as referem ao longo do seu discurso. Elencam a obesidade e o edema como fatores condicionantes de questões que se prendem com a autonomia, mas não as consideram como necessidades dos doentes e para as quais tenham

uma intervenção autónoma eficaz, ao invés do que é advogado pela consulta bibliográfica realizada. Estudos indicam que os doentes identificam o edema como uma necessidade a ser satisfeita (Baggio, Teixeira e Portella, 2001; Delgado, 2014; Ferreira et al., 2008)

A promoção da socialização constitui outra das competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, pelo que as intervenções se situam no âmbito da inclusão social, da facilitação do suporte, trazendo repercussões ao nível das necessidades emocionais, psicológicas, sociais e de suporte. Estas necessidades interligam-se na medida em que fenómenos psicológicos como ansiedade, tristeza, desilusão e depressão têm impacto nas necessidades emocionais, nomeadamente, no que respeita ao medo, insegurança, alterações da autoimagem, autoestima e da sexualidade e as experiências com pessoas significativas.

Assim, a par da equipa de enfermagem, a família ou pessoas significativas constituem um pilar no processo de RC, visto ser através deles que o doente mantém uma relação familiar, com vizinhos e amigos, para além da socialização em atividades de grupo (Soares et al., 2008). O suporte social combate ativamente os sentimentos de isolamento social, consequência da condição de saúde e das múltiplas comorbilidades (Ivany e While, 2013). O sentimento de apoio e segurança que o suporte confere ao doente, permite-lhe uma melhoria nos seus padrões de qualidade de vida, constituindo uma forma de responder às suas necessidades emocionais e psicológicas.

O enfermeiro ao intervir pela via da socialização, pelo envolvimento da família e significativos e pela maximização da funcionalidade, através da participação social e o exercício pleno da cidadania, combate as necessidades sociais e de suporte, que os entrevistados identificam como sendo o isolamento e o suporte familiar e da comunidade, gerando repercussões positivas na interação com os pares.

Numa lógica de relação entre os diferentes tipos de necessidades e competências específicas dos EEER, as necessidades de autonomia, descritas como sendo alterações no autocuidado, nas atividades domésticas, da capacidade de trabalho, perda de autonomia e o andar refletem-se nas necessidades psicológicas, emocionais e sociais, tal como atesta Soares et al. (2008). A promoção da autonomia através de estratégias adaptativas ou equipamentos, que facilitem a vivência da pessoa, assentam no empoderamento e respeito pela tomada de decisão de cada indivíduo.

O desempenho do autocuidado e o retomar das atividades de vida diárias, ainda que de forma reajustada à CF, torna a pessoa submetida a cirúrgica cardíaca capaz de se

gerir e ser autossuficiente. Pelo ponto de vista da transição que experiência com a cirurgia fá-la sentir-se envolvida no seu processo de saúde/doença e de reabilitação e, conseqüentemente, minimiza o impacto negativo que a doença tem na sua dimensão psicológica e emocional.

A capacidade de conceber e planejar intervenções diferenciadas, ao ser um dos pontos que distingue o EEER do enfermeiro de cuidados gerais, reconhece-lhe a habilidade de identificar as necessidades de cada pessoa de forma exaustiva, facilitando a intervenção plena das suas competências (Diário da República, 2011).

Os participantes no estudo consideram que as necessidades informacionais se prendem com o conhecimento sobre o processo cirúrgico e de saúde, a gestão do regime (terapêutico, exercício e alimentação), as estratégias de otimização da dor e dos autocuidados, o processo de reabilitação, o estigma do doente cardíaco e as expectativas face à cirurgia.

A compreensão de questões que se prendem com o quotidiano de cada indivíduo é fundamental, especialmente no que diz respeito à gestão da terapêutica, à atividade física, à nutrição, à ferida cirúrgica, à dor, à sintomatologia e aos sentimentos, devendo ser considerados no processo de reabilitação da cirurgia cardíaca (Spyropoulos et al., 2011). Neste sentido, é através das competências que o enfermeiro dispõe, que lhe permite ensinar/capacitar os doentes, de forma a melhorar a qualidade de vida e a autonomia destes (Soares et al., 2008).

Ao longo da revisão da bibliografia foram várias as referências à importância da construção de uma consulta no pré-operatório, estruturada e sistematizada. A orientação do profissional de enfermagem, nesta etapa do processo cirúrgico, deverá objetivar as interrogações do cliente, provendo-o das informações necessárias e elucidando-o acerca das possíveis situações a serem vivenciadas. De acordo com Baggio, Teixeira e Portella (2001) várias complicações pós-operatórias poderão ser minimizadas ou evitadas, através do processo educativo no período pré-operatório. Além deste facto, indicam que a inclusão deste momento na preparação do utente e família, diminui os níveis de ansiedade e aumenta o grau de pro-atividade e participação do utente, na construção do seu projeto de saúde.

Conseqüentemente, a conceção de cuidados requer do enfermeiro conhecimentos e habilidades específicos na área, bem como a compreensão e saber sobre as possíveis necessidades da pessoa, nas suas vertentes. Para tal, a existência de uma consulta no pré-

operatório é fulcral onde a *“a atenção, a confiança e apoio desenvolvidos entre o enfermeiro e o paciente constituem o fundamento do vínculo enfermeiro/paciente.”* (Baggio, Teixeira e Portella, 2001, p. 123).

No seguimento do citado, de acordo com Baggio, Teixeira e Portella (2001), as preocupações mais frequentes do indivíduo recaem no conhecimento sobre o processo cirúrgico e possíveis sequelas à posteriori. Neste sentido, a ansiedade pré-operatória pode ser considerada como uma resposta antecipada a uma experiência que a pessoa pode perceber como sendo ameaçadora para o seu papel como cidadão, na sua integridade corporal, ou seja, no desempenho de todos os papéis na sua vida.

À luz do exposto, é fulcral que o enfermeiro reconheça as necessidades educacionais da pessoa, de acordo com as suas perceções, expectativas, direcionando a orientação consoante as suas particularidades e com a sua capacidade de assimilar a informação. Por este motivo, a avaliação da quantidade de informação a fornecer, de acordo com a pessoa é importante, para não aumentar os níveis de ansiedade pré-existentes.

Para as necessidades psicológicas, emocionais e de suporte, questões como conhecimento sobre o processo cirúrgico, de saúde e de reabilitação, as expectativas face à cirurgia e o estigma do doente cardíaco constituem-se como estratégias para a melhoria dos focos no cerne das mesmas. Enquanto a gestão do regime e a otimização do autocuidado, visam a competência da promoção da autonomia e confluem como intervenções capazes de colmatar parte das necessidades de autonomia, a otimização da dor, associada a outro tipo de estratégias, melhora a qualidade de vida dos doentes e oferece respostas às necessidades fisiológicas decorrentes do processo de doença.

No domínio das necessidades que se prendem com a psique, os EEER são capazes de as identificar, no entanto quando propõem intervenções capazes de dar respostas às carências dos indivíduos, estas escasseiam ou são vagas.

