



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

Perfil de Dependência no Autocuidado na Pessoa submetida a Duodenopancreatectomia

Marcelo dos Santos Alves

Junho de 2023

Porto



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

Perfil de Dependência no Autocuidado na Pessoa submetida a Duodenopancreatectomia

Marcelo dos Santos Alves

Dissertação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
orientada pela Professora Catarina Ribeiro,
coorientada pelo Professor Daniel Cunha
e apresentada à Escola Superior de Saúde Santa Maria

Junho de 2023

Porto

*“Não basta salvar vidas,
há que dar vida a essas vidas”*

Enfermeira Maria de Lourdes Sales Luís (2022)

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

% – Frequência relativa

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPC – Duodenopancreatectomia Cefálica

EEER – Enfermeiro(s) Especialista(s) em Enfermagem de Reabilitação

ERAS[®] – Enhanced Recovery After Surgery

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

n – Frequência absoluta

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCI – Unidade(s) de Cuidados Intensivos

RESUMO

TEMA: A duodenopancreatectomia revela-se como a única forma de tratamento curativo da neoplasia pancreática. O utente submetido a esta cirurgia vê a sua independência, potencialmente, alterada devido à doença e ao impacte provocado pela cirurgia. Assim torna-se pertinente caracterizar estes utentes e o seu autocuidado, de forma a refletir sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação neste domínio. Por outro lado, a escassez de estudos que exponham as características desta população é evidente, justificando a pertinência desta temática.

OBJETIVOS: Caracterizar o utente submetido a duodenopancreatectomia quanto ao sexo, idade, antecedentes, índice de massa corporal, condição prévia de autocuidado e o número de dias de internamento e em cuidados intensivos; avaliar o grau de dependência do utente submetido a duodenopancreatectomia no *Autocuidado: Cuidar da higiene pessoal, Transferir-se e Virar-se* no primeiro e terceiro dia após o regresso à enfermaria. Almeja-se, desta forma, caracterizar o autocuidado no utente submetido a duodenopancreatectomia.

MATERIAL E MÉTODOS: Metodologia quantitativa, através de um estudo descritivo analítico, longitudinal, com abordagem retrospectiva. A colheita de dados foi efetuada através da consulta do processo clínico, onde é aplicado o formulário de avaliação da dependência no autocuidado de Hernâni Duque. A amostra é constituída por 48 utentes submetidos a duodenopancreatectomia num hospital na região norte de Portugal, no período entre janeiro de 2020 e junho de 2022.

RESULTADOS: Os utentes submetidos a duodenopancreatectomia apresentam um agravamento nos domínios supramencionados do autocuidado. Foi encontrado um elevado número de omissos, o que comprometeu o tamanho amostral, contudo foi possível refletir sobre a importância da documentação em enfermagem, bem como dos sistemas de informação e de apoio à tomada de decisão clínica.

CONCLUSÃO: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação possui competências para intervir na pessoa submetida a duodenopancreatectomia, de forma a mitigar as necessidades nos domínios de autocuidado estudados. No entanto, a escassez de resultados deste estudo não permite concluir de forma inequívoca sobre o perfil de autocuidado desta população, possibilitando indagar sobre o mesmo, através dos dados disponíveis. Esta carência de dados encontra-se relacionada com o défice de

documentação nos sistemas de informação, levando à reflexão sobre esta temática.

PALAVRAS-CHAVE: Duodenopancreatectomia, Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

BACKGROUND: Duodenopancreatectomy represents the only curative treatment option for pancreatic neoplasia. However, this surgical procedure can potentially alter the patient's independence due to the disease itself and the impact caused by the surgery. Therefore, it is essential to characterize these patients and their self-care needs in order to reflect on the role of the Rehabilitation Nursing Specialist in this domain. Furthermore, the scarcity of studies that elucidate the characteristics of this population justifies the relevance of this research topic.

OBJECTIVES: The objectives of this study are to characterize patients undergoing duodenopancreatectomy in terms of gender, age, medical history, body mass index, previous self-care condition, and the number of days of hospitalization and intensive care. Additionally, the study aims to evaluate the level of self-care dependency in these patients regarding personal hygiene, transferring, and turning on the first and third day after returning to the ward. The ultimate goal is to characterize self-care in patients undergoing duodenopancreatectomy.

MATERIALS AND METHODS: A quantitative methodology was employed, using a descriptive-analytical, cross-sectional approach with a retrospective analysis. Data collection was conducted through the review of clinical records, utilizing the Hernâni Duque self-care dependency assessment form. The sample consists of 48 patients who underwent duodenopancreatectomy in a hospital in the northern region of Portugal between January 2020 and June 2022.

RESULTS: Patients undergoing duodenopancreatectomy experience a deterioration in the aforementioned domains of self-care. A high number of missing data was identified, which compromised the sample size. Nevertheless, this allowed for reflection on the importance of nursing documentation, as well as information systems and clinical decision support tools.

CONCLUSION: The Rehabilitation Nursing Specialist possesses the necessary skills to intervene and address the self-care needs of individuals undergoing duodenopancreatectomy. However, the scarcity of results in this study does not allow for a definitive conclusion regarding the self-care profile of this population. This raises questions that can be explored further through the available data. The data deficiency identified is related to a lack of documentation in information systems, prompting further

consideration of this topic.

KEYWORDS: Duodenopancreatectomy, Self-Care, Rehabilitation Nursing.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | 11 |
| ÍNDICE DE TABELAS | 12 |
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. ESTADO DA ARTE | 15 |
| 1.1 A PESSOA SUBMETIDA A DUODENOPANCREATECTOMIA..... | 15 |
| 1.1.1 Necessidades da Pessoa submetida a Duodenopancreatectomia | 21 |
| 1.2 AUTOCUIDADO | 24 |
| 1.2.1 Modelos Assistenciais em Enfermagem no domínio do Autocuidado... 24 | |
| 1.2.2 Instrumentos de Avaliação em Enfermagem no domínio do Autocuidado | 31 |
| 1.3 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DE AUTONOMIA | 32 |
| 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO..... | 41 |
| 2.1 PROBLEMÁTICA..... | 41 |
| 2.2 OBJETIVOS..... | 44 |
| 2.3 TIPO DE ESTUDO | 44 |
| 2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 46 |
| 2.5 COLHEITA DE DADOS | 47 |
| 2.6 TRATAMENTO DE DADOS | 52 |
| 2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 54 |
| 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS | 57 |
| 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA | 57 |
| 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA | 60 |
| 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 65 |
| 4.1 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO | 76 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 78 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 82 |
| ANEXOS | 103 |
| ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO | 104 |

| | |
|--|------------|
| ANEXO II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA..... | 107 |
| ANEXO III - PARECER DA ENCARREGADA DA PROTEÇÃO DE DADOS E RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO..... | 109 |
| ANEXO IV - PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO..... | 115 |
| ANEXO V - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA E NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO E PROJETOS DA ESCOLA | 117 |
| APÊNDICES | 119 |
| APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS..... | 120 |
| APÊNDICE II - QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS | 132 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - <i>Proporção entre «Sem resposta» e «Com resposta»</i> | 72 |
|--|----|

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - <i>Caracterização da amostra quanto à variável Sexo</i> | 58 |
| Tabela 2 - <i>Caracterização da amostra quanto à variável Antecedentes</i> | 58 |
| Tabela 3 - <i>Caracterização da amostra quanto às variáveis: Idade, IMC, Dias em Cuidados Intensivos e Dias em Internamento</i> | 59 |
| Tabela 4 - <i>Caracterização da amostra quanto à variável IMC</i> | 60 |
| Tabela 5 - <i>Caracterização do Autocuidado: Cuidar da Higiene Pessoal</i> | 61 |
| Tabela 6 - <i>Caracterização do Autocuidado Transferir-se</i> | 62 |
| Tabela 7 - <i>Caracterização do Autocuidado Virar-se</i> | 64 |

INTRODUÇÃO

A *European Surgical Association* define cirurgia major não só de acordo com a extensão e complexidade do procedimento, mas também pelas consequências fisiopatológicas que daí advêm (Martin et al., 2020).

As complicações pós-cirúrgicas, além de serem devastadoras para os utentes e dispendiosas para os sistemas de cuidados de saúde, têm também implicações significativas para a saúde pública (Haynes et al., 2009). Estas são definidas como uma segunda doença inesperada, que ocorre até trinta dias após o procedimento, ou a exacerbação de uma mesma doença preexistente como consequência da cirurgia (Neto et al., 2005).

A neoplasia do pâncreas, em Portugal, é a terceira neoplasia maligna do sistema digestivo com maior incidência (Caldeira, 2020) e apenas 20% destes tumores são ressecáveis (Shin & Canto, 2012). A taxa de complicações pós-cirúrgicas nestes casos é de 20 a 40% e os utentes permanecem em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) durante pelo menos 24 horas após a cirurgia (Zhao & Liu, 2020). A duodenopancreatectomia cefálica (DPC) é uma cirurgia complexa que consiste na excisão da cabeça do pâncreas, duodeno, antro gástrico, da vesícula biliar e parcialmente da via biliar principal (Melo, 2011), o que a enquadra na definição anteriormente exposta de cirurgia major.

Neste contexto, fruto da cirurgia e do internamento em UCI, os utentes desenvolvem alterações da força muscular, da mobilidade e, conseqüentemente, da sua capacidade de autocuidado (Mendes & Chaves, 2012). Desta forma, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) capacitar a pessoa com limitação da atividade e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as suas capacidades (Regulamento nº392/2019), no sentido de promover a sua autonomia nos domínios do autocuidado o mais precocemente possível.

No decorrer do descrito torna-se fulcral caracterizar de forma efetiva o autocuidado no utente submetido a DPC. Para atingir essa finalidade, este estudo irá utilizar uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica, longitudinal com uma abordagem retrospectiva.

O desenvolvimento da presente dissertação, encontra-se inserido no plano de estudos do segundo curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola

Superior de Saúde Santa Maria e para a sua elaboração foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar o utente submetido a duodenopancreatectomia quanto ao sexo, idade, antecedentes, índice de massa corporal, condição prévia de autocuidado e o número de dias de internamento e em cuidados intensivos;
- Avaliar o grau de dependência do utente submetido a duodenopancreatectomia no *Autocuidado: Cuidar da higiene pessoal, Transferir-se* e *Virar-se* no primeiro e terceiro dia após o regresso à enfermaria.

A estrutura do documento divide-se em quatro capítulos. No primeiro irá ser abordado o estado da arte, clarificando os conceitos essenciais que suportam a investigação em curso, tendo como subcapítulos: a Duodenopancreatectomia, o Autocuidado e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a Promoção da Autonomia.

No segundo capítulo irá ser realizado o enquadramento metodológico, onde será explanada a problemática, os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, a colheita de dados, o tratamento de dados e as considerações éticas. O terceiro capítulo diz respeito à apresentação e análise de resultados, onde irão ser expostos os resultados do presente estudo, divididos pelos subcapítulos: caracterização da amostra e caracterização do autocuidado no utente submetido a DPC. Para finalizar, no último capítulo será feita a discussão dos resultados alcançados, onde irão também ser analisadas as limitações e pontos fortes do estudo.

1. ESTADO DA ARTE

Nas últimas décadas assistiu-se a um incremento significativo de pesquisas que visam conhecer o “estado da arte” ou “estado do conhecimento”. Este tipo de pesquisa é definido como sendo de caráter bibliográfico, ou seja, realizado através da revisão de publicações. Desta forma, esta estratégia pretende mapear os aspetos, dimensões, condições e formas de como foram produzidos esses trabalhos, identificando experiências recentes que indiquem opções de resolução dos problemas da prática e que, simultaneamente valorizem e divulguem as contribuições dos mesmos na construção de propostas para uma determinada área. Trata-se, portanto, de uma reflexão acerca do que já foi pesquisado numa determinada época e lugar (Ferreira, 2002; Romanowski & Ens, 2006).

A pesquisa do estado da arte utiliza uma metodologia de caráter descritivo da produção académica e científica sobre o tema que se pretende investigar. Este é realizado à luz de categorias e facetas sob os quais o fenómeno passa a ser analisado (Ferreira, 2002).

De acordo com o referido, neste capítulo irá ser efetuada a clarificação de conceitos essenciais para a compreensão deste trabalho. Assim, primeiramente serão definidos os conceitos relacionados com a cirurgia em estudo, a DPC, de forma a compreender o impacte desta cirurgia no utente e de seguida serão expostas as teorias de enfermagem, com as quais o estudo se encontra intimamente relacionado e que integram o autocuidado. Por fim serão expostos e alvo de reflexão os conceitos relacionados com as competências de EEER neste contexto.

1.1 A PESSOA SUBMETIDA A DUODENOPANCREATECTOMIA

Segundo a American Cancer Society (2019) o pâncreas é um órgão glandular retroperitoneal, dividido anatomicamente em cabeça, corpo e cauda e tem duas funções distintas: endócrina e exócrina. A função endócrina é a responsável pela produção de insulina e a função exócrina assegura a produção de enzimas envolvidas na digestão e absorção de alimentos. O cancro do pâncreas surge quando se desenvolvem células anómalas no tecido pancreático, podendo afetar a sua porção exócrina ou endócrina. Os

tumores exócrinos, também denominados de adenocarcinomas dos ductos do pâncreas representam a grande maioria dos cancros pancreáticos (cerca de 95%), enquanto os tumores endócrinos são denominados de tumores neuroendócrinos pancreáticos e representam menos de 5% de todos os tumores pancreáticos (Pancreatic Cancer Action Network, 2022). No que respeita à localização, 50 a 70% dos tumores surgem na cabeça do pâncreas, enquanto 50% surgem no corpo e na cauda (Escott-Stump, 2012).

Nas últimas décadas, o cancro do pâncreas tem sido encarado como um cancro raro, no entanto, verifica-se uma incidência crescente, constituindo uma causa cada vez mais frequente de mortalidade em todo o mundo. Na Europa, atualmente é a neoplasia com pior prognóstico, com uma sobrevida média, após o diagnóstico, inferior a cinco meses, onde apenas 3 a 9% dos utentes encontram-se vivos cinco anos após o diagnóstico. Neste sentido, a primeira causa de morte por cancro, no mundo, é o cancro do pulmão, seguindo-se o do cólon e em terceiro lugar o do pâncreas. No entanto, em Portugal é a terceira neoplasia maligna do sistema digestivo mais frequente (Caldeira, 2020).

A incidência do cancro do pâncreas varia significativamente em vários países, sendo mais elevada na Europa (7,7/100 000 habitantes) e América do Norte (7,6/100 000 habitantes), porém mais baixa em África (2,2/100 000 habitantes), verificando-se, assim, uma incidência mais alta nos países desenvolvidos. A evolução da mortalidade por cancro do pâncreas em Portugal, durante 25 anos (entre 1991 e 2015) com base em dados oficiais publicados pelo Instituto Nacional Estatística (INE) em colaboração com a Direção Geral da Saúde (DGS), demonstram que o número absoluto de mortes por neoplasia do pâncreas duplicou (de 701 mortes em 1991 para 1415 em 2015) tendo já em 2017 ultrapassado as 1500 mortes anuais ($n=1535$). Esta taxa de aumento é sobreponível à descrita para outros países desenvolvidos tal como os EUA e a França (INE, 2015).

Os tumores pancreáticos estão associados a um mau prognóstico visto serem altamente invasivos, muito resistentes à quimioterapia e pela dificuldade em diagnosticar-se precocemente pelos seus sintomas inespecíficos (Kleeff et al., 2016). Habitualmente, quando os utentes apresentam sintomas específicos encontram-se já numa fase avançada da doença. Os sinais e sintomas mais comuns são a icterícia que se caracteriza pela pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras, prurido, perda de peso significativa, dor abdominal e/ou lombalgia. Outras manifestações menos comuns incluem a anorexia, astenia, depressão, anemia, náuseas, pancreatite, dispepsia ou elevação de enzimas

hepáticas (Lucena & Barros, 2018).

O facto de a incidência da neoplasia pancreática ser superior nos países desenvolvidos, como foi referido anteriormente, leva-nos a acreditar que existem fatores relacionados com o estilo de vida que parecem justificar a etiologia deste quadro patológico. Os fatores de risco associados a esta neoplasia que se encontram descritos incluem, entre outros, a história familiar, o tabagismo, a pancreatite crónica, a diabetes *mellitus*, a obesidade, o sedentarismo e a dieta (Banim & Hart, 2010; Hsu & Saif, 2011; Johnson & Mejia, 2011; Sanchez et al., 2011).

No que respeita ao tratamento cirúrgico desta patologia, existem dois tipos de intervenção, a cirurgia potencialmente curativa (quando os meios complementares de diagnóstico e terapêutica sugerem a possibilidade de remover todo o tumor) e a cirurgia paliativa (realizada para aliviar sintomas da doença ou prevenir algumas complicações como um ducto biliar bloqueado ou obstrução intestinal) (American Cancer Society, 2019).

A maioria dos tumores pancreáticos potencialmente curáveis localizam-se na cabeça do pâncreas, próximos do duodeno e da via biliar, sendo a DPC a cirurgia de referência e a única cura possível. Ainda assim, apenas cerca de 20% dos utentes têm tumores ressecáveis (Shin & Canto, 2012). Os restantes 80% apresentam critérios de irressecabilidade, obtendo-se uma sobrevida média de apenas 7 a 9 meses, sendo inferior a 5 meses quando o tratamento é de suporte (Fazal & Saif, 2007; Guimarães & Rosa, 2008; Hsu & Saif, 2011). Neste caso, o objetivo terapêutico da maioria destes utentes é paliativo e torna-se crucial a otimização dos cuidados no sentido de tratar a sintomatologia e, assim, melhorar a sua qualidade de vida (Fazal & Saif, 2007; Konstantinidis et al., 2010).

Em termos históricos, a primeira DPC foi realizada por Kausch, em 1909 em dois momentos cirúrgicos (Schimdt et al., 2004), porém apenas em 1934, Allen Oldfather Whipple reproduziu com sucesso esta cirurgia, também em dois momentos, ficando conhecida como cirurgia de Whipple. Esta consistia em duas fases, sendo que a primeira englobava uma gastroenterostomia posterior, a ligação e divisão do ducto biliar comum e colecistogastrostomia, seguida da segunda fase que se realizava três a quatro semanas depois, com a ressecção do duodeno e da cabeça do pâncreas e encerramento do ducto pancreático (Whipple et al., 1935). Em 1940, Whipple realizou a primeira DPC num único

momento cirúrgico e em 1942 finalmente incorporou a pancreatojejunosomia (Lai et al., 2009).

Desta forma pode-se concluir que a DPC é uma cirurgia complexa que consiste na ressecção de algumas estruturas corporais, tais como: a cabeça do pâncreas, o duodeno, o antro gástrico, a vesícula biliar e parte da via biliar principal. As anastomoses são depois efetuadas a nível pancreato-entérico, bilio-entérico e gastro-entérico e são colocados drenos na proximidade das anastomoses bilio e pancreato-entéricas. Consequentemente são vários os riscos inerentes a esta cirurgia, que variam de utente para utente e aumentam com a idade e a existência de outras doenças. Alguns utentes terão uma boa recuperação, isenta de complicações, no entanto, outros terão complicações que poderão ser graves (Melo, 2011).

Apesar do desenvolvimento tecnológico no final da década de 60 e durante a década de 70, a mortalidade resultante da DPC ainda se mantinha elevada. Esta, na década de 60 rondava os 60%, enquanto que nos anos 70, a taxa desceu para aproximadamente 25%, atingindo ainda assim em algumas situações os 40% (O'Mahoney et al., 2016). Considerando que os resultados advindos da cirurgia nessa década se assemelhavam aos resultantes do tratamento paliativo convencional, vários autores questionaram a pertinência de submeter os indivíduos a um processo cirúrgico major, com os riscos associados (Shapiro, 1975). No entanto, os resultados da DPC foram melhorando gradualmente desde a década de 80, sobretudo devido ao estudo mais especializado das doenças pancreáticas, aos avanços nas técnicas cirúrgicas e aos cuidados personalizados no perioperatório. Estes aspetos contribuíram para um declínio na mortalidade, diminuição do tempo de internamento e melhoria da qualidade de vida (Strasberg et al., 1997). Neste sentido, atualmente, a DPC é considerada um procedimento seguro e eficiente, praticada em centros altamente especializados (Jimenez et al., 2000; Sakorafas et al., 2000). Este desenvolvimento reflete-se numa taxa de mortalidade hospitalar no pós-operatório inferior a 3% e numa taxa de complicações associadas de 20-40% (Zhao & Liu, 2020).

Esta cirurgia permite o alívio da dor e a resolução eficaz de complicações em órgãos vizinhos, no entanto ainda se encontra associada a resultados a longo prazo pouco animadores. A principal desvantagem da DPC é a exérese de órgãos envolventes não atingidos pela patologia, como o duodeno, e a totalidade da cabeça do pâncreas, o que

leva a uma redução significativa da sua função exócrina e endócrina (Belina et al., 2005; Klempa et al., 1995; Witzigmann et al., 2003).

Posto isto, e apesar da segurança que o procedimento atualmente oferece, existem ainda diversas complicações inerentes a todo o processo cirúrgico (Cyr et al., 2015). As complicações cirúrgicas são consideradas eventos adversos que surgem no decorrer do internamento ou mesmo após este, e não são associadas à evolução natural da doença, mas sim causadas pelo processo de cuidados, pelos tratamentos e pela cirurgia (Coelho, 2014). Estas estão divididas em complicações intraoperatórias e complicações pós-operatórias, onde as primeiras se referem às que surgem no momento da intervenção cirúrgica e as segundas depois da intervenção. Segundo Stracieri (2008) as complicações pós-operatórias, são classificadas em imediatas (surgem nas primeiras vinte e quatro horas), mediatas (até o sétimo dia após a cirurgia) e tardias (depois da alta hospitalar). O surgimento de complicações pós-operatórias está relacionado com as condições pré-operatórias da pessoa, o tipo de cirurgia e com as intercorrências cirúrgicas ou anestésicas (Possari, 2009). As consequências mais comuns associadas ao utente submetido a DPC são a hemorragia abdominal, a estase gástrica e a fístula pancreática (Cyr et al., 2015).

A complicação mais frequente é a hemorragia abdominal, segundo a European Society for Medical Oncology (2013), pelo facto de a cirurgia ser bastante extensa. O tratamento desta complicação pode ser realizado de forma conservadora (através de administração de terapêutica e transfusão de hemocomponentes), com intervenções endoscópicas, radiológicas ou com recurso a uma nova intervenção cirúrgica.

Por outro lado, outra complicação comum é a presença de estase gástrica e, conseqüentemente, uma carência nutricional e libertação de sucos pancreáticos que podem destruir os tecidos circundantes. O pâncreas, como já descrito, produz enzimas e hormonas importantes para a digestão e, quando este é removido, estas já não são produzidas, ou são em quantidade insuficiente, o que resulta na síndrome de má absorção, isto é, na incapacidade de absorver totalmente os nutrientes provenientes do trato gastrointestinal. Para combater este défice, habitualmente, os indivíduos integram no seu regime terapêutico um suplemento de enzimas pancreáticas, por via oral, de forma a auxiliar a digestão (European Society for Medical Oncology, 2013).

A fístula pancreática é outra das complicações frequentes, sendo definida como uma comunicação anormal entre o epitélio ductal pancreático e outra superfície epitelial,

contendo fluído rico em enzimas pancreáticas. A fistula pancreática representa, ainda, uma falha na cicatrização da anastomose pancreato-entérica ou, por outro lado, pode significar uma perda de fluído relacionada com o parênquima e não diretamente com a anastomose. Na maioria dos utentes a fístula cicatriza ao longo do tempo, através de nutrição adequada e terapêutica, contudo noutras situações é necessária uma nova intervenção cirúrgica para o tratamento desta complicação (Bassi et al., 2005).

Cheng et al., (2007) descrevem, também, outras complicações, embora não tão frequentes, tais como: infeção ou deiscência da ferida cirúrgica, abscesso intra-abdominal, disfunção hepática, pneumonia, fibrilação auricular, atelectasia e infeção do trato urinário. Por sua vez, Ávila e Fenili (2017) referem que as complicações cirúrgicas mais comuns após uma DPC são, primeiramente, as que estão relacionadas com infeção do local cirúrgico e, de seguida, as complicações respiratórias. A cirurgia abdominal influencia a dinâmica ventilatória da pessoa, diminuindo os volumes e a capacidade ventilatória prejudicando, assim, as trocas gasosas que por sua vez aumentam o risco de complicações respiratórias, sendo esta a maior causa de morbilidade pós-operatória (Rodrigues, 2015)

Com efeito, as complicações pós-cirúrgicas são dispendiosas para os sistemas de saúde e têm repercussões significativas na saúde pública (Haynes et al., 2009). Elas são consideradas uma doença adicional inesperada que ocorre até 30 dias após o procedimento ou como um agravamento de uma doença pré-existente devido à cirurgia (Neto et al., 2005).

