

trial of the effect of group psychotherapy. *Int J Psychiatry Med* 1974;5:253-68.

15. Rahe RH, Ward HW, Haves V. Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: three- to four-year follow-up of a controlled trial. *Psychosomatic Med* 1979;41:229-41.

16. Stern MJ, Plionis E, Kaslow L. Group process expectations and outcome with post-myocardial infarction patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6:101-8.

17. Cardoso G. Intervenção psicoterapêutica nos doentes coronários. *Psicologia* 1989;VII:167-71.

18. Cardoso G. A psicoterapia breve nas doenças somáticas. *Análise Psicológica* 1992;2:199-203.

19. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition*. Washington DC, American Psychiatric Press 1987.

20. Philip AE. Measuring the outcome of rehabilitation. *Adv Cardiol* 1982;31:232-6.

21. Cay EL. Psychological aspects of cardiac rehabilitation. Unsolved problems. *Adv Cardiol* 1982;31:237-41.

Pedido de separatas para:

GRAÇA CARDOSO
Serviço de Psiquiatria
Hospital de Santa Maria
1600 Lisboa

Reunião sobre Isquémia do Miocárdio

Funchal

6 e 7 de Outubro de 1995

Presidentes:

Prof. Carlos Ribeiro

Prof. M. Cerqueira Gomes

Papel da enfermagem no programa de reabilitação e reinserção social do doente cardíaco [63]

Natália Maria Fajardo Chambel*

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Reabilitação; Cardiopatia.

KEY-WORDS: Nursing; Rehabilitation; Cardiopathy.

A competência da Enfermagem no Programa de Reabilitação centra-se no desenvolvimento do potencial existente no doente, na inter-relação que existe entre as suas possibilidades, capacidades e recursos, face à limitação ou consequências das lesões devidas à doença das coronárias. Os cuidados de enfermagem são assim planeados e organizados numa dimensão de desenvolvimento da saúde e social do doente e família. Devem, então, avaliar os principais problemas, revestidos de uma acção de cuidados curativos, de prevenção, de promoção e readaptação à vida social, através das *Actividades de Vida Diária*.

Como metodologia, o Enfermeiro deve, em primeiro lugar, recolher a informação sobre o estado de saúde do doente. É necessário conhecer e analisar as suas necessidades, a partir da descoberta da pessoa que cuida, do ambiente em que vive, estabelecendo a relação entre a manifestação dos seus problemas de saúde e as condições de vida, ou seja: estilo de vida, conhecimentos, tipo de habitação, actividade profissional e outros que eventualmente poderão estar relacionados com os factores de risco que determinaram a doença das coronárias.

Para além desta informação adquirida através do doente e da sua família, são fundamentais os dados provenientes dos outros técnicos da equipa. O Programa de Reabilitação terá melhores probabilidades de ter sucesso se a comunicação existir entre a equipa, que tem a responsabilidade de responder às necessidades do doente de uma forma eficaz. É, então, importante que os objectivos globais a atingir sejam definidos e do conhecimento de toda a equipa. As reu-

niões de reavaliação são essenciais para a partilha e discussão dos problemas, metas a desenvolver, e avaliar a evolução do doente. Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem ser contínuos e integrados, cooperando na concretização dos objectivos do programa global de reabilitação da equipa, cuja finalidade será recuperar e promover a qualidade de vida do doente e família.

Na elaboração do plano de cuidados e, face à natureza dos problemas identificados, o Enfermeiro deve mobilizar os seus conhecimentos, recriá-los, para os adaptar à pessoa que queremos colocar nas melhores condições de saúde.

Os cuidados de reabilitação que o Enfermeiro estabelece devem iniciar-se logo que a situação do doente esteja estabilizada do ponto de vista cardíaco. O médico orienta qual o momento em que o Enfermeiro pode começar a mobilização.

A actividade que o doente vai iniciar deve ser progressiva e gradual. A sua tolerância dará a conhecer qual a melhor forma de, diariamente, promover a sua recuperação.