Na dimensão do conhecimento sobre o processo cirúrgico emerge a prevenção de complicações e sinais de alarme, associadas pelos participantes, sobretudo, às complicações respiratórias e com a ferida cirúrgica. Para esta, os enfermeiros têm o dever de detetar o mais precocemente possíveis situações de risco e supervisionar as mesmas, com o objetivo último de responsabilizar o indivíduo para comportamentos de autovigilância e de procura de saúde – *empowerment*.

As necessidades espirituais, para os participantes, são dificultadas pelas estruturas hospitalares e, assim como as económicas, assumem-se como um desafio para o enfermeiro na mobilização de recursos e na criação de mecanismos compensatórios. A satisfação destas é contemplada no regulamento do exercício de competências do EEER, nomeadamente, no que respeita à promoção do bem-estar e da satisfação do cliente (Diário da República, 2011). Neste sentido, os participantes no estudo reconhecem a espiritualidade enquanto necessidade, contudo, não referem as intervenções que podem implementar de forma a satisfazer este grupo de necessidades.

Os programas de reabilitação, ao definirem objetivos específicos para os doentes cardíacos, vão de encontro ao papel do EEER, dado terem um caráter contínuo e transversal, acompanhando a pessoa nas diferentes transições que vão vivendo. Estes visam manter ou melhorar a CF, prevenir complicações e incapacidades, melhorar as funções residuais, melhorar os níveis de independência para as atividades de vida diárias e o minimizar o impacto dos *handicaps*.

Ainda que não referido pelos entrevistados, os programas de reabilitação contemplam a fase II, que se inicia duas a três semanas após a alta hospitalar, estendendo-se ao longo de seis a doze semanas, em regime de ambulatório (Micaelo et al., 2011). A duração de cada sessão de trabalho varia entre os 30 e os 45 minutos, duas a cinco vezes por semana (Hsieh et al., 2013, cit. por Loureiro, 2015). A fase III compreende o mesmo tipo de exercícios da fase dois ou o ajuste para atividades físicas que motivem os doentes, com a diminuição do nível de supervisão, sendo que se estendem ao longo de quatro a seis meses, ou ao longo da vida (Micaelo et al., 2011).

Avançando no grau de complexidade e de diferenciação a prescrição de EF não é consensual e como tal é vital a avaliação clínica cuidadosa, considerando em todas as situações, a individualidade do cliente, os seus objetivos, preferências e adesão ao regime (Piepoli et al., 2011). Deste modo, o treino de resistência aeróbia, contínuo ou intervalado, contempla dois níveis de intensidade: moderado e elevado. Esta modalidade permite ao cliente a realização de sessões prolongadas, entre 45 a 60 minutos, estando descrita como a mais eficaz e eficiente tipologia de treino (McMurray et al., 2012, cit. por Delgado, 2014). Sendo de fácil realização, esta modalidade pode ser executada em passadeira ou ciclo ergómetro, aplicada a utentes com descondicionamento físico, desde que adaptada a intensidade. Para tal, a evolução nesta tipologia de exercício começa pelo aumento do tempo de cada sessão, para que se possa aumentar o número de sessões à posteriori,

almejando os 20 a 60 minutos por sessão, 3 a 5 dias por semana, com intensidade de moderada a elevada (Delgado, 2014).

O treino aeróbio intervalado é considerado mais efetivo que o contínuo, no que respeita ao aumento da capacidade física para o EF. Para tal, o utente deverá alternar momentos de exercício de moderada a elevada intensidade, com outros de recuperação, constituídos por exercício de baixa intensidade ou mesmo repouso, consoante tolerância. Dentro do treino intervalado inserem-se duas categorias: alta e baixa intensidade. A primeira é habitualmente realizada em passadeira, com um período de aquecimento e relaxamento de 5 a 10 minutos cada e posteriormente treino de 4 blocos de 4 minutos em alta intensidade intercalados com blocos de recuperação de 3 minutos em baixa intensidade. Os treinos de baixa intensidade são efetuados, habitualmente, num ciclo ergómetro, com blocos de treino e de recuperação de 30 a 60 segundos, perfazendo 15 a 30 minutos de exercício (Delgado, 2014).

O treino de força e resistência, ou anaeróbio, contempla a realização de exercícios de contração muscular resistida, nomeadamente através da colocação de pesos. Esta tipologia de exercício promove o fortalecimento muscular e incremento muscular e ósseo, prevenindo a síndrome de desgaste/desuso associado ao repouso. Atualmente, esta modalidade de treino não apresenta evidência semelhante à anteriormente descrita, no entanto é igualmente advogada, principalmente pelos fatores associados ao aparecimento da patologia cardíaca, como por exemplo o envelhecimento. Assim, são aconselhadas 2 a 3 sessões semanais, devendo existir evolução na intensidade de cada sessão, mas não no seu número (Delgado, 2014).

O treino respiratório, através do fortalecimento da musculatura respiratória, promove a capacidade para a realização do EF, devendo o programa contemplar 8 semanas. Para este tipo de treino poder-se-ão utilizar diversos dispositivos, desde o espirómetro de incentivo, até métodos de *biofeedback* associados a software computadorizado específico (Delgado, 2014).

Por fim, uma vez que um dos principais objetivos da integração do doente cardíaco em um programa de reabilitação, seja em regime hospitalar ou de ambulatório, é a melhoria da CF, com conseqüente aperfeiçoamento do desempenho das atividades de vida diárias, percebemos que o programa de treino deva incluir uma combinação de exercícios aeróbios e anaeróbios, com otimização das estratégias para o autocuidado, numa

frequência e intensidade definidas a partir da tolerância do cliente e objetivos determinados pela diáde e baseados nas suas necessidades reais.

No que respeita aos diferentes programas de reabilitação analisados, estes apresentam um tronco comum, no que respeita às intervenções de enfermagem, passíveis de serem aplicadas à pessoa submetida a cirúrgica cardíaca, dado que as patologias que integram os diferentes programas estão na base da indicação cirúrgica. A par desta particularidade, importa ressaltar que o tratamento cirúrgico, em grande parte das situações, têm um carácter paliativo e não curativo, não constituindo, assim, a solução da totalidade dos problemas apresentados pelas pessoas. Aquando da operacionalização das intervenções, os programas e artigos consultados não são uníssonos, considerando *timings*, frequências e duração das intervenções díspares (ACMS, 2016; Delgado, 2014; Ferreira et al., 2008; Loureiro, 2015; Piepoli et al., 2010).

A partir da literatura consultada compreende-se que não existem programas estruturados para a fase I da RC, que corresponde ao momento em que os doentes se encontram internados, evidenciando a grande lacuna existente em Portugal, neste setor. No contexto de internamento no perioperatório da cirurgia cardíaca, não existem programas de RC estruturados, pelo que o trabalho desenvolvido na área da reabilitação com este grupo de doentes assenta, essencialmente, na componente respiratória, através da cinesiterapia. Na prática clínica vive-se o paradigma do exercício, nomeadamente, o respiratório como terapêutica exclusiva, em detrimento de planos complexos assentes na combinação entre a recuperação da CF e a literacia em saúde, como forma de melhorar os resultados obtidos. Este paradigma em que se vive poderá resultar da falta de recursos materiais e humanos e, sobretudo, pelo défice de formação específica.