Apesar da evolução científica e tecnológica que levaram a um aperfeiçoamento do procedimento cirúrgico da DPC, e que ainda que existam dados estatísticos que demonstram uma evolução favorável nas consequências em saúde deste utente, as complicações são ainda uma realidade. Essas complicações são essencialmente físicas, mas também psicológicas e sociais. É assim fulcral que se identifiquem essas mesmas complicações de forma a perceber quais as necessidades fundamentais de um utente submetido a DPC. Este tipo de conhecimento levará a uma atuação mais eficaz na prestação de cuidados neste contexto.

Em suma, o utente submetido a DPC pode vivenciar várias adversidades, que não só as relacionadas com o seu processo patológico e cirúrgico, bem como outras decorrentes da permanência prolongada nas instituições prestadoras de cuidados que irão

provocar-lhe consequências prejudiciais ao seu estado de saúde.

1.1.1 Necessidades da Pessoa submetida a Duodenopancreatectomia

A duração do internamento, a condição clínica do utente e as terapêuticas agressivas a que é submetido, após uma cirurgia, contribuem para a deterioração física do utente, bem como para o aparecimento de problemas a nível psicológico e social (Mendes & Chaves, 2012).

Quando um utente recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, poderá focar a sua atenção nas implicações que este evento terá na sua vida. A doença, o diagnóstico e a necessidade da cirurgia como forma de tratamento, significam que a sua saúde está debilitada, pelo que, o passo seguinte é adaptar-se a este contexto de forma adequada (Juan, 2007).

A pessoa que será submetida a DPC poderá apresentar diferentes sentimentos causados por receios de eventuais consequências da cirurgia, como a alteração da imagem corporal, o medo do prognóstico reservado, da anestesia, da dor e do próprio procedimento cirúrgico. Irá sentir, também, ansiedade no pós-operatório, medo de perder funções corporais (Ventura & Queirós, 2016), reações desadequadas a conceções e experiências anteriores, incerteza, fragilidade, mudanças no estilo de vida e ainda medo da morte (Tenani & Pinto, 2007).

Todo este contexto desperta reações de stress psicológico, fisiológico, e também stress social que implica por vezes, alterações familiares e das funções e/ou papéis sociais (Monahan et al., 2009). Muitos utentes sentem incertezas relacionadas com o prognóstico e com o tratamento, que conduzem a preocupações com a família, com o emprego e outros grupos sociais a que pertence (Amorim & Salimena, 2015). O internamento pode levar o utente a sofrer uma rutura com os vínculos sociais previamente estabelecidos. Este, ao afastar-se temporariamente do convívio com os amigos e familiares e diminuir ou extinguir as atividades laborais, vê limitada a sua autonomia social. A própria família do utente necessita de uma adaptação a mudanças temporárias ou prolongadas de funções familiares (Boehnlein & Marek, 2003).

Por outro lado, importa também refletir sobre as sequelas físicas com que o utente submetido a DPC se pode deparar. Quanto mais longo o tempo em que o utente em

processo cirúrgico permanece imóvel, quer seja por instabilidade hemodinâmica, da atividade elétrica ou da função respiratória, maior o risco de ocorrerem outras complicações decorrentes da disfunção muscular (Malcato, 2017).

Estas alterações físicas ficam exacerbadas em utentes diagnosticados com uma neoplasia, neste caso a neoplasia pancreática, que apresentam comumente fatores de risco para um declínio funcional motor, devido a características intrínsecas da própria neoplasia como a anemia da doença crónica, caquexia, desnutrição e fadiga muscular, que são potencializados após o trauma cirúrgico. Estes fatores estão associados a um aumento da morbidade e mortalidade pós-cirúrgica (Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2013; Morris et al., 2011).

O trauma cirúrgico leva a uma reação inflamatória que provoca alterações fisiológicas pós-operatórias que resultam no aumento da fadiga, redução da massa corporal e degradação da função pulmonar. Estas alterações são ainda mais potencializadas pelo repouso e pela imobilização (Kang et al., 2014; Paddon-Jones et al., 2006).

Durante o perioperatório da DPC ocorre perda funcional decorrente da diminuição da atividade física (Gill et al., 2012; Palleschi et al., 2013). Cerca de metade destes utentes têm perda de força e resistência muscular (Welvaart et al., 2011), visto que 80% deles passam o período de internamento, maioritariamente, deitados no leito, mesmo sem haver recomendação para tal (Brown et al., 2009). Esta imobilização leva à ocorrência de miopatia ou atrofia muscular, sendo que a perda de massa muscular é de cerca de 3% por dia (Needham, 2008), o que leva à diminuição consequente da coordenação, bem como do equilíbrio corporal.

O tempo de internamento nos cuidados intensivos após DPC é de, pelo menos, 24 horas após a cirurgia (Zhao & Liu, 2020). Este período é também causador de diminuição da força muscular. Estas alterações da força e resistência muscular foram identificadas no estudo desenvolvido por Mendes e Chaves (2012), que tinha como objetivo conhecer as alterações da mobilidade que afetaram os utentes com alta da UCI num hospital no centro de Portugal. Estes autores verificaram que mais de 90% dos utentes desenvolveram alterações no domínio da força muscular, desde situações ligeiras a condições clínicas mais graves. No momento da alta clínica da UCI, 80% dos utentes apresentavam um grau de dependência em todos os domínios do autocuidado mais elevado, como consequência

da fraqueza muscular. No caso dos utentes submetidos a DPC, as consequências do internamento em UCI ficarão exacerbadas, comparativamente ao descrito no estudo anterior, não só por se tratarem de utentes oncológicos pancreáticos, mas também pelo facto da DPC ser uma cirurgia major com longos períodos de internamento.

Pelo exposto, fica clara a necessidade de iniciar, tão precocemente quanto possível, um programa de reabilitação ao utente crítico, procurando evitar ou limitar o contacto com os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações da mobilidade (Clini & Ambrosino, 2005; Puthuchearry & Hart, 2009). É crucial dar seguimento a estes programas após a alta dos cuidados intensivos, de forma a promover a continuidade de cuidados e fazer a ligação entre a UCI e a enfermaria (Mendes & Chaves, 2012). A implementação de uma abordagem de mobilização precoce, o mais cedo possível após a cirurgia, é crucial para o sucesso da recuperação do utente submetido a DPC. Além de reduzir as respostas ao stress cirúrgico, a mobilização precoce pode reduzir as complicações pós-operatórias, aumentar a recuperação da autonomia e diminuir o tempo de internamento, contribuindo para uma recuperação mais rápida e eficaz (You-Meng Sun, 2020).

A diminuição de massa muscular e a imobilização, acima referidas, comprometem também a função respiratória (devido à inibição reflexa do nervo frénico que aumenta o risco de complicações pulmonares), o que leva a um aumento do número utentes que desenvolvem um quadro de pneumonia neste contexto (Welvaart et al., 2011).

A resposta fisiológica em casos de cirurgia major compromete ainda a função cardiopulmonar, neurológica (Kang et al., 2014), integra uma maior incidência de trombose venosa profunda, delírio, desmineralização óssea (Schweickert et al., 2009), e propicia uma maior ocorrência de úlceras de pressão (Truong et al., 2009).

Além de todas as alterações fisiológicas pós-operatórias anteriormente descritas, a dor no pós-operatório é também um fator importante a ter em conta. Esta é provocada pela manipulação no intraoperatório, pela incisão cirúrgica e por vezes pela existência de dispositivos médicos (drenos, cateter urinário, sonda nasogástrica entre outros), conduzindo à diminuição da mobilidade da pessoa, limitando a expansão torácica e consequentemente diminuindo a mobilização adequada das secreções (Welvaart et al., 2011).

No contexto dos utentes alvo deste estudo acresce ainda o facto de se tratarem de

utentes oncológicos, apresentando um perfil mais vulnerável e podendo não ser capazes de responder de igual forma aos efeitos prejudiciais da cirurgia e internamento. Todo este contexto pode dificultar a recuperação pós-operatória e aumentar o tempo de internamento após a cirurgia, bem como aumentar a taxa de mortalidade (Chou et al., 2012).

Considera-se então que compreender o utente, identificar as suas necessidades e problemas, contemplando os aspetos físicos, dor, de autonomia, psicológicos e sociais, possibilita a definição de diagnósticos e o planeamento de intervenções personalizadas e adaptadas às necessidades individuais. Procura-se, assim, agir em tempo útil e dirigir eficazmente a prática e prestar cuidados de reabilitação de excelência.

1.2 AUTOCUIDADO

A experiência de cada utente no pós-operatório leva a diferentes respostas, dependentes de vivências únicas e irrepetíveis (Phipps et al., 2003), alterando significativamente os domínios do autocuidado. De acordo com o International Council of Nurses (ICN) (ICN, 2019), o *Autocuidado* é a capacidade de uma pessoa de cuidar de si mesma, procurando manter-se saudável e operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas, bem como as Atividades de Vida Diária (AVD) de forma independente. O facto de conhecer e compreender o utente em todo o seu percurso cirúrgico possibilita um planeamento de intervenções mais especializadas que melhoram a sua qualidade de vida. Desta forma, considerando as alterações de dependência no *Autocuidado* do utente em processo cirúrgico, a intervenção de enfermagem especializada dirigida a este e aos seus familiares significativos na sua recuperação é de extrema importância, para que a sua condição de saúde e os níveis prévios de *Autocuidado* sejam otimizados (Carvalho et al., 2011).

1.2.1 Modelos Assistenciais em Enfermagem no domínio do Autocuidado

Nos últimos 40 anos as teorias em enfermagem têm sido um tema dominante na literatura de enfermagem, contribuindo para o seu desenvolvimento enquanto disciplina

e profissão. A era da teoria em conjunto com a consciência da enfermagem enquanto profissão e disciplina acadêmica, emergiu dos debates e discussões dos anos 60. Com efeito, com o avanço tecnológico, nas décadas de 70 e 80, surge uma nova ideia de profissionalismo com base na competência técnica e, deste modo, a enfermagem enquanto vocação evolui para profissão, baseando-se na sua própria ciência (Tomey & Alligood, 2004).

Os enfermeiros começaram a basear a sua prática em conhecimentos científicos, desenvolveram as suas capacidades técnicas e os cuidados passaram a ser dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas. Surgiram, assim, durante este período, os primeiros modelos conceituais orientadores da prática dos cuidados de enfermagem, da formação e da investigação, abandonando, desta forma, o modo empírico de atuação (Kérouace et al., 1996).

Considerando o objetivo dos modelos assistenciais da prática de enfermagem, independentemente do modelo escolhido, estes designam orientar e estruturar o pensamento do profissional de enfermagem, de forma a planear uma abordagem individualizada, fundamentada e adequada às necessidades do utente, família ou comunidade.

Neste sentido, no desenvolvimento deste trabalho, os dois marcos teóricos que consideramos mais adequados para uma melhor compreensão do autocuidado, assentam nas perspetivas de Dorothea Orem e Meleis.

Na sua teoria, Orem descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado das pessoas, para que estas prolonguem a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença (Orem, 1993). Inserida no seu modelo de enfermagem, uma das teorias mais citadas de Dorothea Orem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, desenvolvida entre 1959 e 1985. Orem participou em vários projetos que visavam a melhoria dos cuidados de enfermagem, tornando-se uma referência teórica e contribuindo para a evolução da enfermagem.

O modelo conceptual de enfermagem orientador do planeamento e implementação deste estudo reporta-se a esta teórica e à sua teoria do Défice de Autocuidado. Esta teoria é composta por três teorias inter-relacionadas, sendo estas:

- A teoria do autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias;

- A teoria do déficit de autocuidado que descreve e explica a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem, ou seja, quando percebem que as suas necessidades de autocuidado são superiores à sua capacidade para se autocuidar;

- A teoria dos sistemas de enfermagem que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas, entre enfermeiro e utente, para que se produza enfermagem de forma a compensar as necessidades do autocuidado no utente (Petronilho, 2012).

Relativamente à **teoria do autocuidado** esta engloba o conceito de autocuidado e a sua ação, os fatores condicionantes básicos e a exigência terapêutica de autocuidado (Foster & Bennett, 2000). Para Orem et al., (2001), o autocuidado refere-se à prática de atividades iniciadas e amadurecidas deliberadamente pelas próprias pessoas, com o objetivo de preservar a vida, a saúde e o bem-estar. Esta é uma função apreendida e desenvolvida pela pessoa, com a influência do seu contexto sociocultural, o que significa que em diferentes contextos, possa não ser igual para todas as pessoas.

Assim, existem, segundo Orem (1991), duas categorias de autocuidado, o autocuidado universal e o terapêutico. O primeiro corresponde às necessidades humanas básicas, enquanto o segundo diz respeito às ações que se justificam quando há desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado e a capacidade de o realizar.

Por sua vez, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação define AVD's como o *conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia* (Parecer nº 12/2011, p.1). Estas podem ser divididas em duas categorias distintas: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (Parecer nº 12/2011, p.1).

As ABVD dizem respeito a atividades relacionadas com o cuidado pessoal e referem-se às funções e estruturas do corpo envolvidas (*Cuidar da higiene pessoal, Vestir-se, Usar o sanitário, Virar-se, Transferir-se, Controlar os esfíncteres, Comer e beber*). As AIVD referem-se à capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive (*Uso do telefone, Fazer compras, Gerir o dinheiro, Gerir a medicação, Utilizar meios de transporte, Realização de tarefas domésticas, Preparação de refeições, Tomar a medicação e Atividades de carácter lúdico*). Existem ainda as atividades avançadas da vida diária, que são atividades de interação e participação social que inclui por exemplo, *Trabalhar ou Praticar exercício físico* (Blair, 1999; Caldas, 2003; Drageset, 2004; Fonseca & Paúl, 2005; Hoogerduijn et al., 2006; ICN,2019; OMS, 2002).

Por outro lado, Petronilho (2012) considera que o autocuidado é um conceito central da enfermagem e encontra-se relacionado com a autonomia, a independência e a responsabilidade pessoal. Numa outra perspetiva, considera o autocuidado como algo mais abrangente por incluir todos os aspetos vivenciais, não se restringindo apenas às ABVD's e às AIVD's (Queirós, 2010).

No que diz respeito aos utentes alvo deste estudo, perante o pós-operatório de uma DPC, as atividades do autocuidado acima referidas ficam comprometidas, pelo que é necessário que o EEER promova o desenvolvimento de competências no utente de forma a obter uma participação ativa no controlo do seu autocuidado.

A escassez de conhecimento científico relacionado com o autocuidado, transtornos e disfunções de saúde, a falta de habilidades e os hábitos inadequados de autocuidado podem limitar as pessoas no seu próprio autocuidado, ou na ajuda de outras pessoas (Gilbert et al., 2012). Brito (2012) e Orem (1993) definem autocuidado como uma ação aprendida e não inata, influenciada pelas relações interpessoais e pela comunicação e, que pode sofrer alterações pela sua situação de saúde, pelo meio em que se insere, por cuidados médicos ou outros fatores.

Desta forma, podemos comprovar que a teoria do autocuidado constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação dos utentes que podem beneficiar com a enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Relativamente à **teoria do défice do autocuidado**, quando a pessoa é incapaz de desempenhar as atividades de autocuidado pessoal, por limitações resultantes de compromisso motor, sensorial ou da função cognitiva ou da sua combinação, referimo-nos a um défice de autocuidado (North American Nursing Diagnosis Association, 2020).

Orem define défice de autocuidado, quando se verifica um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e a necessidade terapêutica de autocuidado, sendo este o momento onde o enfermeiro deve intervir, compensando o défice ou o desequilíbrio do utente (Duque, 2009). Assim, para Orem et al., (1995), os défices de autocuidado podem ser completos ou parciais. Se não existir capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico estamos na presença de um défice de autocuidado completo. Em relação aos défices de autocuidado parciais, estes podem ser extensos ou apenas estarem limitados à incapacidade de satisfazer um ou vários requisitos de autocuidado.

No utente submetido a DPC esta teoria tem um papel importante, visto que os

utentes experienciam uma mudança que vai alterar a sua capacidade para o autocuidado e onde o apoio de outros torna-se essencial para restaurar estas funções (Ribeiro et al., 2014). À luz do exposto, é neste domínio que o EEER tem um papel preponderante ao intervir nas necessidades do utente, identificando os seus défices de autocuidado, informando-o e preparando-o para o que advém da cirurgia, de forma que este ultrapasse as dificuldades de forma eficaz. Assim, a teoria do défice de autocuidado tem como objetivo promover a autonomia da pessoa desenvolvendo estratégias que permitam a realização do autocuidado da forma mais independente possível, refletindo-se na sua qualidade de vida.

O grau de dependência determina parte dos cuidados necessários, para o profissional de enfermagem (Ribeiro et al., 2014). Orem identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa, que são:

- Executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer;
- Orientar e encaminhar;
- Dar apoio físico e/ou psicológico;
- Criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento;
- Ensinar (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com Sequeira (2010), a avaliação precoce do autocuidado possibilita a adoção de intervenções adequadas às necessidades identificadas, promovendo assim uma melhoria significativa na prevenção da dependência e conseqüentemente uma maior satisfação. Na mesma linha de pensamento Roper et al. (1995), consideram fundamental avaliar o nível de (in) dependência do utente em cada uma das AVD's, avaliar em que momento estes devem ser assistidos para progredir no estado de dependência/independência e, de que cuidados de enfermagem podem necessitar para alcançar os seus objetivos. Existem, atualmente, inúmeros instrumentos disponíveis cujo objetivo é a avaliação do nível do autocuidado, pelo que neste estudo em particular será utilizado o formulário de Hernâni Duque, explanado posteriormente.

Por último, a **teoria dos sistemas de enfermagem** concetualiza-se como sistemas de ação constituídos pela atividade de enfermagem, que intencionalmente pretendem conhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado da pessoa (Orem 1993).

Para Tomey e Alligood (2004) a teoria dos sistemas de enfermagem refere que a

enfermagem é uma ação humana, pois é concebida e produzida por enfermeiros através do exercício da prática, com pessoas que apresentam limitações de autocuidado. Orem (1991) identificou três classificações de sistemas de enfermagem para preencher os requisitos de autocuidado do utente, sendo estes o sistema totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o de apoio-educação. Os sistemas correspondem, primeiramente aquele que integra a pessoa que é totalmente dependente de outros para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, ou seja, a pessoa não tem um papel ativo no seu autocuidado, denominado por Orem como totalmente compensatório. Quando a pessoa é parcialmente dependente, onde os cuidados são partilhados entre a pessoa e o enfermeiro, tendo a pessoa capacidade para satisfazer algumas das suas necessidades de autocuidado, corresponde ao sistema parcialmente compensatório. O terceiro sistema é aquele em que a pessoa tem capacidade para o autocuidado, mas necessita de apoio e orientação por parte dos enfermeiros para concretizar as atividades de autocuidado de forma adequada, designado por sistema de apoio-educação (Petronilho, 2012).

É possível assim fazer o paralelismo entre a teoria de Orem aqui descrita e a linguagem classificada, nomeadamente a taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizada atualmente, tendo por base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Deste modo, de acordo com o grau de dependência do utente, devem ser utilizadas as seguintes formas de atuação:

a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado, onde deverão ser utilizadas intervenções do tipo: «executar» (exemplos: dar banho [aplicar água ou material de limpeza a algo], transferir [mover alguém ou alguma coisa de um local para outro] e virar [levar a uma mudança de posição, de modo a encarar uma direção diferente]);

b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado, onde deverão ser utilizadas intervenções do tipo: «assistir» (fazer parte do trabalho com ou para alguém);

c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias, onde deverão ser utilizadas intervenções do tipo: «incentivar» (levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade), «informar» (dirigir alguém para

uma decisão em assuntos relacionados com a saúde), «educar» (transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém) e «orientar» (capacitar alguém para tomar a sua própria decisão através do diálogo) (ICN, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2015). Todos estes aspetos confluem de forma a facilitar o processo de tomada de decisão em enfermagem, assegurando assim maior qualidade de cuidados prestados.

As necessidades de cuidados das pessoas invocam cada vez mais uma enfermagem fundamentada nos referenciais teóricos da disciplina e desta forma a valorização do conceito de autocuidado, que não se resume à dependência face aos requisitos universais propostos por Orem, mas que é entendido como tudo o que cada pessoa faz para obter o máximo bem-estar (Paiva, 2016).

Além do marco teórico que Dorothea Orem representou para a enfermagem na área do autocuidado, também Afaf Meleis, é uma referência nesta mesma área, alicerçando, igualmente, o desenvolvimento concetual da presente investigação.

A perspetiva teórica proposta por Meleis et al. (2000) baseia-se no facto de os utentes, decorrentes de quadros patológicos ou do processo natural de envelhecimento, experienciem mudanças significativas nas suas capacidades de desempenho no autocuidado. Estas mudanças configuram transições com relevância para a enfermagem, desafiando o profissional a mobilizar terapêuticas capazes de ajudar os utentes a lidarem com os seus défices no autocuidado e a reconstruírem a sua autonomia. A transição de uma situação de independência para a dependência no autocuidado representa, habitualmente, um conjunto de alterações nas atividades de autocuidado da pessoa, que conduzem a mudanças e uma adaptação à nova realidade e a um novo projeto de vida (Chick & Meleis, 1986). Este é um processo complexo, multidimensional e multicausal, que pode surgir de forma abrupta ou de forma progressiva, na maioria dos casos, associado a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo (Sequeira, 2010).

Para Meleis (2012), o enfermeiro cuida da pessoa, integrada num contexto sociocultural (ambiente), que está em fase de transição (ou antecipando-a), com a intenção (processo de enfermagem) de promover a sua saúde e/ou bem-estar através de um conjunto de ações (intervenções terapêuticas).

Em suma, a agressão cirúrgica a que o utente é submetido traduz-se numa alteração do seu curso normal, sendo fundamental que o EEER tenha ao seu dispor

ferramentas que permitam a aquisição de informações que o orientem no processo de tomada de decisão e na definição de prioridades de intervenção no domínio da reavaliação da autonomia no autocuidado, ou na transmissão de estratégias adaptativas, com o objetivo de minimizar os efeitos da doença sobre as atividades de autocuidado.

1.2.2 Instrumentos de Avaliação em Enfermagem no domínio do Autocuidado

Os instrumentos de avaliação em enfermagem no domínio do autocuidado permitem avaliar, identificar e quantificar o nível de autocuidado da pessoa de acordo com a sua condição clínica. Estes instrumentos permitem identificar de forma precisa e objetiva as alterações físicas, psíquicas ou espirituais, assim como aspetos subjetivos de modificação do estado de saúde-doença. O resultado obtido deste tipo de instrumentos permite adequar a forma de intervenção e avaliar a evolução do estado clínico (Sousa et al., 2021).

Assim, é importante selecionar de forma cuidada o instrumento que vai avaliar o autocuidado de forma apropriada. Existem diversos instrumentos de avaliação que devem ser selecionados de forma a ir de encontro ao objetivo que se pretende avaliar, dos quais se destacam a título de exemplo:

- Escala Summary of Diabetes Self-Care Activities – desenvolvida com o objetivo de avaliar o autocuidado com a diabetes em adultos (Toobert et al., 2000).
- Escala de Lawton e Brody – tem o objetivo de avaliar a autonomia da pessoa para realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Lawton & Brody, 1969);
- O Índice de Barthel – tem o objetivo de avaliar a independência dos indivíduos para a realização de dez ABVD – *Comer, Cuidar da higiene pessoal, Uso do sanitário, Tomar banho, Vestir e despir, Controlo de esfíncteres, Deambular, Transferência da cadeira para a cama, Subir e descer escadas* (Mahoney & Barthel, 1965);
- Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado – com o objetivo de avaliar o nível de dependência, necessidades de autocuidado e condição de saúde da pessoa (Duque, 2009). O desenvolvimento do instrumento teve por base a (NOC) Nursing Outcomes Classification (Moorhead et al., 2016), que permite determinar as habilidades de autocuidado de pessoas com dependência.

Desta forma, e tendo por base as teorias anteriormente explicadas, bem como a

exposição dos diferentes instrumentos de colheita de dados no domínio do autocuidado, irá ser utilizado, neste estudo, o Formulário de avaliação da dependência no autocuidado do enfermeiro Hernâni Duque.

Por não existir um formulário específico para a amostra em estudo, este formulário é o que se percebe como mais adequado neste contexto, por avaliar o nível de dependência, necessidades de autocuidado e condição de saúde do utente submetido a DPC. Este formulário é também o recurso disponível no SClínico[®], repositório onde foram colhidos os dados.