A mobilização precoce tem grandes vantagens, essencialmente na prevenção de complicações respiratórias, circulatórias e psíquicas. Contudo, o Enfermeiro deve continuamente avaliar o doente e valorizar os sinais de intolerância, como: arritmia, dispneia de esforço, angor, e alterações da tensão arterial e da frequência cardíaca. Quando estes problemas surgem, o doente deve parar as actividades e voltar ao repouso.

O Programa de Reabilitação, que aqui apresentamos, divide-se em quatro fases. As duas primeiras subdividem-se em etapas e são desenvolvidas durante o internamento, a terceira e quarta fases, após a alta do doente. Como já expressamos, a passagem de uma fase para outra, bem como o nível de mobilização, são decisão do médico.

* Enfermeira supervisora do Hospital Fernando Fonseca, especializada em Reabilitação.

O Enfermeiro deve planear as formas de envolvimento do doente e família em todo o tratamento. A sua implicação e participação contribuem significativamente para os objetivos que se pretendem atingir.

FASE I – 1.ª Semana

1.ª etapa – 1.º ao 3.º dia

Neste período as actividades são desenvolvidas quando o doente se encontra na fase aguda e na Unidade de Coronários. Pode iniciar-se às 24 horas pós-enfarte.

A avaliação da tolerância do doente às actividades deve ser rigorosa. Como o doente está monitorizado, observa-se facilmente a resposta cardíaca ao esforço.

As actividades devem consumir pouco oxigénio e o esquema proposto é o seguinte:

- alimentar-se sem ajuda, com elevação da cama;
- colaborar na higiene, que é efectuada na cama (lavar a cara, os dentes e as mãos);
- iniciar as mobilizações passivas dos braços e pernas, três vezes por dia;
- colaborar nas mudanças de decúbito;
- realizar exercícios de respiração diafragmática, cinco a dez vezes em cada sessão, em cinco sessões diárias, prevenindo assim as complicações respiratórias;
- utilizar a cadeira sanitária;
- pode ler e ouvir música.

2.ª etapa – 4.º ao 6.º dia

- continuar os mesmos exercícios e iniciar o levantar, sentando-se na cama com os pés de fora;
- início dos exercícios activos dos braços e pernas;
- flexão e extensão dos dedos dos pés, repetir cinco vezes os exercícios e cinco vezes por dia;
- flexão e extensão do pescoço;
- exercícios de abdução do ombro, que pode repetir duas vezes, cinco vezes por dia;
- sentar-se no cadeirão durante 15 minutos, duas a três vezes por dia;
- cuidar da higiene sentado;
- alimentar-se sentado no cadeirão;
- colocar-se de pé junto à cama e dar alguns passos (vinte), que irão progressivamente aumentando.

FASE II – 2.ª semana

Esta fase compreende as actividades que o doente pode realizar já na enfermaria.

Pretende-se um aumento progressivo de toda a mobilização e função cardíaca, de modo a que o doente esteja o mais independente possível;

3.ª etapa – 7.º ao 9.º dia

- continuar os exercícios activos, mas duplicar a frequência;
- aumentar a frequência dos passos e iniciar pequenos passeios no corredor;
- utilizar o WC;
- cuidar da higiene em pé;
- utilizar o cadeirão, as vezes e o tempo que tolerar;
- fazer as refeições no quarto;
- dar passeios no corredor, várias vezes ao dia;

4.ª etapa – 10.º e 11.º dias

- tomar duche;
- utilizar a sala de refeições;
- iniciar actividades que requerem mais esforço, como subir escadas.

As actividades devem aumentar de frequência e intensidade, ficando ao critério do doente, desde que não sinta dor, cansaço ou mal-estar.

As actividades ocupacionais devem, também, aumentar progressivamente, diminuindo assim a ansiedade e o tédio, e reforçando a autoestima.