A RC perspetiva a autonomia sob o ponto de vista da funcionalidade e da gestão da condição de saúde. O empoderamento enquanto estratégia utilizada para que a pessoa seja autónoma na gestão do seu processo de saúde/doença, requer uma capacidade cognitiva efetiva, capacidade de tomada de decisão, conhecimento e o estabelecer de uma relação de confiança com equipa de saúde (envolvimento), de forma a manter um contacto bidirecional. Ao atingir a capacidade de gerir a sua condição de saúde de forma efetiva e saudável, atinge a mestria e a identidade fluída, sob o ponto de vista da teoria das transições (Meleis et al., 2000).

O conceito de *empowerment* ao permitir que os indivíduos façam uso das suas competências cognitivas e afetivas, numa atitude pró-ativa de intervenção e de tomada de

decisão face à sua condição de saúde (Pereira, 2010), alicerça no conhecimento do cliente a oportunidade para um processo de tomada de decisão sustentado em evidência. No entanto, o empoderamento pode ser condicionado pela existência de limitações cognitivas, capazes de afetar o processo de tomada de decisão e pelo perfil de autocuidado do doente. Ainda neste seguimento, no pós-operatório imediato poderá existir alguma dificuldade no desenvolvimento do trabalho de parceria voltado para o empoderamento dos doentes, atendendo aos estados confusionais que estes apresentam, descritos tanto pela literatura como pelos participantes deste estudo.

Os resultados obtidos nesta investigação através da identificação das necessidades, dos focos de atenção, dos objetivos e das intervenções enquadram-se com as competências do EEER. Estes espelham um processo de tomada de decisão diferenciado, assente na identificação exaustiva das necessidades apresentadas pela pessoa submetida a cirurgia cardíaca e dos prestadores de cuidados, para depois definir os focos de atenção de enfermagem, com os respetivos objetivos a atingir. O passo seguinte prende-se com o planeamento das intervenções ajustadas a cada indivíduo, operacionalizadas por um conjunto de atividades que as concretizam, para posteriormente serem avaliados os resultados que medem a eficácia das intervenções e a concretização dos objetivos.

A formação para os participantes constitui uma limitação, na medida em que para além da parca abordagem aquando da RC na especialidade, não tiveram outros momentos formais de aprendizagem, o que significa que a conceção de cuidados assenta no estudo individual e nas experiências pessoais. Neste sentido, existindo carência na formação, evidencia-se a problemática de os cuidados de enfermagem não assentarem na evidência, assumindo-se como conceções que resultam das diferentes abordagens e interpretações que os EEER fazem da bibliografia consultada.

O contexto de formação e, conseqüentemente o conhecimento, influencia o tipo de tomada de decisão e a capacidade dos EEER para realizarem um juízo crítico-reflexivo, o que se torna evidente quando não conseguem definir o conceito de RC. Concomitantemente, a inexistência de uma perspetiva de programas de RC complexos, com uma vertente funcional, mas também educacional, assente no empoderamento, na literacia em saúde, como forma de responsabilização dos doentes na mudança dos hábitos e estilos de vida, constitui-se como um obstáculo na implementação de uma prática efetiva de reabilitação.

No seguimento do anterior, os entrevistados referem dificuldade na avaliação das necessidades, associando-se ao défice de formação, aos escassos recursos que dispõem para a avaliação das mesmas, nomeadamente, escalas pouco sensíveis ou a inexistência de guias orientadores da prática clínica. O mesmo se aplica à frequência com que as intervenções se implementam, de forma a otimizar o potencial máximo das mesmas.

Assim, a criação e estruturação de linhas orientadoras da prática na pessoa submetida a cirurgia cardíaca é urgente, visto que os participantes deste estudo sugerem défices neste campo. Portanto, aquando da revisão da literatura efetuada para a realização da presente investigação, a informação relativa a modelos orientadores ou mesmo linhas de orientação na área da RC no doente cirúrgico é escassa, evidenciando a importância de mais estudos na área.

Por este motivo, os participantes evidenciaram a importância da criação de linhas orientadoras da prática que norteiem o olhar dos profissionais de saúde e que facilitem a implementação de intervenções de enfermagem especializadas e ajustadas às necessidades dos indivíduos. Para tal, estes justificam que as linhas orientadoras deverão apresentar alicerces, como as necessidades e a evidência científica atual, bem como deverão assentar no processo de tomada de decisão em enfermagem fundamentado e a sua inclusão nos sistemas de informação.

Avançando no grau de especificidade os entrevistados consideram que a criação de linhas orientadoras, ou mesmo de um modelo orientador da prática, deverá basear-se nas necessidades, ou seja, realçam a importância de investigar não só a ótica dos profissionais de saúde, como também dos utentes e família. Além destes consideram a relevância de atentar à evidência científica mais atual.

Por outro lado, como forma a estruturar e organizar esse mesmo modelo, os entrevistados indicam que deveriam existir componentes sistematizados de uma forma sequencial. Deste modo, inicialmente e considerando o processo de tomada de decisão, deveria ser realizada uma avaliação das necessidades do cliente e família, englobando atividades de avaliação de carácter qualitativo e quantitativo. Estas, na perspetiva dos participantes, deveriam ser realizadas ao longo de todo o processo perioperatório, pondo em destaque o pré-operatório e o momento do regresso a casa.

Considerando as etapas do processo de conceptualização de cuidados em enfermagem, os respondentes indicam a importância da definição de objetivos individualizados, bem como a conceção de planos de intervenção diferenciados. Deste

modo, no sentido da adaptação e melhoria contínua dos cuidados, almejando a excelência dos mesmos, os entrevistados consideram a avaliação dos resultados obtidos, não limitando a apenas um momento – perioperatório, momento do regresso a casa e *follow-up* (figura 10).

Como contributo para a construção de um modelo orientador da prática em RC na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, os entrevistados sugerem que este se alicerce em dois pilares, isto é, nas necessidades e na evidência científica. A partir do discurso destes compreende-se que *um modelo orientador da prática era ótimo! Deveria ser construído com base nas necessidades efetivas das pessoas e sustentado nos programas e no conhecimento que existe em volta da reabilitação* (E1, E7, E8, E12, E15).

Para que se possa construir um modelo orientador da reabilitação para a pessoa submetida a cirurgia cardíaca torna-se fundamental a criação de uma avaliação, que identifique as necessidades efetivas, com recurso a uma avaliação qualitativa e quantitativa, nomeadamente uso de escalas. A enumeração dos focos de atenção para a prática e as intervenções ajustada a cada um deles, tendo como guia orientador as etapas do processo de tomada de decisão em enfermagem. Em suma, o modelo deverá compreender os objetivos definidos pela RC.