O mérito do instrumento desenvolvido por Duque, comparativamente às múltiplas escalas disponíveis prende-se com o poder discriminatório do instrumento, dada a precisão dos diferentes itens avaliados em cada um dos domínios do autocuidado e também por possuir uma excelente robustez teórica (Duque, 2009).

1.3 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DE AUTONOMIA

O exercício da profissão de enfermeiro em Portugal, tem vindo sofrer diversas alterações ao longo dos tempos. Desde a sua integração no Sistema Educativo Nacional, no final da década de 80 (Decreto-Lei nº480/88), passando pela publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros em 1996 (Decreto-Lei nº161/96) até à atribuição do grau de licenciatura em 1999 (Decreto-Lei nº353/99) e à criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998 (Decreto-Lei nº104/98).

A Ordem dos Enfermeiros veio regulamentar e controlar o exercício profissional dos enfermeiros e estabelecer condições para a consolidação da autonomia da profissão de enfermagem. Entre as suas atribuições, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

A formalização das competências do enfermeiro de cuidados gerais surgiu em 2001, por regulamentação da Ordem dos Enfermeiros, fundamentadas nas diretrizes do International Council of Nurses, que viria a sofrer a sua última alteração em 2015 (Regulamento n.º 190/2015).

Neste sentido, em 2011 surgem as competências especializadas, ou seja, relativas aos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Estas resultam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Associado ao anterior, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns, ou seja, apresentam um *conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam em contexto da prática clínica, que lhes permitem ponderar as necessidades de saúde de um grupo-alvo e atuar em todos os contextos da vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção* (Regulamento nº140/2019). Estas são inseridas em quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria continua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação surge em 2010 e tem a sua última atualização em 2019. Este regulamento define o perfil das competências específicas do EEER, a saber: a) *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo de toda a vida, em todos os contextos da prática de cuidados*; b) *Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania*; c) *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa* (Regulamento nº392/2019).

Em 2011 é aprovado o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Neste estão traçados os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, divididos em oito categorias: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção e complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem. A mais recente revisão deste documento é de 2015 (Regulamento nº 350/2015).

Irá de seguida ser feita a exposição da atuação do EEER, tendo por base tanto o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

O EEER possui um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Portanto, concebe, implementa e

monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados. No utente submetido a DPC que vê o seu nível de autocuidado ser alterado, o EEER irá:

- *Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's;*
- *Identificar fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa;*
- *Fazer o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor (...) e da realização das AVD's;*
- *Identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor (...) e da realização das AVD's;*
- *Conceber planos, selecionar e prescrever as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional;*
- *Ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade);*
- *Usar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida);*
- *Ensinar, à pessoa e/ou cuidador, técnicas específicas de autocuidado;*
- *Realizar treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) (Regulamento nº392/2019, pp. 13566-13567).*

A atuação do EEER é regulamentada por padrões de qualidade que determinam o nível dos resultados mínimos aceitáveis, não só junto dos clientes, como também relativamente a outros profissionais, público e decisores políticos. Estes padrões de qualidade são explicitados por enunciados descritivos, embora todos sejam fundamentais para uma prática de qualidade, destacam-se de seguida aqueles que se enquadram na

atuação perante o utente alvo deste estudo:

- *A prevenção de complicações:*
 - *A identificação, tão rápida quanto possível, dos riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades;*
 - *A prescrição de intervenções de enfermagem de reabilitação mediante um plano que deve ter em vista a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor.*

- *O bem-estar e o autocuidado:*
 - *A identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas reais ou potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação. Estas contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar AVD's relativamente às quais o cliente é dependente;*
 - *A análise com o cliente e pessoas significativas das alterações da funcionalidade, definindo com eles as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida;*
 - *A prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função motora;*
 - *A seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação);*
 - *O ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade*

funcional da pessoa;

- *O ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos.*
- *A reeducação funcional:*
 - *A identificação de necessidades específicas da pessoa no âmbito da funcionalidade e dos fatores facilitadores/inibidores para a realização de AVD's de forma independente;*
 - *Avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença sempre que ocorram alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado;*
 - *A conceção de planos que promovam a maximização das capacidades funcionais e adaptativas a nível motor (Regulamento nº 350/2015, pp. 16657-16658).*

A atuação anteriormente descrita é focada no utente cirúrgico, e desta forma há que ter em consideração que complicações cirúrgicas são *qualquer disfunção que ocorra no pós-operatório e que resulte em doença ou disfunção clinicamente significativa afetando negativamente o normal decurso da recuperação* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.236). Embora não seja previsível a total eliminação destas complicações, é possível diminuir a sua incidência e minimizar o seu impacto. Daí se depreende a importância do desenvolvimento de cuidados de enfermagem especializados de excelência.

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

Desta forma, a enfermagem de reabilitação, promove a maximização das

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

A enfermagem de reabilitação, enquanto área de especialização em enfermagem, contribui para a obtenção de ganhos em saúde e pode ser uma mais valia, independentemente do contexto ou fase de tratamento ou recuperação da pessoa (Pestana, 2016; Santos, 2016). Está comprovado que a educação para a saúde e os exercícios, ministrados pelo profissional de saúde no período pré-operatório da DPC, têm uma repercussão positiva na capacidade dos utentes de se lembrarem e seguirem esses exercícios no período pós-operatório. A implementação deste tipo de ensino melhora a capacidade de aprendizagem dos utentes, aumenta a compreensão de conhecimentos, e contribui para aumento da aderência ao tratamento e realização de exercícios. A intervenção do enfermeiro, particularmente, do EEER tem enfoque na promoção da saúde e prevenção de complicações tendo, nesta área particularmente, a possibilidade de uma ação relevante (Pestana, 2016; Santos, 2016).

Posto isto, é crescente a preocupação em identificar estratégias para obter uma recuperação funcional precoce e com menos complicações pós-operatórias em utentes cirúrgicos oncológicos, como é o caso do utente submetido a DPC. O reconhecimento e a forma de abordar complicações que eventualmente podem surgir no pós-operatório imediato podem reduzir a morbimortalidade, além de reduzir o tempo de internamento e custos hospitalares (Pestana, 2016; Santos, 2016).

A probabilidade de certa complicação surgir para um determinado utente pode ser prevista pela natureza do procedimento, pelas técnicas de anestesia utilizadas e pelas comorbidades pré-operatórias do utente. Assim, é de extrema importância uma avaliação pré-operatória completa, que vise alcançar e otimizar a condição de saúde prévia (Pestana, 2016; Santos, 2016).

A implementação da reabilitação precoce pretende prevenir ou minimizar

alterações pós-operatórias, reduzir complicações respiratórias, instabilidade de feridas, deslocamento do dreno, hipotensão ortostática e principalmente a perda de autonomia (Havey et al., 2013).

Segundo Bosco et al. (2013), a pessoa submetida a uma cirurgia apresenta diversos receios, que alteram o seu estado geral. O contacto com o EEER na fase pré-operatória ajuda a pessoa, no sentido de lhe fornecer informações e diminuir a sua insegurança. O ensino pré-operatório é compreendido como um processo de desenvolvimento de conhecimentos que favorecem a reabilitação pós-cirúrgica, tornando a pessoa um agente ativo na sua própria recuperação. Este, ao ser realizado de forma sistemática e estruturada tem uma influência positiva no processo reabilitação do utente. Contudo, para que o plano de ensino seja bem concebido, deve ser estruturado de maneira a adaptar-se às necessidades de aprendizagem de cada utente, às suas expectativas e ansiedades. Esta forma de agir proporcionará maior participação no processo por parte do utente e fará com que retenha a informação de forma mais eficaz. É também pertinente escolher o momento que demonstre maior receptividade, e o período pré-operatório revelou ser o momento ideal para esta atuação (Isaías et al., 2012; Potter & Perry, 2006)

O EEER é detentor de recursos teórico práticos, de competências e capacidades para intervir no percurso cirúrgico de todos os utentes, nomeadamente da pessoa submetida a DPC. Para Ventura e Queirós, 2016 os ganhos da intervenção do EEER são para a pessoa, assim como para família e comunidade em que está inserida. Segundo estes autores o EEER tem como missão a prevenção, o tratamento e promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo do ciclo vital, assegurando à pessoa, família e comunidade, não apenas a manutenção das capacidades funcionais, mas também proporcionar qualidade de vida com dignidade.

A mobilização precoce, que inclui sentar-se, levantar-se e deambular no pós-operatório o mais precocemente possível, tem sido recomendada para utentes submetidos a DPC de forma a melhorar a sua recuperação e capacidade funcional (Almeida et al., 2017). A reabilitação pretende ainda capacitar o utente com défice para que melhore as funções físicas, intelectuais, psicológicas e sociais. Esta compreende um programa durante o qual o utente progride ou mantém o máximo grau de independência possível. Os utentes submetidos a DPC são também expostos a longos períodos de repouso absoluto ou moderado no leito. É fundamental protegê-los de mais deterioração ou atrasos

na recuperação, sobretudo para complicações que não estão relacionadas com a fisiopatologia subjacente que levou a pessoa ao quadro agudo (Fridman, 2017).

Promover e manter o autocuidado nas pessoas é um papel central da intervenção do EEER (Galvão & Janeiro, 2013), pelo que é crucial iniciar um padrão de movimento para cada membro, coordenar esses padrões entre os membros, adaptar a força e a velocidade do padrão de movimento para contrariar a resistência e, assim, ser possível a execução de tarefas, nomeadamente de autocuidado e manter o equilíbrio corporal (Hoeman et al., 2011).

Os autores Soares e Soares (2018) referem que para prevenir complicações pós-operatórias na pessoa adulta e idosa em processo cirúrgico deverá haver intervenção dos enfermeiros de reabilitação, quer no pré-operatório quer no pós-operatório.

Atualmente, existe uma abordagem multimodal, multidisciplinar e baseada em evidência para cuidar de utentes cirúrgicos, que simultaneamente visa otimizar os cuidados perioperatórios. Esta abordagem tem o nome de ERAS[®] (Enhanced Recovery After Surgery – Recuperação Aprimorada após Cirurgia) e tem sido descrita como um conceito importante para melhoria da capacidade funcional após a cirurgia. Esta inclui a otimização e educação pré-operatória, reabilitação pós-operatória e programas de via rápida (You-Meng Sun, 2020). O ERAS[®] é seguro e tem sido implementado de forma eficaz na cirurgia colorretal, no entanto, atualmente, a abordagem tem sido amplamente aceite e aplicada internacionalmente em utentes submetidos a DPC.

O ERAS[®] requer cooperação multidisciplinar entre os departamentos de cirurgia, anestesia, enfermagem, enfermagem de reabilitação e nutrição. O conceito ERAS[®] procura reduzir o tempo de jejum do utente, fornecer reforço pré-operatório com hidratos de carbono, fornecer analgesia adequada, administrar fluidoterapia direcionada a objetivos, promover alimentação precoce após a cirurgia, promover extubação e remoção de drenos precoce e implementar mobilização tão precocemente quanto possível, para aliviar as respostas de stress cirúrgico do utente, reduzir as complicações pós-operatórias, promover a recuperação da autonomia, diminuir o tempo de internamento e alcançar uma recuperação rápida (You-Meng Sun, 2020).

Pelo exposto, fica clara a necessidade de iniciar um programa de reabilitação ao utente submetido a DPC, o mais precocemente possível, procurando evitar ou limitar o contacto com os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações da mobilidade

(Clini & Ambrosino, 2005; Puthucheary & Hart, 2009).

Esse programa de reabilitação deverá ser implementado pelo EEER, que deve maximizar as pequenas habilidades e realizar modificações ambientais que proporcionem diminuir a diferença entre dependência e independência. O EEER tem também como missão promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais dos utentes, mas também de forma a evitar mais incapacidades, prevenir complicações e defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, em que reabilitar não é só reeducar a função, mas tornar de novo válido (Hesbeen, 2002).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia é a explicação detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método do trabalho de pesquisa. Deste modo, a fase metodológica baseia-se em explicitar como o fenómeno em estudo será delineado, num plano de trabalho que ditará as atividades que conduzem à realização da investigação (Fortin, 2009).

A investigação científica é um processo sistemático de validação de conhecimentos já estudados e de produção de novos, que sejam passíveis de serem aplicados na prática. Ao longo da realização deste estudo irão ser implementadas etapas, de acordo com uma metodologia científica que irá ser descrita no decorrer deste capítulo (Fortin, 2009).

Neste sentido, serão abordados ao longo dos próximos subcapítulos a problemática, a finalidade e objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, o tratamento de dados e por fim as considerações éticas.

2.1 PROBLEMÁTICA

A problemática é a abordagem ou a perspetiva teórica que se decide adotar para tratar o problema colocado pela pergunta de partida. Assim, construir a problemática significa determinar a forma como abordar determinado fenómeno (Campenhoudt & Quivy, 2008). O caso concreto deste estudo pretende descrever a influência da doença e cirurgia no utente submetido a DPC, mais concretamente no que respeita nos domínios do seu autocuidado.

A DPC é um procedimento invasivo que inclui ressecção de vasos e órgãos e requer um tempo de cirurgia mais longo (quatro a seis horas), com maior perda sanguínea do que outras cirurgias abdominais e é considerada uma das cirurgias mais desafiadoras em cirurgia geral. Apesar do baixo índice de mortalidade hospitalar no período pós-operatório da DPC, atualmente inferior a 3%, ainda existe uma taxa considerável de complicações associadas, que varia entre 20 a 40% (Zhao & Liu, 2020).

As complicações associadas à DPC estão relacionadas não só com o processo da doença, mas também com a intervenção cirúrgica, o que terá como consequência defices

de autocuidado, que sem as intervenções corretas e a educação adequada pode deixar o utente no nível mais elevado de dependência (Hari & Rosenzweig, 2012).

Tal como já referido no capítulo do estado da arte, as complicações pós-cirúrgicas são definidas como uma segunda doença inesperada, podendo ocorrer até trinta dias após o procedimento (Neto et al., 2005). Desta forma, a duração do internamento, o estado crítico do indivíduo e o tempo em serviços de cuidados intensivos após a cirurgia, contribuem para a deterioração física do utente (Mendes & Chaves, 2012).

As pessoas submetidas a cirurgia abdominal major, na qual se enquadra a DPC, são frequentemente, expostas a longos períodos de repouso no leito. É fundamental protegê-las de uma deterioração exacerbada ou atrasos na recuperação, sobretudo para complicações que não estão relacionadas com a fisiopatologia subjacente que levou o utente ao quadro agudo (Fridman, 2017). Quanto maior o tempo em que o utente em processo cirúrgico permanece imóvel, quer seja por instabilidade hemodinâmica, da atividade elétrica e da função respiratória, maior é o risco de ocorrerem outras complicações decorrentes da disfunção muscular (Malcato, 2017).

Estes utentes no pós-operatório apresentam um risco muito elevado de complicações pulmonares, devido ao aumento de secreções, à redução da expansão pulmonar e à depressão do centro respiratório, estando estas dependentes de fatores do foro cirúrgico, como a anestesia geral, analgesia e a dor (Cordeiro & Menoita, 2012). Aqui, os EEER têm um importante papel na prevenção e na minimização de ocorrência destas complicações e, de um modo geral, as inerentes à imobilização ou diminuição da mobilidade. Em resultado da limitação funcional imposta por este tipo de tratamento, os EEER contribuem para a restauração da saúde da pessoa no menor tempo possível (Malcato, 2017).

Em suma, estas complicações pós-operatórias e incapacidades decorrentes do processo cirúrgico, retardam a recuperação dos utentes e têm implicações na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado (Amorin & Salimena, 2015; Araújo et al., 2016).

Quando existe défice de autocuidado surge a necessidade de se desenvolver uma intervenção terapêutica (Orem, 2001), onde as intervenções de EEER são prioritárias. Em todos os contextos da prática, a excelência da enfermagem de reabilitação, traz ganhos em saúde, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia. Como área de intervenção,

de excelência e referência, esta:

Previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, ajudando-as a criar uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação (Regulamento nº 350/2015, p. 16656).

O facto de identificar as necessidades e problemas da pessoa em todo o seu percurso cirúrgico possibilita um planeamento de ações mais especializadas que melhoram a sua qualidade de vida. Em concordância com o referido, face às alterações de dependência do utente em processo cirúrgico, a intervenção do EEER dirigida ao utente, aos seus familiares e a outras pessoas que o apoiam na sua recuperação é de extrema importância, para que sua evolução e reabilitação sejam otimizadas (Carvalho et al., 2011). Aqui, o EEER, com base nos problemas reais ou potenciais das pessoas concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados. À luz do exposto, promove o diagnóstico precoce e ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (Regulamento nº 392/2019).

Mendes e Chaves (2012) realizaram um estudo que teve como objetivo conhecer as alterações da mobilidade que afetaram os utentes cirúrgicos e não cirúrgicos com alta de uma UCI, após um internamento superior a uma semana. Nesse estudo, os autores verificaram que mais de 90% dos utentes desenvolveram alterações na força muscular. Constataram, ainda, que no momento da alta dos cuidados intensivos, 80% dos utentes apresentavam um grau de dependência total no autocuidado, consequência da fraqueza muscular diretamente relacionada com a perda de autonomia.

Os utentes num pós-operatório imediato de uma DPC permanecem um ou dois dias numa unidade de cuidados intensivos e em seguida são transferidos para a enfermaria, no entanto devido às complicações já referidas, os utentes poderão permanecer na UCI por um período mais longo (Welsch et al., 2010).

Assim, é crucial iniciar um programa de reabilitação para utentes submetidos a DPC o quanto antes, para minimizar a exposição aos fatores de risco que podem causar problemas de mobilidade e garantir uma recuperação mais rápida e eficaz (Clini &

Ambrosino, 2005; Puthucheary & Hart, 2009).

É assim decisivo dar continuidade a estes programas mesmo após a alta dos cuidados intensivos, de forma a evitar a descontinuidade de cuidados entre a UCI e a enfermaria (Mendes & Chaves, 2012).

A problemática deste estudo assume especial pertinência uma vez que após a revisão bibliográfica foi possível constatar a escassez de evidência específica nesta área, nomeadamente, a nível do autocuidado do utente submetido a DPC.

2.2 OBJETIVOS

Segundo Fortin (2009) os objetivos enunciam claramente o que o investigador pretende investigar. Estes enquadram um enunciado declarativo que identifica as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação. Desta forma, para o desenvolvimento da presente investigação assumem-se como objetivos:

- Caracterizar o utente submetido a duodenopancreatectomia quanto ao sexo, idade, antecedentes, IMC, condição prévia de autocuidado e o número de dias de internamento e em cuidados intensivos;
- Avaliar o grau de dependência do utente submetido a duodenopancreatectomia no *Autocuidado: Cuidar da higiene pessoal, Transferir-se* e *Virar-se* no primeiro e terceiro dia após o regresso à enfermaria.

2.3 TIPO DE ESTUDO

A metodologia tem um papel importante no desenvolvimento de um trabalho de investigação visto que é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com o propósito de obter respostas para as questões que merecem investigação. Os fatores predominantes para a determinação do tipo de estudo são o fenómeno objeto de análise, a abordagem do mesmo e o objetivo do estudo (Fortin, 1999). Assim, para o desenvolvimento deste estudo, tendo em conta os seus objetivos e o seu objeto de análise, optou-se por uma metodologia quantitativa, através de um estudo descritivo analítico e

longitudinal.

O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Este baseia-se na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. A abordagem quantitativa constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos relativamente às variáveis e onde o investigador segue uma sequência de etapas ordenadas, visando a objetividade, predição, controlo e generalização (Fortin, 2009). Posto isto e tendo em conta a execução dos objetivos acima referidos, optou-se por um tipo de investigação que tem as características de um estudo quantitativo, por ser baseado em resultados numéricos, suscetíveis de serem generalizados (Coutinho, 2014).

Fortin (2009) afirma que os estudos descritivos têm o propósito de descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de forma a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta. O método descritivo assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um determinado fenómeno (Freixo, 2012). Neste estudo em particular pretende-se descrever os utentes submetidos a DPC, no que diz respeito a dados sociodemográficos, antecedentes clínicos, tempo de internamento e a condição prévia de autocuidado. Além destes, entende-se importante perceber de que forma esses fatores se relacionam com o autocuidado, nos domínios: *Cuidar da higiene pessoal*, *Transferir-se* e *Virar-se* após a intervenção cirúrgica (ICN, 2019).

A observação e identificação destes fatores ocorreu de forma não experimental, uma vez que não foram manipuladas as variáveis em estudo, embora a intenção seja obter evidência para explicar a razão de ocorrer determinado fenómeno (Sampieri et al, 2013), neste caso concreto, o impacto da DPC no autocuidado.

Uma vez que este estudo tem como propósito examinar a relação que existe entre determinadas características do utente submetido a DPC (sexo, idade, antecedentes, IMC, condição prévia de autocuidado e período de tempo de internamento em cuidados intensivos), com a alteração da sua dependência no autocuidado após o regresso à enfermaria, podemos então classificá-lo como um estudo analítico, já que tem como propósito analisar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou

variáveis (Sampieri et al., 2013).

Num estudo longitudinal, o investigador recolhe dados dos mesmos indivíduos em tempos diferentes, permitindo assim avaliar as mudanças que surgem no decorrer desse período (Fortin, 2009), o que vai de encontro àquilo que foi realizado neste estudo. Nesse sentido, procura-se perceber as mudanças ocorridas desde a condição prévia de *Autocuidado* do utente submetido a DPC até ao primeiro e terceiro dias após regresso do utente à enfermaria.

Por se tratar de um estudo retrospectivo efetuou-se uma recolha sistemática de dados e uma avaliação crítica relacionada com ocorrências passadas. Em geral, o estudo retrospectivo realiza-se para responder a questões sobre causas, efeitos ou tendências, referentes a acontecimentos passados que podem esclarecer comportamentos ou práticas atuais (Vilelas, 2009). Para a colheita de dados, procedeu-se à consulta de registos de enfermagem, nomeadamente através do sistema de informação SClínico®.

2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida como uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, neste caso o facto de terem sido submetidos à mesma cirurgia. Por existir dificuldade em incluir uma população na sua totalidade, além do cronograma em estudo ter de ser ajustado ao limite temporal definido para o Curso de Mestrado em questão, na investigação é frequentemente estudada aquela que se encontra acessível (Fortin 2009). Assim, a presente investigação, restringiu-se aos utentes submetidos a DPC, num hospital na região do norte de Portugal, no período supracitado.

Segundo Polit et al. (2004), uma população é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios específicos. Os critérios de inclusão definidos no presente estudo são: utentes com o diagnóstico médico de neoplasia do pâncreas e que sejam submetidos a DPC; e como critérios de exclusão: utentes que após regresso à enfermaria, por agravamento do seu estado, regressem aos cuidados intensivos nos primeiros três dias após internamento e, ainda, utentes cuja intervenção cirúrgica tenha sido efetuada por laparoscopia.

O tamanho da amostra é determinado pelo número de utentes que cumpram os

critérios de elegibilidade no período compreendido entre janeiro de 2020 e junho de 2022. Este intervalo temporal foi decidido logo no início da elaboração deste estudo através de um pedido efetuado ao departamento de estatística do hospital no qual se efetuou o estudo, que cedeu a contabilização de DPC's ao longo dos últimos anos. Optou-se por este período, para que o número de participantes fosse representativo, de forma a dar maior robustez ao estudo, sem afetar a sua atualidade.

O tipo de amostragem utilizado foi não probabilística por conveniência, esta é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão acima descritos. Com este tipo de amostra é possível selecionar indivíduos que estão no local certo, no momento certo e que têm igual probabilidade de serem escolhidos para formar a amostra (Fortin, 2009).

2.5 COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados é um método de recolha de informação acerca dos participantes com instrumentos escolhidos previamente (Fortin, 2009). Neste caso esta foi efetuada exclusivamente através da consulta de processo clínico, recorrendo ao sistema informático utilizado para a realização de registos de enfermagem, o SClínico®.

Para sistematizar a colheita de dados foi elaborado um instrumento de colheita de dados (Apêndice I), composto por uma primeira parte – questionário sociodemográfico, seguida do instrumento de avaliação do autocuidado. O questionário sociodemográfico incluiu dados como o sexo e a idade, os antecedentes pessoais, IMC e tempo de internamento. É efetuada a distinção entre tempo de internamento em cuidados intensivos após cirurgia e tempo de internamento total em enfermaria. De seguida é feita a avaliação do autocuidado e para tal foi utilizada a escala em vigor no SClínico®, o formulário de avaliação da dependência no autocuidado de Hernâni Duque (Duque, 2009). Os dados deste instrumento serão colhidos em três momentos distintos: antes da cirurgia de forma a perceber a condição prévia do utente, no momento de transferência dos cuidados intensivos para o internamento e ao terceiro dia de internamento na enfermaria.