A implicação do doente e sua família em todo o processo leva a que a alta seja progressivamente preparada, o que origina menor ansiedade. Eles estão concerteza mais informados e, possivelmente, mais seguros dos cuidados que é necessário continuar. Contudo, nesta etapa, deve ser iniciada a preparação formal para a alta.

FASE III

Corresponde ao período de convalescença em casa. A sua finalidade é acelerar a recuperação e preparar o apoio e ambiente para o doente e família se sentirem seguros.

A actividade deve aproximar-se daquela que o doente realizava antes de sofrer o enfarte. Este período pode ir de 6 a 8 semanas.

O apoio domiciliário ao doente e família é fundamental para o sucesso do Programa de Reabilitação instituído. Eles devem sentir que estão acompanhados nas dificuldades que eventualmente possam encontrar, nos receios e nas angústias. Assim, sempre que possível, a alta deve ser preparada com o

Enfermeiro do Centro de Saúde, conjuntamente com a equipa do Hospital. Esta articulação de cuidados facilita a comunicação e a continuidade do Programa de Reabilitação, cuja finalidade, nesta fase, é a reinserção activa do doente na sociedade, com o menor prejuízo físico e psíquico e no intervalo de tempo mais curto. É necessário ajudar o doente e a sua família a melhorar os conhecimentos para as mudanças que é necessário realizar no desenvolvimento das suas actividades de vida diária, de uma forma mais saudável e confiante.

O plano para a alta deve incidir sobre a progressão da actividade física, medicação e nos comportamentos relacionados com os factores de risco da doença, como: tabagismo, controlo da tensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade, *stress*, sedentarismo e actividade sexual. Os conhecimentos sobre estes factores e os cuidados a ter com eles devem ser validados. Esta informação deve ser reforçada, dando o plano escrito ao doente e família.

Geralmente, os familiares têm dúvidas e receios sobre o modo como lidar com o seu doente. O Enfermeiro deve dialogar com eles, explicando-lhes como podem colaborar na reabilitação, essencialmente através de:

- manutenção de um ambiente normal, evitando a superprotecção;
- motivar o doente, entusiasmando-o na sua recuperação, pois que, por vezes, pode ter períodos de depressão;
- evitar situações que possam provocar o *stress*;
- conhecer bem os cuidados que é necessário continuar;
- indicar a pessoa a contactar, em caso de sentirem necessidade.

FASE IV

Nesta fase, o Enfermeiro desenvolve a sua acção de apoio e vigilância periódica ao doente. Deve saber qual a evolução do estado de saúde, em entrevista quando o doente vai à consulta.

É importante avaliar, com o doente e família, os problemas que eventualmente poderão ter surgido, os cuidados que é necessário manter para a promoção do seu bem estar e para a prevenção de complicações.

Na reabilitação do doente das coronárias, é indispensável que o Enfermeiro esteja implicado na pessoa que cuida. Necessita, para tal, de conhecer e utilizar adequadamente os

seus recursos pessoais. A competência técnica é fundamental, mas imbuída de sensibilidade para os problemas do doente e família. Só se ajuda com saberes que satisfaçam as necessidades das pessoas, promovendo-se assim a sua autonomia e bem-estar.

Bibliografias

Blocker, William P. Rehabilitación tras infarto de miocardio, S. Ed: 35.

Collière MF. Promover a vida. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses 1989;385.

Kotte FJ, Stillwell GK, Lehmann J. Tratado de medicina física e reabilitação, 3.ª Ed., São Paulo, 1986;1060.

Puig A. Programa de rehabilitación para pacientes coronarios. Revista de Enfermeria, Rol, Barcelona, 1988;124.

Ruiz J, Usón M, Armengol X, Palet J, Querolt J, Solé O. Múltiples ventajas de la rehabilitación cardiológica integral. Revista de Enfermeria, ROL, Barcelona 1990;139.

Pedido de separatas para:

NATÁLIA FAJARDO CHAMBEL
Hospital Amadora Sintra
Apartado 60219
2700 Amadora