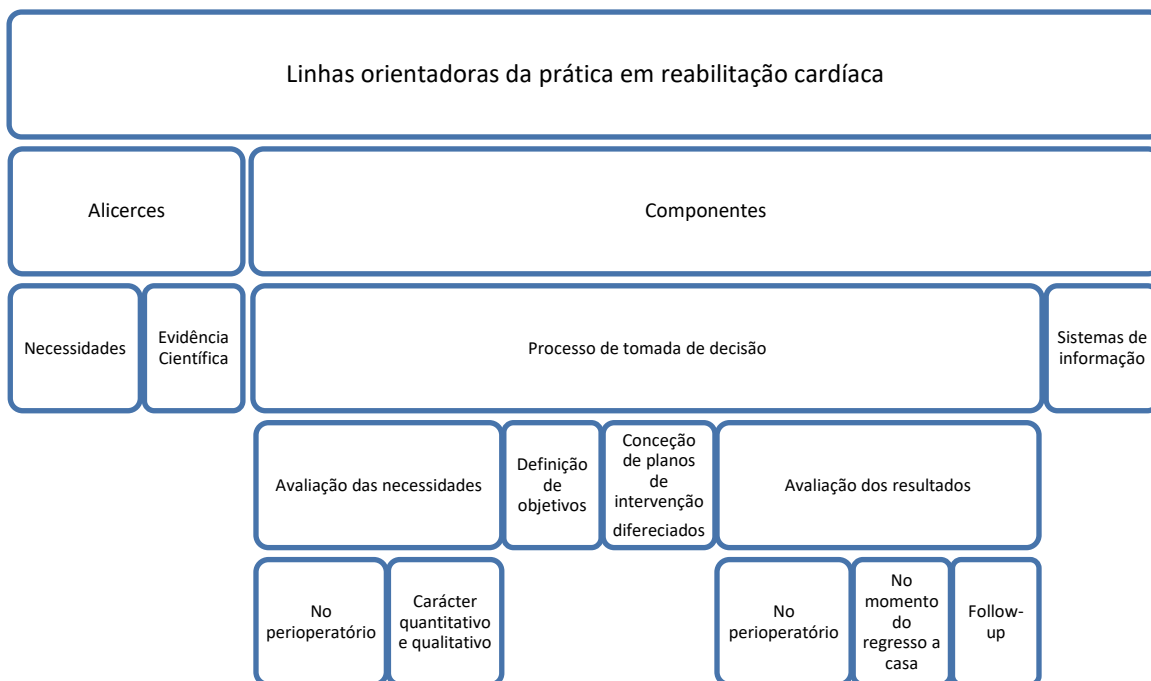


Figura 10: Linhas orientadoras da prática em Reabilitação Cardíaca

A escolha da metodologia qualitativa, para o desenvolvimento do presente estudo, alicerçou-se em questões como a pretensão de compreender a perspetiva dos EEER com experiência em serviços de Cirurgia Cardiotórácica ou de Cardiologia, em face às necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. O carácter exploratório da metodologia constitui uma vantagem, na medida em que a literatura na área da RC na pessoa submetida a cirurgia é quase inexistente, pelo que os resultados obtidos advêm do discurso dos participantes, recolhidos através de uma entrevista semiestruturada.

Os resultados refletem as necessidades da população em estudo e as intervenções poderão ser planeadas para a satisfação das mesmas. Ainda assim, atendendo às características da metodologia escolhida não pretendemos fazer generalizações para grupos com outras características. No sentido de potenciar a satisfação das necessidades concluímos que seria pertinente a realização de estudos exploratórios em que os participantes fossem o cliente, a família e os prestadores de cuidados.

Como contributos para a formação e à semelhança do referido pelos participantes, destacamos a criação e execução de ações de formação voltadas para a reabilitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, dirigidas a enfermeiros especialistas. No que respeita à formação pós-licenciada em enfermagem de reabilitação relevamos a necessidade da criação de unidades curriculares voltadas para a RC de forma genérica e, especificamente, para a reabilitação no doente submetido a cirurgia cardíaca.

No que toca aos contributos para a investigação concluímos ser pertinente a realização de estudos investigação-ação na área da reabilitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, cujo objetivo vise compreender o papel do EEER na reabilitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e, por último, o desenvolvimento de escalas sensíveis às necessidades da pessoa nesta condição.

Na área da prática clínica sugerimos a estruturação de uma *check-list* de avaliação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, no pré e no pós-operatório. Por fim, enalteçemos a importância da conceção e implementação de uma consulta pré-operatória, para posteriormente desenhar e implementar um programa de reabilitação fase I na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A. e C. SILVEIRA Reabilitação cardíaca em Portugal. Inquérito 2013-2014. Rev Port Cardiol, 2016, 35, 669-671.

ABREU, W. C. *Transições e Contextos Multiculturais*. Edtion ed. Coimbra: Formasau, 2011. ISBN 978-989-8269-13-3.

ACMS Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Edtion ed. Filadélfia: Wolters Kluwer, 2016.

AHTISHAM, Y. e S. JACOLINE Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. International Journal of Caring Sciences, 2015, 8 (2), 443-450 448p.

BAGGIO, M. A., A. TEIXEIRA e M. PORTELLA Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. Revista Gaúcha Enfermagem, 2001, 22(1), 122-139.

BAILEY, D. B. e P. M. BLASCO Parents' Perspectives on a Written Survey of Family Needs. Journal of Early Intervention, July 1, 1990 1990, 14 (3), 196-203.

BALADY, G. J. et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation, May 22 2007, 115 (20), 2675-2682.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edtion ed. Lisboa: Edições 70, 2014. ISBN 978-972-44-1506-2.

BLEVINS, T. Chapter 23: Nursing Care of Patients With Valvular, Inflammatory, and Infectious Cardiac or Venous Disorders. In. Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company, 2015.

BONI, V. e S. J. QUARESMA Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, 2005, 3.

BORGES, J. B. C. et al. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, 2006, 21, 393-402.

BRITO, M. A. A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa -. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012.

CARVALHO, Â. Efeito de um Programa de Reabilitação Cardíaca com Terapia de Relaxamento no Stress Percebido de Pacientes Coronários. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008.

CNDC *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. Edtion ed. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009.

CORDEIRO, M. D. C. M., ELSA *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas*. Edtion ed. Loures: Lusociência 2012.

CRESPO, S. M. A. C. Histórias de Vida e Doença Oncológica Terminal. Mestrado em Oncologia Universidade do Porto, 2009.

DALTEG, T. et al. Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: a systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs, Sep 2011, 10 (3), 140-149.

DANTAS, R. A. S. e O. M. AGUILLAR Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2001, 9, 31-36.

DAVIES, E. e I. J. HIGGINSON Palliative Care. The solid facts. World Health Organization, 2004.