Deste modo, importa esclarecer e justificar a escolha relativa à avaliação de cada variável:

Sexo: relativamente à caracterização do sexo da amostra, apesar de em alguns

estudos (Kitahata et al., 2018; Kuzmenko et al., 2019) não serem verificadas diferenças significativas relativamente ao sexo masculino e feminino, no que diz respeito a complicações pós-operatórias da DPC nem a reabilitação pós-operatória, o fator sexo foi incluído de forma a caracterizar a amostra alvo de estudo.

Idade: no que diz respeito ao fator idade, importa mencionar que a melhoria contínua na assistência médica geral e na tecnologia médica nas últimas décadas levou a uma expectativa de vida progressivamente maior e a um maior número de idosos que chegam atualmente a consultas de cirurgia. A incidência do cancro do pâncreas aumentou notavelmente, na medida em que aproximadamente três quartos destes utentes tem 60 anos de idade ou mais, e mais de metade tem mais de 70 anos de idade (Casadei et al., 2015).

Antecedentes pessoais: entre os diversos fatores que influenciam a adequada reabilitação do utente submetido a DPC, destacam-se os antecedentes pessoais, tais como: hipertensão arterial, arritmia, doença coronária, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência renal crónica, diabetes *mellitus* e doença cerebrovascular (Casadei et al., 2015). Em cirurgia abdominal, os fatores de risco, geralmente, estão relacionados com a demografia, como a idade, e comorbilidades, como diabetes *mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença cardíaca (Morano et al., 2013).

No instrumento de colheita de dados deste estudo foi, desta forma, incluída uma questão relativa aos antecedentes tendo em conta as comorbilidades referidas nos estudos supracitados. Assim os antecedentes pessoais foram agrupados em doenças metabólicas, doenças respiratórias, doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares e procedimentos cirúrgicos prévios.

IMC: Foi pertinente incluir também o IMC do utente submetido a DPC já que ficou demonstrado que se este for superior a 25kg/m^2 é por si só um fator de risco de complicações pulmonares após DPC. Por outro lado, a desnutrição, ou seja, um IMC inferior a $18,5\text{kg/m}^2$, não foi associado a complicações (Kitahata et al., 2018).

Número de dias em internamento: No que diz respeito aos tempos de internamento há a referir que a DPC é uma cirurgia de alta complexidade, com altas taxas de morbilidade e potencial significativo de mortalidade peri operatória. Complicações comuns específicas do procedimento, como fístula pancreática pós-operatória e estase gástrica, atrasam a recuperação pós-operatória e potencialmente necessitam de

intervenções adicionais que prolongam o tempo de internamento hospitalar. Desta forma, o tempo de internamento pós-operatório médio encontra-se entre 11 e 13 dias (Hamad et al., 2021). O tempo de internamento nos cuidados intensivos deste tipo de utentes é de pelo menos 24 horas após a cirurgia (Zhao & Liu, 2020).

Assim, tendo por referência os dados anteriormente apresentados tornou-se pertinente incluir neste estudo os tempos de internamento totais e nos cuidados intensivos.

Avaliação de dependência no autocuidado: O instrumento de colheita de dados deste estudo é constituído também pelo instrumento de avaliação de dependência no autocuidado construído e validado pelo Enfermeiro Hernâni Duque (2009).

Segundo o estudo de Duque (2009), foram estabelecidos critérios para categorizar os níveis globais de dependência de um indivíduo em cada tipo de autocuidado. Este instrumento encontra-se dividido em 10 itens, descritos na CIPE que correspondem a cada domínio de *Autocuidado* e são estes: *Tomar banho, Vestir-se/Despir-se, Alimentar-se, Arranjar-se, Cuidar da higiene pessoal, Auto-elevar-se, Usar o sanitário, Transferir-se, Virar-se e Usar cadeira de rodas*, sendo que cada item possui diversos indicadores que o concretizam (ICN, 2019).

Assim, para realizar a avaliação, cada indicador deverá ser caracterizado num *score* de 1 a 4, numa escala de Likert, onde:

- *Score 1 – Dependente, não participa* – cliente totalmente dependente, não é capaz de realizar a atividade de *Autocuidado*;
- *Score 2 – Necessita de ajuda de pessoa* – cliente que inicia e/ou completa a atividade de *Autocuidado*, somente com ajuda de uma pessoa;
- *Score 3 – Necessita de equipamento* – cliente capaz de realizar a atividade de *Autocuidado*, apenas com auxílio de equipamento adaptativo, sem colaboração de outrem;
- *Score 4 – Completamente independente* – cliente que realiza a atividade de *Autocuidado*, sem qualquer tipo de ajuda.

Através da caracterização de cada indicador é possível verificar o nível de dependência da pessoa num determinado domínio de *Autocuidado*. Assim, para determinar a dependência a nível global, de acordo com Duque (2009), considera-se:

- *Dependente, não participa* – casos que obtiveram *score* 1 em todos os indicadores de um determinado domínio de *Autocuidado*;

- *Completamente independente* – casos que obtiveram *score* 4 em todos os indicadores de um determinado domínio de *Autocuidado*;
- *Necessita de equipamento* – dos casos que não foram categorizados nas categorias anteriores; aqueles que só necessitam de equipamento; ou seja, casos que só apresentam (nos diferentes indicadores) *scores* > 2; podendo em alguns dos indicadores apresentar *score* 4;
- *Necessita de ajuda de pessoa* – os restantes casos. Isto é, casos que não foram categorizados em nenhuma dos três itens anteriores. Deste modo, inclui-se todos os casos em que pelo menos um dos indicadores em análise apresenta *score* 2.

No entanto, para que este questionário pudesse ser aplicado no serviço alvo do estudo, foi necessário encontrar uma correspondência entre a dependência assinalada pelo instrumento e a indicada pela linguagem utilizada pelos sistemas de informação direcionados aos cuidados de enfermagem – SClínico[®]. Este trabalho foi desenvolvido por Teixeira (2012) e é demonstrado da seguinte forma:

- Todos os itens *Dependente, não participa* é considerado *Dependente em Grau Elevado*;
- Todos os itens *Necessita de ajuda de pessoa* é considerado *Dependente em Grau Moderado*;
- Todos os itens *Necessita de ajuda de equipamento* é considerado *Dependente em Grau Moderado*;
- Itens *Dependente, não participa* + *Necessita de ajuda de pessoa* e/ou *Necessita de equipamento* e/ou *Completamente Independente* é considerado *Dependente em Grau Moderado*;
- Itens *Dependente, não participa* + *Necessita de ajuda de pessoa* e/ou *Necessita de equipamento* é considerado *Dependente em Grau Moderado*;
- Itens *Dependente, não participa* + *Necessita de ajuda de pessoa* é considerado *Dependente em Grau Moderado*;
- Itens *Necessita de ajuda de pessoa* + *Necessita de equipamento* e/ou *Completamente Independente* é considerado *Dependente em Grau Moderado*;
- Itens *Necessita de equipamento* + *Completamente Independente* é

considerado *Dependente em Grau Reduzido*;

- Todos os itens *Completamente independente* é considerado *Sem dependência no Autocuidado*.

Para este estudo foram selecionados apenas os domínios do *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal* (designado no SClínico® por *Autocuidado: Higiene*), *Transferir-se* e *Virar-se* (designado no SClínico® por *Posicionar-se*) (ICN, 2019).

Os domínios do *Autocuidado* foram selecionados com base na sua exigência de maior capacidade funcional, especialmente relacionada a alterações da força muscular, equilíbrio corporal e coordenação. Esses fatores apresentam um maior potencial de modificação no utente submetido a DPC, tornando-os mais desafiantes do ponto de vista da enfermagem de reabilitação.

A escala de avaliação do *Autocuidado* irá ser aplicada em três momentos distintos, e para os quais não existe evidência científica que fundamente esta escolha. Assim optou-se por momentos que fossem transversais a todos os utentes neste contexto, uma vez que o seu percurso integra um internamento nunca inferior a 24 horas em cuidados intensivos após a cirurgia, seguido de transferência para o internamento na enfermaria. Desta forma, o primeiro momento será anterior à cirurgia, de forma a obter uma avaliação da condição prévia do *Autocuidado* dos utentes. O segundo momento refere-se ao regresso à enfermaria, isto é, após a intervenção cirúrgica e a estadia em cuidados intensivos.

Finalmente será efetuada uma terceira avaliação ao *Autocuidado*, no terceiro dia de internamento. O pós-operatório de uma DPC, sem intercorrências, segue etapas específicas, descritas seguidamente, que procuram justificar a escolha desse momento de avaliação do *Autocuidado*.

Desta forma, no primeiro dia é incentivada a ingestão oral e os utentes recebem uma dieta líquida clara. Ainda no primeiro dia são removidos dispositivos, como sondas vesicais e nasogástricas, a menos que haja contraindicação clínica (por exemplo, lesão renal aguda, baixo débito urinário e estase gástrica) (Hamad et al., 2021).

A mobilização precoce é realizada pela equipa de enfermagem e a avaliação do enfermeiro de reabilitação é efetuada também ao primeiro dia. O avanço gradual da dieta é realizado com o objetivo de atingir uma dieta regular com suplementos proteicos orais até ao terceiro dia. Os drenos intra-abdominais são removidos também ao terceiro dia, o que permite ao utente maior mobilidade e menor risco de dor abdominal (Hamad et al.,

2021). O percurso acima descrito do utente após a DPC demonstra a sua maior potencial disponibilidade, sem impedimentos, após o terceiro dia para a sua reabilitação.

Contudo, apesar das etapas aqui descritas serem semelhantes às do local onde este estudo será realizado, difere o facto de neste não existir a intervenção de um EEER.

2.6 TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de dados é um conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos, ou seja, as variáveis (Fortin, 1999).

As variáveis são as unidades de base da investigação, qualidades, propriedades ou características de pessoas, objeto de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo (Fortin, 2009). Uma variável é definida como algo que pode ser classificado em duas ou mais categorias. Para que as variáveis sejam mensuráveis, para uma posterior discussão empírica, é necessário que haja uma operacionalização destas, traduzindo-se, num procedimento criterioso no sentido de as definir corretamente quanto ao conteúdo, à forma de as quantificar e de as apresentar (Gil, 2002).

Face ao exposto, existem duas formas de classificar variáveis: quanto ao seu nível de operacionalidade e quanto à relação que têm com outras variáveis.

No que diz respeito ao tipo de operacionalidade, são aquelas variáveis em que é possível atribuir-lhes um valor numérico e operar com elas. Este tipo de variável é classificado em: variáveis qualitativas, também são conhecidas como variáveis categóricas, e quantitativas.

As variáveis qualitativas descrevem os dados por categorias, ou seja, representam uma classificação dos indivíduos e podem ser nominais ou ordinais:

- Variáveis nominais: quando as categorias não possuem uma ordem natural nas possíveis representações (sexo e antecedentes pessoais);
- Variáveis ordinais: quando as categorias podem ser ordenadas (*Autocuidado*).

As variáveis quantitativas são representadas por meio de números resultantes de uma contagem ou mensuração e podem ser discretas ou contínuas:

- Variáveis discretas: características mensuráveis que podem assumir apenas um número finito ou infinito contável de valores e, assim, somente fazem sentido valores

inteiros, geralmente são o resultado de contagens (número de dias em UCI);

- Variáveis contínuas: os valores pertencem a um intervalo de números reais e representam uma mensuração (idade e IMC).

As variáveis acima identificadas podem dividir-se em variáveis contínuas ou de atributo. As variáveis de atributo são as variáveis qualitativas nominais e ordinais e quantitativas discretas, já as variáveis contínuas são apenas as quantitativas contínuas. Quanto à relação que têm com outras variáveis, estas podem ser classificadas como dependentes ou independentes Fortin (2009).

A variável dependente de acordo com Fortin (2009), é aquela que sofre o efeito da variável independente, é o fator que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente, ou seja, é aquela que se pretende estudar e que é influenciada pelas variáveis independentes (Lakatos & Marconi, 2006). Variável dependente é também aquela que o investigador está interessado em compreender, explicar ou prever (Polit et al., 2004).

Neste estudo a variável dependente diz respeito ao *Autocuidado* do utente submetido a DPC, nos domínios estudados, no primeiro e terceiro dia de internamento após cirurgia e após estadia em cuidados intensivos.

A variável independente é a que o investigador manipula no estudo e é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente (Fortin, 2009). É o elemento explicativo de um fenómeno, a tentativa de dar resposta ao problema, aquela que afeta outras variáveis. São os fatores manipulados ou observados pelo investigador, na tentativa de assegurar a relação de um fator com um fenómeno observado, para ver que influência exerce sobre um possível resultado (Lakatos & Marconi, 2006). Desta forma, neste estudo, consideram-se variáveis independentes: o sexo, a idade, (variáveis sociodemográficas) os antecedentes pessoais, o IMC, a condição prévia de *Autocuidado* (variáveis contextuais de saúde) e o número de dias em cuidados intensivos (variáveis de caracterização).

De forma a sistematizar a informação anterior, foi elaborado um quadro explicativo onde cada variável presente neste estudo é enquadrada de acordo com a sua classificação (Apêndice II).

Fortin (1999) define estatística como a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos e o tratamento de dados consiste

em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas. Acompanhando o relato narrativo, é necessário apresentar os resultados através de tabelas e gráficos que ilustrem os principais achados obtidos a partir da análise das variáveis utilizadas.

A estatística está dividida em três áreas: estatística descritiva, de probabilidade e estatística inferencial. A estatística descritiva procura descrever e organizar os dados com objetivo de facilitar a compreensão e utilização das informações que serão extraídas. A estatística de probabilidade permite a descrição de fenómenos aleatórios onde existe incerteza. Por fim a estatística inferencial tem por finalidade generalizar conclusões de uma amostra para uma população (Fortin, 2009).

De forma a procurar cumprir aos objetivos deste estudo irá ser utilizada a estatística descritiva. Esta procura caracterizar o utente submetido a duodenopancreatectomia quanto ao sexo, idade, antecedentes, Índice de Massa Corporal, condição prévia de *Autocuidado* e o número de dias de internamento e em cuidados intensivos. Irá também expor os dados relativos à avaliação do grau de dependência do utente submetido a duodenopancreatectomia no *Autocuidado: Cuidar da higiene pessoal, Transferir-se* e *Virar-se* no primeiro e terceiro dia após o regresso à enfermaria. Para tal serão utilizadas medidas de tendência central: moda, média mediana e ainda valores máximos e mínimos.

2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Fortin (1999) defende que, a investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Nesse sentido, é necessário investigar segundo princípios éticos e morais, para proteger os direitos e a liberdade das pessoas que participam nas investigações.

A ética profissional tem associados os princípios e valores da profissão, podendo articular-se a um conjunto de deveres ou normas, que obrigam um conjunto de profissionais de uma dada profissão, a uma deontologia profissional (Nunes, 2015).

A Declaração de Helsínquia elaborada em junho de 1964 e cuja última revisão foi em outubro de 2013 é, por excelência, a principal norteadora dos princípios éticos a adotar na investigação que envolve seres humanos. A Associação Médica Mundial elaborou a

Declaração de Helsínquia como um enunciado de princípios éticos para a investigação clínica envolvendo seres humanos, incluindo investigação sobre dados e material humano identificáveis (Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial, [WMA] 2013).

No seu ponto 11, na Declaração de Helsínquia consta que é dever dos investigadores proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos sujeitos de investigação (WMA, 2013).

Tal como previsto no ponto 15 da referida declaração, o protocolo de investigação deve ser submetido, para apreciação, comentários, orientação e aprovação, a uma comissão de ética para a investigação antes de o estudo começar (WMA, 2013).

Desta forma foi solicitado um parecer à Comissão de Ética para a realização deste estudo de investigação. Nesse pedido consta: a Proposta de Investigação, onde estão descritos a problemática da investigação, o desenho do estudo, a calendarização, o orçamento, os serviços envolvidos e a equipa de investigação. Na solicitação, consta também o Pedido de Reutilização de Registos Clínicos, no qual o investigador principal declara ser corresponsável pela reutilização dos registos clínicos, obrigando-se aos deveres de zelo, conforme as leis e os princípios éticos aplicáveis aos profissionais da saúde. Inclui, ainda, o Formulário de Proteção de Dados para estudos de investigação, onde se descreve a forma como os dados colhidos são tratados.

Por fim, foi, igualmente, enviado um pedido de dispensa de Consentimento Informado, por se tratar de uma situação excecional prevista na lei nº 21/2014, artigo 6º, uma vez que se trata de uma investigação sem intervenção.

Após análise do processo, por parte do hospital da região do norte de Portugal, foi obtido o parecer favorável a um de setembro de dois mil e vinte e dois pela comissão científica do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (Anexo I). A vinte e oito de setembro de dois mil e vinte e dois foi emitido parecer favorável por parte da Comissão de Ética (Anexo II) e a trinta e um de janeiro de dois mil e vinte e três a Encarregada da Proteção de Dados e Responsável pelo Acesso à Informação (Anexo III) forneceu parecer positivo para a elaboração deste estudo. Por fim, a oito de março de dois mil e vinte e três surge o parecer favorável por parte do Conselho de Administração (Anexo IV), o que permitiu o acesso à informação para a elaboração deste estudo.

De igual modo, foi também elaborado um Pedido de Autorização formal à escola,

nomeadamente ao Núcleo de Investigação e à Comissão de Ética. Estes, após deliberação do projeto submetido, emitiram um parecer positivo para a elaboração do mesmo (Anexo V).

Por se tratar de um estudo em que não existe contacto direto com os utentes e apenas são consultados dados do processo clínico, os eventuais danos causados ficam minimizados. Ainda assim, existe a necessidade de manter a confidencialidade e anonimato de todos os dados recolhidos. Para tal é atribuído um código a cada formulário preenchido, de forma a manter a anonimização, não sendo passível a sua identificação. A justiça e equidade na seleção da amostra fica assegurada através do cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Desta forma, é possível ir de encontro ao estabelecido no ponto 23 da Declaração de Helsínquia, onde está expresso que devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais, assim como para minimizar o impacto do estudo na sua integridade física, mental e social (WMA, 2013).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados de uma pesquisa desempenha um papel fundamental no processo de investigação, pois possibilita a exposição dos achados obtidos. É essencial adotar uma abordagem cuidadosa ao apresentar os resultados de forma eficaz. Para tal é necessária a seleção e organização criteriosa das informações, além da escolha adequada de formatos e recursos visuais, que no caso deste estudo recorreu-se ao uso de tabelas e gráficos, de forma a retratar de forma mais sucinta e clara os resultados alcançados (Creswell & Poth, 2017).

No presente capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. A análise dos mesmos é um procedimento crucial para alcançar os objetivos do trabalho (Creswell & Poth, 2017).

Após a aplicação do instrumento de colheita de dados, a informação recolhida foi organizada e estruturada dando origem aos dois subcapítulos seguintes, onde será efetuada a caracterização quer da amostra em estudo, assim como do perfil de *Autocuidado* do utente submetido a DPC, nomeadamente nos domínios *Cuidar da higiene pessoal*, *Transferir-se* e *Virar-se*. Os dados obtidos são relativos ao espaço temporal compreendido entre janeiro de 2020 e junho de 2022 e a amostra corresponde a 48 utentes ($n = 48$), tendo sido obtidos num centro hospitalar da região norte de Portugal.

Os dados colhidos foram submetidos à análise estatística e tratamento utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 28.0.1. A estatística descritiva foi aplicada para descrever e organizar os dados, visando facilitar a compreensão e utilização das informações extraídas. Foram utilizadas medidas de tendência central, como a média, mediana e moda, além da identificação dos valores mínimos e máximos.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização da amostra é essencial para compreender as particularidades dos participantes envolvidos no estudo. Este subcapítulo procura dar resposta a um dos objetivos deste estudo, ou seja, caracterizar o utente submetido a duodenopancreatectomia quanto ao sexo, idade, antecedentes, IMC, condição prévia de

Autocuidado e o número de dias de internamento e em cuidados intensivos. Assim, de seguida, serão apresentados os resultados da caracterização da amostra, no que diz respeito às variáveis nominais, que incluem informações sobre sexo e antecedentes; variáveis métricas, como a idade, IMC, dias em cuidados intensivos e dias em internamento; assim como a variável ordinal IMC.

Os dados revelaram que a amostra é composta por 52,1% ($n = 25$) participantes do sexo masculino e 47,9% ($n = 23$) participantes do sexo feminino.

Tabela 1

- Caracterização da amostra quanto à variável Sexo

| Sexo | N | % |
|-------------|----------|----------|
| Masculino | 25 | 52,1% |
| Feminino | 23 | 47,9% |

Fonte: elaboração pelo próprio

De acordo com a Tabela 2, que expressa os antecedentes da amostra em estudo, aquele que prevalece é a doença cardíaca, que está presente em 66,7% dos utentes ($n = 32$), seguido das doenças respiratórias com uma representação de 43,8% ($n = 21$). Apenas um participante (2,1%) possui doença cerebrovascular e seis não têm qualquer tipo de antecedentes.

Tabela 2

- Caracterização da amostra quanto à variável Antecedentes

| Antecedentes | n | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Doenças metabólicas | 19 | 39,6% |
| Doenças respiratórias | 21 | 43,8% |
| Doenças cardíacas | 32 | 66,7% |
| Doenças cerebrovasculares | 1 | 2,1% |
| Sem antecedentes | 6 | 12,5% |

Fonte: elaboração pelo próprio

Na análise das variáveis apresentadas na Tabela 3 foi utilizada estatística de tendência central, com recurso a medidas como a média, mediana e moda. Também foram destacados os valores mínimos e máximos para cada variável.

Em relação à idade, destaca-se uma média de 66,69 anos, onde o utente mais velho tem 86 anos. A menor idade presente é de 49 anos.

O valor médio do IMC é de 27,27 Kg/m², considerado *pré-obesidade*. O valor mínimo é de 18 Kg/m², que corresponde a *baixo peso* e o valor máximo é de 35 Kg/m², que corresponde a *obesidade* (DGS, 2013).

No que diz respeito aos dias de internamento, a média é de 3,75 dias em cuidados intensivos e 32,21 dias em internamento em enfermaria. O internamento mais longo em cuidados intensivos é de 14 dias e em enfermaria é de 90 dias.

Tabela 3

- Caracterização da amostra quanto às variáveis: Idade, IMC, Dias em Cuidados Intensivos e Dias em Internamento

| | Idade (anos) | IMC (kg/m ²) | Dias em Cuidados Intensivos (dias) | Dias em Internamento (dias) |
|----------------|------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Média | 66,69 | 27,27 | 3,75 | 32,21 |
| Mediana | 66,50 | 24,74 | 3 | 31,00 |
| Moda | 63 | 21 | 1 | 21 |
| Mínimo | 49 | 18 | 0 | 3 |
| Máximo | 86 | 35 | 14 | 90 |

Fonte: elaboração pelo próprio

A Tabela 4 expressa o resultado da caracterização da amostra no que diz respeito ao IMC, enquanto variável ordinal de acordo com a classificação do IMC. Assim é possível constatar que 52,1% da amostra apresenta *peso normal* ($n = 25$), bem como 16,7% ($n = 8$) apresentam *obesidade* e apenas 2,1% ($n = 1$) têm *baixo peso* (DGS, 2013). Da totalidade da amostra, 2,1% ($n = 1$) teve resposta ausente.

Tabela 4

- Caracterização da amostra quanto à variável IMC

| Classificação de IMC | <i>n</i> | % |
|---------------------------|----------|-------|
| Baixo peso (<18,4) | 1 | 2,1% |
| Peso normal (18,5 - 24,9) | 25 | 52,1% |
| Pré-obesidade (25 - 29,9) | 13 | 27,1% |
| Obesidade (>30) | 8 | 16,7% |
| Resposta ausente | 1 | 2,1% |

Fonte: Adaptado de Direção Geral de Saúde (2013)

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

Neste capítulo irá ser realizada a caracterização do *Autocuidado* no utente submetido a DPC, mais especificamente nos três domínios em que este estudo se centra: *Cuidar da higiene pessoal*, *Transferir-se* e *Virar-se*. As tabelas seguintes expressam a análise desses três domínios do *Autocuidado* em três momentos distintos: prévio à cirurgia, primeiro dia de internamento e terceiro dia de internamento (ICN, 2019).

A análise da Tabela 5 destaca que no momento prévio à cirurgia 2,5% dos utentes ($n = 6$) são *Completamente independentes* no *Cuidar da higiene pessoal*, em todos os itens da sua análise (ICN, 2019).