DELGADO, B. Reabilitação funcional no doente com Insuficiência Cardíaca Descompensada. Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, 2014.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. In., 2011, vol. Regulamento n.º 125/2011, p. 8658-8659.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Infopédia. In. Porto: Porto Editora, 2016.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Portugal. Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: D.G.D. SAÚDE, 2013.

DUARTE, C. Reabilitação Cardiovascular. Mestrado Integrado em Medicina Universidade do Porto, 2009.

ERDMANN, A. L. et al. Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2013, 21, 332-339.

EUROPEAN ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR PREVENTION AND REHABILITATION. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J*, Aug 2010, 31(16), 1967-1974.

FARDY, P. S., F. G. YANOWITZ e P. K. WILSON *Reabilitação Cardiovascular: Aptidão Física do Adulto e Teste de Esforço*. Edtion ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

FERREIRA, A. D. S. Necessidades em Cuidados Paliativos na Pessoa com Doença Oncológica. Mestrado em Oncologia Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2014.

FERREIRA, et al. Qualidade de vida em doentes submetidos a cirurgia vascular cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2008, 9, 155-164.

FORTIN. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Edtion ed. Loures: Lusodidata, 2009. ISBN 978-989-8875-18-5.

FREDERIX, et al. A review of telerehabilitation for cardiac patients. *J Telemed Telecare*, Jan 2015, 21(1), 45-53.

GALDEANO, et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2003, 11, 199-206.

GONÇALVES et al. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2006, 10, 121-126.

HARRISON, J. Reducing the unmet supportive care needs of people with colorectal cancer. University of Sidney, 2010.

HENRIQUES, J. e C. A. PEREIRA *Cirurgia - Patologia e Clínica*. Edtion ed. Lisboa: Mc Graw-Hill, 2006.

HESBEEN, W. *A Reabilitação, Criar novos caminhos*. Edtion ed. Loures: Lusociência, 2003.

HOEMAN, S. *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Edtion ed. Loures: Lusociência, 2000.

HUANG, A. P. S. e R. K. SAKATA Dor após esternotomia – revisão. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 2016/07/01/ 2016, 66(4), 395-401.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. In. Lisboa: INE, 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING *CIPE® Versão 2011 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edtion ed. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2014. ISBN 978-92-95099-18-0.

IVANY, E. e A. WHILE Understanding the palliative care needs of heart failure patients. *Br J Community Nurs*, Sep 2013, 18 (9), 441-445.

JANUÁRIO, J. Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2013.

KRISTJANSON, L. J. e T. ASHCROFT The family's cancer journey: a literature review. *Cancer Nurs*, Feb 1994, 17 (1), 1-17.

LEGUISAMO, C. P., R. A. K. KALIL e A. P. FURLANI A efetividade de uma proposta fisioterapêutica pré-operatória para cirurgia de revascularização do miocárdio. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 2005, 20, 134-141.

LOUREIRO, M. D. F. D. S. *Reabilitação e Transplante Cardíaco: Revisão Sistemática da Literatura*. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Escola Superior de Saúde, 2015.

MACEDO, L., F. MOREIRA e R. MOREIRA Vivências após uma cirurgia cardíaca: Que necessidades? Que recursos disponíveis? *Nursing Cardiologia*, 2012, 16-21.

MATA, et al. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.6, pp.1512-1518.

MCMURRAY, J. J. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart. *Eur Heart J*, 2012, 1787-1847.

MELEIS, et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances In Nursing Science*, 2000, 23 (1), 12-28.

MENDES, M. Reabilitação cardíaca em Portugal: a intervenção que falta! *SAÚDE & TECNOLOGIA*, 2009, 3, 5–9.

MICAELO, et al. Reabilitação cardíaca... o papel do enfermeiro. *REVISTA DE SAÚDE AMATO LUSITANO*, 2011, 29, 21-25.

MONAHAN, et al. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Edtion ed. Loures: Lusodidata, 2009. ISBN 978-989-8075-22-2.

MOURA, S. A avaliação do impacto da insuficiência cardíaca na tolerância à atividade e na dependência para o autocuidado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2015.

OMS. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases : report of a WHO Expert Committee. Geneva: 1964.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. In *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PASCOAL, J. M. D. S. Viver a Esperança: Necessidades da Pessoa com Doença Oncológica. Mestrado em Bioética Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010.

PATTON, M. Q. Qualitative evaluation and research methods. *Research in Nursing & Health*, 1990, 14 (1), 73-74.

PEREIRA, F. Á. D. C. O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Tradução, Adaptação e Validação da European Heart Failure. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem Universidade do Porto, 2013.

PEREIRA, I. G. Literacia em saúde no doente coronário. Mestrado em enfermagem em gestão de unidades de cuidados Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013b.

PEREIRA, M. A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente. 2010.

PETRONILHO, F. A. *Preparação do Regresso a Casa*. Edtion ed. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-91-7.

PIEPOLI, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, Feb 2010, 17(1), 1-17.

PIEPOLI, et al. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Heart Fail*, Apr 2011, 13(4), 347-357.

POLIT, D. e C. T. BECK *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Edtion ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2545-3.

PONIKOWSKI, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*, Aug 2016, 18 (8), 891-975.

REGIS, L. F. L. V. e I. S. PORTO Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2011, 45, 334-341.

REPÚBLICA PORTUGUESA. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Cirurgia Cardiorácica. In. Lisboa, 2016.

ROBINSON, R. e T. BARNETT Health related quality of life and the support needs of carers of cardiac surgical patients: An exploratory study. *International Journal of Nursing Practice*, 2012, 18(2), 205-209 205p.

ROCHA, J. EFECTIVIDADE DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010.

SÁNCHEZ, et al. *Manual de Rutas de Cuidados al paciente adulto*. Edtion ed. Madrid: Enfo Ediciones, 2013.

SANTOS, et al. Insuficiência cardíaca: estratégias usadas por idosos na busca por qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2011, 64, 857-863.

SANTOS, et al. Efeitos sistêmicos da reabilitação cardíaca intra-hospitalar em pacientes após síndrome coronariana aguda: revisão da literatura. *Saúde*, 2014, 2(1), 105-116.

SCHUB, T. e H. HEERING. Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Postoperative Complications. In D. PRAVIKOFF. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing, 2017.

SCHUB, T. e P. MARCH. Open Heart Surgery. In D. PRAVIKOFF. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing, 2016.

SEQUEIRA, E. OS PERFIS DE AUTOCUIDADO DOS CLIENTES DEPENDENTES: ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011.

SHEPHERD, C. W. e A. E. WHILE Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, Jun 2012, 49(6), 755-771.

SILVA, F. Prevalência e Impacto Clínico da Patologia Valvular nos Países Industrializados. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010.

SOARES, et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2008, 21, 243-248.

SPYROPOULOS, et al. Cardiac Surgery Discharge Questionnaires: Meeting Information Needs of Patients and Families. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011, 21 (1), 13-19 17p.

TAVARES, et al. O efeito de um programa de exercício físico na qualidade de vida em doentes cardíacos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2013, 31(1), 3-10.

TEIXEIRA, S. AUTOCUIDADO: CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012.

TOSTE, et al. Reabilitação cardíaca em doentes coronários com diabetes mellitus tipo 2: Estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 10// 2014, 33(10), 599-608.

TWYXCROSS, R. *Cuidados Paliativos*. Edtion ed. Lisboa, 2003.

VILALTA, et al. Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. *J Palliat Med*, May 2014, 17(5), 592-600.

WATSON, J. *Nursing: Human Science and Human Care : a Theory of Nursing*. Edtion ed.: Jones and Bartlett Publishers, 1999. ISBN 9780763711115.

WENGER, et al. Cardiac rehabilitation as secondary prevention. Agency for Health Care Policy and Research and National Heart, Lung, and Blood Institute. *Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin*, Oct 1995, (17), 1-23.

WOOD, G. e J. HABER *Pesquisa em enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. Edited by EDIÇÃO. Edtion ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ZALENSKI, R. J. e R. RASPA Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *Journal Of Palliative Medicine*, 2006, 9(5), 1120-1127.

ANEXOS

ANEXO I- Guião orientador da entrevista

GUIAO ORIENTADOR DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

Entrevista n.º _____

Data: ___/___/___

Código: _____

Temas	Aspetos a abordar
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do investigador. ▪ Definir o propósito da entrevista (tema, objetivos e finalidade da investigação). ▪ Pedir autorização para a participação no estudo e para a gravação da entrevista para o estudo de investigação, esclarecendo sobre as questões da confidencialidade e necessidade de registar todos os procedimentos.
Caraterização do entrevistado Dados sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade e Género ▪ Categoria profissional <ul style="list-style-type: none"> ○ Ano de início da atividade profissional ○ Ano de término da especialidade em enfermagem de reabilitação ○ Serviço em que presta cuidados ○ Número de anos a exercer no serviço atual ▪ Formação <ul style="list-style-type: none"> ○ Formação em reabilitação cardíaca (Mestrado, Formação em Serviço, Ações de Formação...)
<p>a) Perceber o conceito de RC;</p> <p>b) Identificar as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca;</p> <p>c) Identificar os focos de atenção em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;</p> <p>d) Identificar a frequência de execução das intervenções em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;</p> <p>e) Conhecer as atividades de avaliação em enfermagem de reabilitação, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;</p> <p>f) Identificar os constrangimentos na prática de cuidados do EEER, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;</p> <p>g) Conhecer o contexto de formação do EEER na área da RC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que entende por reabilitação cardíaca? ▪ Quais as necessidades que identifica na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, no pré-operatório e no pós-operatório? Quais as suas diferenças? ▪ Quais os focos de atenção de enfermagem que considera quando cuida de pessoas submetidas a cirurgia cardíaca? ▪ Quando é que acha que a sua prática deverá iniciada junto do doente que vai ser submetido a cirurgia cardíaca? ▪ Quais as intervenções de enfermagem que executa quando cuida de pessoas submetida a cirurgia cardíaca? Existem outras que considere importantes? Quais? ▪ Com que frequência pensa que devam ser executadas? ▪ Como avalia as intervenções que executa à pessoa submetida cirurgia cardíaca? ▪ Considerando as competências do EEER, como acha que as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca são satisfeitas? ▪ Como se sente face aos conteúdos da sua formação em reabilitação cardíaca quanto às necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca? ▪ De que forma a formação na área poderá ir de encontro às necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca? ▪ O que pensa sobre um modelo orientador da prática em enfermagem de reabilitação do doente submetido a cirurgia

	cardíaca? ▪ Como pensa que esse modelo deveria ser desenvolvido?
Término da entrevista	▪ Informar o participante que será realizada à posteriori a legitimização da entrevista. ▪ Agradecer a colaboração no estudo.
Tempo previsto da entrevista: 30 minutos	

ANEXO II – Consentimento informado

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO AOS PARTICIPANTES

O meu nome é Pedro Barbosa e encontro-me a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste momento, estou a desenvolver um estudo na área dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Bárbara Gomes e coorientação da mestre Susana Castro.

O estudo que se intitula “Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca: perspectiva do Doente e Enfermeiro de Reabilitação”, tem por objetivo identificar sob o ponto de vista dos doentes as necessidades em cuidados por eles identificadas e, simultaneamente, as necessidades apontadas pelos enfermeiros de reabilitação e o tipo de intervenção que preconizam para a população em estudo.

Esta investigação demonstra-se de particular importância com base no facto de a identificação das necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca como um desafio para os profissionais de saúde.

Previamente à decisão de participar ou não no estudo em questão, deve compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua colaboração. Peço que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Apesar do número de mortes por doença cardiovascular esteja a diminuir, o número de doentes cardiovasculares está a aumentar, resultado de um aumento da longevidade e sobrevivência destes doentes, constituindo assim uma causa de incapacidade e menor qualidade de vida (CNDC, 2009). Para tal, urge a preocupação com a avaliação das limitações destes doentes no seu quotidiano, considerando a escassez de evidência científica na área. Abrem-se, portanto, novas possibilidades no campo da intervenção do EEER, particularmente à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, com os seus *handicaps*. Assim sendo, o mapeamento dos cuidados necessários a estes doentes é indispensável para a formação neste campo e para o desenvolvimento das competências profissionais.

Para a recolha da informação utilizaremos a entrevista para a qual solicitamos a sua autorização para gravar. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido. A data e o horário serão combinados de acordo com a disponibilidade dos participantes. Após a transcrição dos dados contidos na gravação áudio, a mesma será destruída.

A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

A realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor adequação dos cuidados às necessidades do utente.

Comprometo-me a respeitar a confidencialidade, a prestar todas as informações que entenda necessárias, a disponibilizar os resultados do estudo no final do mesmo, desde que o requeiram. Em qualquer momento da sua participação pode terminar a sua colaboração, devendo para tal contactar-me através do contacto eletrónico: pedro.jose.barbosa@hsjoao.min-saude.pt.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE



SÃO JOÃO

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Viena 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008) e Fortaleza 2013)

Designação do Estudo (em português)

Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca: perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Confirmando que explico e/ou participo ante/representante legal, de forma adequada e compreensiva, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: Não Sim (Nº de páginas 2)

O Investigador responsável

Nome: Pedro José Moreira Barbosa

legível

assinatura

Identificação do participante

Nome: _____

BI/ CC nº: _____

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tem intenção de realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Foi informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, com o consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ___/___/___

assinatura

Nome (Pai/Mãe/responsável legal): _____

BI/ CC nº: _____

Grau de parentesco: _____

Data: ___/___/___

assinatura

ANEXO III – Transcrição da Entrevista n.º 9

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA N.º 9

EEER9

Idade: 28

Género: Feminino

Ano de início da atividade profissional: 2010

Ano de término da especialidade em enfermagem de reabilitação: 2015

Serviço em que presta cuidados: Cardiologia

Número de anos a exercer no serviço atual: 6 anos

Formação em Reabilitação Cardíaca: Não

Investigador: O que entende por reabilitação cardíaca?