No primeiro dia de internamento, as respostas mais prevalentes são *Necessita de ajuda de pessoa* ou é *Dependente, não participa* no *Cuidar da higiene pessoal*. Apenas 2,1% ($n = 1$) é considerado *Completamente independente* em apenas três itens da avaliação do *Cuidar da higiene pessoal*.

Em relação ao terceiro dia de internamento 2,1% dos utentes ($n = 1$) são *Completamente independentes* e também 2,1% dos utentes ($n = 1$) *Necessitam de ajuda de pessoa* (ICN, 2019).

De referir que no momento prévio à cirurgia e no primeiro dia de internamento existem 42 omissos, bem como no terceiro dia de internamento foram identificados 46 omissos.

Tabela 5

- Caracterização do Autocuidado: Cuidar da Higiene Pessoal

| Cuidar da Higiene Pessoal | | | | | | |
|--|----------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Prévio à cirurgia (omissos n = 42) | | | | | | |
| | Obter objetos para o banho | Abrir a torneira e regular a temperatura | Lavar a metade superior do corpo | Lavar a metade inferior do corpo | Secar a parte superior do corpo | Secar a parte inferior do corpo |
| Completamente independente | n = 6 (2,5%) | n = 6 (2,5%) | n = 6 (2,5%) | n = 6 (2,5%) | n = 6 (2,5%) | n = 6 (2,5%) |
| Necessita de equipamento | - | - | - | - | - | - |
| Necessita de ajuda de pessoa | - | - | - | - | - | - |
| Dependente, não participa | - | - | - | - | - | - |
| Primeiro dia de internamento (omissos n = 42) | | | | | | |
| | Obter objetos para o banho | Abrir a torneira e regular a temperatura | Lavar a metade superior do corpo | Lavar a metade inferior do corpo | Secar a parte superior do corpo | Secar a parte inferior do corpo |
| Completamente independente | - | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | - | n = 1 (2,1%) | - |
| Necessita de equipamento | - | - | - | - | - | - |
| Necessita de ajuda de pessoa | n = 4 (8,3%) | n = 3 (6,3%) | n = 4 (8,3%) | n = 4 (8,3%) | n = 4 (8,3%) | n = 4 (8,3%) |
| Dependente, não participa | n = 2 (4,2%) | n = 2 (4,2%) | n = 1 (2,1%) | n = 2 (4,2%) | n = 1 (2,1%) | n = 2 (4,2%) |
| Terceiro dia de internamento (omissos n = 46) | | | | | | |
| | Obter objetos para o banho | Abrir a torneira e regular a temperatura | Lavar a metade superior do corpo | Lavar a metade inferior do corpo | Secar a parte superior do corpo | Secar a parte inferior do corpo |
| Completamente independente | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) |
| Necessita de equipamento | - | - | - | - | - | - |
| Necessita de ajuda de pessoa | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) | n = 1 (2,1%) |
| Dependente, não participa | - | - | - | - | - | - |

Fonte: Adaptado de Duque (2009) e International Council of Nurses (2019)

Após a análise da Tabela 6, relativa à caracterização do *Autocuidado Transferir-se*, destaca-se que 2,1% dos utentes ($n = 1$) é *Completamente independente* no momento prévio à cirurgia. Constata-se ainda que no primeiro dia de internamento a maioria dos utentes *Necessita de ajuda de pessoa* ou é *Dependente, não participa* (ICN, 2019). Em relação aos omissos, estes foram 47 no momento prévio à cirurgia, 41 no primeiro dia de internamento e 47 no terceiro dia de internamento.

Tabela 6

- Caracterização do *Autocuidado Transferir-se*

| <u>Transferir-se</u> | | | | |
|---|---------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Prévio à cirurgia (omissos $n = 47$) | | | | |
| | Erguer-se da posição horizontal | Mover corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio | Deslocar-se da cama para a cadeira | Sentar na cadeira e posiciona-se de forma segura e confortável |
| Completamente independente | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) |
| Necessita de equipamento | - | - | - | - |
| Necessita de ajuda de pessoa | - | - | - | - |
| Dependente, não participa | - | - | - | - |
| Primeiro dia de internamento (omissos $n = 41$) | | | | |
| | Erguer-se da posição horizontal | Mover corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio | Deslocar-se da cama para a cadeira | Sentar na cadeira e posiciona-se de forma segura e confortável |
| Completamente independente | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) |
| Necessita de equipamento | - | - | - | - |
| Necessita de ajuda de pessoa | $n = 4$ (8,3%) | $n = 4$ (8,3%) | $n = 4$ (8,3%) | $n = 4$ (8,3%) |
| Dependente, não participa | $n = 2$ (4,2%) | $n = 2$ (4,2%) | $n = 2$ (4,2%) | $n = 2$ (4,2%) |

| Terceiro dia de internamento (omissos $n = 47$) | | | | |
|---|---------------------------------|--|------------------------------------|--|
| | Erguer-se da posição horizontal | Mover corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio | Deslocar-se da cama para a cadeira | Sentar na cadeira e posiciona-se de forma segura e confortável |
| Completamente independente | - | $n = 1$ (2,1%) | - | - |
| Necessita de equipamento | $n = 1$ (2,1%) | - | $n = 1$ (2,1%) | - |
| Necessita de ajuda de pessoa | - | - | - | $n = 1$ (2,1%) |
| Dependente, não participa | - | - | - | - |

Fonte: Adaptado de Duque (2009) e International Council of Nurses (2019)

A Tabela 7, que caracteriza o domínio do *Autocuidado Virar-se*, expressa que no momento prévio à cirurgia 6,3% dos utentes ($n = 3$) foram classificados como *Completamente independentes* (ICN, 2019).

No que se refere ao primeiro dia de internamento, 8,3% dos utentes ($n = 4$) encontra-se classificado como *Dependente, não participa*. Em relação ao terceiro dia de internamento 2,1% dos utentes ($n = 1$) é *Completamente independente* no domínio do *Autocuidado Virar-se* (ICN, 2019).

No momento prévio à cirurgia existem 45 omissos. Por outro lado, no primeiro dia de internamento são 38 e no terceiro dia de internamento identificam-se 47 omissos.

Tabela 7

- Caracterização do Autocuidado Virar-se

| Virar-se | | | |
|---|---|--|--|
| Prévio à cirurgia (omissos $n = 45$) | | | |
| | Mover o corpo aliviando as zonas de pressão | Rodar o corpo de forma a alternar os decúbitos | Posicionar-se com alinhamento correto do corpo |
| Completamente independente | $n = 3$ (6,3%) | $n = 3$ (6,3%) | $n = 3$ (6,3%) |
| Necessita de equipamento | - | - | - |
| Necessita de ajuda de pessoa | - | - | - |
| Dependente, não participa | - | - | - |
| Primeiro dia de internamento (omissos $n = 38$) | | | |
| | Mover o corpo aliviando as zonas de pressão | Rodar o corpo de forma a alternar os decúbitos | Posicionar-se com alinhamento correto do corpo |
| Completamente independente | $n = 4$ (8,3%) | $n = 3$ (6,3%) | $n = 2$ (4,2%) |
| Necessita de equipamento | - | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) |
| Necessita de ajuda de pessoa | $n = 2$ (4,2%) | $n = 2$ (4,2%) | $n = 3$ (6,3%) |
| Dependente, não participa | $n = 4$ (8,3%) | $n = 4$ (8,3%) | $n = 4$ (8,3%) |
| Terceiro dia de internamento (omissos $n = 47$) | | | |
| | Mover o corpo aliviando as zonas de pressão | Rodar o corpo de forma a alternar os decúbitos | Posicionar-se com alinhamento correto do corpo |
| Completamente independente | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) | $n = 1$ (2,1%) |
| Necessita de equipamento | - | - | - |
| Necessita de ajuda de pessoa | - | - | - |
| Dependente, não participa | - | - | - |

Fonte: Adaptado de Duque (2009) e International Council of Nurses (2019)

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A anterior caracterização da amostra e do *Autocuidado* no utente submetido a duodenopancreatectomia fornece uma melhor perceção sobre os participantes do estudo e o seu nível de dependência no *Autocuidado*. Desta forma, neste capítulo será realizada a discussão dos resultados obtidos no capítulo anterior, além disso também será efetuada uma reflexão acerca das limitações e pontos fortes deste estudo.

Pese embora, fosse intenção recorrer a estatística inferencial para relacionar diferenças entre grupos e associações entre variáveis, pelo elevado número de omissos, tal não foi possível. Neste sentido, optou-se por recorrer à estatística descritiva, de forma a expor da melhor forma os dados encontrados.

Nos estudos analisados não se perceberam diferenças significativas no *Autocuidado* do sexo masculino ou do sexo feminino no que diz respeito a complicações pós-operatórias da DPC. Quanto aos resultados deste estudo, estes mostraram que a amostra composta por 48 utentes, é constituída por 52,1% do sexo masculino e 47,9% do sexo feminino (Kitahata et al., 2018; Kuzmenko et al., 2019).

Quanto aos antecedentes clínicos, 66,7% dos utentes apresentam doenças cardíacas, seguidas por doenças respiratórias em 43,8% dos casos. De ressaltar que apenas 12,5% da amostra em estudo não apresentava qualquer antecedente, o que significa que 87,5% possui antecedentes relevantes que, potencialmente, poderão constituir um obstáculo à sua reabilitação, o que vai de encontro ao defendido por Casadei et al. (2015). Efetivamente estes autores referem que entre os fatores que mais influenciam a adequada reabilitação do utente submetido a DPC, destacam-se os antecedentes pessoais. De uma forma genérica, na cirurgia abdominal os fatores de risco que mais irão agravar e dificultar a adequada reabilitação dos utentes são comorbilidades como a doença pulmonar obstrutiva crónica e a doença cardíaca (Morano et al., 2013).

Por outro lado, os resultados obtidos indicam que a amostra tem uma idade média de 66,69 anos e que o utente mais idoso apresenta uma idade de 86 anos. Estes dados encontram-se em concordância com a bibliografia tendo em conta que a incidência do cancro do pâncreas aumentou notavelmente, e que destes, aproximadamente três quartos têm 60 anos de idade ou mais (Casadei et al., 2015). Fica assim expresso que se trata de uma amostra envelhecida e, inerente a esta condição, poderá identificar-se um acréscimo

da dependência para o *Autocuidado*.

Relativamente ao IMC, a amostra em estudo apresenta, maioritariamente, um *peso normal* (52,1%), contudo a restante amostra é *pré-obesa* (27,1%) ou *obesa* (16,7%). O IMC médio é de 27,27 Kg/m² e o utente com peso mais elevado possui um IMC de 35 Kg/m². Neste contexto é importante ressaltar que se o IMC for superior a 25kg/m² constitui por si só um fator de risco de complicações pulmonares após DPC (DGS, 2013; Kitahata et al., 2018).

Os tempos de internamento estudados, tanto no internamento em enfermaria, como em cuidados intensivos, demonstram que esta intervenção cirúrgica exige uma recuperação prolongada, não só pela complexidade da cirurgia, como também das complicações que daí possam surgir. O tempo médio em cuidados intensivos é de 3,75 dias e o tempo médio de internamento é de 32,21 dias, com o período máximo de internamento de 90 dias. A imobilização decorrente deste período de internamento, principalmente nos cuidados intensivos onde este aspeto é particularmente preponderante, pode conduzir a uma perda de massa muscular de 3% por dia, que pode chegar até 30% numa semana, com conseqüente, déficit no *Autocuidado*. Fica assim demonstrada, tendo em conta os tempos de internamento que aqui se apresentam, a pertinência e necessidade de intervenção por parte do EEER, com principal enfoque no reforço muscular e no *Autocuidado*, para este tipo de utentes (Lima et al., 2019; Needham, 2008).

Em relação à caracterização do *Autocuidado*, os dados foram analisados nos domínios do *Cuidar da higiene pessoal*, *Transferir-se* e *Virar-se*. No domínio do *Cuidar da higiene pessoal*, antes da cirurgia, 2,5% dos utentes foram considerados *Completamente independentes* em todos os itens avaliados. De salientar que este valor corresponde à totalidade dos utentes dos quais existia documentação, ou seja, todos os utentes aos quais foi avaliada dependência no *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal* no momento prévio à cirurgia, foram considerados *Completamente independentes* (ICN, 2019).

No primeiro dia de internamento, e tendo por base os utentes aos quais foi avaliado este *Autocuidado*, todos eles *Necessitam de ajuda de pessoa* ou eram *Dependentes, não participam* em todos os itens de avaliação do *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal*. No terceiro dia de internamento, apenas 2,1% dos utentes eram *Completamente independentes* e outros 2,1% *Necessitam de ajuda de pessoa* (ICN, 2019).

Não obstante da ausência de resultados, é possível perceber uma alteração no nível de dependência no *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal*. Esta alteração surge principalmente quando comparados o momento prévio à cirurgia e o primeiro dia de internamento. Nesta situação é bem notória uma redução da capacidade no que respeita ao *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal* (ICN, 2019).

No domínio *Transferir-se*, 2,1% dos utentes foram considerados *Completamente independentes* antes da cirurgia. No primeiro dia de internamento, a maioria dos utentes *Necessitava de ajuda de pessoa* ou era *Dependente, não participa* no *Transferir-se*. No terceiro dia de internamento, observou-se uma distribuição semelhante, com apenas 2,1% dos utentes sendo *Completamente independentes*.

Ao efetuar esta análise é possível verificar que, apesar da ausência de resultados existe uma maior dependência no *Autocuidado Transferir-se* no primeiro dia de internamento, quando comparado com o momento prévio à cirurgia (ICN, 2019).

No domínio *Virar-se*, 6,3% dos utentes foram classificados como *Completamente independentes* antes da cirurgia. No primeiro dia de internamento, houve uma variação nos níveis de autonomia, com 8,3% dos utentes sendo classificados como *Dependentes, não participam* no domínio do *Autocuidado Virar-se*. No terceiro dia de internamento, 2,1% dos utentes eram *Completamente independentes* nesse domínio (ICN, 2019).

Ao verificar apenas os casos aos quais foi efetuada a avaliação do domínio *Virar-se* constata-se que existe uma variação importante do momento prévio à cirurgia para o primeiro dia de internamento. Se inicialmente, todos os casos foram considerados *Completamente independentes*, posteriormente a maioria deles foi considerada como *Dependente, não participa* (ICN, 2019).

Estes resultados indicam que, de uma forma geral, e tendo por base os utentes submetidos a duodenopancreatectomia aos quais a avaliação do *Autocuidado* foi documentada, existe uma maior dependência no *Autocuidado*, especialmente nos primeiros dias de internamento e por consequência, necessidades de cuidados de reabilitação.

Tendo em conta os resultados anteriormente apresentados, é fulcral entender de que forma o EEER pode atuar no contexto em causa. Como já foi mencionado anteriormente, a DPC é um procedimento cirúrgico complexo e em que os utentes submetidos a este procedimento enfrentam desafios significativos na sua recuperação

pós-operatória.

A reabilitação do utente submetido a DPC pode ter diversas abordagens por parte do EEER, das quais se destacam a mobilização precoce, o programa ERAS® e a reabilitação pós-operatória, tendo como objetivo a recuperação total da pessoa, de forma a atingir o seu máximo de independência funcional, através da capacitação da mesma para o *Autocuidado* e prevenção de complicações (Santos et al., 2014).

A mobilização precoce tem sido identificada como uma estratégia importante para melhorar os resultados pós-operatórios em utentes submetidos a DPC e é fundamental para ajudar estes utentes a alcançarem uma recuperação total e uma melhor qualidade de vida (Hou et al., 2018).

A mobilização precoce, baseada em iniciar a reabilitação o mais cedo possível, foi associada a melhores resultados na recuperação funcional do utente e à redução no tempo de internamento hospitalar (Fukushima et al., 2021; Hou et al., 2018). Além disso, esta estratégia é importante para minimizar o risco de complicações pós-operatórias (Tsukagoshi et al., 2021).

As complicações pós-DPC geralmente resultam em perda de força e massa muscular, declínio funcional, problemas pulmonares, deiscência visceral, úlceras de pressão e conseqüente aumento do tempo de internamento, além de impactes sociais e custos elevados (Cordeiro et al., 2015).

Entre estas as complicações, o declínio funcional decorrente da imobilidade é um dos problemas mais relevantes (Aquim et al., 2019). O deteriorar da capacidade física devido à imobilidade prolongada pode ter conseqüências negativas na funcionalidade e na vida diária até cinco anos após a alta hospitalar, representando um desafio para a saúde pública devido ao aumento das comorbilidades, mortalidade e sobrecarga nos serviços de saúde e famílias (Aquim et al., 2019).

No entanto, a mobilização precoce enfrenta obstáculos, como a dor e o medo no início do processo (Bittencourt et al., 2020). Para prevenir a debilidade muscular, a mobilização precoce é uma prática confiável e segura, visando a manutenção ou ganho de força muscular e a independência funcional. Aqui são incluídos exercícios terapêuticos, como treino de transferência e avaliação postural, bem como o posicionamento adequado no leito, que é também considerado um estímulo sensório-motor que atua na prevenção dos efeitos negativos da imobilidade (Reis et al., 2018 Sarti

et al., 2016).

Efetivamente, a mobilização precoce apresenta benefícios físicos e psicológicos no período pós-operatório, sendo uma terapia de fácil aplicação e baixo custo, com baixos índices de efeitos adversos, proporcionando um retorno funcional mais rápido (Gesser et al., 2021). Neste sentido, o Regulamento de Competências Específicas do EEER enquadra esta necessidade, indicando que a realização de uma avaliação adequada da funcionalidade é essencial para identificar as necessidades do utente e desenvolver intervenções especializadas, promovendo as capacidades adaptativas e o controlo do *Autocuidado* (Regulamento 392/2019).

Em suma, a mobilização precoce desempenha um papel crucial na recuperação funcional dos utentes submetidos a DPC, contribuindo para melhores resultados pós-operatórios e qualidade de vida.

Relativamente ao ERAS[®], este é um protocolo específico de recuperação precoce após cirurgia, no qual o EEER desempenha um papel fundamental na sua implementação, graças aos seus conhecimentos e procedimentos especializados, que ajudam os utentes a maximizar seu potencial de funcionalidade e independência (You-Meng Sun, 2020). Este protocolo é composto por medidas peri-operatórias (que inclui as fases de preparação pré-operatória, o próprio ato cirúrgico e o período pós-operatório), com o objetivo de melhorar a recuperação do utente, reduzir o tempo de internamento e minimizar as complicações pós-operatórias (ERAS Society, 2019). O sucesso do ERAS[®] depende da colaboração multidisciplinar entre os departamentos de cirurgia, anestesia, enfermagem, nutrição, dor e enfermagem de reabilitação, começa no período pré-operatório e envolve cuidados integrados ao utente (ERAS Society, 2019)

No contexto da DPC, o conceito central ERAS[®] inclui diversas abordagens diferenciadoras: a redução do período de jejum pré-operatório, a administração pré-operatória de dieta rica em hidratos de carbono, a implementação de exercícios adequados de preparação física, a extubação precoce, o uso de analgesia adequado, a administração adaptada de soroterapia, a promoção da alimentação precoce após a cirurgia e o início da reabilitação pós-operatória.

Neste sentido, esta reabilitação inclui a mobilização precoce e o início antecipado de exercícios, com ênfase em treinos de alta intensidade personalizados por EEER, com base na funcionalidade de cada indivíduo (ERAS Society, 2019).

Esta abordagem terá como consequências a redução das complicações pós-operatórias, a recuperação funcional e a diminuição do tempo de internamento (ERAS Society, 2019). A aplicação do protocolo ERAS[®], a sua segurança e viabilidade foi avaliada em utentes submetidos a DPC e os resultados demonstraram que este é seguro e eficaz na redução do tempo de internamento hospitalar e na melhoria da qualidade de vida dos utentes (You-Meng Sun, 2020).

Quanto à reabilitação pós-operatória, a implementação de um programa de enfermagem de reabilitação desempenha um papel relevante no processo de recuperação do utente, bem como na redução de complicações associadas, aumento da capacidade funcional, melhoria da qualidade de vida e prevenção de reinternamentos. A reabilitação apresenta um efeito favorável no processo de recuperação, tanto em termos do prognóstico da doença como da utilização racional dos serviços de saúde (Assouline et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Entre as competências específicas do EEER, no que diz respeito à reabilitação pós-operatória e promoção de autonomia para a realização das AVD, é possível destacar a avaliação da capacidade funcional do utente, a identificação de fatores facilitadores e inibidores e a identificação de respostas inadequadas a nível motor. É também importante enfatizar a importância do ensino, instrução, treino de técnicas e a promoção da capacidade de utilizar estratégias adaptativas para promover o *Autocuidado*, e aqui o EEER destaca-se no processo de reabilitação (Regulamento nº 392/2019).

O planeamento dos cuidados, a seleção e prescrição de intervenções para otimizar e/ ou reeducar o *Autocuidado*, assim como a elaboração de programas de reeducação funcional, são competências fundamentais do EEER no cuidado do utente submetido a DPC. Em alguns desses casos é importante a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) no processo de recuperação do utente.

A abordagem do EEER acima descrita enquadra-se, assim, na intervenção nos domínios do *Autocuidado* foco deste estudo: *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal, Transferir-se e Virar-se* (ICN, 2019).

O *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal* é de enorme importância no dia-a-dia de todas as pessoas, e o utente submetido a DPC, não é exceção. Este está relacionado com a aparência, o cuidado geral da pele, cabelo, dentes e vestuário, mas também com o bem-estar psicológico e social que lhe estão inerentes. Quando o utente submetido a DPC

vê comprometida a capacidade de cuidar da sua higiene pessoal, necessita de ser capacitado para que rapidamente volte a desempenhá-la com o mínimo apoio ou incentivo, ou, mesmo, de forma independente. Neste contexto surge a necessidade de uma intervenção especializada, por parte do EEER de forma a capacitar o utente através da criação e implementação de um plano de cuidados que vise atingir o potencial máximo de recuperação no domínio do *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal* (Encarnado, 2018; ICN, 2019).

A incapacidade funcional que o utente apresenta é avaliada pelo EEER, incluindo o grau de força muscular e o tónus muscular de cada segmento corporal e o equilíbrio corporal. Esta avaliação é determinante sobretudo na abordagem à reabilitação dos domínios do *Autocuidado Cuidar da higiene pessoal*, *Transferir-se* e *Virar-se*. A estes domínios do *Autocuidado* é exigida uma maior capacidade funcional, mais força muscular e principalmente maior capacidade de equilíbrio corporal. O EEER irá implementar um treino personalizado para cada utente, em concordância com a capacidade que este apresenta, que será avaliado e reajustado durante a sua evolução no processo de reabilitação (Encarnado, 2018).

Assim, realizar uma avaliação da funcionalidade, no caso deste estudo através da escala de Hernâni Duque, permite ao EEER criar, implementar e avaliar intervenções especializadas para promover o *Autocuidado* do utente (Duque, 2009; Regulamento 392/2019).

Desta forma, embora tivesse sido possível obter resultados acerca da caracterização do *Autocuidado* nos domínios em estudo do utente submetido a DPC, os dados obtidos são escassos devido à ausência de documentação, o que exige uma outra reflexão e discussão.

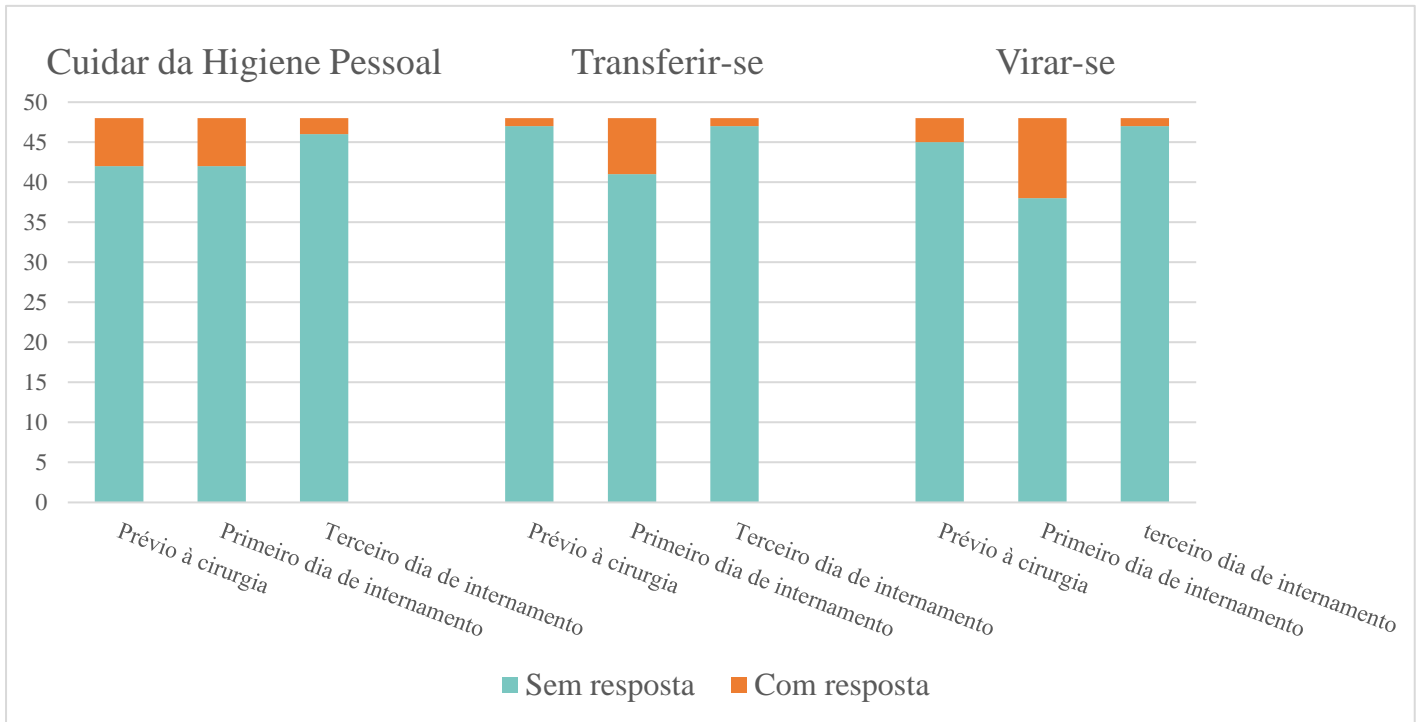
Conforme fica expresso no Gráfico 1, e tendo em conta que a amostra do estudo contemplou 48 participantes, a maioria não apresentava registos na avaliação dos três domínios do *Autocuidado*, em qualquer dos três momentos avaliados: prévio à cirurgia, primeiro dia de internamento e terceiro dia de internamento. É de ressaltar que esta escassez de resultados não ocorreu nas questões anteriores relativas à caracterização do utente submetido a DPC, com taxas a rondar a totalidade de respostas.

Para cada parâmetro avaliado existe sempre um valor mínimo de «com resposta», que nunca chega a ser zero. O valor máximo de «com resposta» atingido corresponde a

dez respostas relativo ao domínio *Virar-se* no primeiro dia de internamento (ICN, 2019).

Gráfico 1 -

Proporção entre «Sem resposta» e «Com resposta»



Fonte: elaboração pelo próprio

Fica assim demonstrada a elevada quantidade de dados omissos obtidos na realização deste estudo. Seguidamente, apresenta-se uma reflexão acerca daquilo que poderá estar na origem desta escassez de documentação dos cuidados de enfermagem.

Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) são uma ferramenta importante para padronizar os registos de saúde e trazer maior visibilidade aos cuidados prestados (Nascimento et al., 2021). Estes desempenham um papel fundamental na enfermagem e são essenciais para obter indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e melhorar a qualidade desses mesmos cuidados. Assim, permitem a medição da qualidade das intervenções e têm um impacte significativo na prática clínica, na continuidade e na qualidade dos cuidados, na gestão, na formação, na investigação, na pesquisa e no processo de tomada de decisão (Nascimento et al., 2021).

No que diz respeito aos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, estes

permitem a avaliação do contributo dos cuidados para a qualidade e segurança clínica. Estes indicadores de qualidade e efetividade dos cuidados de enfermagem, possibilitam a identificação de áreas de melhoria, a monitorização do desempenho profissional de enfermagem e a promoção de boas práticas (Porcel-Gálvez, 2019). A qualidade desses indicadores depende da quantidade e qualidade dos dados que lhes dão origem, portanto, a correta gestão dos dados é essencial para a criação de indicadores que promovam a melhoria do desempenho dos serviços de saúde (Pereira, 2009).

Outro fator que demonstra a importância dos SIE é o facto de que os enfermeiros dedicam cerca de metade do seu tempo útil de trabalho em processos de comunicação, tanto escrita como oral. Os dados obtidos por meio dos registos de enfermagem são a matéria-prima que se transforma em informação após um processo de interpretação, organização e estruturação. É a partir dessa informação sintetizada e formalizada que emerge o conhecimento (Marin, 2010), portanto, a qualidade da informação e do conhecimento em enfermagem está diretamente relacionada à qualidade dos dados registados (Pereira, 2009).

Os SIE são, também, fundamentais pelo facto de refletirem o pensamento crítico do enfermeiro e serem o espelho e, por vezes, sustentação da sua tomada de decisão. Estes devem descrever os problemas apresentados pelo utente, as intervenções planeadas e realizadas, bem como os resultados alcançados (Martins et al., 2008). Além disso, os SIE têm outras finalidades, como suporte para questões éticas e legais, apoio à tomada de decisão clínica, partilha de informação para garantir a continuidade dos cuidados, avaliação da qualidade dos cuidados e contribuição para a gestão, formação, pesquisa e produção de indicadores essenciais para a tomada de decisão política (Jesus & Sousa, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A utilização da tecnologia, como sistemas de informação informatizados (SCLínico[®]) e linguagem padronizada (CIPE), permite a criação de bases de dados de mais fácil gestão e comparação, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Báo et al., 2019; Pinto & Ferreira, 2014; Southern, et al., 2016).

Além disso, os SIE também contribuem para a investigação e o avanço do conhecimento na área de enfermagem. Os dados produzidos podem ser utilizados para estudos de investigação, avaliação de resultados de intervenções de enfermagem, ou identificação de tendências e padrões de saúde. Esses dados produzidos são fundamentais

para sustentar a prática baseada na evidência e, desta forma promover a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em suma, a implementação de SIE traz diversos benefícios, tais como a melhoria da segurança do utente, facilidade de acesso à informação, recolha de dados mais precisa, criação e avaliação de indicadores e apoio legal, bem como promove a investigação em enfermagem.

De forma empírica, a maioria dos enfermeiros compreende a importância dos SIE, na perspetiva da otimização dos recursos, bem como na facilidade no acesso e no aumento da segurança da informação registada. Os SIE proporcionam todos os benefícios acima descritos, mas também apresentam desafios e constrangimentos para os enfermeiros. Existe notoriamente uma baixa adesão e pouca aceitabilidade entre os profissionais à correta documentação de enfermagem. Esta desmotivação poderá estar relacionada com diversos fatores descritos de seguida (Tosi et al., 2022).

Assim, o processo decisório da gestão é poucas vezes baseado nos SIE, ou seja, todo tempo e trabalho despendido pelos enfermeiros na produção de dados parece ter pouco impacto neste processo. Não existe um aproveitamento estatístico dos dados, existindo a perceção, por parte dos enfermeiros, que os registos não são usados nessa vertente mais conceptual, não permitindo, uma eficiente comparação de dados e padrões de cuidados de enfermagem entre diferentes unidades de saúde, populações, regiões e períodos temporais, colocando limitações à investigação em enfermagem neste domínio específico (Saraiva et al., 2021).

Por outro lado, também o tempo despendido na inserção, no sistema informático, das informações do utente é um fator desmotivador para os enfermeiros. A atual arquitetura de suporte à tomada de decisão com base no conhecimento de enfermagem, com iniciação do processo de enfermagem pelos conteúdos de atividade diagnóstica, que através da obtenção de um *score* ou classificação, configura um status de diagnóstico e sugestão de intervenções com integridade referencial, institui maior rigor, objetividade, sistematização, dando um contributo substantivo para a redução de erros no processo de tomada decisão (Jesus & Sousa, 2011). Contudo este tipo de navegação mais estruturada acarreta um aumento de tempo necessário para a sua elaboração, o que é visto por parte dos enfermeiros como algo negativo uma vez que diminui o tempo de contacto direto com o utente. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017, p.2) *72,6% dos enfermeiros avaliam*

os SIE como limitadores do tempo disponível para o contacto com a pessoa a cuidar. Esta percepção demonstra um claro impacto negativo na própria satisfação dos enfermeiros com os SIE.

Efetivamente, existe ainda a visão por parte dos enfermeiros de que os SIE são pouco sensíveis à verdadeira realidade clínica do utente, que ocorre devido aos conteúdos apresentados pelo SClínico[®] serem pouco adequados, nomeadamente, em contextos clínicos mais específicos. Desta forma, existe a percepção de que os registos informáticos não traduzem a realidade dos cuidados de enfermagem, não demonstrando todo o trabalho realizado pelos enfermeiros, já que grande parte desses cuidados prestados não são corretamente documentados por não se encontrarem parametrizados. Tal acarreta com que muita informação acerca do utente que não é devidamente documentada, seja apenas registada em notas gerais, com prejuízo para os diagnósticos de enfermagem, para a sua consulta e análise posterior (Silvestre, 2012).

Não obstante, há, igualmente, uma imposição por parte das instituições de saúde em registar determinados parâmetros, que nem sempre são relevantes para o utente em causa, o que leva a uma forma transversal de documentação que não evidencia o estado e evolução da condição de saúde do utente. Esta situação é vista por parte dos enfermeiros como algo menos direcionado para o utente e mais direcionado para responder a necessidades de produção de indicadores de qualidade por parte da instituição (Silvestre, 2012).

Todos os fatores acima descritos poderão justificar a escassez de dados que retiram robustez aos resultados deste estudo, e a grande quantidade de dados omissos acima apresentados é espelho deste facto. A escassez de documentação é um problema transversal a todo o país e o local onde este estudo teve lugar não é exceção.

Esta situação poderá estar relacionada com a necessidade de formação nos SIE e no uso da CIPE, já que 86,5% dos enfermeiros perceciona défices formativos com impacto negativo na sua satisfação com os SIE (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Desta forma, a aposta na formação constitui uma importante estratégia para aumentar a adesão, a uniformização e sistematização do padrão de documentação, melhorando, assim, a evidência e representatividade dos cuidados efetuados pelos enfermeiros.

Por outro lado, a falta de incentivos adequados, como tempo dedicado especificamente para a documentação, reconhecimento e valorização dos registos de

enfermagem efetuados, poderiam contribuir para a uma maior motivação dos enfermeiros em registrar de forma eficiente (Barreto, et al., 2019).

4.1 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO

Neste subcapítulo serão abordadas as limitações e pontos fortes do estudo realizado, com o objetivo de oferecer uma análise crítica das suas contribuições e restrições.

É importante destacar algumas limitações do presente estudo, primeiramente o número de omissos durante o processo de colheita de dados. Esta ausência de respostas representa uma limitação significativa que comprometeu a representatividade da amostra e a capacidade de generalizar os resultados obtidos para a população-alvo. Desta forma, apenas foi possível utilizar estatística descritiva e não uma estatística inferencial como estava inicialmente previsto.

Por esta razão, a avaliação do *Autocuidado* ficou restrita a um grupo limitado ($n=7$), dificultando o estabelecimento de inferências mais robustas, relativamente à amostra em questão.

Outra limitação relevante diz respeito ao tempo de espera pela aprovação da comissão de ética. O processo de obtenção do aval ético para a realização do estudo foi demorado e burocrático, o que resultou em atrasos no início da colheita de dados. Esse tempo de espera teve impacto, sobretudo, na duração total do estudo

Relativamente aos pontos fortes, primeiramente destaca-se uma nova reflexão e análise que não estava prevista no início da elaboração deste estudo. O elevado número de omissos levantou outras questões importantes, nomeadamente o défice de documentação em enfermagem. Essa constatação possibilitou uma reflexão e análise mais aprofundada sobre os SIE e a baixa adesão a estes por parte dos enfermeiros, bem como os motivos adjacentes a esta situação.

Outro ponto forte relevante do estudo é a adequação do instrumento de colheita de dados utilizado à população em questão e ao serviço onde a colheita de dados foi realizada. A seleção da Escala de Hernâni Duque demonstrou ser a forma adequada para colher os dados que se pretendiam inicialmente, tendo por base as características da amostra. A Escala de Hernâni Duque foi selecionada por ser específica e direcionada para

a avaliação do *Autocuidado* em contexto hospitalar, o que está alinhado com os objetivos deste estudo.

É de salientar também como ponto forte deste estudo o tipo de população estudada, nomeadamente, pela escassez de estudos que avaliem o *Autocuidado* nestes utentes. A realização da DPC é um fenómeno pouco frequente, ainda assim foi possível obter dados sobre a totalidade de cirurgias efetuadas no espaço temporal selecionado, sendo que dos dados que emergiram foi possível perceber uma tendência para o agravamento do perfil de dependência para o *Autocuidado*, justificando a pertinência da intervenção do EEER.

Por fim a metodologia utilizada, uma metodologia quantitativa, através de um estudo descritivo, analítico e longitudinal, revelou ser a mais adequada para a análise a que nos propusemos desenvolver, não obstante o número de omissos, fator alheio à seleção da metodologia.

Em suma, este estudo apresenta limitações, como o tempo de espera pela aprovação ética e o número de omissos, o que impediu a identificação de conclusões mais robustas. No entanto, destaca-se a reflexão sobre os SIE e a escolha da metodologia. O emergir da temática dos SIE, embora imprevisível, constituiu um desafio, sobretudo na reflexão sobre quais as melhores estratégias para combater o défice de documentação em enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi elaborada uma análise com o propósito de traçar o perfil de dependência no *Autocuidado* de utentes submetidos a duodenopancreatectomia, nomeadamente nos domínios *Cuidar da higiene pessoal*, *Transferir-se* e *Virar-se*.

Num primeiro momento foi possível elaborar a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, que compreendeu um total de 48 utentes, sendo 52,1% do sexo masculino e 47,9% do sexo feminino, com uma idade média de 66,69 anos. Ao observar os antecedentes destes utentes, constatou-se que 66,7% deles apresentavam doenças cardíacas, seguidas por doenças respiratórias em 43,8% dos casos. Ao avaliar o IMC dos utentes, os resultados revelaram que a maioria, 52,1% estava inserido na faixa de *peso normal*. No entanto, observou-se que 27,1% dos utentes eram *pré-obesos* e 16,7% eram *obesos*.

Na identificação da duração da hospitalização, verificou-se que o tempo médio em cuidados intensivos foi de 3,75 dias, enquanto o tempo médio de internamento total foi de 32,21 dias. Estes dados destacam a complexidade da cirurgia e a necessidade de cuidados especializados durante o período pós-operatório.

Os resultados obtidos neste estudo indicaram que a amostra de utentes submetidos a DPC que possuíam documentação nos SIE, apresentou um incremento significativo de dependência nos domínios do *Autocuidado* avaliados. Especificamente, os utentes demonstraram uma maior dependência de *Autocuidado*, especialmente no primeiro dia após o regresso à enfermaria, quando comparado à sua condição prévia de *Autocuidado*.

Contudo, o elevado número de omissos conduziu a uma avaliação do nível de dependência pouco robusta, tanto no momento prévio à cirurgia, quanto nos momentos posteriores, o que impediu a generalização dos resultados.

É importante ressaltar que este estudo enfrentou algumas limitações. A principal limitação foi a dificuldade na recolha de dados, pelo défice na documentação dos cuidados de enfermagem. Tal influenciou a qualidade e a abrangência dos dados disponíveis para análise. Essa limitação afetou a amplitude das conclusões e pode ter subestimado a real dependência no *Autocuidado* encontrada na amostra estudada. Não foi, assim, possível concluir se a dependência foi influenciada por fatores, como sexo, idade, antecedentes médicos, índice de massa corporal, condição prévia de *Autocuidado*

e número de dias de internamento em cuidados intensivos, como pensado inicialmente. Desta forma, foi usada apenas estatística descritiva ficando, assim, aquém da pretensão inicial.

Outra limitação significativa foi o tempo de espera pelo parecer positivo da comissão de ética, o que conduziu a uma necessidade de estender o tempo de entrega da presente dissertação.

Desta forma, importa refletir também nas implicações para a prática de cuidados, formação e investigação.

No que diz respeito à prática de cuidados, foi possível observar que a documentação desempenha um papel fundamental na avaliação e acompanhamento do utente submetido a DPC. No entanto, identificaram-se algumas lacunas e desafios nessa área. É imprescindível enfatizar a importância de uma documentação precisa e completa, que registe de forma adequada as informações relevantes sobre o perfil de dependência para o *Autocuidado*. Para tal, é necessário um esforço conjunto dos profissionais de saúde para melhorar a qualidade e a consistência da documentação, visando a otimização dos cuidados prestados aos utentes. A partir do presente estudo, considerar-se-ia pertinente a realização de investigações futuras que examinem os fatores que influenciam o défice de documentação. Por outro lado, a análise dos SIE, como tecnologia de suporte à documentação e tomada de decisão clínica, também é de extrema relevância. Efetivamente, entende-se que sendo os SIE preponderantes para o suporte à investigação e prática baseada na evidência, estes poderão ser otimizados, por forma a melhorar os constrangimentos que potencialmente possam criar aos seus utilizadores principais – os enfermeiros da prática de cuidados.

Assumindo a vertente da prática especializada do EEER importa desenvolver investigação nos vários domínios do *Autocuidado*, com enfoque em estudos experimentais que verifiquem a eficácia de intervenções dirigidas a este foco de enfermagem. Claramente o caminho a prosseguir é no desenvolvimento de intervenções complexas, no domínio específico no EEER, e testá-las, com vista à obtenção de indicadores sensíveis a estas mesmas competências.

Relativamente às implicações no âmbito da formação, destacam-se as intervenções do EEER para a melhoria e otimização do *Autocuidado*. Neste sentido, a inclusão conteúdos formativos nos cursos de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação,

que visem a otimização do *Autocuidado*, sendo pela via da execução ou capacitação dos utentes e famílias são fundamentais. Igualmente, a formação dos enfermeiros de cuidados gerais, que constituem os pilares fundamentais no cuidado assistencial destes utentes, é particularmente importante, sendo competência do EEER estabelecer uma díade com a equipa de cuidados, com o objetivo de fomentar este domínio.

Considerando os SIE, a formação dos profissionais de saúde deve abordar de forma abrangente e aprofundada a sua utilização, bem como a necessidade de uma documentação precisa e atualizada, como forma de garantir a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, a sensibilização dos profissionais para a importância da documentação, através de sessões de formação em serviço frequentes, poderia ser uma estratégia interessante a implementar, bem como auscultar sobre as principais dificuldades sentidas pelas equipas, relativas à documentação.

Quanto às implicações no campo da investigação, sendo que algumas já foram sendo referenciadas ao longo do presente capítulo, acrescenta-se que poderia ser importante efetuar estudos multicêntricos, de forma a obter amostras mais robustas e representativas, permitindo uma caracterização mais precisa do perfil de dependência no *Autocuidado* no utente submetido a DPC. Efetivamente o fenómeno do cancro pancreático apresenta uma incidência importante, mas o recurso a esta estratégia terapêutica (DPC), pela sua complexidade, é relativamente incomum. Por este motivo, o recurso a vários centros especializados de tratamento a esta população poderia ser importante, com o objetivo de, como já afirmado anteriormente, conferir uma robustez ao tamanho amostral e, por conseguinte, à análise dos resultados.

Além disso, seria importante realizar estudos de investigação em que a recolha dos dados seja realizada diretamente com o utente, evitando a ausência de respostas e garantindo uma compreensão mais aprofundada das suas necessidades. Outro ponto relevante, como já indicado, é a necessidade de investigar os motivos da não documentação, explorando os fatores influenciadores desse processo. Compreender esses fatores pode contribuir para a melhoria da integração e operacionalização dos SIE, o que fomentaria a documentação adequada.

Em suma, as implicações para a prática de cuidados, formação e investigação no contexto do perfil de dependência no *Autocuidado* no utente submetido a DPC são amplas e requerem uma abordagem abrangente. A melhoria da documentação, a consolidação da

formação dos profissionais de saúde e o avanço da investigação são medidas essenciais para promover a qualidade dos cuidados.

Neste estudo, os domínios do *Autocuidado* escolhidos prendem-se com o facto de a estes ser exigida uma maior capacidade funcional, sobretudo relacionado com alterações da força muscular, equilíbrio corporal e coordenação, indicadores potencialmente alterados no utente submetido a DPC, tornando-os mais desafiadores do ponto de vista da enfermagem da reabilitação.

Efetivamente, os dados analisados indicam que o *Autocuidado* do utente submetido a DPC, nos domínios investigados, tendencialmente atinge maiores níveis de dependência, após o processo cirúrgico. De realçar que no local onde os dados foram recolhidos não existia EEER, o que poderá, potencialmente, constituir um fator inibidor do processo de reabilitação. Assim, estes resultados podem servir como base para, por parte da gestão hospitalar, justificar a presença de um EEER, como agente facilitador dos cuidados no domínio da reabilitação, bem como dos processos documentais dos SIE.

Claramente este estudo procurou ter um papel multicomponente: por um lado aumentar e desenvolver as minhas competências no domínio da investigação e do método científico; e, por outro lado, caracterizar um foco central do cuidado do EEER, numa população em específico – o *Autocuidado* da pessoa submetida a DPC. Com base nestas premissas, considera-se que as mesmas foram atingidas, reconhecendo as limitações encontradas e incentivando futuras investigações que possam abordar questões pendentes, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, E. P., Almeida, J. P., Landoni, G., Galas, F. R., Fukushima, J. T., Fominskiy, E., . . . Hajjar, L. A. (2017). Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*, *1*(119), 900-907. doi:<https://doi.org/10.1093/bja/aex250>

American Cancer Society. (2019). *American Cancer Society - Pancreatic Cancer*. <https://www.cancer.org/cancer/types/pancreatic-cancer.html>

Amorim, T. V., & Salimena, A. M. (2015). Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: revisão/reflexão. *HU Revista*, *41*(3), 149-154. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1804/2171-14386-1-pb.pdf>

Aquim, E. E., Bernardo, W. M., Buzzini, R. F., Azeredo, N. S., Verona, C., & Nemer, S. N. (2019). Brazilian guidelines for early mobilization in intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *34*(4), 434-443. doi:<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190084>

Araújo, R. A., Silva, T. M., & Ramos, V. P. (2016). Self-care agency and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery. *Revista Escola de Enfermagem de USP*, *50*(2), 232-238. doi:<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200008>

Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. (2013). *National Bowel Cancer Audit Annual Report*. National Bowel Cancer Audit Annual Report: <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/national-bowel-cancer-audit-annual-report-2013.pdf>

Assouline, B., Cools, E., Schorer, R., Kayser, B., Elia, N., & Licker, M. (2021). Preoperative exercise training to prevent postoperative pulmonary complications in adults undergoing major surgery. A systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, *18*(4), 678-688. doi:<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202002-183OC>

Ávila, A., & Fenili, R. (2017). Incidência de fatores de complicações pulmonares pósoperatórias em pacientes submetidos à cirurgia de tórax e abdômen. *Revista Colégio*

Brasileiro de Cirurgiões, 44(3), 284-292. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017003011>

Banim, P. J., & Hart, A. R. (2010). Nutrition and diet in the aetiology and management of pancreatic cancer. *Gastrointestinal Nursing*, 8(8), 24-29. doi:<https://doi.org/10.12968/gasn.2010.8.8.79162>

Báo, A. C., Amestoy, S. C., Moura, G. M., & Trindade, L. L. (2019). Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, 72(2), pp. 377-384. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>

Barreto, J. d., Coelho, M. P., Lacerda, L. C., Fiorin, B. H., Mocelin, H. J., & Freitas, P. S. (2019). Registos de enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1234. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190082>

Bassi, C., Dervenis, C., Butturini, G., Fingerhut, A., Yeo, C., Izbicki, J., . . . Buchler, M. (2005). Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. *Surgery*, 138(1), 8-13. doi:<https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.05.001>

Belina, F., Fronek, J., & Ryska, M. (2005). Duodenopancreatectomy versus duodenum-preserving pancreatic head excision for chronic pancreatitis. *Pancreatology*, 5(6), 547-552. doi:<https://doi.org/10.1159/000087496>

Bittencourt, I. S., Martin, M. R., Soares, P. S., Santos, M. R., Guerreiro, C. F., Rocha, J. D., . . . Fontoura, F. C. (2020). Correlação entre mobilidade toracoabdominal, força muscular respiratória, pico de fluxo de tosse e as complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgias abdominais. *Assobrafir Ciência*, 1-8. doi:<http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2020.0015>

Blair, C. E. (1999). Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(6), 559-570. doi:<https://doi.org/10.1080/016128499248367>

Boehnlein, M., & Marek, J. (2003). Enfermagem no Pré-Operatório. Em W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem médico-cirúrgica* (6 ed., Vol. 4, pp. 525-547).