EEER9: Ora eis uma boa questão... A reabilitação cardíaca baseia-se no trabalho para assegurar uma boa condição física, mental e social, por forma a que o doente recuperar o melhor possível, no sentido de atingir a melhor qualidade de vida possível, seja na sua individualidade, como na comunidade! Aliás a reabilitação é mesmo isso! Compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite às pessoas com doenças agudas e crónicas, ou mesmo as suas sequelas, maximizar e potenciar a sua autonomia e máxima satisfação, preservando a autoestima!

Investigador: Então quais as necessidades que identifica na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, n o pré e pós-operatório e quais as suas diferenças?

EEER9: Antes de mais depende do estadio da doença em que se encontram, precoce ou avançado, e das condições de saúde associadas! Mas no geral, em relação ao doente, penso que existem 5 ou 6 grupos de necessidades: as fisiológicas, as emocionais, as psicológicas, as espirituais, as de autonomia, as sociais, as de conhecimento, as de suporte. Não podemos satisfazer as necessidades de estima e autonomia, se as básicas estarem satisfeitas...

Numa fase do pré-operatório, a dispneia, a fadiga, a intolerância à atividade e possivelmente a dor, condicionam em grande parte os autocuidados... Ou seja as

necessidades básicas, ou fisiológicas, condicionam a questão das necessidades da autonomia... Dentro dos autocuidados, serão todos os eles, desde o tomar banho, o vestir, o arranjar-se... Quando sabem que irão ser operados, surgem, acima de todas outras, as necessidades psicológicas, onde é mais veemente a ansiedade sem dúvida! Claro que antes disso as necessidades fisiológicas, ao condicionarem a autonomia, conduzem os doentes à tristeza de não conseguirem executar as suas atividades, à depressão, à insegurança... Insegurança esta que os leva ao isolamento social, ou seja, às necessidades sociais... Acabam por estar todas interligadas, por serem interdependentes! Além disso surgem outras, as de conhecimento! Os doentes sentem necessidade em perceber ou buscar informações sobre o seu processo de saúde, sobre como irá ser a cirurgia, como estará depois desta... E depois existem outras questões que estes não sentem necessidade, talvez por ignorância, mas que são muito importantes de serem esclarecidas! Como o processo de saída do bloco, como será a UCI, o seu ambiente, as medidas não farmacológicas para o controlo da dor e que será iniciado um processo de reabilitação cardíaca! Desmistificar o processo em si da cirurgia, visto que os doentes quando sabem que vão ser operados ao coração, pensam que depois não se podem mexer! O que de todo é irreal! Bem já me perdi... (risos) Faltam-me quais?

Investigador: Das que referiu as espirituais, as de suporte e as emocionais e também as diferenças para o pós-operatório!

EEER9: Sim certo! As espirituais, não se relacionando diretamente com as crenças religiosas, são as mais descuradas... Até porque a nível hospital não existe uma estrutura interna que o permita! Agora tais deverão ser facilitadas sem dúvida! As emocionais estão muito associadas às psicológicas e acabam por ser experienciadas em conjunto com as pessoas significativas ao doente! Principalmente, pois as fisiológicas afetam as questões, por exemplo, da sexualidade! As questões da estima, da autoimagem, principalmente nas mulheres, pois ficam com uma cicatriz enorme a nível do tórax! As de suporte são principalmente o suporte familiar, que são fundamentais numa fase precoce do pós-operatório e em todo o pré-operatório, dependendo da condição do doente!

Em relação à questão das diferenças... Estas vão-se basear, sobretudo, nas sequelas, se assim se pode dizer do processo cirúrgico... O aumento da dor, como é obvio, limita em muito a condição física... A questão do estigma da cirurgia ao coração, em que o doente acha que não se pode mexer, nem um dedinho... (risos) Isso tem de ser tudo desmistificado no pré operatório! Penso que as diferenças recaem sobretudo nas necessidades fisiológicas... Os doentes ficam com alterações de equilíbrio, défices de

mobilidade, ou mesmo de força, devido ao desuso, pela perda de massa muscular, caso este se dê, alterações do padrão respiratório, aumento de secreções... Penso que passa sobretudo por aí! Mas a meu entender se existir um programa de reabilitação efetivo, tais diferenças podem ser em muito diminuídas ou mesmo supridas!

Ah e outras que não referi! As económicas! Essas muitas vezes são descuradas, mas no caso de serem doentes, profissionalmente ativos, deixam de o ser por muito tempo... O que afeta toda a dinâmica familiar!

Investigador: Quais os focos de atenção em enfermagem que considera quando cuida de pessoas submetidas a cirurgia cardíaca?

EEER9: Aqueles que decorrem das necessidades sem dúvida! Com uma correta avaliação das necessidades vão emergir focos de atenção, sendo de enfermagem de reabilitação ou não! Assim de repente a dor, a dispneia, o expetorar, a limpeza das vias aéreas, os autocuidados – tomar banho, vestir e despir, uso do sanitário, alimentar-se, virar-se, erguer-se, transferir-se... O equilíbrio, o andar, sendo com auxiliar de marcha ou não, a eliminação, sendo esta vesical ou intestinal com a obstipação pela imobilidade, a queda, a úlcera de pressão com a sua prevenção, o prestador de cuidados, a ansiedade, a adaptação e as respetivas estratégias de *coping*, a rigidez articular, o movimento corporal, a intolerância ao exercício, a autoestima, a imagem corporal... Acho que me estão a faltar alguns, mas não me recordo! Ah o suporte social, muito importante! A função sexual, de que já tinha falado, o edema, os conhecimentos e habilidades sobre a gestão de todos os autocuidados... As atividades domésticas, no domicílio... A atividade profissional, a gestão financeira... No pós, embora na sua maioria sejam sobreponíveis, a dor é mais veemente, o conhecimento sobre as complicações da ferida cirúrgica, sobre medidas não farmacológicas, sobre a gestão do exercício, como por exemplo das atividades domésticas, quando podem conduzir... As questões da mobilidade, da ventilação... Passa muito por aí!

Investigador: Considerando as competências do EEER, como acha que as necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca são satisfeitas?

EEER9: Como enfermeiros de reabilitação, de todo não conseguimos! Primeiro deveria existir uma consulta de pré-operatório, onde muito deste estigma deveria ser desmistificado... Além de serem abordados outros assuntos, como por exemplo, as implicações da cirurgia nas atividades de vida diárias, os recursos disponíveis na comunidade e uma visita, se possível à UCI! Pois quando os doentes acordam da cirurgia, muitas vezes na UCI, ficam agitados e não percebem o porquê do barulho daquelas

máquinas... Ou seja, aquelas necessidades, o medo e a ansiedade aumentam... Penso que uma consulta pré-operatória realizada por um Enfermeiro de Reabilitação era fulcral! Depois, no meu serviço, não é realizada de toda reabilitação cardíaca! Aliás penso que em Portugal tal ainda é uma utopia! É realizada muita cinesiterapia, que a meu ver tem benefícios, mas não tantos assim... Até porque os doentes reconhecem o nosso trabalho quando conseguem cozinhar, quando conseguem vestir-se, quando conseguem pentear-se, quando conseguem andar, sendo com auxiliar ou não! E para isso o que importa não é apenas a cinesioterapia, mas sim a reabilitação cardíaca! Agora com o número de enfermeiros de reabilitação que temos é impossível, para já!