Lusodidacta.

Bosco, P. S., Santiago, L. C., Costa, A. J., Oliveira, M. S., Carneiro, M. B., & Ferreira, E. C. (2013). A visita pré-operatória de enfermagem pelo residente em enfermagem médico-cirúrgica: Relato de experiência. *Journal ou Nursing*, 7(11), 6553-6556.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12304/14983>

Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. Tese de candidatura ao grau de doutor em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde.

Brown, C. J., Redden, D. T., Flood, K. L., & Allman, R. M. (2009). The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults.

Journal of the American Geriatrics Society, 57(9), 1660-1665.

doi:<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x>

Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(3), 773-781.

doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>

Caldeira, A. (2020). A dramática realidade da epidemiologia do cancro do pâncreas.

News Engage Pharma. <https://www.newsfarma.pt/artigos/9858-a-dram%C3%A1tica-realidade-da-epidemiologia-do-cancro-do-p%C3%A2ncreas.html>

Campenhoudt, L. V., & Quivy, R. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.

Carvalho, L. D., Mamede, M. V., & Araujo, M. d. (2011). Conhecimento de pacientes sobre o processo de auto-cuidado em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Cadernos de pesquisa*, 18, 18-25.

<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/7>

Casadei, R., Taffurelli, G., Silvestri, S., Ricci, C., Campra, D., & Minni, F. (2015). Is age a barrier to pancreaticoduodenectomy? An Italian dual-institution study. *Updates in Surgery*, 67(4), 439–447. doi:<https://doi.org/10.1007/s13304-015-0337-9>

Cheng, Q., Zhang, B., Zhang, y., Jiang, X., Zhang, B., Yi, B., . . . Wu, M. (2007). Predictive factors for complications after pancreaticoduodenectomy. *Journal of Surgical Research*, 139(1), 22-29. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jss.2006.07.028>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: a nursing concern*. New York: Aspen Publications.

<https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>

Chou, C., Hwang, C., & Wu, Y. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(2), 237-244.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.042>

Clini, E., & Ambrosino, N. (2005). Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. *Respiratory Medicine*, 99(9), 1096-1104.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2005.02.024>

Coelho, A. (2014). *Complicações pós-operatórias em cirurgia colo-rectal: estudo aplicado ao internamento nos hospitais públicos de Portugal Continental*.

Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Cordeiro, A. L., Melo, T. A., Santos, A. M., & Lopes, G. F. (2015). Time influence of mechanical ventilation on functional independence in patients submitted to cardiac surgery: literature review. *Fisioterapia em movimento*, 28(4), 859-864.

doi:<https://doi.org/10.1590/0103-5150.028.004.AR04>

Cordeiro, M. C., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, princípios e técnicas* (1 ed.). Lusociência.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2 ed.). Almedina.

- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4 ed.). Sage Publications.
- Cyr, D. P., Truong, J., McCulloch, J., Cleary, S., & Karanicolas, P. (2015). Canadian practice patterns for pancreaticoduodenectomy. *Canadian Journal of Surgery*, 58(2), 121-127. doi: <https://doi.org/10.1503/cjs.011714>
- Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (WMA). (2013). *Princípios Éticos Para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos*. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf
- Decreto-Lei nº104/98. (1998). Diário da República - I Série A - (21 de abril). 1739-1757. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1845&tabela=lei_velhas&nversao=1&so_miolo=
- Decreto-Lei nº161/96. (1996). Diário da República: I série A, nº205 (4 de setembro). 2959-2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei nº353/99. (1999). Diário da República: I série-A, nº 206 (3 de setembro). 6198-6201. <https://files.dre.pt/1s/1999/09/206a00/61986201.pdf>
- Decreto-Lei nº480/88. (1988). Diário da República: I série (23 de dezembro). 5070-5072. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/480-1988-361157>
- DGS. (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto. 9. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>
- Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 65-71. doi:<https://doi.org/10.1111/j.0283-9318.2003.00251.x>
- Duque, H. J. (2009). *O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.

Encarnado, C. C. (2018). *Capacitação do autocuidado, higiene na pessoa*. Relatório de Estágio para obtenção de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus; Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre; Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco.

http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23796/1/Mestrado-Enfermagem_Enfermagem_de_Reabilita%C3%A7%C3%A3o-C%C3%A1tia_Cristina_Ferreira_Barreto_Encarnado-Capacita%C3%A7%C3%A3o_do_autocuidado...%20.pdf

Eras® Society. (2019). *Eras Society - Guidelines Pancreatic*.

<https://erassociety.org/guidelines/#filter=.pancreatic>

Escott-Stump, S. (2012). *Nutrition and diagnosis-related care* (7 ed.). Wolters Kluwer Health.

European Society for Medical Oncology. (2013). Cancro do Pâncreas: um guia para o doente. *Anticancer Fund*. European Society for Medical Oncology:

<https://www.esmo.org/content/download/101559/1796949/file/ESMO-ACF-Cancro-do-Pa%CC%82ncreas-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>

Fazal, S., & Saif, M. W. (2007). Supporte and palliative care of pancreatic cancer.

Journal of the pancreas, 10(2), 240-253. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17356251/>

Ferreira, S. A. (2002). As pesquisas denominadas "estado da arte". *Educação e Sociedade*, 23(79), 257-272. doi:<https://doi.org/10.1590/S0101-73302002000300013>

Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores.

Fortin, M. F. (1999). *Processo de investigação - da concepção à realidade*.

Lusociência.

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

Foster, P. C., & Bennet, A. M. (2000). Capítulo 7 - Dorothea E. Orem. Em J. B. George, *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4 ed., pp. 83-103).

Artmed Editora.

Freixo, M. J. (2012). *Metodologia científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (4 ed.). Edições Piaget.

Fridman, V. (2017). *The Effectiveness of Nurse-Driven Early Mobility Protocol*. Doutoramento na prática de Enfermagem, Seton Hall University.

Fukushima, T., Adachi, T., Hanada, M., Tanaka, T., Oikawa, M., Nagura, H., . . . Koze, R. (2021). Role of Early Mobilization on the Clinical Course of Patients who Underwent Pancreaticoduodenectomy: A Retrospective Cohort Study. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 254(4), 287-294.
doi:<https://doi.org/10.1620/tjem.254.287>

Galvão, M. T., & Janeiro, J. M. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 225-230.
<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v17n1/v17n1a19.pdf>

Gesser, A. F., Gulini, J. E., Koo, K. K.-Y., & Bonorino, K. C. (2021). Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil da Canadian survey of mobilization of ICU patients. *Fisioterapia e Pesquisa*, 28(2), 201-207.
doi:<https://doi.org/10.1590/1809-2950/20024728022021>

Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4 ed.). Atlas S.A. .

Gilbert, C., Hagerty, D. L., & Taggart, H. M. (2012). Exploring factors related. Em V. Berbiglia, J. Hohmann, & G. Bekel, *Bulletin luxembourgeois des questions sociales* (Vol. 29, pp. 155-167). Aloss Governing Board.
https://www.aloss.lu/fileadmin/file/aloss/Documents/BLQS/BLQS_29.pdf

Gill, T. M., Gahbauer, E., Murphy, T., Han, L., & Allore, H. (2012). Risk factors and precipitants of long-term disability in community mobility: a cohort study of older persons. *Annals of Internal Medicine*, 156(2), 131-40. doi:<https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-2-201201170-00009>

Guimarães, J., & Rosa, D. D. (2008). *Rotinas em oncologia* (1 ed.). Artmed.

- Hamad, A., Pawlik, T. M., & Ejaz, A. (2021). Guide to Enhanced Recovery for Cancer Patients Undergoing Surgery: Pancreaticoduodenectomy. *Annals of Surgical Oncology*, 28(12), 6965–6969. doi:<https://doi.org/10.1245/s10434-021-09717-1>
- Hari, M., & Rosenzweig, M. (2012). Incidence of Preventable Postoperative Readmissions Following Pancreaticoduodenectomy: Implications for Patient Education. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 408-412. doi:<https://doi.org/10.1188/12.ONF.408-412>
- Havey, R., Herriman, E., & O'Brien, D. (2013). Guarding the gut: early mobility after abdominal surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(1), 63-72. doi:<https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3182753237>
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., . . . Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. doi:<https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
- Hesbeen, W. (2002). *A Reabilitação - Criar Novos Caminhos* (1 ed.). Lusociência.
- Hoeman, S. P., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diárias. Em H. S. P., *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e Resultados esperados* (4 ed., pp. 209-70). Lusodidacta.
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S., Rooij, S. E., & Grypdonck, M. F. (2006). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 46-57. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01579.x>
- Hou, J.-P., Zhao, N., Chen, J., Han, E.-K., & Du, Q.-Y. (2018). Effect of accelerated rehabilitation program on prognosis of pancreatic cancer patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *World Chinese Journal of Digestology*, 26(32), 1874-1878. doi:<https://doi.org/10.11569/wcjd.v26.i32.1874>
- Hsu, C., & Saif, W. M. (2011). Diabetes and pancreatic cancer. Highlights from the "2011 ASCO Annual Meeting". *Journal of the Pancreas*, 12(4), 330-333. https://www.researchgate.net/publication/51475669_Diabetes_and_pancreatic_cancer_

Highlights_from_the_2011_ASCO_Annual_Meeting_Chicago_IL_USA_June_3-7_2011

ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Ordem dos Enfermeiros: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>

ICN. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

INE. (2015). Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005112&contexto=bd&selTab=tab2

Isaías, F., Sousa, L., & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. Em M. d. Cordeiro, & E. C. Menoita, *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, Princípios e Técnicas* (pp. 303-314). Lusociência.

Jesus, E. H., & Sousa, P. F. (2011). Sistemas de Informação e Profissionais de Saúde. Em D. Pereira, J. C. Nascimento, & R. Gomes, *Sistemas de Informação na Saúde - Perspetivas e desafios em Portugal* (pp. 226-241). Sílabo.

Jimenez, R. E., Castillo, C. F., Rattner, D. W., Chang, Y., & Warshaw, A. L. (2000). Outcome of Pancreaticoduodenectomy With Pylorus Preservation or With Antrectomy in the Treatment of Chronic Pancreatitis. *Annals of Surgery*, 231(3), 293–300. doi:<https://doi.org/10.1097/00000658-200003000-00001>

Johnson, J., & Mejia, E. G. (2011). Dietary factors and pancreatic cancer: the role of food bioactive compounds. *Molecular nutrition & food research*, 55(1), 58-73. doi:<https://doi.org/10.1002/mnfr.201000420>

Juan, K. d. (2007). O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, 5(1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004

- Kang, D.-W., Chung, J. Y., Lee, K. M., Lee, J., Park, J.-H., Kim, D., . . . Jeon, J. (2014). Exercise barriers in Korean colorectal cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(18), 7539-7545. doi:<https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.18.7539>
- K  rouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermo* (1 ed.). Elsevier Masson.
- Kitahata, Y., Hirono, S., Kawai, M., Okada, K.-i., Miyazawa, M., Shimizu, A., . . . Yamaue, H. (2018). Intensive perioperative rehabilitation improves surgical outcomes after pancreaticoduodenectomy. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 403, 711–718. doi:<https://doi.org/10.1007/s00423-018-1710-1>
- Kleeff, J., Korc, M., Apte, M., LaVecchia, C., Johnson, C., Biankin, A., . . . Neoptolemos, J. (2016). Pancreatic cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, 1-23. doi:<https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.22>
- Klempa, I., Spatny, M., Menzel, J., Baca, I., Nusted, R., Stockamnn, R., & Arnold, W. (1995). Pancreatic function and quality of life after resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis. A prospective, randomized comparative study after duodenum preserving resection of the head of the pancreas versus Whipple's operation. *Chirurgie*, 66(4), 350-359. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7634946/>
- Konstantinidis, I. T., Dursun, A., Zheng, H., Wargo, J. A., Thayer, S. P., Castillo, C. F.-d., . . . Ferrone, C. R. (2010). Metastatic tumors in the pancreas in the modern era. *Journal of the American College of Surgeons*, 211(6), 749-753. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.08.017>
- Kuzmenko, V., Usenko, A., Skums, A., Gulko, O., & Tedoradze, V. (2019). Perioperative Multimodal Program of Enhanced Recovery Following Pancreaticoduodenectomy. *Georgian Medical News*, 5(290), 7-12. https://www.researchgate.net/profile/Nino-Abuladze/publication/334592101_DEVELOPMENT_OF_THE_POWDER_FORMULAS_FOR_ACNE_TREATMENT/links/5d99703f92851c2f70eed6fa/DEVELOPMENT-OF-THE-POWDER-FORMULAS-FOR-ACNE-TREATMENT.pdf#page=11

Lai, E. C., Lau, S., & Lau, W. Y. (2009). Measures to Prevent Pancreatic Fistula After Pancreatoduodenectomy. *Jama Surgery*, *144*(11), 1074-1080.

doi:<https://doi.org/10.1001/archsurg.2009.193>

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2006). *Fundamentos de metodologia científica* (6 ed.). Atlas.

Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, *9*(3), 179-186.

http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf

Lima, A. M., Ferreira, M. S., Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, *4*(2), 28-43.

doi:<http://doi.org/10.30681/252610104062>

Lucena, G., & Barros, R. (2018). PRE-OPERATIVE BILIARY DRAINAGE IN THE PERIAMPULLARY NEOPLASIA - A SYSTEMATIC REVIEW. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, *31*(02). doi:<https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1372>

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>

Malcato, M. E. (2017). A Pessoa Submetida a Cirurgia Cardiorácica. Em C. M. Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.

Marin, H. d. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, *2*(1), 20-24. <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>

Martin, D., Mantziari, S., Demartines, N., & Hubner, M. (2020). Defining Major Surgery: A Delphi Consensus Among European Surgical Association (ESA) Members. *World Journal of Surgery*, *44*(7), 2211–2219. doi:<https://doi.org/10.1007/s00268-020-05476-4>

Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., . . . Santos, R. M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52-61.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23996/1/2008_12_2_52-61.pdf

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5 ed.). Wolters Kluwer Lippincott Williams&Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi:<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Melo, D. (Março de 2011). *FÍSTULA PANCREÁTICA PÓS DUODENOPANCREATECTOMIA*. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

Mendes, R., & Chaves, C. (2012). Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos. A situação no Hospital Amato Lusitano. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, nº31, 6-12. <https://www.ulsclb.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/9/2017/02/Revista-31-2.trimestre-2012.pdf>

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2009). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (8 ed., Vol. 1). Lusociência.

Moorhead, S., Johnson, Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2016). *NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem* (5 ed.). Elsevier.

Morano, M. T., Araújo, A. S., Nascimento, F. B., Silva, G., Mesquita, R., Pinto, J., . . . Pereira, E. (2013). Preoperative pulmonary rehabilitation versus chest physical therapy in patients undergoing lung cancer resection: a pilot randomized controlled trial. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1), 53-58. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.08.206>

Morris, E. J., Taylor, E., Thomas, J., Quirke, P., Finan, P., Coleman, M., . . . Forman, D. (2011). Thirty-day postoperative mortality after colorectal cancer surgery in England. *Gut*, 60(6), 806-813. doi:<https://doi.org/10.1136/gut.2010.232181>

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos Sistemas de Informação em Enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(02), 505-510. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>

Needham, D. M. (2008). Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. *JAMA*, 300(14), 1685-1690. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.300.14.1685>

Neto, L. J., Thomson, J. C., & Cardoso, J. R. (2005). Complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência e emergência em um hospital universitário. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31(1), 41-47. doi:<https://doi.org/10.1590/S1806-37132005000100008>

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2018-2020). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications* (11 ed.). Wiley-Blackwell.

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1). doi:<https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

O'Mahoney, P. R., Yeo, H., Serdaky, A., Trencheva, K., Mao, J., Isaacs, A., . . . Michelassi, F. (2016). Centralization of pancreatoduodenectomy a decade later: Impact of the volumeoutcome relationship. *Surgery*, 159(6), 1528-1538. doi:<https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.01.008>

OMS. (2002). Active Ageing: a policy framework. *Organização Mundial de Saúde*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

Ordem dos Enfermeiros. (1998). Criação da Ordem dos Enfermeiros - Preâmbulo do Decreto-Lei nº 104/98. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/Preambulo%20DL%20104_98.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Princípios Básicos da Arquitetura e principais Requisitos Técnico-Funcionais. 1-8.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. 1-16.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Análise dos Resultados do Inquérito sobre Sistemas de Informação em Enfermagem.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sie/Documents/Resultados_InqueritoSIE_Fevereiro2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Orem, D. E. (1991). *Nursing : concepts of practice* (4 ed.). Mosby Year book.

Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem : conceptos de enfermería en la práctica*. Edic. Científicas y Técnicas.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & McLaughlin, K. (1995). *Nursing : concepts of practice* (5 ed.). Mosby.

Orem, D., Taylor, G. S., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 ed.). Mosby.

Paddon-Jones, D., Sheffield-Moore, M., Cree, M., Hewlings, S., Aarsland, A., Wolfe, R., & Ferrando, A. (2006). Atrophy and impaired muscle protein synthesis during prolonged inactivity and stress. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *91*(12), 4836-4841. doi:<https://doi.org/10.1210/jc.2006-0651>

Paiva, A. (2016). Prefácio. Em T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto, & P. P. Machado, *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 5-7). Lusodidacta.

Palleschi, L., Fimognari, F. L., Pierantozzi, A., Salani, B., Marsilii, A., Zuccaro, S. M., . . . Alfieri, W. D. (2013). Acute functional decline before hospitalization in older patients. *Geriatrics and Gerontology International*, *14*(4), 769-777. doi:<https://doi.org/10.1111/ggi.12160>

Pancreatic Cancer Action Network. (2022). *Pancreatic Cancer Action Network*. <https://pancan.org/facing-pancreatic-cancer/about-pancreatic-cancer/types-of-pancreatic-cancer/>

Parecer nº12/2011. (2011). Parecer sobre Atividades de Vida Diária - Mesa do Colégio da Enfermagem de Reabilitação. 1-2. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Formasau.

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

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem* (1 ed.). Formasau.

Phipps, W. J., Sands, J., Marek, J., Azevedo, H. d., Ribeiro, H. M., & Saraiva, C. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica : conceitos e prática clínica: Enfermagem no Pré-Operatório* (6 ed.). Lusodidacta.

- Pinto, V. R., & Ferreira, S. C. (2014). Computerized tool to calculate nursing quality indicators: a methodological research. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(1). doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144745>
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P., & Thorell, A. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos, avaliação e utilização* (5 ed.). Artmed Editora.
- Porcel-Gálvez, A. M. (2019). Resultados sensibles a la práctica enfermera: investigación clínica y evidencia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-2. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190316>
- Possari, J. (2009). *Centro Cirúrgico: planejamento organização e gestão* (5 ed.). Erica: Saraiva.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5 ed.). Lusociência.
- Puthuchearry, Z., & Hart, N. (2009). Intensive care unit acquired muscle weakness: when should we consider rehabilitation? *Critical Care* 13. doi:<https://doi.org/10.1186/cc7937>
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem n° 21(21)*, 5-7. https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar
- Regulamento n.º 190/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República - 2ª Série - N.º79 (23 de abril)*, 10087-10090. <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - (6 de fevereiro)*, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 350/2015 . (2015). Regulamento dos Padões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2.ª série - N.º 119 - (22 de junho)*, 16655-16660.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Regulamento n.º 392/2019 . (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 85 - (3 de maio), 13565-13568.

<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Reis, G. R., Rossone, A. P., Santos, T. P., & Neves, R. S. (2018). A importância da mobilização precoce na redução de custos e na melhoria da qualidade das unidades de terapia intensiva. *Revista de atenção à saúde*, 16(56), 94-100.

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4922/pdf

Ribeiro, O. M., Pinto, C. A., & Sousa, S. C. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de enfermagem de referência*, 4(1), 25-36.

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2423&id_revista=24&id_edicao=60

Rodrigues, S. (2015). *Efeitos de um programa pré-operatório de reeducação funcional respiratória, no doente submetido a cirurgia abdominal programada*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Romanowski, J. P., & Ens, R. T. (2006). As pesquisas denominadas do tipo "estado da arte" em educação. *Dialogo Educacional*, 6(19), 37-50.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189116275004>

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *O modelo de enfermagem*. Climepsi Editores.

Sakorafas, G., Farnell, M. B., Nagorney, D. M., Sarr, M. G., & Rowland, C. M. (2000). Pancreatoduodenectomy for chronic pancreatitis: long-term results in 105 patients. *Jama Surgery*, 135(5), 517–524. doi:<https://doi.org/10.1001/archsurg.135.5.517>

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. d. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (5 ed.). Penso.

- Sanchez, G. V., Weinstein, S. J., & Stolzenberg-Solomon, R. Z. (2011). Is dietary fat, vitamin D, or folate associated with pancreatic cancer? *Molecular Carcinogenesis*, *51*(1), 119-127. doi:<https://doi.org/10.1002/mc.20833>
- Santos, A., Pêla, J., Ferreira, M. F., & Trindade, N. (2014). O papel da enfermagem de reabilitação nos cuidados paliativos. Em A. P. Costa, & M. B. Othero, *Reabilitação em cuidados paliativos* (pp. 163-178). Lusodidata.
- Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. Em C. M. Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-24). Lusodidacta.
- Saraiva, L. I., Ramos, F. A., Santos, G. F., & Vetorazo, J. V. (2021). Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. *Revista Eletrônica Acervo de Enfermagem*, *9*, 1-6.
doi:<https://doi.org/10.25248/reaenf.e6418.2021>
- Sarti, T. C., Vecina, M. A., & Ferreira, P. S. (2016). Mobilização precoce em pacientes críticos. *Journal of the Health Sciences Institut*, *34*(3), 177-181.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832877>
- Schimdt, C. M., Powell, E., Yiannoutsos, C., Howard, T. J., Wiebke, E. A., Wiesenauer, C. A., . . . Madura, J. A. (2004). Pancreaticoduodenectomy: a 20-year experience in 516 patients. *Jama Surgery*, *139*(7), 718-725. doi:<https://doi.org/10.1001/archsurg.139.7.718>
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Esbrook, A. P., Spears, L., . . . Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*, *373*(9678), 1874-1882. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60658-9)
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Shapiro, T. M. (1975). Adenocarcinoma of the Pancreas: A statistical analysis of biliary bypass Vs Whipple resection in good risk patients. *Annals of Surgery*, *182*(6), 715-721. doi:<https://doi.org/10.1097/00000658-197512000-00010>
- Shin, E., & Canto, M. I. (2012). Pancreatic Cancer Screening. *Gastroenterology Clinics North America*, *41*(1), 143-157. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gtc.2011.12.001>

Silvestre, M. C. (2012). *Os registos de Enfermagem: Um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas*. Dissertação de mestrado.

<https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4516>

Soares, E., & Soares, S. (2018). Reeducação Funcional Respiratória no Cliente Submetido a Gastrectomia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 33-41. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/94>

Sousa, C. N., Peixoto, M. J., & Salazar, B. (2021). Medidas de avaliação do autocuidado. *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*, pp. 51-58. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39522/1/autocuidado_51-58.pdf

Southern, D. A., Hall, M., White, D., Romano, P., Sundararajan, V., Drolesler, S., . . . Ghali, W. A. (2016). Opportunities and challenges for quality and safety applications in ICD-11: an international survey of users of coded health data. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), pp. 129-135. doi:<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv096>

Stracierri, L. (2008). Cuidados e complicações pós-operatórias. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41(4), pp. 465-468. <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/288/289>

Strasberg, S. M., Drebin, J., & Soper, N. (1997). Evolution and current status of the Whipple procedure: an update for gastroenterologists. *Gastroenterology*, 113, 983-994. doi:[https://doi.org/10.1016/s0016-5085\(97\)70195-1](https://doi.org/10.1016/s0016-5085(97)70195-1)

Teixeira, S. (2012). *Autocuidado - Contributo para um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Supervisão Clínica, Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9301>

Tenani, A. C., & Pinto, M. H. (2007). A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 14(2), 81-87. https://ahs.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD225%20PDF.pdf

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5 ed.). Lusociência.

Toobert, D., Hawpson, S., & Glasgow, R. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950. doi:<https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>

- Tosi, M. P., Florentino, A. O., Oliveira, A. A., Corrêa, C. R., & Lopes, A. (2022). Benefícios e desafios do uso de sistemas de informação na atuação do profissional de enfermagem. *Edição Brasileira Nursing*, 25(292), 8634-8639. doi:<https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i292p8634-8645>
- Truong, A. D., Fan, E., Brower, R. G., & Needham, D. M. (2009). Bench-to-bedside review: mobilizing patients in the intensive care unit--from pathophysiology to clinical trials. *Critical Care*, 13(4). doi:<https://doi.org/10.1186/cc7885>
- Tsukagoshi, M., Harimoto, N., Araki, K., Kubo, N., Watanabe, A., Igarashi, T., . . . Shirabe, K. (2021). Impact of preoperative nutritional support and rehabilitation therapy in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *International Journal Of Clinical Oncoly*, 26(9), 1698-1706. doi:<https://doi.org/10.1007/s10147-021-01958-0>
- Ventura, A. F., & Queirós, P. J. (2016). A Enfermagem de Reabilitação e o Utente Submetido a Cirurgia Toraco-Abdominal. *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*, 95-115. https://www.researchgate.net/publication/301221376_A_Enfermagem_de_Reabilitacao_e_o_Utente_Submetido_a_Cirurgia_Toraco-Abdominal
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (1 ed.). Edições Sílabo.
- Welsch, T., Degrate, L., Zschabitz, S., Hofer, S., Werner, J., & Schmidt, J. (2010). The need for extended intensive care after pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma. *Langenbeck's Archives of Surgery volume*, 353–362. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00423-010-0629-y>
- Welvaart, W. N., Paul, M. A., Stienen, G. J., Hees, H. W., Loer, S. A., Bouwman, R., . . . Ottenheijm, C. A. (2011). Selective diaphragm muscle weakness after contractile inactivity during thoracic surgery. *Annals of Surgery*, 254(6), 1044-1049. doi:<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318232e75b>
- Whipple, A. O., Parsons, B. W., & Mullins, C. R. (1935). TREATMENT OF CARCINOMA OF THE AMPULLA OF VATER. *Annals of Surgery*, 102(4), 763–779. doi:<https://doi.org/10.1097/00000658-193510000-00023>

Witzigmann, H., Max, D., Uhlmann, D., Geissler, F., Schwarz, R., Ludwig, S., . . .
Haus, J. (2003). Outcome after duodenum-preserving pancreatic head resection is
improved compared with classic Whipple procedure in the treatment of chronic
pancreatitis. *Surgery, 134*(1), 53-62. doi:<https://doi.org/10.1067/msy.2003.170>

You-Meng Sun, Y. W.-X. (2020). The Safety and Feasibility of Enhanced Recovery
after Surgery in Patients Undergoing Pancreaticoduodenectomy: An Updated Meta-
Analysis. *BioMed Research International*. doi:<https://doi.org/10.1155/2020/7401276>

Zhao, Z., & Liu, W. (2020). Pancreatic Cancer: A Review of Risk Factors, Diagnosis,
and Treatment. *Sage Journals, 19*. doi:<https://doi.org/10.1177/1533033820962117>

ANEXOS

ANEXO I

- PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO DEPARTAMENTO DE ENSINO,
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO DOENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA 136-22 (108-DEFI/110-CE) Trabalho Académico de Investigação realizado no âmbito de curso de mestrado de enfermagem de reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Saúde Santa Maria

Data de Receção no Serviço de Investigação Clínica para Análise: 30/08/2022

Equipa de Investigação:

Estudante e Investigador Principal no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto):

Orientador da dissertação:

Resumo do Estudo:

- **Local do estudo no** [redacted]: Serviço de Cirurgia do [redacted].
- **Desenho do estudo:** Institucional e observacional. (Recolha de dados retrospectiva a partir da consulta do processo clínico)
- **Objetivos do estudo:** 1) Caracterizar os doentes submetidos a duodenopancreatectomia cefálica (DPC), num hospital da região norte, relativamente à idade, género, condição prévia à cirurgia, do autocuidado, antecedentes clínicos e tempo de internamento em cuidados intensivos após a cirurgia; 2) avaliar o grau de dependência no autocuidado (banho, sanitário e alimentação) no primeiro e terceiro dia após retorno à enfermaria.
- **Participantes no estudo:** Doentes submetidos a DPC, por neoplasia do pâncreas, internados no serviço [redacted], entre janeiro de 2021 e junho de 2022.
- **Critérios de exclusão:** 1) doente que nos primeiros três dias após o regresso à enfermaria necessitem de reinternamento em cuidados intensivos; 2) procedimento realizado por laparoscopia.
- **Tamanho da amostra:** Estima-se que serão incluídos cerca de 70 a 80 indivíduos.
- **Duração do estudo:** Data de início: Após autorização institucional Conclusão: 30/03/2023
- **Metodologia:**
 - Os dados para o estudo serão recolhidos pelo estudante/investigador a partir da consulta dos processos clínicos.
 - Foram identificados os dados a recolher e que se justificam considerando os objetivos definidos para o estudo.
 - Não está prevista a recolha de dados que identifiquem os participantes para além da idade e género
 - Não está previsto o pedido de consentimento informado aos participantes

Aspetos Financeiros:

O estudo não apresenta custos acrescidos para o [redacted].

Requisitos Preenchidos:

- Pedidos de autorização: Conselho de Administração do [redacted], Comissão de Ética e DEFI
- Termo de responsabilidade e *Curriculum vitae* do Estudante/Investigador ([redacted])
- Termo de responsabilidade do orientador da dissertação de mestrado ([redacted])
- Protocolo de estudo

- Formulário de proteção de dados
- Formulário RAI

Requisitos em Falta:

- Autorização do diretor do departamento de Cirurgia ()
- Autorização do diretor do serviço de Cirurgia ()
- Autorização do Enfermeiro Chefe do serviço em que serão colhidos os dados
- Autorização do enfermeiro supervisor do departamento de Cirurgia
- Comprovativo de frequência no mestrado

Questões a esclarecer pelo investigador:

A proposta de investigação "*Dependência no autocuidado no doente submetido a duodenopancreatectomia cefálica*", foi avaliada pelo setor de análise científica do Serviço de Investigação Clínica.

Estritamente no que se refere à componente científica do projeto de investigação, **PARECER FAVORÁVEL**, no pressuposto que serão enviadas as autorizações em falta.

Do ponto de vista científico, o Serviço de Investigação Clínica dá por concluída a análise do processo, sendo enviado ao estudante/investigador o Parecer elaborado para conhecimento.

Após a receção dos documentos em falta, o processo seguirá para avaliação da Comissão de Ética, Encarregada de Proteção de dados e Responsável pelo Acesso à Informação.

Deve ser aguardada a comunicação da autorização institucional para o início do estudo.

_____, 01 de setembro de 2022

Assinado por: _____
Num. de Identificação: _____
Data: 2022.09.01 11:35:00+01'00'



ANEXO II
- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA [redacted] / [redacted]

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

| | | |
|--|------------------------------|---|
| Deliberação | Data: 2 8 SET. 2022 | Órgão: Reunião Plenária |
| Título: "Dependência no autocuidado no doente submetido a Duodenopancreatectomia Cefálica" | | Ref.º: 2022.136(108-DEFI/110-CE) |
| Protocolo/Versão: TA-Mestrado | Promotor: o(a) próprio(a) | Investigador / Local: [redacted]; Serviço de Cirurgia - [redacted] |

A Comissão de Ética [redacted] / [redacted], ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **TA-Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética [redacted] / [redacted] presentes:

Presidente: Prof. [redacted]

Vice-Presidente: [redacted]

[redacted]
Prof. Doutor [redacted], médico [redacted]

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 2 8 SET. 2022

O Presidente da Comissão de Ética [redacted] / [redacted]

[redacted]

Prof. Doutor J. [redacted]

ANEXO III

- PARECER DA ENCARREGADA DA PROTEÇÃO DE DADOS E RESPONSÁVEL
PELO ACESSO À INFORMAÇÃO

2022- 136 DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO DOENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

Trabalho Académico de Investigação realizado no âmbito de curso de mestrado de enfermagem de reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Saúde Santa Maria 2022-136 DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO DOENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

1. Considerações Gerais

“...o n.º 1 do artigo 5.º da L(ei) I(nvestigação) C(línica) deve ser lido de modo a obrigar os investigadores, na avaliação prévia à investigação que pretendem realizar, a ponderar os riscos previsíveis não apenas para a vida ou integridade física das pessoas, mas também para a privacidade e para a proteção dos dados pessoais.” (in, Deliberação n.º 1704/2015 - Aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica, Comissão Nacional de Proteção de Dados).

Estão sujeitos ao disposto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) os dados que permitam identificar diretamente ou indiretamente os seus titulares. Dados pessoais que tenham sido descaracterizados, codificados ou pseudonimizados, mas que possam ser utilizados para reidentificar uma pessoa, continuam a ser dados pessoais e são abrangidos pelo âmbito de aplicação do RGPD.

O tratamento de dados pessoais para fins de investigação científica está sujeito a garantias adequadas, a consubstanciar em medidas técnicas e organizativas que permitam garantir os direitos e liberdades dos titulares dos dados, nomeadamente respeitando o princípio da minimização de dados e incluindo a pseudonimização, sempre que os objetivos possam ser atingidos dessa forma (artigo 89º nº 1 do RGPD e artigo 31º nº1 da Lei nº58/2019 de 8 de agosto - Lei Nacional de Execução do RGPD).

2. Análise

Avaliação realizada com base na informação contida na documentação enviada pelo DEFI. Subsume-se nesta avaliação toda a documentação/informação recebida.

Evidenciamos os aspetos que não resultam diretamente da documentação:

2.1. Responsabilidades

Consideramos que são **responsáveis pelo tratamento de dados** (pessoa singular ou coletiva que individualmente ou em conjunto com outras, **determina as finalidades e os meios do tratamento de dados**, com a obrigação de aplicar as **medidas técnicas e organizativas** adequadas para assegurar e poder comprovar que o tratamento é realizado em conformidade com o RGPD (cf. artigo 24º e considerado 74 do RGPD):

A [REDACTED] e o Investigador
Principal, [REDACTED] - Enfermeiro
E o Centro Hospitalar [REDACTED].

2022- 136 DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO DOENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

2.2. Nível de risco em relação aos princípios sobre o tratamento de dados (artigo 5º do RGPD)

| Princípio | Nível de risco Insignificante | Nível de risco Baixo | Nível de risco Médio | Nível de risco Elevado |
|---|-------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| Os dados pessoais são tratados de forma lícita, leal e transparente (licitude, lealdade e transparência) | | | X | |
| Os dados pessoais são recolhidos para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (limitação da finalidade) | | X | | |
| Os dados pessoais são adequados, pertinentes e limitados ao necessário relativamente às necessidades (minimização de dados) | | X | | |
| Os dados pessoais são precisos e são mantidos atualizados (exatidão) | | X | | |
| Os dados pessoais são conservados apenas durante o período necessário para as finalidades (limitação da conservação) | | X | | |
| Os dados pessoais são tratados de maneira a garantir a segurança adequada (integridade e confidencialidade) | | | X | |

3. Recomendações

Com base na documentação/informação disponibilizada para análise, recomendamos:

3.1. Fundamento jurídico para o tratamento de dados

A LIC (Lei de Investigação clínica - Lei nº21/2014, de 16 de abril) faz depender a realização de estudos clínicos, de entre outros requisitos, da obtenção do consentimento informado (artigo 6º nº1, alínea d), podendo o mesmo ser dispensado nos casos de estudos clínicos sem intervenção, de forma fundamentada e a título excecional pela Comissão de Ética competente (artigo 6º nº 2).

Foi solicitada a dispensa do consentimento informado à CE, que anuiu.

O consentimento informado para a participação em estudo clínico (esse sim passível de dispensa pela Comissão de Ética competente ao abrigo do artigo 6º nº 2 da LIC,) é distinto do consentimento do tratamento de dados pessoais dele decorrente.

Consideramos que está em causa a reutilização de dados existindo recolha indireta dos dados demográficos e dados relativos à saúde do processo clínico.

Visando mitigar o nível de risco quanto à licitude, lealdade e transparência no tratamento dos dados, recomendamos, que o mesmo seja fundamentado no artigo 6º, nº1, alínea e) do RGPD, exercício de função de interesse público, na medida em que a investigação integra o leque de atribuições previstas no Estatuto dos Centros Hospitalares EPE (nº 3 do artigo 64º do Decreto - Lei 52/2022 de 4 de agosto) integrando também o **C** um centro académico clínico que visa o desenvolvimento da atividade de investigação clínica (artigo 1º do Decreto Lei 61/2018, regime jurídico dos centro académicos clínicos) e no artigo 9º, nº 2, alínea j) do RGPD, tratamento necessário para fins de investigação científica. Assim, o tratamento de dados pessoais para fins de investigação clínica deverá ser sujeito a garantias adequadas, a consubstanciar em medidas técnicas e organizativas que permitam garantir os direitos e liberdades dos titulares dos dados, nomeadamente respeitando o princípio da minimização de dados e incluindo a pseudonimização, sempre que os objetivos possam ser atingidos dessa forma (artigo 89º nº 1 do RGPD e artigo 31º nº1 da Lei nº58/2019 de 8 de agosto - Lei Nacional de Execução do RGPD).

3.2. Variáveis a recolher vs. Reidentificação

A probabilidade de reidentificação dos titulares dos dados apresenta-se com um grau de razoabilidade quando se dispõe de três ou mais categorias de dados, e.g. idade, género, tempo de internamento...

Deverá ser ponderada a utilização de intervalos nas variáveis idade e tempo de internamento.

3.3. Pseudonimização dos dados

Os dados pessoais objeto de tratamento, deverão ser pseudonimizados.

A codificação (pseudonimização) dos dados pessoais deverá garantir que a identificabilidade das participantes fique dificultada em grau elevado. Não devem, por isso, ser utilizados códigos, por exemplo, correspondentes à primeira letra do nome e apelido do participante ou à data do nascimento, ou a qualquer outro dado que permita, facilmente, deduzir a sua identidade no universo limitado do estudo (no CMMI).

3.4. Comunicação de dados

Se houver circulação de dados em rede, nomeadamente entre investigador e orientador, essa transmissão deverá ser cifrada e utilizada a rede institucional. Nota: o envio de correspondência e ficheiros por correio eletrónico cria cópias nos servidores e nos aplicativos de correio eletrónico do remetente e do destinatário.

3.5. Medidas de Segurança

A segurança dos dados apresenta-se como fundamental no RGPD, definindo o artigo 32º o modelo a seguir no que respeita à segurança do tratamento e apontando como sugestões, a pseudonimização e a cifragem dos dados pessoais. A avaliação do nível de segurança pressupõe ter em conta designadamente os riscos apresentados pelo tratamento, e em particular, os associados à destruição, perda ou alteração acidentais ou ilícitas e à divulgação ou acesso não autorizados.

Neste âmbito recomenda-se:

- **Não utilizar computadores pessoais.** Quando tal não é possível, e o investigador armazena dados em computador próprio, certificar-se que os dados pessoais que têm o CMMI como responsável pelo tratamento são tratados com software licenciado pela instituição, e quando não é o caso, cabe ao investigador a responsabilidade de verificar a conformidade do software com os princípios de proteção de dados;

2022- 136 DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO DOENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

- **Credenciais de acesso ao equipamento por utilizador** (controlo de acesso lógico/autenticação): - senha de acesso com o mínimo de 9 caracteres, com a inclusão de 3 dos 4 seguintes conjuntos de caracteres: letras minúsculas (a...z), letras maiúsculas (A...Z), números (0...9) e caracteres especiais (- ! @ # \$ % ^ & * () _ + | ` - = \ { } [] : " ; ' < > ? , . /);
- **Não replicar ficheiros de dados pessoais em diversos dispositivos** (*pens*, portáteis, PCs), salvo na medida do estritamente necessário e do tempo estritamente necessário e/ou exclusivamente para garantir cópias de segurança;
- No caso de utilização de dispositivo móvel para armazenamento dos dados (risco elevado de perda e furto de dados) **o mesmo deverá ser encriptado**;
- **Realização de cópias de segurança** (backups);
- **Separação lógica entre a chave de encriptação e a base de dados**;
- **Encriptação da base de dados.**



4. PARECER

Este é salvo melhor opinião, o meu parecer.





Assinado por: [REDACTED]
Data: 2023.01.31 10:08:28+00'00'



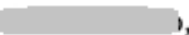
[REDACTED]
Encarregada da Proteção de Dados

ANEXO IV
- PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exmo. Sr. Enf. 
Serviço de 

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - “**Dependência no autocuidado no doente submetido a Duodenopancreatectomia Cefálica**” - N/ REF.ª 2022.136(108-DEFI/110-CE)

O Conselho de Administração do  na reunião de 01 de março de 2023 emitiu a seguinte deliberação: “Autorizado” para a realização do estudo acima mencionado, após a implementação das recomendações elaboradas pela Encarregada da Proteção de Dados do , a realizar no  desta Instituição e tendo como Investigador Principal .

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética do  | , pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do , pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Assinado por : 
Num. de Identificação: 
Data: 2023.03.08 11:01:32 Hora padrão de GMT



ANEXO V

- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA E NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO E
PROJETOS DA ESCOLA

Comissão de Ética - Parecer CE2022/57

[redacted] <[redacted]s@[redacted].t>

qua, 01/03/2023 08:28

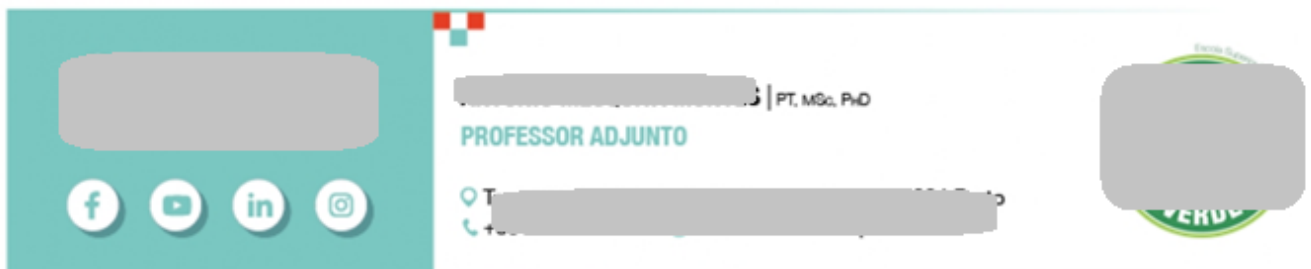
Para: I [redacted] <[redacted].@s@[redacted].t>


Ex.mo(a) Sr.(a),

Sendo que V. Ex.a se encontra identificada como Investigador Principal, incumbe-me a Presidente da Comissão de Ética da [redacted] de informar que foi emitido um parecer favorável à realização do projeto de investigação.

Mais informo que, posteriormente, receberá um documento comprovativo com o respetivo parecer. Para efeitos de identificação deste parecer no estudo de investigação é suficiente mencionar o código CE2022/57.

Com os melhores cumprimentos,



Antes de imprimir este documento, pense na sua responsabilidade com o Meio Ambiente.
Já imprimiu? Não envie para o lixo, utilize o verso como folha de rascunho! 

APÊNDICES

APÊNDICE I
- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTA MARIA

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

TÍTULO DA INVESTIGAÇÃO:

PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

INVESTIGADOR:

MARCELO DOS SANTOS ALVES

EQUIPA PEDAGÓGICA DE ORIENTAÇÃO:

PROF. CATARINA RIBEIRO

PROF. DANIEL CUNHA

CONTACTO TELEFÓNICO:

██████████

E-MAILS:

██████████@██████████

██████████@██████████

██████████@██████████



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

ORGANIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

GRUPO I – INFORMAÇÃO PESSOAL

- Código atribuído (para anonimização)

GRUPO II – INFORMAÇÃO GERAL

- Caracterização sociodemográfica e clínica

GRUPO III – Autocuidado

- Formulário de Avaliação do Autocuidado de Hernâni Duque



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

GRUPO I – INFORMAÇÃO PESSOAL

CÓDIGO ATRIBUÍDO: _____

DATA DE COLHEITA DE DADOS: _____

GRUPO II – INFORMAÇÃO GERAL

1. Sexo:

¹ Masculino

² Feminino

2. Idade:

_____ anos

3. Antecedentes Pessoais:

¹ doenças metabólicas

² doenças respiratórias

³ doenças cardíacas

⁴ doenças cerebrovasculares

⁵ procedimentos cirúrgicos prévios

4. Índice de Massa Corporal (IMC):

_____ Kg/m²

5. Número de dias em Cuidados Intensivos:

_____ dias

6. Número de dias em Internamento:

_____ dias



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

GRUPO III – AUTOCUIDADO

Prévio à cirurgia

Cuidar da higiene pessoal

- 7. Obter objetos para o banho**
 - Completamente independente
 - Necessita de equipamento
 - Necessita de ajuda de pessoa
 - Dependente, não participa
- 8. Abrir a torneira e regular temperatura**
 - Completamente independente
 - Necessita de equipamento
 - Necessita de ajuda de pessoa
 - Dependente, não participa
- 9. Lavar a metade superior do corpo**
 - Completamente independente
 - Necessita de equipamento
 - Necessita de ajuda de pessoa
 - Dependente, não participa
- 10. Lavar a metade inferior do corpo**
 - Completamente independente
 - Necessita de equipamento
 - Necessita de ajuda de pessoa
 - Dependente, não participa
- 11. Secar a parte superior do corpo**
 - Completamente independente
 - Necessita de equipamento
 - Necessita de ajuda de pessoa
 - Dependente, não participa



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

12. Secar a parte inferior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

Transferir-se

13. Erguer-se da posição horizontal

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

14. Mover corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

15. Deslocar-se da cama para a cadeira

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

16. Sentar na cadeira e posiciona-se de forma segura e confortável

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

Virar-se

17. Mover o corpo aliviando as zonas de pressão

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

18. Rodar o corpo de forma a alternar os decúbitos

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

19. Posicionar-se com alinhamento correto do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

Primeiro dia de Internamento

Cuidar da higiene pessoal

20. Obter objetos para o banho

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

21. Abrir a torneira e regular temperatura

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

22. Lavar a metade superior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

23. Lavar a metade inferior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

24. Secar a parte superior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

25. Secar a parte inferior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

Transferir-se

26. Erguer-se da posição horizontal

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

27. Mover corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

28. Deslocar-se da cama para a cadeira

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

29. Sentar na cadeira e posiciona-se de forma segura e confortável

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

Virar-se

30. Mover o corpo aliviando as zonas de pressão

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

31. Rodar o corpo de forma a alternar os decúbitos

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

32. Posicionar-se com alinhamento correto do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa



Terceiro dia de Internamento

Cuidar da higiene pessoal

33. Obter objetos para o banho

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

34. Abrir a torneira e regular temperatura

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

35. Lavar a metade superior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

36. Lavar a metade inferior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

37. Secar a parte superior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

38. Secar a parte inferior do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

Transferir-se

39. Erguer-se da posição horizontal

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

40. Mover corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

41. Deslocar-se da cama para a cadeira

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

42. Sentar na cadeira e posiciona-se de forma segura e confortável

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa



PERFIL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NO UTENTE SUBMETIDO A DUODENOPANCREATECTOMIA

Virar-se

43. Mover o corpo aliviando as zonas de pressão

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

44. Rodar o corpo de forma a alternar os decúbitos

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

45. Posicionar-se com alinhamento correto do corpo

- ¹ Completamente independente
- ² Necessita de equipamento
- ³ Necessita de ajuda de pessoa
- ⁴ Dependente, não participa

APÊNDICE II
- QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Quadro 1*- Classificação das Variáveis*

| Variável | Classificação | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| | Nível de operacionalidade | Relação com outras variáveis | Tipo de variável |
| Sexo | <i>Qualitativa nominal</i> | <i>Independente</i> | <i>Sociodemográfica</i> |
| Idade | <i>Métrica contínua</i> | <i>Independente</i> | <i>Sociodemográfica</i> |
| Antecedentes | <i>Qualitativa nominal</i> | <i>Independente</i> | <i>Contextual de saúde</i> |
| Índice de massa corporal | <i>Métrica contínua</i> | <i>Independente</i> | <i>Contextual de saúde</i> |
| Classificação do IMC | <i>Qualitativa ordinal</i> | <i>Independente</i> | <i>Contextual de saúde</i> |
| Número de dias de internamento | <i>Métrica discreta</i> | <i>Independente</i> | <i>Caracterização</i> |
| Número de dias em cuidados intensivos | <i>Métrica discreta</i> | <i>Independente</i> | <i>Caracterização</i> |
| Condição prévia de autocuidado | <i>Qualitativa ordinal</i> | <i>Independente</i> | <i>Contextual de saúde</i> |
| Condição do autocuidado no primeiro dia de internamento | <i>Qualitativa ordinal</i> | <i>Dependente</i> | <i>Contextual de saúde</i> |
| Condição do autocuidado no terceiro dia de internamento | <i>Qualitativa ordinal</i> | <i>Dependente</i> | <i>Contextual de saúde</i> |

Fonte: Adaptado de Duque (2009), Gil (2002) e Lakatos e Marconi (2006)