Investigador: Então quando é que acha que a sua prática deverá ser iniciada junto do doente que vai ser submetido a cirurgia cardíaca?

EEER9: Logo que possível, no pré-operatório, e sem dúvida em mais de que uma sessão!

Investigador: Quais as intervenções de enfermagem que executa quando cuida de pessoas submetidas a cirurgia cardíaca? Existem outras que considere importantes? Quais?

EEER9: Atualmente as que são executadas são apenas voltadas para a cinesiterapia... Mas existem outras, que como já referi são as mais importantes! Até porque o doente é o nosso principal avaliador e a sua satisfação existe quando este se encontra em casa com o máximo de autonomia possível! Assim além, da cinesiterapia que ajuda na manutenção de um padrão respiratório adequado e mesmo no controlo da ansiedade, a questão da mobilização, sendo em qualquer vertente – ativa, ativa resistida ou mesmo passiva, iniciando pelas extremidades, o andar, com auxiliar de marcha ou não, as estratégias para o controlo da dispneia e da dor, as manobras para o auxílio para expelir secreções de forma regular, como o ciclo ativo ou a autogénica por exemplo, o treino dos autocuidados, com utilização de estratégias adaptativas... E muitas mais... Não são de todo diferentes de outras, para outros doentes! Têm de ser adaptadas à condição da pessoa e aos objetivos traçados em conjunto! Mesmo a preparação do regresso a casa, a questão do prestador de cuidados é extremamente importante! Não só na questão das competências e da sua elucidação, mas também na desmistificação da situação de que “o meu familiar foi operado ao coração! Ao coração!!!, pois acabam por os substituir em todas as atividades, aumentando a perda de massa muscular e consequentemente a fadiga fácil e a perda de autonomia! Agora existem outras mais... Entre outras, muitas mais... Temos de ir de

encontro às necessidades referidas pelos doentes e famílias! Não existe um limite de intervenções...

Investigador: Com que frequência pensa que devam ser executadas?

EEER9: Sempre que necessário! O Enfermeiro de Reabilitação não deveria estar presente apenas de manhã, mas de tarde também! E estas intervenções não deveriam ser apenas realizadas quando o doente já apresenta a necessidade, mas como prevenção! No mínimo duas vezes por dia, a meu entender!

Investigador: Como avalia as intervenções que executa à pessoa submetida a cirurgia cardíaca?

EEER9: Depende dos objetivos e da condição da pessoa... No entanto existem avaliações quantitativas, por exemplo através de escalas de avaliação da dispneia, o 6 minutes walk test, a MRC para a força, o Barthel... Depois a nível qualitativo podemos sempre descrever, a marcha, o padrão respiratório, as secreções e a sua aparência... As competências do prestador de cuidados! Não vejo dificuldades, desde que os objetivos sejam bem traçados à priori!

Investigador: Como se sente face aos conteúdos da sua formação em reabilitação cardíaca, quanto às necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca?

EEER9: Antes de mais, o que foi abordado na especialidade em relação à reabilitação cardíaca foi muito, muito mesmo, insuficiente! Aliás atrevo-me a dizer que a maior parte das pessoas não sabe muito bem o que a reabilitação cardíaca consiste! Muito por insuficiência de evidência científica, em Portugal, na área, mas também por na especialidade não apostarem nesta especificidade de doentes, tão importantes! Além disso, o pouco que nos foi dito, foi vago e não baseado nas necessidades! Aliás nem me lembro de se falarem em necessidades destes doentes! E isso sim era importante! Porque todos nós temos contextos profissionais diferentes, e os colegas, que não trabalham com estas pessoas, não sabem e não se sentem à vontade na prestação de cuidados a estes doentes! Talvez pela questão cultural do estigma, não sei! Mas que esta área foi muito descuidada na especialidade, foi!

Investigador: Já me foi respondendo um pouco, mas de que forma a formação na área poderá ir de encontro às necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca?

EEER9: Basearmo-nos nas necessidades do doente e família, conseguirmos perceber o que é importante e a partir daí delinear o programa de intervenção mais

adequado, de acordo com os objetivos traçados! Não basearmos as nossas intervenções apenas na cirurgia realizada, ou em como está o RX... Isso não faz sentido! O importante é realizarmos uma avaliação do doente, antes e após a cirurgia, de forma a conseguirmos perceber, em conjunto, em que é que podemos contribuir para a melhoria da autonomia do mesmo! Ah e trabalharmos em conjunto com os colegas dos cuidados gerais, porque, na maioria das vezes, existem intervenções que não são exclusivas dos enfermeiros de reabilitação e este trabalho em parceria é muito importante!

Investigador: O que pensa sobre um modelo orientador da prática em enfermagem de reabilitação do doente submetido a cirurgia cardíaca?

EEER9: Seria facilitador da prática sem dúvida! Orientador do olhar dos enfermeiros, para determinadas áreas de atenção!

Investigador: Como pensa que esse modelo deveria ser desenvolvido?

EEER9: Antes de mais, deveríamos perceber as necessidades dos doentes, da família... Sob as várias perspetivas, tanto dos profissionais, como dos atores principais... Posteriormente, através da evidência já existente, mesmo que escassa, sobre a área fazer a interligação sobre o que já é descrito e o que é verbalizado! Penso que será por aí!

Investigador: E em relação aos sistemas de informação... Como se sente na realização dos seus registos, das atividades que executa...

EEER9: Sinceramente? Não são adequados de todo... Nem às necessidades dos doentes, nem às dos profissionais... Isto acontece porque no grupo do GAPE não existe uma interligação efetiva com as pessoas que estão na prática e isso está muito errado... Pelo menos é o que eu sinto! Depois aparecem intervenções descabidas, desadequadas e mesmo erradas, do ponto de vista da formulação da mesma! Espero que no novo, isto seja diferente, mas pelo que pude testar, não me parece! (risos)

Investigador: Agradeço a disponibilidade para a realização da entrevista e mais informo que a legitimização da mesma será realizada à posteriori.

EEER9: Obrigado eu!

ANEXO IV – Autorização do Conselho de Administração

312

COMISSÃO DE ÉTICA

6/1/16



SÃO JOÃO

AUTORIZADO

COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO 12 JAN 2016

À Direcção Clínica do Centro Hospitalar de São João

Presidente	Presidente	Presidente	Presidente

Assunto: Projecto submetido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

"Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca: perspectiva do doente e enfermeiro de reabilitação" – Enf.º Pedro Moreira Barbosa – Proj. 376/15

Junto envio para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 14 de Dezembro de 2015

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde