

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE  
AUTOCAUIDADO PÓS SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO:  
CONTRIBUTOS PARA UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO  
EDUCATIVA**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau  
de Doutor em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Avançada

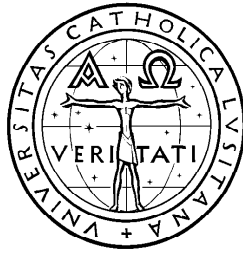
Por

Lisa Alves Gomes

Instituto de Ciências da Saúde

julho, 2019





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE  
AUTOCUIDADO PÓS SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO:  
CONTRIBUTOS PARA UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO  
EDUCATIVA**

**DEVELOPMENT OF SELF-CARE SKILLS  
AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME: CONTRIBUTIONS TO  
AN EDUCATIONAL INTERVENTION PROGRAM**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau  
de Doutor em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Avançada

Por Lisa Alves Gomes

Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Gorete Mendonça Reis

Instituto de Ciências da Saúde

julho, 2019



Ao meu avô que não caminhou comigo até este final...

Ao meu marido e irmã por existirem



## **Agradecimentos**

Durante esta viagem foram várias as pessoas que me acompanharam, contudo na impossibilidade de mencionar todas elas, agradeço com carinho, especialmente:

À professora Doutora Gorete Reis pelo apoio que demonstrou no decorrer da orientação desta tese, pela disponibilidade, pela orientação fornecida, pela força que me transmitiu e pelas horas despendidas.

À professora Doutora Beatriz Araújo pela amizade, pelo apoio, incentivo e partilha.

À Enfermeira Fátima Marques que tanto contribuiu para a realização da colheita de dados. Obrigada por fazer a diferença, é um exemplo a seguir!

A todas as pessoas que aceitaram participar neste estudo. Obrigada, pela partilha das suas vidas, das suas experiências. Sem elas não seria possível a realização desta investigação.

Ao meu marido Rui, pela força que me transmite e pelo apoio, sem nunca colocar em causa as ausências.

Aos meus filhos, Bryan e Jayson pela privação dos cuidados de mãe.

Aos meus pais, pelos valores que me inculcaram e pelo exemplo que constituem. Pelo apoio incondicional, incentivo e pela preciosa ajuda que me permitiu estar mais disponível para trabalhar.

À minha avó que, com 86 anos sempre se disponibilizou para tomar conta dos bisnetos!

À minha irmã Linda, pelo amor incondicional. O meu mais profundo e sincero reconhecimento. Não consigo expressar o quanto significas para mim.

Ao John meu cunhado, pelo interesse, incentivo e ajuda prestada.

Aos que no dia-a-dia estão comigo.

A todos os que não consigo aqui enunciar em particular, mas que de alguma forma contribuíram para a realização desta investigação.

A todos bem hajam!



## Resumo

Em Portugal ao longo dos anos, a diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade, o aumento da esperança média de vida e a modificação dos padrões de saúde/doença, explicam o aumento da incidência das doenças crónicas e o aumento do nível de incapacidade funcional da população. A gestão da doença crónica assume um nível de exigência de cuidados permanentes e atinge uma dimensão prioritária na área da saúde.

As Doenças Cardiovasculares são das doenças crónicas que apresentam maior taxa de morbilidade e mortalidade mundial. O elevado número de internamentos por Síndrome Coronário Agudo e a baixa adesão aos Programas de Reabilitação Cardíaca, constitui uma oportunidade para os enfermeiros desenvolverem intervenções dirigidas para a promoção, capacitação e responsabilização da pessoa para o seu autocuidado, contribuindo para a qualidade dos processos de transição vivenciados.

Conscientes da importância dos cuidados de enfermagem à pessoa pós - Síndrome Coronário Agudo, o objetivo desta investigação consiste em conceber, implementar, avaliar um programa de intervenção educativo e facultar contributos para o desenvolvimento de competências de autocuidado e qualidade de vida, através de práticas baseadas em evidências e realizadas durante o período de internamento.

Para atingir este objetivo desenvolvemos dois estudos: Estudo 1 - Construimos um Programa de Intervenção Educativo para Pacientes com Síndrome Coronário Agudo (PEpSCA-CARE) e no Estudo 2 - Desenvolvemos um estudo de natureza *quasi-experimental*, com a constituição de um grupo experimental e um grupo de controlo. O grupo de controlo recebeu cuidados de enfermagem padronizados e o grupo experimental, além destes cuidados foi ainda sujeito ao Programa de Intervenção Educativo. Existiu avaliações em dois momentos: pré-intervenção após admissão hospitalar e o segundo momento pós-intervenção, um mês após a alta hospitalar. No âmbito da problemática do estudo optamos por instrumentos que avaliaram as características sociais, funcionais, competências de autocuidado e qualidade de vida.

Os resultados obtidos revelaram ganhos no desenvolvimento de competências de autocuidado e qualidade de vida nos doentes sujeitos à intervenção educativa e sugerem que os doentes do grupo de controlo tendem para uma deterioração nas competências de autocuidado.

**Palavras-chave:** Autocuidado, Doença Coronária, Educação para a Saúde, Qualidade de Vida e Reabilitação



## Abstract

Over the years in Portugal, declining mortality and birth rates, increasing life expectancy and modifying health/disease patterns, explain the high prevalence of chronic diseases and the increasing levels of functional disability among the population. Chronic disease management requires a level of demand for permanent care and has a priority dimension in healthcare.

Cardiovascular Diseases are chronic diseases with the highest morbidity and mortality rate worldwide. The high number of hospital admissions for Acute Coronary Syndrome and the low adherence to the Cardiac Rehabilitation Programs constitute an opportunity for nurses to develop interventions aimed to promotion, empowerment and accountability of the person for their self-care, contributing to the quality of the transition processes.

Aware of the importance of nursing care for the post-Acute Coronary Syndrome patient, the objective of this research is to design, implement and evaluate an educational intervention program and provide contributions for the development of self-care skills and quality of life through evidence-based practices performed during the hospitalization period.

To achieve this goal, we developed two studies: Study 1 - Created an Educational Intervention Program for Patients with Acute Coronary Syndrome (PEpSCA-CARE) and in Study 2 - Developed a quasi-experimental research, with the establishment of two groups, an experimental group, and a control group. The control group received standardized nursing care and the experimental group, in addition to the standardized nursing care had access to the Educational Intervention Program. There were two evaluations moments: pre-intervention after hospital admission and post-intervention, one month after hospital discharge. In this study, we used research instruments for the assessment of social, functional, self-care skills and quality of life.

The results suggest improvements in the development of self-care skills and quality of life in patients undergoing educational intervention and suggest that patients in the control group tend towards a deterioration of self-care skills.

**Key words:** Self-care, Coronary Disease, Health Education, Quality of Life and Rehabilitation



## **Siglas e Acrónimos**

AVC - Acidente vascular cerebral

AVD'S - Atividades de vida diárias

AIVD'S – Atividades instrumentais de vida diárias

CIE - Conselho Internacional dos Enfermeiros

DALYs - Disability Adjusted Life Years

DAC - Doença das artérias coronárias

DC - Doença coronária

DCNT - Doenças crónicas não transmissíveis

DCV - Doenças cardiovasculares

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença pulmonar crónica obstrutiva

EAM - Enfarte agudo do miocárdio

EEER - Enfermeiros especialistas em reabilitação

FRCV – Fatores de risco cardiovasculares

GC - Grupo controlo

GE - Grupo experimental

IADL - Instrumental Activities of Daily Living

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

MMSE - Mini Mental State Examination

OCDE - Comissão para a Organização e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEpSCA-CARE – Programa Educativo para Pessoas com Síndrome Coronário Agudo

PNS - Plano Nacional de Saúde

PRC - Programas de reabilitação cardíaca

QLMI - MacNew Quality of Life After Myocardial Infarction Questionnaire

QV - Qualidade de vida

QVRS - Qualidade de vida relacionada com a saúde

RC - Reabilitação Cardíaca

SCA - Síndrome Coronário Agudo

SCA-NSTE - Síndrome Coronário Agudo Sem Elevação do Segmento ST

SCA-STE - Síndrome Coronário Agudo Com Elevação Segmento ST

TSCS - Therapeutic Self-Care Scale

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

## **ÍNDICE GERAL**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO I – CURSO DE VIDA E O LUGAR DA DOENÇA CRÓNICA .....</b>	<b>29</b>
1.1-Experiências transicionais e adaptação.....	29
1.2-Autocuidado uma estratégia para a autonomia.....	38
1.3-Gestão da doença crónica .....	43
1.4-Cuidar da pessoa com doença crónica: um desafio para a enfermagem.....	49
<b>CAPÍTULO II – DOENÇAS CARDIOVASCULARES: O CASO PARTICULAR DA DOENÇA CORONÁRIA .....</b>	<b>55</b>
2.1. – Doença cardiovascular no mundo e em Portugal.....	55
2.2.- Aprender a viver com a condição de doença .....	60
2.3 - Adesão e gestão do regime terapêutico.....	63
2.4 – Reabilitação cardíaca .....	68
<b>CAPÍTULO III – MOBILIZAR A PESSOA PARA A ADAPTAÇÃO.....</b>	<b>79</b>
3.1- Contextualização do estudo .....	80
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA .....</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO IV – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DOENTES COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO: ESTUDO 1 .....</b>	<b>89</b>
4.1 - O estado da arte dos programas de intervenção educativa na doença coronária .....	89
4.2 - Construção e desenvolvimento do programa educativo .....	95
<b>CAPÍTULO V – REFLEXOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO: ESTUDO 2 .....</b>	<b>111</b>
5.1- Desenho de investigação .....	111
5.2 – Participantes.....	113
5.3 – Variáveis e instrumentos de medida .....	115
5.4– Protocolo de recolha de dados .....	116
5.5 – Procedimentos de recolha e análise de dados .....	120
5.6 – Procedimentos éticos .....	122
<b>CAPÍTULO VI – IMPACTO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA... 125</b>	<b>125</b>
6.1 – Apresentação dos resultados .....	125
6.2 – Discussão dos resultados.....	148

<b>CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES INTEGRATIVAS .....</b>	<b>161</b>
7.1 – Limitações e potencialidades do programa de intervenção educativa .....	161
7.2 – Contributos para um Programa de Intervenção Educativa no desenvolvimento de competências de autocuidado e melhorar a qualidade de vida do doente após SCA.....	163
7.3 – Contributo da investigação para o ensino e prática de enfermagem .....	164
7.4 – Contributo para as políticas de saúde.....	165
7.5 - Considerações finais .....	165
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I</b>	
<i>Check-list – Regresso a casa</i>	
<b>ANEXO II</b>	
<b>Questionário Sociodemográfico</b>	
<b>Dados do Processo Clínico</b>	
<b>Mini - Exame do Estado Mental</b>	
<b>Escala de Lawton e Brody – Atividades Instrumentais de Vida</b>	
<b>Instrumento de Autocuidado Terapêutico</b>	
<b>Escala de MacNew – Qualidade de Vida do Doente Cardíaco</b>	
<b>ANEXO III</b>	
<b>Pedido de autorização para a realização do estudo</b>	
<b>ANEXO IV</b>	
<b>Termo de consentimento informado</b>	
<b>ANEXO V</b>	
<b>Guião da entrevista <i>follow-up</i></b>	
<b>ANEXO VI</b>	
<b>Pedido de autorização para aplicação das escalas aos autores das versões portuguesas</b>	
<b>ANEXO VII</b>	
<b>Divulgação científica</b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo de médio-alcance das Transições em Enfermagem de Meleis .....	31
<b>Figura 2</b> - Processos transicionais da pessoa após um SCA .....	38
<b>Figura 3</b> - Fatores que influenciam a prática dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica.....	51
<b>Figura 4</b> - Fluxograma do processo de seleção dos artigos identificados.....	92
<b>Figura 5</b> - Enquadramento do programa educativo e indicadores de resultado .....	104
<b>Figura 6</b> - Fases desenvolvidas durante o PEpSCA-CARE.....	109
<b>Figura 7</b> - Desenho de investigação .....	113

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Fases de aprendizagem durante o PEpSCA-CARE .....	106
<b>Quadro 2</b> - Temas e conteúdos do recurso didático .....	106
<b>Quadro 3</b> - Distribuição dos participantes pelos grupos experimental e controlo.....	114
<b>Quadro 4</b> - Variáveis e operacionalização.....	115
<b>Quadro 5</b> - Instrumentos aplicados na avaliação pré-intervenção e pós-intervenção .....	121

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Critérios de Inclusão e Exclusão do PiCOS .....	91
<b>Tabela 2</b> - Características sociodemográficas dos grupos, sexo e grupo etário.....	126
<b>Tabela 3</b> - Outras características sociodemográficas dos grupos .....	129
<b>Tabela 4</b> - Características clínicas dos grupos.....	133
<b>Tabela 5</b> - Características clínicas dos grupos (continuação) .....	134
<b>Tabela 6</b> - Valores do coeficiente alpha de Cronbach para as escalas.....	135
<b>Tabela 7</b> - Nível de dependência dos grupos nas AIVD'S, em cada momento .....	137
<b>Tabela 8</b> - Autocuidado terapêutico dos grupos, em cada momento .....	139
<b>Tabela 9</b> - Qualidade de vida dos grupos.....	141
<b>Tabela 10</b> - Gestão do regime terapêutico .....	144
<b>Tabela 11</b> - Contributos da informação recebida no hospital .....	147
<b>Tabela 12</b> - Resultados das escalas AIVD'S, IAT e MacNew QV após intervenção.....	148



## INTRODUÇÃO

O presente estudo resulta de um percurso desenvolvido durante o Curso de Doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde e pretende avaliar o impacto de um programa de intervenção educativo no desenvolvimento de competências de autocuidado e qualidade de vida, implementado durante o período de internamento Pós-Síndrome Coronário Agudo, num Hospital da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro e desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, refletindo-se no desenvolvimento de competências necessárias para o desempenho autónomo das atividades de vida diárias (AVD'S) da pessoa com doença coronária.

Em Portugal ao longo dos tempos, a diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade, o aumento da esperança média de vida e a modificação dos padrões de saúde/doença das populações, encaminhou para o aumento da incidência das doenças crónicas e consequentemente a um aumento do nível de incapacidade da população envelhecida. No sentido de dar respostas adequadas às necessidades das pessoas que vivenciam uma transição de saúde-doença, no caso da doença crónica, os cuidados de enfermagem devem dirigir-se para a promoção, capacitação e responsabilização da pessoa para o seu autocuidado.

As doenças crónicas são responsáveis por 60% da carga global das doenças e prevê-se que em 2020, esse número possa subir para 80%. (Bloom et al., 2011). O envelhecimento da população, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis e a urbanização contribuem para este aumento (OMS, 2015). Em consequência deste contexto, torna-se evidente a necessidade de ajudar as pessoas a aprenderem a viver com a sua nova condição de saúde (Meleis et al., 2000).

Considerando que aproximadamente metade das mortes causadas por doenças crónicas estão diretamente associadas às doenças cardiovasculares (DCV), estimando-se 7.4 milhões de mortes devido a enfarte agudo do miocárdio e 6.7 milhões de mortes devido a acidente vascular cerebral (AVC) e, apesar da tendência de decréscimo verificada nos últimos anos, estas são responsáveis pela maior taxa de morbilidade e mortalidade mundial (WHO, 2014, 2017). Em Portugal o panorama é idêntico, as DCV são a principal

causa de mortalidade, representando em 2012, 30.4% da mortalidade proporcional (DGS, 2014). Contribuem para um impacto económico significativo na população, quer a nível da incapacidade que provocam, quer a nível dos custos no sofrimento pessoal / familiar e com o seu tratamento (DGS, 2016).

Este conjunto de doenças encontram-se diretamente relacionadas a fatores de risco comuns, como o tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus, obesidade, maus hábitos alimentares, hipercolesterolemia, hipertensão arterial e *stress* excessivo. Apesar da implementação de estratégias de prevenção primária e secundária das DCV, a Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que em 2030 a cardiopatia isquémica permaneça como a principal causa de morte e uma importante causa de incapacidade pessoal, de perda da capacidade produtiva e da qualidade de vida no mundo (WHO, 2004, 2014).

As pessoas com doença crónica apresentam necessidades em várias dimensões da sua vida que exigem continuidade de cuidados, à qual o paradigma de prestação de cuidados atual não consegue dar resposta. O modelo de cuidados que responde bem às necessidades das doenças agudas, não se adequa com as doenças crónicas. Os sistemas de saúde confrontados com as novas necessidades da população têm de adotar estratégias de intervenção que privilegiam uma abordagem integrada dos cuidados ao nível da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Em Portugal o reconhecimento da necessidade de mudança de paradigma nos cuidados revela-se no Despacho n.º 3618-A/2016 que estabelece como prioridade a promoção de saúde através da criação de um Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, e expressa a intenção do Governo em reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde.

O cidadão tem de comprometer-se na gestão da sua saúde e nesse sentido, necessita de apoio profissional para tomar decisões saudáveis (Sousa, 2015). São os enfermeiros os profissionais de saúde que podem oferecer contributos significativos na liderança e apoio a novos modelos de cuidados (OE, 2010b). De acordo com o mandato social e a natureza dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros possuem competências para compreender o processo de adaptação e resposta à doença iniciado pela pessoa. Além de que as estratégias utilizadas para facilitar o processo das transições, são relevantes para a área da investigação (Meleis, 2010).

Na transição saúde-doença a reabilitação depende amplamente da literacia em saúde, da adesão a programas de reabilitação e da participação ativa da pessoa na gestão do seu regime terapêutico. No entanto, o desenvolvimento de competências e habilidades, a mudança de comportamentos e estilo de vida é um desafio, face aos regimes de tratamento complexos (Roger et al., 2011; Rosamond et al., 2007). Os processos de mudança não são simples porque dependem de um diagnóstico inicial preciso e do desenvolvimento de estratégias personalizadas e individualizadas, ainda que balizadas em princípios e regras. Uma das condições fundamentais é a motivação e envolvimento da pessoa doente para desenvolver competências de autocuidado. As pessoas são capazes de envolver-se no seu autocuidado, mas necessitam de um suporte educativo para entenderem os diferentes aspetos relacionados com o mesmo (Orem, 2001). Este suporte educativo é essencial para a adesão ao autocuidado que é determinante na gestão da doença crónica, dado que esta engloba muito mais do que a toma da medicação e seguimento de um plano alimentar, mas também, a adoção de mudanças no estilo de vida. A não adesão ao regime terapêutico pode colocar em risco o controle efetivo da doença, aumenta o risco de hospitalizações e da mortalidade (Remondi, Cabrera, & Souza, 2014). Também autores como Inglis, Clark, McAlister, Stewart, & Cleland (2011), realçam a importância das intervenções de saúde que incluem programas de educação e promoção do autocuidado por demonstrarem um efeito benéfico na redução de internamentos hospitalares. A readmissão hospitalar é importante em termos de custo-eficácia e indiscutivelmente tem grandes implicações para a pessoa e para os cuidados de saúde (Dalal, Zawada, Jolly, Moxham, & Taylor, 2010).

Considerando que as pessoas que experienciam uma situação de doença poderão ter um grau elevado de disponibilidade para aprender, já que estão a viver situações desconfortáveis que querem reverter e controlar, a oferta de um conjunto de medidas articuladas e personalizadas pode ser o ponto de mudança. Nos episódios inaugurais da doença e nos recorrentes onde o internamento é necessário, o hospital é um local privilegiado para realizar a promoção para a saúde, prevenção dos riscos e das complicações.

Assim sendo, a **justificação para a escolha desta temática** surge, da necessidade de se desenharem intervenções de enfermagem baseadas em teorias e fatores que podem influenciar o autocuidado de forma a manter e desenvolver competências ao longo do curso

da doença (Barnason, Zimmerman, & Young, 2012; Zavertrnik, 2014), além da importância que assume a nível da exigência de cuidados, por questões de prioridades de saúde e por razões de justiça social.

A escolha de um Centro Hospitalar na zona Norte, como local para a implementação do programa educacional tornou-se fácil, uma vez que integra uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e um Serviço de Cardiologia, com uma grande área de afluência, (Unidade de referência para o tratamento de doentes cardíacos agudos de toda a Região de Trás-os-Montes e Alto Douro) e, apesar do número elevado de pessoas com SCA, é uma região com escassez e deficiente distribuição geográfica de Centros de Reabilitação Cardíaca. Acreditamos que através dos resultados obtidos poderemos propor linhas de intervenção de enfermagem aplicáveis durante o período de internamento e assim melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença cardíaca. Considerando estes pressupostos, o **objetivo geral** desta investigação consiste em desenvolver, implementar e avaliar um programa de intervenção educativo no desenvolvimento de competências de autocuidado, realizadas durante o período de internamento pós-SCA. Deste modo, pretendemos contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença crónica e também dar contributos para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Relativamente à **relevância do estudo**, realçamos que apesar de existir um corpo de conhecimento baseado em evidência científica relativamente a programas de educação para pessoas com doenças cardíacas (Cortés-Beringola et al., 2017; Hunt et al., 2009; Siabani, Leeder, & Davidson, 2013) há necessidade de investigar como as pessoas traduzem as informações e a formação no autocuidado. Neste trabalho, no contexto da doença crónica, os cuidados centrados na pessoa e o desenvolvimento de competências de autocuidado na pessoa pós-SCA, surgem conceitos fundamentais para a disciplina e prática de enfermagem como o de autocuidado, de transição e de adesão ao regime terapêutico.

Tendo em consideração o exposto, apresentamos uma síntese da estrutura da tese que se encontra organizada em duas partes e sete capítulos. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico que faz uma resenha sobre a problemática da doença coronária como condição crónica, de forma a compreender os processos de transição e conhecer intervenções de enfermagem que promovam competências de autocuidado e influenciam

a adesão ao regime terapêutico. O **Capítulo I** contextualiza o desafio que enfrenta a pessoa pós-SCA quanto às experiências transacionais, adaptação e gestão da doença crónica e a necessidade dos enfermeiros desenvolverem práticas de enfermagem que contemplem todas estas dimensões e focalizam as competências de autocuidado como estratégia para a independência (autonomia). O **Capítulo II** explana o impacto epidemiológico da doença coronária no geral e do SCA no particular. Identifica e realça a importância da Reabilitação Cardíaca com estratégia de prevenção secundária e fundamenta o papel dos enfermeiros na componente educativa. O **Capítulo III** apresenta a contextualização do estudo. A segunda parte constituída por quatro capítulos apresenta a investigação empírica com o desenvolvimento do Estudo I no **Capítulo IV** e o desenvolvimento do Estudo 2 no **Capítulo V**. O **Capítulo VI** apresenta os resultados referentes ao impacto do programa de intervenção educativa no desenvolvimento de competências de autocuidado na pessoa pós-SCA em contexto hospitalar e respetiva discussão. No **Capítulo VII** são feitas as conclusões integrativas, assinaladas as limitações do estudo, apresentadas críticas e sugestões futuras para outras investigações. Por último, expõe-se uma reflexão que envolve as implicações do estudo quanto à prática clínica, ensino e investigação de enfermagem e políticas de saúde na área da doença crónica e da reabilitação cardíaca em Portugal.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **CAPÍTULO I – CURSO DE VIDA E O LUGAR DA DOENÇA CRÓNICA**

Reconhecer e compreender a dimensão do problema da doença crónica, deve contribuir para novas estratégias e abordagens quanto às políticas de saúde, de forma a reverter os números elevados sobre a morbilidade e mortalidade resultantes destas doenças (WHO, 2014, 2017). Cuidados de saúde centrados na pessoa, podem permitir o desenvolvimento de competências de autocuidado e munir as populações de ferramentas necessárias para que estas possam gerir de forma consciente e informada a sua saúde e reverter as estatísticas negativas quanto às doenças crónicas.

Importa realçar que o aparecimento de algumas destas doenças está diretamente relacionado com estilos de vida menos saudáveis, pelo que a prevenção e a reabilitação levam à mudança de atitudes e comportamentos. Pois, apesar dos avanços tecnológicos quanto aos meios auxiliares de diagnóstico e tratamento das doenças cardíacas, as pessoas têm de se adaptar à sua nova condição de saúde e gerir todo um regime terapêutico complexo, para conseguir controlar e reduzir complicações resultantes da cronicidade destas doenças.

Considerando que anualmente há um aumento do número de pessoas que necessitam de cuidados de saúde continuados devido às consequências resultantes de uma ou mais doenças crónicas, são os enfermeiros, os profissionais de saúde que, pelo seu mandato social e competências, mais contributos podem dar para um aumento de ganhos em saúde das populações. Para que as pessoas possam tomar decisões assertivas quanto ao seu projeto de saúde, necessitam de orientação e apoio do profissional de saúde apto para esta responsabilidade.

### **1.1-Experiências transicionais e adaptação**

Durante o ciclo de vida, acontecem mudanças e transições que devido ao seu impacto, alteram a forma como a pessoa se vê, sente e se insere na família, comunidade e sociedade. Mais concretamente na área da saúde, são as transições de saúde-doença as mais recorrentes uma vez que resultam da mudança de uma situação de saúde ou bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica, ou ainda, podem resultar da passagem de

uma situação de doença para bem-estar, mesmo que seja uma doença crónica (Santos et al., 2015).

Transição é um conceito contemporâneo, que surge da teoria de crise, relevante nas ciências sociais e na área da saúde. A sua origem deriva do latim *transitiōne* e significa, uma mudança duradoira, um ato ou efeito de passar de um estado ou lugar para outro (Abreu, 2011). Segundo Meleis & Trangenstein (1994), transição é definida como “*a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro*”. É um conceito que tem vindo a ser desenvolvido e considerado como central para a prática de enfermagem, dado que o seu objeto é a pessoa que se encontra a experienciar um processo de transição e os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com os indivíduos que vivem transições (Schumacher & Meleis, 1994). As transições constituem-se um fenómeno de interesse para os enfermeiros, quando as respostas a estes processos estão relacionadas com questões de saúde e doença, ou quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2012).

Meleis et al. (2000), debruçaram-se sobre o conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem e desenvolvem uma teoria de médio alcance denominada por Teoria das Transições. Esta teoria que tem como foco central do seu quadro conceptual a transição, é constituída por três domínios que descrevem a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); os condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade) e, os padrões de resposta face à transição (indicadores de processos e indicadores de resultados). Estes domínios guiam as terapêuticas de enfermagem (Figura 1).

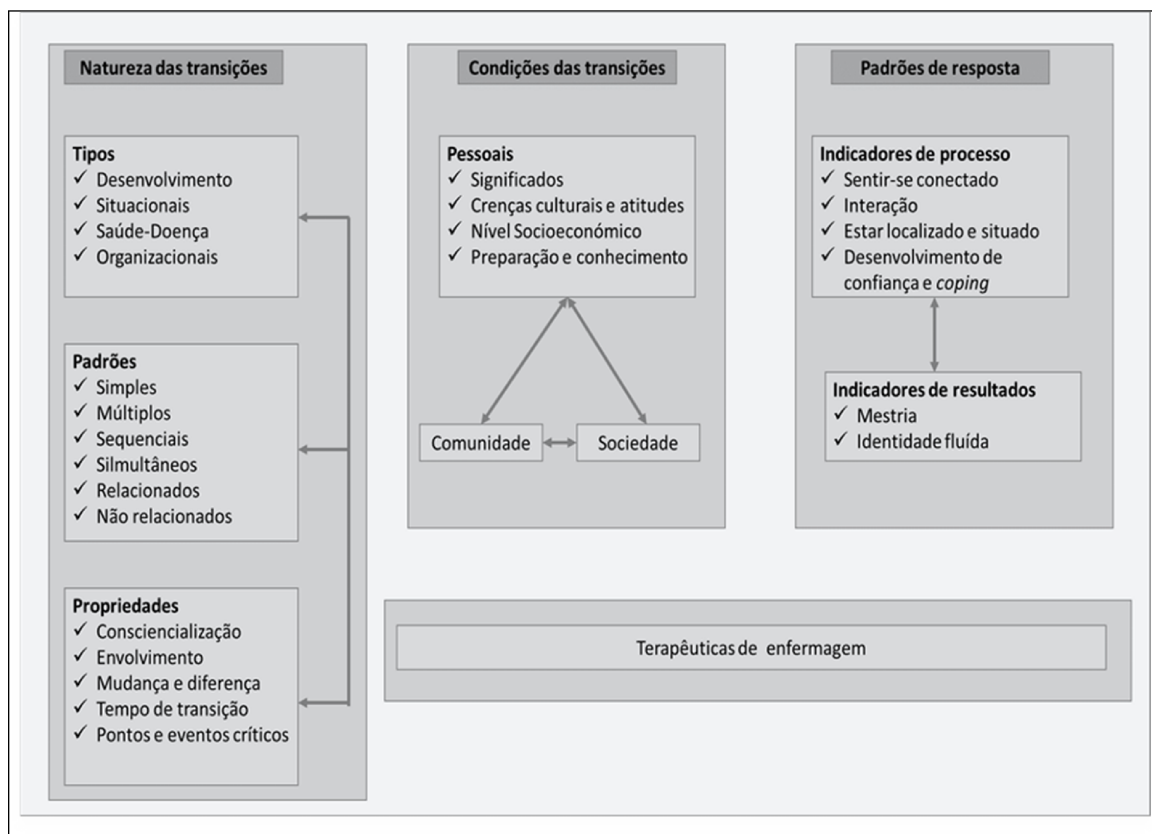


Figura 1 - Modelo de médio-alcance das Transições em Enfermagem de Meleis (adaptado de Meleis [et al.], 2010, p.56)

No que diz respeito à natureza, as transições podem ser do tipo i) desenvolvimental, quando relacionadas a mudanças no ciclo vital, como é o caso da adolescência; ii) situacional quando associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis, o que ocorre nas pessoas com SCA quando ficam sem condições de manter ativos papéis como o de chefe de família; iii) saúde/doença quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença aguda ou crónica ou então de um estado de doença para bem-estar e iv) organizacional, quando relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional, sendo exemplo a implementação de novas políticas ou práticas (Schumacher & Meleis, 2010; Im & Meleis, 1999; Meleis, 2013).

Quanto aos diferentes padrões, estes são classificados tendo em consideração os seus níveis de multiplicidade e complexidade, isto é, simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado, ou seja, a análise dos padrões de transição pode incluir se o doente experienciar uma transição única ou múltiplas e no caso destas últimas se são

sequenciais ou simultâneas, em que medida se sobrepõem, e a natureza da relação entre os diferentes eventos que as desencadearam. No caso em estudo dependerá da situação que cada pessoa apresenta no momento.

Também identificam a existência de determinadas propriedades comuns a todas as transições. Estas propriedades são conhecidas como as propriedades universais de transição e englobam: o conhecimento/ consciência, o ajustamento/ compromisso, a mudança e diferença, os eventos e acontecimentos críticos e o período de experiência (Schumacher & Meleis, 2010; Im & Meleis, 1999).

Considerada a propriedade chave de todo o processo de transição, a consciencialização, está relacionada com o conhecimento, a percepção e o reconhecimento da experiência de transição. Para estar em transição a pessoa tem que ter alguma consciência das mudanças que estão a ocorrer. No entanto pode ainda não existir uma consciencialização e a pessoa ainda não está em transição, mas antes numa fase de pré-transição. Nestas situações, pode ser importante resolver as barreiras à tomada de consciência da transição antes de se proceder a tentativas de facilitar a transição em si (Kralik et al 2010; Meleis, 2012).

Relativamente ao ajustamento/ compromisso, refere-se ao grau com que alguém revela implicar-se nos processos inerentes à transição. Expressa a ideia de participação e empenho no processo de transição, através da procura de informação e de preparar-se antecipadamente para lidar com o evento ou ajustar-se nas atividades da vida diária de forma pró-ativa. O nível de consciencialização/conhecimento influencia o nível de envolvimento na medida em que o segundo pode não acontecer sem o primeiro (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Quanto à propriedade seguinte: mudança e diferença, importa distinguir os conceitos de transição e de mudança, já que a transição envolve sempre mudança e já o inverso não se verifica. Enquanto a mudança tende a ser abrupta, decorre num determinado momento e significa a substituição de uma coisa por outra, as transições são processos que ocorrem ao longo do tempo, incorporam as dimensões de fluxo e movimento, cuja duração é influenciada por cada pessoa e pela sua experiência específica (Meleis & Tangenstein, 1994; Meleis et al., 2000). A diferença pode manifestar-se quando a pessoa confronta a realidade com as expectativas. Considerando estes pressupostos, a mudança e diferença como propriedade da transição englobam as seguintes dimensões: a natureza da mudança,

a temporalidade, a importância percebida da gravidade da situação e as expectativas pessoais, familiares e sociais.

A seguinte propriedade reporta-se ao facto da maioria das transições estarem relacionadas com acontecimentos relevantes na vida das pessoas e associadas a eventos, como é o exemplo do diagnóstico de uma doença enquanto, outras transições podem ocorrer sem que os eventos associados sejam tão evidentes. Durante este período, e considerando a natureza da transição, podem existir pontos críticos caracterizados pela instabilidade, incerteza e rutura com a realidade. Os eventos e acontecimentos críticos são assim considerados a quarta propriedade que podem interferir com o desenvolvimento da transição quanto à velocidade do processo, da consciencialização e do envolvimento (Meleis et al. 2000).

A quinta e última propriedade, o período de experiência, destaca que o processo de se adaptar ao novo modo de ser e de estar exige um tempo, que decorre entre a rutura com o que era habitual e o reorganizar uma nova maneira de viver tendo em consideração as alterações inerentes à transição e o ajustar-se à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio (Meleis et al. 2010; Brito, 2012).

De modo a compreender as experiências vivenciadas ao longo da transição, é necessário identificar as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. As condições pessoais englobam os significados, as crenças e as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação e o nível de conhecimento e preparação. Os significados construídos têm por base as experiências vividas e a percepção da realidade. Cada pessoa vai definindo a sua forma de agir, de sentir, de ver e de ser em relação a tudo o que é importante para si e para os que lhe são significativos. Os significados das transições poderão ser considerados como positivos, negativos ou neutros dependendo da atribuição de significado às experiências, ou seja, podem facilitar ou dificultar transições saudáveis (Schumacher & Meleis, 2010).

Para além dos significados atribuídos à experiência de transição, também as *crenças e atitudes individuais* podem determinar a direção do processo de transição (Meleis, et. al. 2010). A atitude tem sido entendida como a predisposição do indivíduo em responder ou agir de um modo característico sobre o que o rodeia, isto é, refere o pré-anúncio de um

comportamento, uma tendência ou uma inclinação para agir. A ação pode ser de afastamento ou de aproximação face a elementos da realidade.

O estatuto socioeconómico constitui também um fator que pode condicionar o decurso da transição. Meleis et al. (2000) referem que o baixo estatuto socioeconómico pode constituir um obstáculo à transição saudável, uma vez que pode condicionar o acesso a cuidados de saúde; informação e capacidade de implementação de medidas inerentes à nova condição de saúde. Nesse sentido, é importante ter em consideração o estatuto socioeconómico de forma a identificar populações potencialmente mais vulneráveis.

Schumacher & Meleis (2010) referem ainda a importância do desenvolvimento de novos conhecimentos e da preparação antecipada, como uma condição facilitadora da vivência de todo o processo de transição, visto que a falta de preparação parece constituir um fator inibidor da transição. A eficácia da preparação antecipada e planeamento requer uma identificação compreensiva dos problemas, das dúvidas e, também, das necessidades que podem surgir ao longo de todo o processo de transição de forma a aliviar o *stress* associado.

As condições da sociedade e da comunidade em que a pessoa está inserida podem facilitar ou inibir a transição. No que respeita a este tipo de condições, Schumacher & Meleis (2010) nomeiam aquelas associadas à sociedade: o suporte familiar, a informação relevante obtida junto de profissionais de saúde, o encaminhamento para os recursos disponíveis e a resposta apropriada às dúvidas e às necessidades. Por outro lado, a insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação da educação para a saúde, o suporte inadequado e a informação insuficiente ou contraditória, podem constituir fontes de inibição do processo de transição saudável. As ideias vigentes e o estágio de desenvolvimento de cada sociedade também podem ser fatores inibidores ou facilitadores da transição. A marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos, são exemplo de condicionantes inibidores no contexto social (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). O enfermeiro ao ter conhecimento do ambiente social ao qual pertence a pessoa, consegue desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade (Schumacher & Meleis, 2010; Santos, 2015).

Considerando que as transições são processos que se desenvolvem ao longo do tempo, apesar das diferenças individuais, é importante identificar a existência de indicadores (padrões) que reflitam o estado e a direção da transição, permitindo perceber se a pessoa caminha no sentido da saúde e bem-estar (transição saudável) ou em direção aos riscos e vulnerabilidade (transição não saudável). Estes padrões de resposta, constituem o terceiro domínio da teoria, uma vez que possibilitam a avaliação do conhecimento acerca da transição, os recursos próprios e a forma como é encarado o momento crítico. Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta da pessoa ao processo de transição e, dividem-se em dois tipos: i) indicadores de processo; e, ii) indicadores de resultado.

Quanto aos indicadores de processo, constituem aspetos que permitem caracterizar as respostas à transição e o modo como esta se desenvolve. Incluem: o sentir-se ligado à família/amigos/profissionais de saúde; o interagir, com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde e cuidadores familiares de modo a clarificar e adaptar os comportamentos de resposta às transições; o estar situado no tempo, espaço e relações de forma que a pessoa se separe de seu passado e abraça novos desafios; e o desenvolver confiança e  *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão dos aspetos associados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e viver com limitações, como pelo nível de utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e tomar decisões em relação ao novo modo de viver. Apesar destes indicadores serem definidos pela própria pessoa, o enfermeiro desempenha um papel orientador para que a transição seja promotora da qualidade de vida. Os indicadores de processo permitem duas situações: i) facilitam a identificação do final da transição; e, ii) possibilitam a avaliação da evolução do desenvolvimento de competências, comparando com os resultados finais determinados (Meleis, 2000,2010).

Os indicadores de resultado referem-se à maestria, isto é, ao domínio de novas competências e à integração fluida de identidade, ou seja, à reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica. A mestria é imprescindível e revela um progresso nas capacidades e competências da pessoa, que lhe permitem viver uma transição saudável. São exemplos de mestria a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou o desenvolver relações significativas com outras pessoas e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do *self*.

Compreender as propriedades e as condições inerentes ao processo de transição leva ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, promotores de respostas de transição saudáveis.

O modelo conceptual das transições de Meleis proporciona um enquadramento que permite dar uma visão mais compreensiva sobre reações, ou potenciais reações, humanas e ambientais; a situações de saúde e doença, integrando-se na corrente de pensamento designada por paradigma da transformação. Neste paradigma os fenómenos de interesse dos enfermeiros são entendidos como únicos, com padrões e estruturas específicos, em interação recíproca e simultânea com o mundo que os rodeia (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994). A pessoa é entendida como um ser total e único, cujas mudanças ocorrem por períodos de organização e desorganização, mas sempre em direção a níveis superiores de organização.

A transição de saúde-doença vivenciada pela pessoa após um SCA é inesperada e súbita, enquanto passagem de um estado de bem-estar para um estado agudo de doença e posteriormente para o estado de doença crónica. Inevitavelmente isto traduz-se em alterações significativas para a pessoa e família devido à fragilidade e vulnerabilidade vivenciadas. O diagnóstico de uma doença crónica, como é o caso da doença coronária, implica que a pessoa se veja confrontada com o desenrolar de todo um processo de transformações e ajustamento, no que respeita à aceitação e adaptação a um novo estilo de vida. Esta adaptação não depende apenas da pessoa, mas também do meio em que ela se encontra inserida e da natureza de transição vivenciada, logo os resultados em saúde podem ser díspares e serão alvo das intervenções de enfermagem. Os enfermeiros preparam (...) *os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença* (Meleis et al., 2000, p.13).

Num ambiente desconhecido e intimidante, como é o caso das UCIC e o Serviço de Cardiologia, os enfermeiros constituem um recurso significativo e facilitador para o processo de transição da pessoa pós-SCA. As intervenções de enfermagem incluem o *empowerment*, a capacitação, a motivação e a dotação de conhecimentos, no sentido da mestria da pessoa pós-SCA, conduzindo a um ajustamento, uma adaptação eficaz, uma integração

fluida da nova identidade e conseqüentemente a uma transição saudável. Durante um programa de reabilitação cardíaca também é visível a importância do enfermeiro como agente facilitador. A reabilitação cardíaca implica um momento de transição para o doente e para a família. A pessoa deve abandonar o papel de ‘doente’ e voltar a adotar muitos dos seus papéis anteriores, que requerem um elevado nível de independência e autonomia além da aquisição de um novo papel: a pessoa em risco. O doente é identificado como estando em risco para experienciar um novo evento cardíaco e como tal é encorajado a modificar todos os fatores de risco coronários. O papel de doente em risco é um papel extremamente difícil para os doentes cardíacos uma vez que exige mudanças em quase todos os aspetos da vida, mudanças essas que serão permanentes. Compreender o processo de adaptação e a resposta à adversidade (doença e conseqüências) constitui uma base para a conceção de cuidados de enfermagem significativos cujo foco é a pessoa e a sua família a vivenciar transições. Novos conhecimentos e estímulos podem ter efeitos nos comportamentos e na definição da pessoa nos vários contextos. A transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e uma redefinição da pessoa para incorporar a mudança na sua vida (Bridges, 2004).

Num quadro de doença crónica e para o desenvolvimento destas competências é importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre o processo de adaptação às transições de vida que foram enfrentando ao longo do ciclo vital, de modo a harmonizar e equilibrar entre si todas as dimensões do ser humano de forma a prestar cuidados humanizados (Rodrigues & Pereira, 2011).

Na figura 2, procuramos traduzir e adaptar os aspetos mais evidentes destes processos transicionais da pessoa após um SCA, bem como a transversalidade dos conceitos, assentes na teoria das transições de (Meleis et al., 2010).

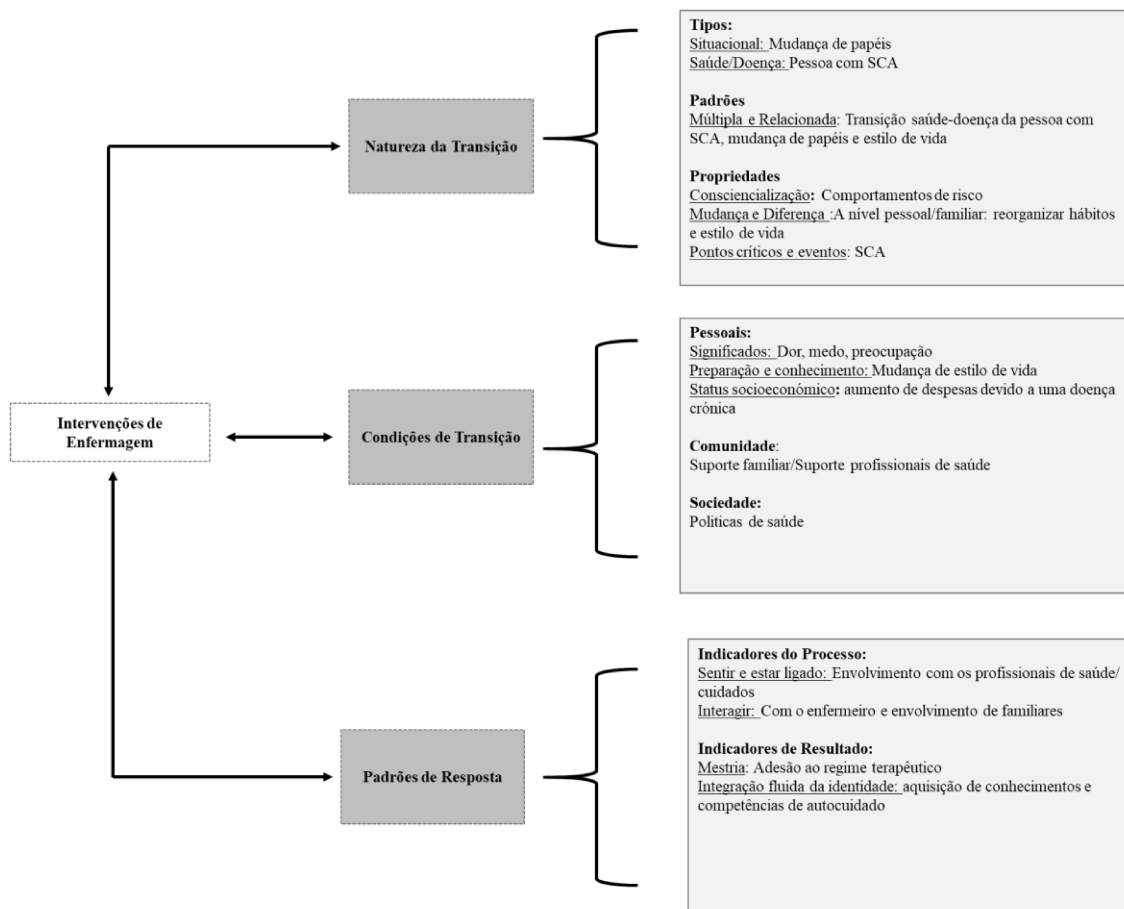


Figura 2 - Processos transicionais da pessoa após um SCA (adaptado do Modelo Médio-alcance das Transições em Enfermagem de Meleis [et al.], 2010)

Viver com uma doença de longa duração e manter o bem-estar, obriga que a pessoa a vivenciar transições beneficie com as intervenções de enfermagem em diferentes estádios e em determinados eventos críticos. Com o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem que contemple todas estas dimensões, o reconhecimento e caracterização da natureza, as condições que facilitam e inibem e os padrões de resposta às transições, é possível a aquisição de ganhos em saúde.

## 1.2-Auto cuidado uma estratégia para a autonomia

Na segunda metade do século XX, devido à modificação do padrão de doença, de aguda para crónica percebeu-se da necessidade de dar mais atenção à responsabilização das pes

soas no controlo da sua própria saúde. Em Portugal, as previsões do desenvolvimento demográfico, mostram a tendência para um aumento da incidência de doenças crónicas, gerando situações de dependência de cuidados de saúde (INE, 2017). Segundo Sequeira (2010), a dependência surge normalmente associada ao declínio funcional da pessoa, devido a fatores como aparecimento ou desenvolvimento de uma patologia, acidentes, polimedicação, ambientes inadequados, alimentação deficitária, ausência ou inadequação de ajudas técnicas, entre outros distinguindo-se de autonomia, que se refere à capacidade de decisão e de comando.

Os enfermeiros como elementos integrantes das equipas de saúde são os profissionais que têm a pessoa/família como foco de atenção, daí que é imprescindível incorporar o autocuidado como uma estratégia explícita e permanente nos cuidados de enfermagem. O autocuidado é preocupação central no cuidado às pessoas com doenças crónicas, dado que influencia um conjunto de fatores como: a manutenção do nível adequado de bem-estar físico e psicológico, diminuição da morbilidade e mortalidade, diminuição do uso e custo dos serviços de saúde, aumento da satisfação da pessoa e, melhora o sentimento de controlo e da qualidade de vida (Schnell-Hoehn, Naimark, & Tate, 2009).

Ao identificar-se o autocuidado como conceito central nos cuidados de enfermagem, importa definir este conceito segundo Dorothea Orem. O autocuidado para esta teórica de enfermagem define-se como as atividades que a pessoa realiza por si mesma para manter a vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001). Outros autores como Kralik et al (2010), referem que o autocuidado resulta da combinação do conhecimento biomédico acerca da doença, com o conhecimento que a pessoa tem de si própria e do seu contexto de vida. É um conceito bastante abrangente uma vez que engloba os cuidados relacionados com a higiene, a alimentação, os estilos de vida, os fatores ambientais, socioeconómicos e com a automedicação. Ainda segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), o autocuidado é uma “atividade realizada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2011).

Ainda segundo Orem (2001) o autocuidado não é considerado uma ação inata, mas antes aprendida pela pessoa no seu contexto sociocultural. É uma ação deliberada e intencional

que resulta de uma exigência sentida pelo próprio ou observada por outro e que necessita do seu empenho.

A identificação das respostas físicas e psicológicas à doença exige um planejamento constante para conseguir atingir novamente o bem-estar e o sentido de ordem na vida. Isto traduz um processo de adaptação, de aprendizagem pessoal e, sobre a forma de viver bem com a doença ( Kralik, Price, & Telford, 2010). Acontece que após estabilização da doença, a ausência de sintomas pode influenciar a pessoa a pensar que está curada e não necessita de cuidados e pode voltar aos hábitos menos saudáveis. Na sequência dos internamentos cada vez mais breves, aquando do regresso a casa após um SCA, as pessoas nem sempre seguem da forma mais correta o regime terapêutico indicado para a redução dos riscos de um novo evento. Apesar de saberem que podem voltar a comprometer o sistema cardiovascular e surgirem complicações, não é o suficiente para praticarem o autocuidado (Lima & Araújo, 2007). Ainda segundo estes autores, o diagnóstico de doença coronária proporciona à pessoa, sofrimento emocional devido ao medo da morte, de ficar inválido, do desconhecido, da solidão, da depressão e da angústia, dado que o coração é considerado um órgão nobre e vital. Contudo, essas angústias e medos podem, por um lado, potencializar o *stress* e a ansiedade, agravando o quadro clínico, e por outro lado, podem incentivar a prática do autocuidado. O episódio de internamento hospitalar súbito com indicações de tratamento cirúrgico, no caso de revascularização do miocárdio, também é considerado um incentivo para comportamentos de autocuidado. Porém, passado o episódio agudo, esta prática de autocuidado pode ser abandonada ou seguida de forma irregular.

Torna-se assim necessário identificar, relacionar e considerar os fatores que influenciam no autocuidado, que são: i) Fatores físicos - capacidades psicomotoras e estado funcional; ii) Fatores psicológicos - personalidade, autoestima, percepção da autoeficácia, motivação, força de vontade, autoconceito, autodisciplina, confiança, satisfação com a vida, iniciativa e responsabilidade; iii) Fatores cognitivos - capacidade para aprender, memória, capacidade de procurar informação e capacidade de tomar decisões; iv) Fatores demográficos - idade e sexo; v) Fatores sociais - as redes de suporte formal (profissionais de saúde) e a rede de suporte informal (família, amigos e vizinhos); e vi) Fatores económicos - condições económicas (Backman & Hentinen, 2001; Hoy, Wagner, & Hall, 2007; Orem,

2001; Petronilho, 2012; Proot, Abu-Saad, De Esch-Janssen, Crebolder, & Ter Meulen, 2000).

A pessoa perante fatores que afetam a sua vida, saúde e bem-estar, tenta adotar comportamentos orientados para as situações que podem colocar em risco o seu equilíbrio. Acontece que quando as exigências no autocuidado superam as capacidades que a pessoa tem para o realizar autonomamente, os enfermeiros devem intervir de diferentes formas substituindo a pessoa no que ela não pode realizar, ou então, através do apoio e da educação, proporcionar-lhe um ambiente que promova o seu desenvolvimento pessoal (Orem, 2001).

As intervenções de enfermagem são planeadas em função dos critérios dos resultados pretendidos e das respostas às exigências de autocuidado. A teoria dos sistemas de enfermagem de Orem (2001) esclarece como as necessidades de autocuidado da pessoa são colmatadas pela enfermeira, utilizando três classificações de sistemas de enfermagem distintos, aplicados conforme as necessidades evidenciadas. Neste sentido, a teoria é suportada pelos três sistemas de intervenção terapêutica, considerados métodos de ação, concebidos e executados por enfermeiros para pessoas com défices de autocuidado, no sentido de dar-lhes resposta. As três classificações são: o sistema totalmente compensatório, face ao cliente incapaz de realizar as suas atividades de autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, utiliza-se quando ambos (enfermeiro/pessoa) partilham a responsabilidade de satisfazer as necessidades de autocuidado; e o sistema educativo e de suporte, face ao qual o enfermeiro auxilia o cliente proporcionando-lhe um contexto que estimule o desenvolvimento de capacidades no sentido de se tornar um agente ativo no autocuidado, em que a pessoa é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado, ou então, tem condições para o fazer no futuro, mas não o pode fazer ainda sem ajuda do enfermeiro, por falta de informação, de conhecimento ou de suporte (Orem, 2001).

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, a pessoa tem potencial para ser autossuficiente na realização do seu autocuidado, no entanto, é necessário que lhe sejam transmitidos os conhecimentos que lhe fazem falta ou que lhe sejam proporcionados os meios de suporte de que necessita. Portanto, o enfermeiro assume vários papéis e implementa intervenções de ensino, apoio, orientação, promoção de um ambiente seguro e favorável às atividades

requeridas (Orem, 2001), de modo a que as pessoas desenvolvam capacidades e conhecimentos para se adaptarem e procederem a tomadas de decisão informadas relativamente à sua doença crónica (Kralik et al., 2010).

Para este estudo focamos as intervenções de enfermagem de acordo com o sistema parcialmente compensatório e o sistema educativo e suporte. As atividades de autocuidado, serão do domínio de ação do atender de forma a facilitar a atitude para a mudança no autocuidado; de promover autoeficácia positiva para as atividades de autocuidado; de promover a força de vontade; de facilitar a consciencialização das mudanças no autocuidado; de incentivar para o autocuidado; de elogiar comportamentos de autocuidado e de assistir no autocuidado. Também nos focalizamos nas intervenções de enfermagem do domínio de ação do informar e do gerir como, ensinar estratégias adaptativas no autocuidado; instruir estratégias adaptativas no autocuidado; treinar estratégias adaptativas no autocuidado; providenciar dispositivos de apoio. Estas intervenções vão ao encontro do sistema educativo e de suporte, no qual os enfermeiros promovem a autonomia para o autocuidado, dando à pessoa a oportunidade de adquirir, desenvolver ou melhorar o conhecimento e a capacidade para as atividades de autocuidado, tornando-a ator principal do seu processo de recuperação da autonomia. Podemos deste modo, considerar que o conceito de autocuidado envolve as responsabilidades pessoais e individuais orientadas para estilos de vida e comportamentos de saúde necessárias para o ótimo desenvolvimento e funcionalidade humana, assim como as atividades que requerem estratégias para lidar com a nova condição de saúde (Omisakin & Ncama, 2011).

No estudo de Gallo & Laurenti (2014) com sobreviventes de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) que foram submetidos a uma angioplastia primária, demonstrou-se que geralmente as pessoas não percebem a gravidade da sua doença, nem têm conhecimentos sobre os fatores de risco e a necessidade de cuidados após a alta embora tenham sido sujeitos a uma intervenção invasiva. Estes autores realçam o papel dos enfermeiros em encaminhar a pessoa no sentido de adquirir hábitos saudáveis, seguir o regime terapêutico proposto e realizar o autocuidado para prevenção e proteção da saúde promover estes comportamentos exige ações de educação dirigidas à pessoa e à família de modo que assumam a responsabilidade pelas suas necessidades de cuidados de saúde (Cebeci & Celik, 2008). O modelo de abordagem por parte dos enfermeiros no sentido de promover a capacidade

para o autocuidado necessita de incluir uma combinação do sistema educativo e assistencial com o uso de estratégias e comportamentos que promovam o aumento: i) da autoestima; ii) da responsabilidade individual e familiar; iii) da habilidade instrumental de autogestão orientada para as novas dificuldades pessoais e ambientais e, iv) da efetividade da continuidade dos cuidados (Brito, 2012).

Ao longo da interação terapêutica é importante que o profissional reconheça e ajude a pessoa a acreditar em si e nas suas capacidades para tomar decisões acerca dos cuidados (Kralik et al., 2010). Assim, a promoção do autocuidado assenta num processo educacional e de *empowerment* que permite que as pessoas tomem decisões acerca da sua saúde baseadas em informação adequada (Anderson & Funnell, 2010).

Atualmente e de forma progressiva as políticas de saúde apostam no grande envolvimento da pessoa no autocuidado (Despacho n.º 3618-A/2016). Segundo Lorig & Holman (2003), a evidência científica comprova a efetividade dos programas de educação para a autogestão da condição crónica. Deste modo, podemos afirmar que para facilitar e incorporar atividades promotoras do autocuidado são necessárias iniciativas educativas como terapêuticas de enfermagem. A gestão da doença crónica assume um nível de exigência de cuidados permanentes e atinge uma dimensão prioritária na área da saúde. As pessoas portadoras de doença crónica descrevem o processo de autocuidado como transformacional em termos de sentimentos acerca delas próprias e de recuperação de um sentido de vida. Conscientes da importância dos cuidados de enfermagem à pessoa pós SCA e mais especificamente no que respeita, à promoção do autocuidado, à autonomia, melhoria da saúde e qualidade de vida, é importante que este processo seja apoiado na educação para a saúde, no reconhecimento da individualidade da pessoa e numa relação de ajuda.

### **1.3-Gestão da doença crónica**

As projeções futuras demonstram que as doenças crónicas continuarão a ser as maiores contribuintes para a mortalidade e incapacidade nos países desenvolvidos e que irão continuar a aumentar (Busse, Blumel, Scheller-Kreinsen, & Zentner, 2010; Gerteis et al., 2014) Estas doenças são caracterizadas pela OMS como doenças de longa duração e de

progressão geralmente lenta que devido às limitações funcionais que provocam, as pessoas portadoras de doenças crónicas geralmente necessitam de cuidados de saúde contínuos de modo a estabelecer-se um processo com vista ao equilíbrio da situação e ao bem-estar (WHO, 2017).

A gestão da doença crónica contribui para assegurar que os doentes recebam tratamentos adequados, ensinando-os a serem proactivos nos seus autocuidados através da educação para a autogestão da doença. O autocuidado na perspetiva das pessoas que vivem com estas doenças apresenta-se como um processo dinâmico de aprendizagem através da experiência. De modo a criar ordem na sua vida, é necessário identificar as respostas físicas e psicológicas à doença e fazer um planeamento com vista a gerir o dia-a-dia. É um processo de adaptação e de aprendizagem sobre si mesmo, e sobre a forma de viver bem com a doença. A pessoa doente tem um papel ativo na gestão da sua condição de saúde, mas não dispensa a participação de um grupo de profissionais que contribuem para o seu bem-estar.

São os enfermeiros que estabelecem uma relação que permite que o doente partilhe a sua experiência sobre a gestão da doença e assim conseguir uma associação entre o conhecimento adquirido com a ajuda dos profissionais e o conhecimento experiencial da própria pessoa. É relevante que o profissional ajude a pessoa a acreditar em si e nas suas capacidades para tomar decisões informadas sobre o seu autocuidado. (Kralik et al., 2010). Isto significa que o foco de atenção do sistema de saúde deve centrar-se na pessoa, perspetivando-a como alguém livre com capacidades e habilidades de liderança no seu processo de vida e de saúde (Crisp, 2014). Trata-se, pois, de um processo educativo, relacional e progressista, que valoriza a experiência das vivências, o modo e o contexto de vida, transformando a pessoa num ser crítico e agente da mudança da sua própria realidade. Assim, a capacitação resultará da colaboração entre o profissional de saúde e o doente.

Comparativamente a uma condição aguda que acabará por ser restabelecida, compreende-se se que as doenças crónicas ao necessitarem de acompanhamento por um longo período de tempo acarretam mais recursos humanos e financeiros. Estimativas feitas pela OMS revelam que sejam canalizados para as doenças crónicas cerca de 60-80% dos recursos globais investidos na saúde, valor que tenderá a aumentar e a ocupar proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (Busse et al., 2010). Acontece que

por vezes após a fase aguda da doença, há pessoas que ficam vários anos sem vigilância de saúde e só reentram no sistema quando acontecem complicações, ou seja, estamos perante potenciais doentes de alto risco. Inevitavelmente geram-se custos, que poderiam ter sido evitados com intervenções proactivas preconizadas pela autogestão (WHO,2014). Surge assim a necessidade de uma mudança efetiva para a adoção do paradigma centrado nas pessoas e baseado na saúde. Como já referenciamos, a prestação de cuidados de saúde assentes no modelo biomédico, centrado no contexto hospitalar e na doença, que tem dado respostas satisfatórias às necessidades das pessoas com doença aguda, é inapropriado para responder com eficiência às necessidades multidimensionais das pessoas com doença crónica. Naturalmente que assim sendo, o foco de atenção do profissional de saúde não pode incidir na doença mas sim na pessoa com a doença (Brito, 2012). Cuidados centrados na pessoa/família, permitem a adoção de comportamentos de autocuidado e a mobilização de competências de autogestão do regime terapêutico de modo a promover a vivência de processos de transição saudáveis.

Face a estas circunstâncias, as doenças crónicas representam hoje um dos desafios mais importantes que enfrentam os sistemas de saúde do século XXI (WHO, 2017). Ao serem confrontados com novas necessidades da população e novos paradigmas relativamente à qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde e necessidade de controlo dos custos no setor da saúde, os governos sentem-se pressionados a definirem políticas que vão ao encontro dos atuais problemas de saúde e a adotar estratégias de intervenção que privilegiam uma abordagem integrada. Através destas estratégias pretende-se melhorar a saúde das populações, a qualidade dos cuidados prestados e a eficiência na utilização de recursos (ICN, 2018). As doenças crónicas representam um desafio significativo aos sistemas de saúde, particularmente nos seguintes aspetos: a) estão associados ao envelhecimento das populações e às múltiplas circunstâncias associadas a esse envelhecimento; b) requerem uma adequada integração de ações preventivas e de continuidade de cuidados; c) requerem obtenção de bons resultados na prevenção e gestão das doenças crónicas que implica um elevado nível de literacia em saúde e, d) dependem de sistemas de informação centrados no cidadão, no seu percurso de vida, nos processos de cuidados de saúde que experimenta e na capacidade que cada um tem de realizar o seu potencial de bem-estar.

A Gestão da Doença é encarada como uma das soluções, com uma elevada relação custo-benefício sendo definida como um sistema coordenado de intervenções e de comunicações para pessoas com uma ou mais doenças crónicas, ou em risco de as contrair e para os quais os esforços de autogestão são relevantes (OE,2010). A OMS (2012) define a gestão de doenças crónicas como a "gestão contínua das condições durante um período de anos ou décadas", dado que comporta um processo de longa duração. Na prática, a operacionalização deste conceito, processa-se através da criação e implementação dos Programas de Gestão da Doença. Uma gestão eficiente da doença crónica contribui para uma melhor qualidade dos serviços de saúde oferecidos às pessoas relativamente ao atendimento, listas de espera, redução de custos e absentismo laboral (WHO, 2018)

O quadro atual da saúde pública portuguesa caracteriza-se pelo progressivo envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida, a crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes e a prestação de cuidados de saúde fragmentada, centrada nas decisões dos profissionais de saúde onde a pessoa e família assumem um papel passivo (Campos, 2010). As pessoas recorrem maioritariamente ao SNS pela agudização das suas condições e os profissionais de saúde decidem o tratamento a seguir sem partilhar as decisões com a pessoa/família. Posteriormente por falta de comunicação com o restante sistema sobre os episódios verificados, existe falta de seguimento da pessoa/ família. Daí resulta que em Portugal a maior causa de consultas médicas verifica-se pela agudização da doença, ou seja, a falta de apoio durante as fases não agudas (Campos, 2010). Parece não haver seguimento na continuidade quando a pessoa está em equilíbrio.

No entanto, tem havido um esforço para que haja cuidados continuados integrados cuja filosofia é recuperar, promover a autonomia e a funcionalidade onde a reabilitação, a readaptação e reinserção social são importantes (Crisp, 2014). O Governo português estabeleceu como prioridade o desenvolvimento de um Programa de Prevenção e Gestão da Doença Crónica e Promoção de Saúde. Este Programa prevê o desenvolvimento do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, e o reforço e aprofundamento de ações como: i) vigilância epidemiológica; ii) Programa de Controlo das Doenças Transmissíveis; iii) medidas de prevenção do tabagismo; iv) alimentação saudável; v) prevenção do consumo de álcool e dos demais produtos geradores de dependência e; vi) Programa Nacional de Vacinação (Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 55 — 18 de

março de 2016). Também desenvolveu o modelo designado de “Gestão Integrada da Doença”, cujo objetivo é promover uma ação planeada de diferentes prestadores de cuidados de saúde, através da mobilização de recursos adequados, que permitam uma melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar global dos doentes (Coelho, 2014).

Como resposta ao aumento do número de doentes crónicos, o Sistema Nacional de Saúde teve a necessidade de desenvolver a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, composta por várias unidades estruturadas de internamento e ambulatório, e com equipas multidisciplinares que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência.

Para uma gestão eficaz da doença crónica e tendo em consideração as iniciativas já existentes e a experiência de vários países para a tentativa da melhoria dos serviços são necessários os seguintes componentes: i) o uso de sistemas de informação para acesso a dados vitais sobre indivíduos e populações; ii) a identificação de doentes com doença crónica e a sua segmentação, através da estratificação de risco; iii) a prevenção de doenças e promoção da saúde; iv) o envolvimento dos doentes no seu próprio atendimento, como forma de motivação para o autocuidado; v) a coordenação dos cuidados, através da articulação do setor público e privado de saúde e serviços sociais, voluntários e grupos da comunidade, assim como os usuários dos serviços e seus familiares vi) a utilização de equipas multidisciplinares; vii) a integração de conhecimentos especializados e generalistas viii) a integração dos cuidados ultrapassando as fronteiras organizacionais, permitindo que os utilizadores do sistema possam facilmente circular dentro dele; e, ix) a prestação de cuidados com carácter menos intensivo (Rijken et al., 2014).

Ainda no âmbito das iniciativas de Gestão da Doença a Administração Central do Sistema de Saúde, considerou a doença coronária como prioritária relativamente à ação estratégica do ponto de vista da gestão integrada da doença (Lourenço, 2009). A possibilidade de uniformização das práticas profissionais, capacidade de coordenação dos cuidados e possibilidade de autocontrolo foram entre outros critérios, tidos em consideração para definir esta prioridade. O programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares, incluído no modelo de governação a 2020 - Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritário, baseado nos princípios e orientações da estratégia 2020 da OMS para

a região europeia, tem como meta para o universo das pessoas com doenças cardiovasculares: i) reduzir a mortalidade prematura <70 anos por doença isquémica cardíaca - taxa de mortalidade padronizada  $\leq 9.5\%$  ou número de óbitos  $\leq 1000$ , ii) reduzir a mortalidade intra-hospitalar por enfarte agudo do miocárdio para 7% com nº de óbitos anual  $\leq 950$ , iii) incrementar o número de angioplastias primárias no enfarte agudo do miocárdio para 470 por milhão de habitantes.

Os aspetos mencionados anteriormente corroboram a importância da gestão na doença, dado que, ela contribui para que as pessoas consigam receber a assistência apropriada. Pois como refere a OE (2010), as pessoas com quadros crónicos carecem de aptidões de autocuidado para gerir as dificuldades que surjam em casa. Através da educação para a autogestão, a pessoa é ator no seu processo de transição e parceiro nos cuidados. Nesta lógica de pensamento torna-se fácil de perceber a importância dos modelos de gestão dos cuidados na doença crónica onde há um papel fundamental dos enfermeiros para liderar e apoiar estes modelos. Destacam-se o modelo de cuidados na doença crónica (Chronic Care Model) e o quadro de referência de cuidados inovadores para os quadros crónicos (Innovative Care for Chronic conditions, ICCC). Estes dois modelos são compatíveis com o foco dos cuidados de enfermagem, pois ambos focalizam os cuidados na pessoa, família e comunidade, informados e motivados e apoiados por uma equipa colaborativa de profissionais (OE, 2010).

O modelo de cuidados na doença crónica constitui o quadro de referência teórico que orienta a investigação e é suportado por evidência científica, sobre a abordagem das doenças crónicas (Sousa, 2015). Tem como característica inovadora a inclusão de áreas essenciais de intervenção, que preenchem o domínio de cuidados crónicos, e em alguns elementos até então negligenciados pelas equipas de saúde, como o autocuidado apoiado, o suporte às decisões e o sistema de informação clínica (OE, 2010). Este modelo é composto de seis elementos, subdivididos em dois campos, são eles: o sistema de atenção à saúde e à comunidade. No primeiro subgrupo, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho da linha de cuidado, no apoio às decisões clínicas, nos sistemas de informação clínica e no apoio ao autocuidado. No segundo subgrupo, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. As inter-relações entre os elementos tem como consequências pessoas informadas

e ativas, além de equipas de saúde preparadas e proactivas para darem resposta às necessidades das populações.

A competência profissional faz com que os enfermeiros tenham cada vez mais espaço para desempenhar o papel de gestores na doença crónica. São eles que facultam informações e realizam ensinamentos, estabelecem relações com as pessoas, cuidadores e comunidades, disponibilizam continuidade de cuidados, utilizam tecnologia para fazer avançar a prestação de cuidados, apoiam a adesão a terapêuticas a longo prazo e promovem a prática colaborativa (OE, 2010). Para que a intervenção de enfermagem promova o desenvolvimento de competências de autocuidado nos doentes, torna-se fundamental disponibilizar aos enfermeiros recursos que viabilizem a obtenção de informação relevante para suportar o processo de decisão clínica e facilitar a adoção pelo doente de estratégias adaptativas, que contribuam para a manutenção da independência no autocuidado, num processo de gestão, capacitação e autonomia.

#### **1.4-Cuidar da pessoa com doença crónica: um desafio para a enfermagem**

O cuidar da pessoa com doença crónica exige intervenções de enfermagem permanentes e orientadas para um modelo mais centrado nas respostas humanas às transições. Há uma necessidade crescente e urgente dos enfermeiros envolverem-se na comunidade e em todos os setores para dar resposta à ameaça crescente colocada pelas doenças crónicas à saúde e ao bem-estar das populações (OE,2010). Cabe ao setor da saúde liderar a luta contra a doença crónica e os enfermeiros podem dar um enorme contributo, não só na prevenção como também no cuidar de milhões de pessoas em todo o mundo já afetadas.

É o enfermeiro que tem contato direto com o doente-família-comunidade, tem formação para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde e tem as competências para lidar com todos os elementos que integram o bem-estar do doente, desde os aspetos físicos/clínicos, emocionais, sociais, cognitivos e espirituais. (Gallani, 2015). O enfermeiro deve visar a independência funcional por meio da promoção do autocuidado e controle dos fatores de risco, mantendo o doente motivado e colaborativo com o seu regime terapêutico. Assume assim, um papel fundamental nos processos de prevenção e reabilitação do doente com doença crónica.

Já em 2010, a Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação afirmou que, no âmbito dos cuidados hospitalares, é reconhecido o papel determinante dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação (EEER) na prevenção de complicações e no desenvolvimento de maior independência funcional e qualidade de vida da pessoa e família, repercutindo-se em ganhos em saúde dos doentes e ganhos a nível financeiro para o SNS. O contributo do EEER no contexto das doenças crónicas, advém do seu suporte científico, especificidade e proximidade com o doente (Marques-Vieira & Sousa, 2017). A reabilitação como processo educativo tem como objetivos a recuperação funcional do doente, a sua integração na família/comunidade/sociedade de maneira dinâmica, contínua e progressiva (Menoita, 2012).

Porém, o cuidar da pessoa com doença crónica torna-se um desafio para a enfermagem, devido à existência da dicotomia entre os modelos em uso no contexto profissional e os modelos expostos da disciplina. Segundo Sousa, Martins & Pereira (2015), a análise refletida sobre as práticas em uso representa o primeiro passo para que os enfermeiros se consciencializem sobre a necessidade de mudar, com vista a aproximar o modelo em uso do modelo exposto. Num estudo realizado por estes autores, os enfermeiros expressaram as dificuldades sentidas na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica e agruparam estas dificuldades em quatro categorias: i) A pessoa, a doença e o meio envolvente; ii) Organização dos cuidados; iii) Prática de Enfermagem (avaliação); e iv) Relações na equipa de saúde (Figura 3).

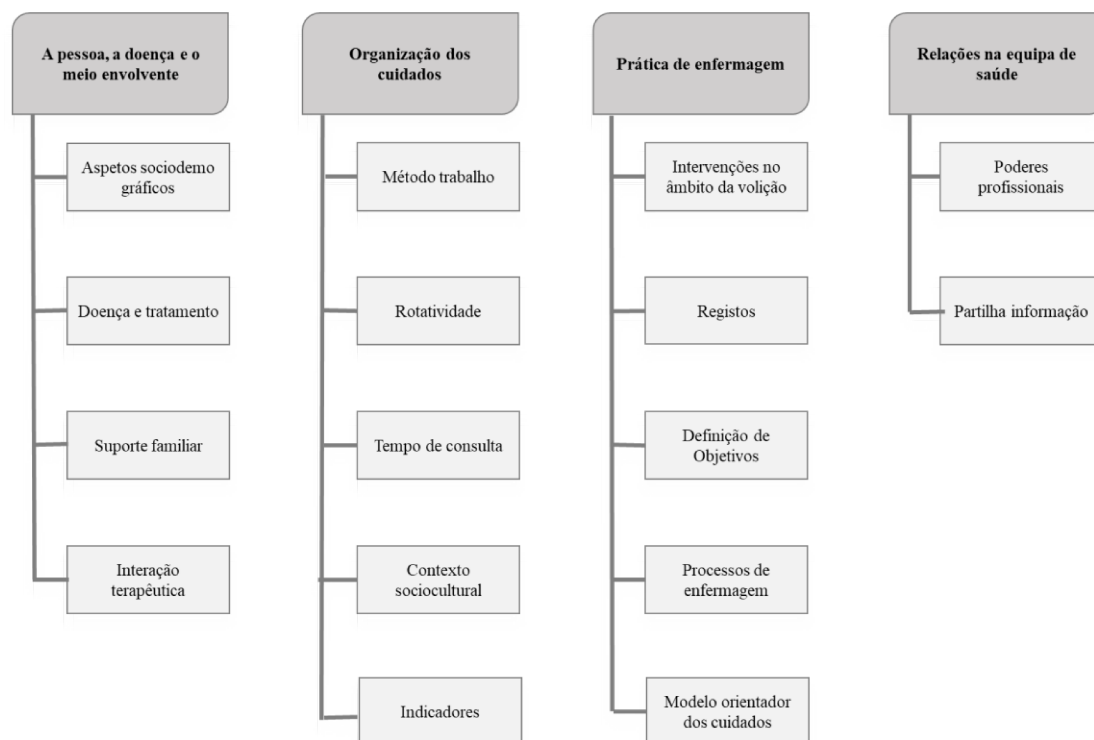


Figura 3 - Fatores que influenciam a prática dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica (adaptado de Sousa et al, 2015, p.61)

Constatamos que estas dificuldades estão relacionadas com aspetos inerentes à pessoa, a fatores organizacionais, à própria prática de cuidados e a fatores relacionais entre a equipa. Ainda, neste estudo os enfermeiros realçaram a necessidade de utilizarem modelos de intervenção que orientem a prática de Enfermagem para cuidados mais significativos para que a pessoa desenvolva competências e seja capaz de tomar decisões, tornando-se mais autónoma na gestão do seu processo de saúde. O enfermeiro através do desenvolvimento de atividades educativas assentes em conhecimento científico, habilidade, pensamento crítico e criatividade, promove a aprendizagem da pessoa e família no sentido de desenvolver aptidões em relação à gestão da saúde, após a hospitalização (Balduino, Mantovani e Lacerda, 2009). Esclarecer a pessoa para que possa adotar e assumir no seu projeto de vida, as opções mais saudáveis e desejáveis para a sua saúde é competência dos profissionais de saúde. Através das intervenções educativas a pessoa pode compreender a necessidade de mudança. A partir do momento que a pessoa assimila a sua nova condição é que poderá caminhar no sentido de obter uma melhor qualidade de vida

(Whittemore & Dixon, 2008). A consciencialização sobre si mesmo e o ambiente envolvente proporciona a descoberta do seu potencial como agente de autocuidado e a aceitação das suas limitações, o que vai contribuir para a sua recuperação (Wanchai & Armer, 2018).

O enfermeiro ao desenvolver parcerias com a pessoa, identifica situações de saúde, ajuda a criar e a adotar estilos de vida saudáveis e promove processos de readaptação após a doença (Berra, Miller, & Jennings, 2011). No entanto, para uma melhor prestação de cuidados importa referir quais as dificuldades que enfrenta a pessoa com doença crónica. Já em 1988, Luckmann e Sorensen, identificaram estas dificuldades associadas a :

- i) Prevenção e controlo de crises - o carácter evolutivo e prolongado da doença crónica leva a que o doente necessite de saber e de implementar formas de reduzir ou prevenir a ocorrência de crises, de conhecer os sinais de uma crise eminente e de ter planeado formas de atuação para as alturas de crise;
- ii) Gestão de regimes prescritos - a necessidade de tratamentos prolongados exige adaptações de vida que dependem de vários fatores, como sejam, a aprendizagem, a aceitação, o fator económico e outros;
- iii) Controlo dos sintomas - a multiplicidade de sintomatologia de uma pessoa com doença crónica obriga a profundas alterações de vida do seu portador e família; essas alterações podem ser desgastantes e prolongadas;
- iv) Prevenção do isolamento social - a doença crónica provoca, por vezes, reações de isolamento que conduzem a solidão e depressão, levando, ocasionalmente, a rutura de relações prolongadas, como o casamento, sendo, por isso, necessário manter o apoio social e o aconselhamento profissional de forma a prevenir maior desgaste;
- v) Adaptação a alterações - as manifestações das doenças crónicas na pessoa são imprevisíveis, e as alterações são tão frequentes que tomam a adaptação mais difícil. A doença crónica passa a fazer parte da identidade da pessoa bem como daquelas que lhe são mais significativas;
- vi) Normalização do quotidiano - com o objetivo de tornar menos visível as alterações, muitos indivíduos, portadores de doença crónica, tentam gerir os sintomas, evitando determinados locais ou horas do dia para os seus encontros sociais; e
- vi) Controlo do tempo - dependendo das alterações provocadas pela doença crónica e suas implicações (por exemplo manter ou não o emprego) a perceção e gestão do tempo é alterada, considerando alguns ter muito tempo, outros não.

A educação para a saúde é uma intervenção de enfermagem que pode ser prestada diretamente durante os cuidados e inserida em programas que visam a promoção do autocuidado. A capacidade de aprendizagem é necessária para que a pessoa possa adaptar-se à sua nova condição de saúde. Neste caso o processo engloba a capacitação da pessoa através de uma abordagem socioeducativa que certifique conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para a tomada de decisão pessoal, com responsabilidade social (Spinato et al., 2010). Estudos relevam que as pessoas quando são envolvidas e tomam decisões nos processos, tornam-se corresponsáveis naquilo que são os seus projetos de saúde para o futuro. (Lawn, McMillan, & Pulvirenti, 2011; Sadler, Wolfe, & McKeivitt, 2014; Schulman-Green, Jaser, Park, & Whittemore, 2016; Whittemore & Dixon, 2008)

Desenvolver atividades de educação terapêutica para capacitar a pessoa no sentido do autocuidado e autonomia na gestão da doença crónica e na prevenção de potenciais complicações é uma preocupação dos enfermeiros (Riegel et al., 2017). Os cuidados centrados na pessoa permitem antecipar as respostas às necessidades de autocuidado e podem ajudar a pessoa a manter, tanto quanto possível, um estilo de vida autónomo, a desenvolver confiança e a fazer escolhas, gerindo melhor as suas necessidades. Contudo, isto reflete-se na vertente dos cuidados de enfermagem porque cria desafios para a mudança. O modelo de pensamento no que se refere a decisões na prática deve basear-se, cada vez mais, em evidências científicas concretas em detrimento de opiniões e experiências profissionais (Amendoeira et. al, 2014). Promover a inovação e a mudança na qualidade dos cuidados de enfermagem requer o estímulo da visão holística, a humanização dos cuidados e uma diminuição do desfasamento entre os modelos em uso no contexto profissional e os modelos expostos da disciplina. Neste sentido, a investigação deve desvelar os fenómenos da aprendizagem nos processos de apropriação do autocuidado, numa perspetiva analítica de modo a criar a estrutura teórica que a suporte. Pois, segundo o ICN (2010), apesar da promoção da informação adequada e a sua consciencialização face à mobilização da mesma, pode não ser o suficiente para alterar comportamentos ou práticas. A pessoa mesmo tendo conhecimentos, pode revelar comportamentos que não correspondem ao esperado e, pode optar por continuar a tomar decisões e a manter hábitos de vida menos adequados para a promoção de uma qualidade de vida saudável e de acordo com os seus problemas de saúde.



## **CAPÍTULO II – DOENÇAS CARDIOVASCULARES: O CASO PARTICULAR DA DOENÇA CORONÁRIA**

As DCV são um grupo de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos, que segundo a OMS incluem a doença coronária (DC), a doença cerebrovascular, a doença arterial periférica, a doença cardíaca reumática, a doença cardíaca congénita, a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar, sendo que a doença das artérias coronárias (DAC) é a que parece ter maior incidência na população humana (Wang, 2005; WHO, 2017). Apesar de ser uma doença evitável, a DC continua a afetar pessoas que perseguem comportamentos de saúde menos saudáveis e têm baixa literacia em saúde e apresentam dificuldade ou desconhecimento de como atenuar/eliminar fatores de risco modificáveis. Instituições de referência como a OMS e a DGS defendem a prevenção primária e secundária da DC através da educação para a promoção de comportamentos saudáveis.

### **2.1. – Doença cardiovascular no mundo e em Portugal**

A Revolução Industrial e Tecnológica e suas correspondentes transformações sociais e económicas nos dois últimos séculos resultaram numa transformação das doenças responsáveis pela enfermidade e morte. As deficiências nutricionais e doenças infecciosas consideradas como as principais causas de morte e incapacidade nas sociedades mais avançadas deixaram a sua predominância para as doenças crónicas, tais como as DCV (Khatib et al., 2016).

Mundialmente, dos 56.4 milhões de mortes que ocorreram em 2015, 15 milhões ficaram a dever-se à doença cardíaca e ao acidente vascular cerebral, consideradas as duas maiores doenças responsáveis de mortalidade em todo o mundo nos últimos 15 anos. Apesar destes números a esperança de vida tem vindo a aumentar no Mundo e muito tem contribuído o facto de haver menos mortes resultantes das DCV (WHO, 2017).

A DCV é também uma das principais causas de incapacidade e pior qualidade de vida, apesar de ser uma doença evitável. Segundo as previsões da OMS expostas na Carta Europeia do Coração (2007), uma ligeira redução, em toda a população mundial, dos fatores

de risco cardiovasculares como na pressão arterial, obesidade, colesterol e consumo de tabaco, iria diminuir a incidência da DCV para mais de metade do valor.

Na Europa as DCV são consideradas a principal causa de morte, sendo que no ano de 2014, 1.83 milhões de mortes resultaram de doenças do sistema circulatório, perfazendo 37.1% das mortes ocorridas nesse mesmo ano (Eurostat, 2017). Em 2015, mais de 85 milhões de pessoas viviam com DCV na Europa e destas quase 49 milhões viviam na UE. Contudo, a taxa de prevalência padronizada de DCV diminuiu na maioria dos países europeus, nomeadamente em países do Norte, Sul e da Europa Ocidental em comparação com os da Europa Central e Oriental. Quanto à morbidade, sabe-se que os anos perdidos de vida saudável (*Disability Adjusted Life Years - DALYs*) devido às DCV diminuiu na maioria dos países europeus na última década. No entanto, é responsável pela perda de mais de 64 milhões de *DALYs* na Europa (23% de todos os *DALYs* perdidos) e 26 milhões de *DALYs* na EU, equivalente a 19%. Importa referir que o *DALYs* é a principal medida utilizada para estimar o peso das doenças, ou seja, agrega os anos perdidos por morte prematura e os perdidos de vida saudável por incapacidade (Wilkins et al., 2017).

De facto, morre-se menos, mas continuam a surgir casos novos, que não são mortais, mas inauguram uma doença crónica, que se prolonga no tempo, com as intercorrências advindas dos desequilíbrios.

As DCV são consideradas a primeira causa de morte em Portugal, tal como na Europa. Integram o grupo de doenças com maior impacto na mortalidade e morbidade, tendo sido responsáveis em 2012 por 30,4% da mortalidade. Relativamente ao *DALYs* em Portugal estas doenças representam 11% com predominância no sexo masculino. A redução da taxa de mortalidade por DCV total e por doença isquémica do coração, em 10 anos, foi maior em Portugal do que nos outros países da região Mediterrânica (Nichols, Townsend, Scarborough, & Rayner, 2014).

Em Portugal, como na maioria dos países, as hospitalizações aumentaram devido às DCV (Rocha & Nogueira, 2015). De acordo com a DGS (2016), quanto à caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbidade em 2014, devido a enfarte agudo do miocárdio (EAM), registaram-se em Portugal continental 12.960 internamentos, declarados 1070 óbitos, dos quais 272 na região norte sendo apenas ultrapassado pela região de Lisboa Vale do Tejo. No entanto, importa referir que, segundo o INE, a percentagem

de óbitos resultante das DCV no total das causas de morte diminuiu de cerca de 45% em 1988 para 30,7% em 2014, o que vai ao encontro aos resultados da OMS (INE, 2016).

Estes dados indicam que Portugal tem vindo a acompanhar a tendência de decréscimo das mortalidades resultantes das DCV e a tendência do aumento da esperança média de vida. Segundo o relatório “Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015” isto deve-se ao resultado das medidas preventivas adotadas e da organização dos serviços de saúde. Acrescenta ainda a articulação entre as Unidades de Intervenção Coronária Percutânea no Enfarte Agudo do Miocárdio e o sistema de assistência pré-hospitalar de emergência como é o caso das Vias Verdes Coronárias e do AVC (DGS, 2016)

De acordo com os estudos realizados sobre a saúde dos portugueses, estes apontam para uma evolução positiva na generalidade dos indicadores e no aumento da esperança média de vida à nascença, sendo em 2013 de 77.2 anos para os homens e de 83.0 anos para as mulheres, valor que continua a crescer em 2015 (INE, 2016; PORDATA, 2018). Contudo, o Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, apresenta como objetivo para 2020 aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%, apesar das doenças do aparelho circulatório, designadamente a DIC e as doenças cerebrovasculares, encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade.

No que respeita aos custos em 2008, foi estimado que os custos anuais da DCV rondariam os 169 mil milhões de euros por ano, na economia europeia. A perda de produtividade devida à mortalidade e morbilidade da DCV custou à União Europeia mais de 35 mil milhões de euros. Tal representou 21% do custo total relacionado com esta doença, sendo que cerca de dois terços deste valor (24.4 mil milhões de euros) são devidos a morte e um terço (10.8 mil milhões de euros) à doença entre a população trabalhadora ativa (Allender et al., 2008). Segundo a European Cardiovascular Disease Statistics, os dados estatísticos de 2017, apontam para um custo geral das DCV na economia da UE de 210 mil milhões de euros por ano. Do custo total das doenças cardiovasculares na UE, cerca de 53% (111 mil milhões de euros) deve-se aos custos dos cuidados de saúde, 26% (54 mil milhões de euros) a perdas de produtividade e 21% (45 mil milhões de euros) aos cuidados informais às pessoas com DCV (Wilkins et al., 2017).

É importante referenciar que as doenças cerebrovasculares prevalecem sobre as doenças cardíacas quanto à mortalidade, no entanto, quanto à morbilidade os seus indicadores são relativamente idênticos (DGS, 2016).

A doença isquêmica cardíaca requer um grande consumo de recursos, desde a prevenção até ao tratamento da doença e representa 23% de mortes por DCV, com destaque evidente para a Síndrome Coronária Aguda (SCA), que inclui um grupo de condições clínicas que resultam da doença aterotrombótica coronária em fase instável. A SCA inclui o EAM com ou sem supradesnivelamento do segmento ST e a angina instável (Makki, Brennan, & Girotra, 2015).

Consideramos assim, que a SCA é caracterizada por um desequilíbrio entre a oferta e a procura de oxigénio pelo miocárdio e que inclui duas formas de apresentação da lesão isquémica deste tecido. Segundo a ACC/AHA a forma de apresentação refere-se às síndromes sem elevação do segmento ST que inclui a angina instável e o enfarte do miocárdio. A angina instável e o enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST quanto à patofisiologia e apresentação, são consideradas semelhantes, diferem quanto à gravidade da isquemia e quanto à capacidade de provocar lesão com libertação de quantidades detetáveis de marcadores de necrose miocárdica. A outra forma de apresentação refere-se ao enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST, devido às alterações da despolarização e da repolarização, apresentadas no traçado eletrocardiográfico resultantes da oclusão da artéria coronária. A lesão responsável pelo aparecimento do SCA é denominada por placa aterosclerótica da artéria coronária.

A aterosclerose é uma doença progressiva, complexa e é a causa mais frequente de EAM. É caracterizada pela difusão de células musculares e acumulação de lesões brancas designadas por placas no revestimento interno da parede arterial. Na sua constituição estas placas, apresentam substâncias lipídicas e camada exterior fibrosa. O centro da placa é trombogénico e à volta agrupam-se plaquetas, formando o trombo. As consequências graves da aterosclerose resultam da rutura ou fissura das placas e consequente trombose (Makki et al., 2015). Estas alterações ao longo do tempo vão contribuir para a inibição da capacidade de dilatação da artéria, reduzindo o aporte sanguíneo até ao miocárdio.

Em consequência dos dados epidemiológicos e tendo em consideração que a OMS integra

as DCV nas denominadas doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), de carácter multifatorial que progridem no decorrer da vida e que se caracterizam por serem de longa duração, diversas entidades internacionais e nacionais desenvolveram programas estratégicos para prevenção e controlo destas doenças (WHO, 2014).

No plano de ação para a implementação da estratégia europeia para a prevenção e controlo das DCNT, a OMS identifica áreas prioritárias de ação e intervenções para os países nos próximos cinco anos (2012-2016). Refere que para melhorar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas e das sociedades é necessário investir em prevenção e melhorar o controlo das DCNT o que reduzirá a morte prematura, a morbilidade evitável e a incapacidade. As DCV, o cancro, a doença pulmonar obstrutiva crónica e a diabetes, são as quatro DCNT mais representativas, responsáveis por 77% das doenças e 86% das mortes na Europa (WHO, 2012).

O reconhecimento das DCV como a principal causa de morte em Portugal e o seu lugar entre as principais causas de internamento hospitalar levaram o Ministério da Saúde a elaborar um programa de ação destinado ao controlo das DCV. O Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares relativamente às áreas prioritárias de intervenção, tem como objetivos: melhorar o conhecimento epidemiológico e estatístico dos fatores determinantes das patologias cardiovasculares, promover a prevenção cardiovascular atuando especificamente sobre cada um dos fatores de risco e encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde (DGS, 2017). Neste programa, é visível a importância dada pela DGS sobre estratégia integrada, pontos de conexão e interdependências com outros programas nacionais. Portugal conjuntamente com outros países, assumiu o compromisso de até 2025, reduzir em 25%, o número de mortes prematuras provenientes de doenças cardiovasculares (SPC, 2014).

Os dados epidemiológicos sobre a DC apontam para uma doença multifatorial com necessidade de políticas direcionadas para a prevenção primária, secundária e controlo dos fatores de risco identificados, de forma a reduzir a sua incidência e consequências.

## **2.2. - Aprender a viver com a condição de doença**

O SCA tem sido descrito como um evento cardíaco extremamente traumático (Herber et al., 2012) e as consequências influenciam o bem-estar físico e psicossocial durante um período de tempo significativo (Chauvet-Gelinier & Bonin, 2017). Tendo em consideração que esta é uma doença crónica e, portanto, que acompanhará a pessoa durante toda a sua vida, nos últimos anos os estudos de investigação procuram compreender as implicações que o diagnóstico, a progressão e consequências da doença têm na vida da pessoa, na família e na sociedade.

Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros envolvidos nos cuidados à pessoa pós-SCA, estabelecer estratégias de educação, acompanhamento e avaliação, de modo a que as modificações efetuadas ao estilo de vida se traduzam na redução do risco cardiovascular e na melhor qualidade de vida.

Perante o aumento das DCV, surgem novas terapêuticas que com o avanço da tecnologia, tratamentos biomédicos, cirúrgicos e farmacológicos, pretendem proporcionar uma cura, bem-estar e qualidade de vida. A perceção e a reação ao diagnóstico, às características e consequências da doença podem tomar diversos contornos. Por um lado, a doença fornece uma visão geral de cronicidade cardiovascular caracterizada pelo desequilíbrio e incerteza, ou então, a pessoa que ficando assintomática, tem uma perceção diferente do seu estado de saúde e da necessidade de controlo de fatores de risco, julgando-se curada (Claassen, Henneman, van der Weijden, Marteau, & Timmermans, 2012)

Como referido no subcapítulo anterior em Portugal as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade que se acompanha de um nível baixo de literacia em saúde como aponta Monteiro, (2009). A pessoa em casa ou no trabalho pode ter uma literacia adequada para funcionar, no entanto, num ambiente hospitalar a literacia pode ser inadequada. Tal facto está presente na Carta Europeia do Coração, quando é notado que um dos maiores fatores de risco das DCV é a ignorância das populações e os portugueses constam entre os piores informados no que respeita à patologia (Serra e Silva,2009).

A OMS (1998), define a literacia em saúde como sendo um conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter uma boa

saúde. Implica a aquisição de um nível de conhecimento, capacidades individuais e confiança na tomada de decisão para modificar comportamentos e estilos de vida.

Uma das estratégias que se impõem para melhorar a literacia em saúde das pessoas é a educação para a saúde. Todos os elementos da equipa multidisciplinar têm um papel de educadores no processo de reabilitação. No entanto, realça-se a proximidade dos enfermeiros à pessoa doente, desde o momento agudo do evento até à sua integração na sociedade e nesse sentido devem desempenhar um papel na educação para a saúde e na promoção do *empowerment* da pessoa, família e comunidade.

A finalidade é prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando satisfazer as necessidades humanas fundamentais através de processos de aprendizagem da pessoa (OE,2001). Após o evento cardíaco a pessoa em parceria com o enfermeiro, poderá tomar decisões informadas acerca da gestão da sua saúde e dos cuidados específicos face à sua doença.

É necessário um novo modelo de intervenção para reconhecer se a pessoa tem capacidade de controlo e consegue responsabilizar-se pela autogestão do regime terapêutico pós-SCA. Essa nova abordagem baseada no *empowerment* e capacitação tem de ser direcionada para aumentar as competências de autocuidado e serem aplicadas nas atividades da vida diária (AVD's). Autores como Tol, Alhani, Shojaezadeh, Sharifirad, & Moazam (2015), referem que existe relação entre o *empowerment* e o crescente envolvimento das pessoas no seu plano de cuidados. Usando uma abordagem colaborativa e de capacitação centrada na pessoa, os enfermeiros ajudam à tomada de decisões informadas de acordo com as circunstâncias particulares. Em suma, o *empowerment* é uma visão que ajuda as pessoas a mudar comportamentos e tomar decisões sobre seus cuidados de saúde com o objetivo de melhorar a saúde geral e o bem-estar das pessoas e comunidades (Tol et al., 2015), facto também reconhecido no relatório sobre o Futuro para a Saúde em Portugal elaborado por Crisp et al. (2014).

Este conceito não é novo, pois foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde, promovida pela OMS, em 1978, em Alma-Ata, que o conceito de *empowerment* surgiu por reconhecer a importância das pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde (Sousa, Martins, & Pereira, 2015). No entanto, a passagem para o campo prático tem sido mais lenta. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-

- 2016 na sua extensão para 2020, realça a necessidade de promover no cidadão, família e comunidades a capacidade para resistirem às dificuldades, isto é, o seu *empowerment* (DGS, 2013). Ainda segundo o mesmo plano, existe a necessidade de conferir responsabilidade ao cidadão e também à comunidade para manter e promover o potencial de saúde, através de medidas de promoção de literacia em saúde.

A literacia em saúde para Ghisi, Chaves, Britto, & Oh (2017), é a chave para o *empowerment* da pessoa com doença crónica. Estes autores também reconhecem que níveis baixos de literacia em saúde estão associados aos reinternamentos hospitalares, à baixa qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e a maior ansiedade e menor apoio social. Consta-se uma menor compreensão das doenças com implicações na adesão e gestão do regime terapêutico, mostrando efeitos adversos sobre os resultados de saúde e no aumento dos custos em saúde (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; Cajita, Cajita, & Han, 2016; Eichler, Wieser, & Brugger, 2009).

Literacia em saúde, *empowerment* e doenças crónicas são termos que não devem ser dissociados. Inclusivamente entende-se a complementaridade entre os conceitos, literacia em saúde e *empowerment* no desenvolvimento das competências de autocuidado e a sua importância para que a pessoa pós-SCA aprenda a viver com a condição de doença crónica. O enfermeiro ao criar condições facilitadoras de aprendizagem, coloca a pessoa com informação sobre os recursos existentes, capaz de participar na tomada de decisões e de controlar ativamente o seu processo de saúde-doença. O processo de aquisição de conhecimentos e de desenvolvimento de competências, torna a pessoa informada, com poder e motivação para aderir e gerir a complexidade do regime terapêutico, mostrando assim a sua autonomia na condução dos seus desígnios.

A literacia em saúde e *empowerment* influenciam e determinam a forma de adaptação, a alteração de comportamentos e práticas em saúde ainda mais visíveis nas DC, uma vez que estamos perante fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, *stress* e os hábitos alimentares que devem conduzir à adoção de estilos de vida saudáveis.

O enfermeiro enquanto educador e facilitador neste processo de adaptação, confere um papel ativo e de controlo à pessoa na gestão da sua saúde. Novas exigências implicam imposições ao nível da adesão a um regime terapêutico complexo, aceitação do estado de

saúde e do autocuidado. Segundo Fernandez et al, (2012), o autocuidado, torna-se uma medida promissora e eficaz para prevenir e tratar a doença.

Novas necessidades fazem emergir novos desafios de aprendizagem. Safeer (2006) refere que um melhor conhecimento sobre a própria doença pode melhorar a adesão da pessoa às mudanças de estilo de vida e às terapêuticas. Assim sendo, faz todo o sentido os enfermeiros mobilizarem o conhecimento sobre estratégias que promovem a literacia em saúde, para melhor responderem às necessidades das pessoas a quem cuidam. Segundo Kilonzo et al (2011) à medida que os tratamentos se vão tornando cada vez mais diversificados, existe uma maior necessidade das pessoas com DC serem alfabetizadas.

Os enfermeiros ao estarem cientes deste cenário, conseguem identificar o problema, enquadrá-lo no baixo nível de literacia, planear, implementar intervenções de enfermagem e direcionar os cuidados de forma individualizada e personalizada. A falta de literacia em saúde pode resultar na não-adesão do regime medicamentoso ou no erro por sobredosagem acidental com graves implicações (Kilonzo, 2011).

Importa reforçar que a literacia em saúde e *empowerment* contribuem para melhorar a saúde, a QVRS e os comportamentos de busca de saúde das pessoas (Fung et al., 2016). Quer isto dizer que quanto mais a pessoa souber e compreender sobre a sua situação de saúde-doença mais motivada e disponível estará para aprofundar outras áreas associadas à saúde. Consideramos que para aprender a viver com a condição de doença, estes dois conceitos devem ser desenvolvidos na prática de cuidados de enfermagem.

### **2.3 - Adesão e gestão do regime terapêutico**

O conceito de adesão ao regime terapêutico, não inclui apenas o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que o enfermeiro deve conhecê-la, para que a pessoa integre o regime terapêutico no seu quotidiano.

Os comportamentos de adesão devem ter por base uma relação de disponibilidade dos profissionais de saúde, no sentido de resolver os problemas, dúvidas, medos, falta de motivação/confiança para melhorar a adesão terapêutica ao longo do tempo, (OMS, 2004).

A adesão ao regime terapêutico é mais bem-sucedida quando existe um planejamento multidisciplinar para a gestão desta problemática, isto é, o cumprimento do regime terapêutico aumenta quando a pessoa é apoiada com melhor conhecimento sobre a patologia e fisiopatologia, os fatores desencadeantes e de risco, lógica e benefícios do tratamento (Lunelli et al., 2009).

No entanto, organismos internacionais e nacionais (ICN, 2007; OMS, 2004, e OE, 2008), referem que existe uma percentagem significativa de incumprimento dos regimes terapêuticos prescritos, identificados na literatura como *no adherence*. Acrescentam que este incumprimento tem efeitos negativos em distintos campos como sejam nos indicadores de saúde, mortalidade, morbidade; nos sociais, imagem dos serviços de saúde; nos económicos, orçamentos de saúde, absentismo; e, farmacológicos (aumento da resistência aos fármacos). Com estes constrangimentos todos, entende-se a dimensão da problemática que engloba a da falta de adesão aos regimes terapêuticos e a necessidade dos decisores políticos, das autoridades e dos profissionais de saúde em geral, focalizarem-se mais em intervenções e recursos para reverter este incumprimento (OMS, 2004). A não adesão ao regime terapêutico contribui para uma diminuição do controle efetivo das doenças, o aumento do risco de hospitalizações e o crescimento da taxa de mortalidade (Remondi, Cabrera & Souza, 2014).

Os profissionais de saúde tendem a desvalorizar o grau de adesão aos regimes terapêuticos e transferem exclusivamente a responsabilidade do incumprimento para a pessoa com a doença. Consta-se que pode haver erros na avaliação compreensiva do problema porque a tendência é avaliar o resultado verificado no doente sem que se tenha dado atenção ao processo, onde se insere o processo de ensinar e de aprender.

Para a avaliação adequada desta problemática é necessário ter conhecimento dos fatores que influenciam a adesão terapêutica. Segundo a OMS (2004,) e o ICN (2007), são cinco os fatores *major* que influenciam a adesão: (1) Fatores sociais, económicos e culturais; (2) Fatores relacionados com o sistema de saúde; (3) Fatores relacionados com a doença; (4) Fatores relacionados com o tratamento; (5) Fatores relacionados com a pessoa doente. Remondi et al., (2014) acrescentam três fatores para a não adesão ao regime terapêutico: (1) falta de acompanhamento dos profissionais de saúde, (2) descontinuidade no acesso a

medicamentos e (3) a elevada complexidade do número de tomas diárias. Os autores identificam o papel que têm os profissionais para a adesão ao regime terapêutico, o que deve ser alvo de atenção porque a organização do processo formativo não é neutra na mudança de comportamento.

Refletindo nestes fatores, o conhecimento das características pessoais é importante, pois podem interferir no plano de cuidados, que deve ser o mais individualizado possível (Coelho et al., 2015). Não existe um plano de cuidados global para todos. As intervenções devem ser adaptadas a cada pessoa tendo em consideração: as suas experiências, ii) a patologia; iii) as possibilidades, iv) o envolvimento e, v) a motivação. Também é importante os profissionais de saúde considerarem a necessidade de treino e preparação para este processo dinâmico, que requer monitorização e avaliação de modo a prever o risco de não adesão ao regime terapêutico. Segundo a OMS (2004) existe défice dos profissionais quanto à: i) formação e treino na gestão de doenças crónicas, ii) promoção da adesão aos regimes terapêuticos, iii) qualidade do relacionamento com as pessoas doentes e iv) atenção que dispensam às solicitações.

A relação com os profissionais de saúde é um fator determinante para melhorar a adesão terapêutica. Segundo um estudo realizado por Cabral & Silva (2010), os inqueridos referiram que, os profissionais de saúde deveriam dedicar mais tempo a cada pessoa para conseguir explicar os tratamentos e fornecer um plano detalhado, além de terem a possibilidade de poder contactar o profissional para tirar dúvidas.

Os profissionais de saúde têm responsabilidade na promoção de mudanças comportamentais para uma melhor adesão ao regime terapêutico. Os enfermeiros na assunção seu papel pedagógico, podem contribuir para o cumprimento da adesão aos protocolos terapêuticos e melhorar os indicadores de saúde das populações (Bugalho & Carneiro, 2004). Através dos programas educativos realizados “com” e “para” a pessoa com doença crónica há possibilidade de aumentar o conhecimento para o autocuidado e nas mudanças no estilo de vida. Segundo Neta, Silva, & Silva (2015), as orientações recebidas relativamente ao autocuidado, no que respeita às mudanças no estilo de vida e às habilidades para aplicá-lo, estão relacionados com a prevenção e redução de complicações.

Considerando a educação como um processo desenvolvido ao longo do tempo, que ne-

cessita de planeamento, de parceria e integração numa equipa multidisciplinar, o seu sucesso depende do grau de empenhamento dos diversos atores. Ora o enfermeiro desempenha um papel central na educação da pessoa/família, pela relação privilegiada, concebida na proximidade e na continuidade. As competências na área da pedagogia, psicologia e da comunicação contribuem para as habilidades comunicacionais e para o estabelecimento de relação terapêutica, necessárias neste processo educativo (Correia 2008, Franco (2007).

Cabral & Silva (2010) num estudo realizado relatam que as pessoas inquiridas sobre a importância da relação de confiança entre pessoa e o profissional de saúde para o êxito da adesão terapêutica, apontaram como as principais razões para não aderirem: i) o receio de fazerem perguntas e de pedirem esclarecimentos aos profissionais, ii) não prestarem atenção quando estes estão a explicar o tratamento, iii) a falta de compreensão sobre vantagens do tratamento e por último, iv) a falta de confiança no profissional de saúde.

Estes motivos reportam-nos para as cinco estratégias, propostas por Bugalho & Carneiro, 2004, que visam combater a não adesão, que os enfermeiros podem utilizar. Também foram adotadas no presente estudo e referem-se a : (1) avaliar potenciais dificuldades no cumprimento das recomendações terapêuticas através das entrevistas; (2) iniciar as atividades formativas pelos ensinamentos durante o internamento; (3) conhecer a vida quotidiana da pessoa e inserir o regime terapêutico no quotidiano); (4) promover a auto monitorização através de por exemplo listagens de verificação *check-list* e (5) garantir o acompanhamento da pessoa pelo contacto de telefonema de *follow-up*.

Mais uma vez denota-se a importância de educar sobre a doença, os benefícios do tratamento e as complicações adjacentes ao incumprimento do regime terapêutico. Nunca é demais reforçar que a educação é necessária para a autogestão, pois os cuidados prestados às pessoas com doença crónica exigem que estes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado, (OE, 2009).

No caso específico das doenças cardiovasculares, o controlo da doença exige um programa terapêutico rigoroso e de longa duração, com necessidade de grande envolvimento da pessoa e família para cumprimento do conjunto das recomendações propostas. O não cumprimento da adesão terapêutica, atinge tais proporções que poderia ser considerado um novo fator de risco cardiovascular (Perdigão, 2009). Nas doenças cardiovasculares,

as dificuldades de adesão ao regime terapêutico são mais significativas nas questões relacionadas com hábitos e estilos de vida pouco saudáveis e no que respeita à toma dos medicamentos (Santos, 2008). Entende-se, assim o desafio e a responsabilidade dos profissionais de enfermagem em melhorar os indicadores de saúde cardiovascular. A educação para a saúde nesta área tem de incluir necessariamente os quatro principais comportamentos de saúde associados ao risco destas doenças: a alimentação, a atividade física e o consumo de álcool e de tabaco.

Autores como Cossette et al. (2009) e ainda Fernandez et al. (2007), reforçam a necessidade de se implementarem novas intervenções de enfermagem na educação das pessoas que sofreram uma síndrome coronária aguda, com o objetivo de modificar os fatores de risco e aumentar a adesão a um programa de reabilitação cardíaca.

O programa de prevenção das doenças cardiovasculares denominado “*EUROACTION*”, coordenado por enfermeiros e implementado em oito países europeus, é um excelente exemplo da importância do papel dos enfermeiros numa equipa multidisciplinar e da eficácia da intervenção junto da pessoa com doença coronária (Perdigão, 2009; Santos, 2008). O estudo refere que uma equipa multidisciplinar liderada por um enfermeiro e supervisionado por um cardiologista e médico de família, produz alterações mais significativas no estilo de vida e na redução dos fatores de risco, em comparação com os cuidados habituais (Pardo, 2009; ESC, 2012).

A intervenção de enfermagem na educação para a saúde é cada vez mais consensual, e nesse sentido estudos como os de Lin et al. (2009); Manzoni et al. (2011); Murphy et al. (2013) e Reveles (2015), confirmam a importância desta temática na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. O processo de aprendizagem e a forma como as pessoas são ajudadas tem impacto no autocuidado, ou seja, não podemos descurar a vinculação e a conduta dos profissionais de saúde como determinante do cumprimento ou não do regime terapêutico. Neste processo, a formação do profissional de saúde, os aspetos técnicos dos cuidados e a relação interpessoal estão interligados (Prado & Soares, 2015). As estratégias para melhorar a adesão aos regimes terapêuticos requerem intervenções educativas e comportamentais como processo intencional na ação profissional dos enfermeiros, proporcionando conhecimentos e desenvolvimento de competências na pessoa com doença crónica.

## 2.4 – Reabilitação cardíaca

Após uma SCA, as *guidelines* internacionais da American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation, da American College of Cardiology, da American Heart Association e da European Society of Cardiology recomendam a reabilitação cardíaca como estratégia de prevenção secundária (WHO, 2005; AACVPR/ACC/AHA, 2007) visa reduzir a mortalidade e morbidade (Clark, Harding, Vandermeer, & McAlister, 2005; McAlister, Lawson, Teo, & Armstrong, 2001; Rocha, 2010; McMurray, 2012; Anderson et al., 2016), aumentar a qualidade de vida e diminuir o fator de carga do risco cardíaco (Gardner et al., 2003; Heran et al., 2011; Azevedo, 2009; Magalhães, 2013).

Vários estudos publicados revelam que a Reabilitação Cardíaca (RC) reduz o número de internamentos e conseqüentemente diminui os custos para o Sistema de Saúde (Flynn et al., 2009; Piepoli, et al., 2016; Gomes, 2013; McMurray, 2012; Foster, Lewis, & Hennekens, 2017).

Desde 1964 que a OMS definiu a RC como o conjunto de atividades necessárias para garantir às pessoas portadores de cardiopatia as melhores condições físicas, mentais e sociais, de forma que consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar a sua posição na comunidade (WHO, 1964). Apesar de terem passado cinquenta anos, esta definição mantém-se atual, pois sabemos que os SCA são motivo de incapacidade física, psicológica e social, à escala mundial. Em 1993 é reforçada que RC não pode ser observada como terapia isolada mas deve ser integrada numa abordagem de tratamento completo (WHO, 1993). Nos EUA em 1995, os US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare policy and Research (AHCPR) e o National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) acrescentam ainda, que estes programas são de longa duração e devem incluir, para além da avaliação médica com prescrição de uma componente de exercício físico, uma intervenção educativa e de aconselhamento sobre os fatores de risco cardiovascular (Wenger, 1995).

Assim, se preconizam programas que têm como objetivo *major* a restituição da capacidade funcional e psicológica, para que a pessoa consiga ser autónoma nas atividades de

vida diárias e modificar comportamentos adotando um estilo de vida mais saudável através da adesão terapêutica, como estratégia para uma melhor qualidade de vida (Magalhães, et al., 2013).

Ao longo dos tempos o tratamento às pessoas com doença coronária tem-se alterado, tendo efeito nos PRC. Durante a primeira metade do século XX a hospitalização após um evento cardíaco era de várias semanas e inclusivamente tinha indicação para repouso absoluto no leito e para minimizar qualquer atividade física durante 6 semanas. Posteriormente reconheceu-se que esta estratégia levava a complicações tais como a diminuição do estado funcional e consequências negativas a nível pessoal, familiar e social pelo facto das pessoas serem afastadas da sua atividade profissional por longo períodos e por vezes aposentados precocemente (Mampuya, 2012). A partir dos anos 30, com a publicação dos primeiros trabalhos na área, os exercícios físicos eram incluídos no tratamento de cardiopatias pois relacionavam os efeitos com o bom funcionamento do sistema cardiovascular (Pollock, Wilmore & Fox, 1996). Samuel Levine na década de 40 desenvolveu um protocolo designado por *armchair* que consistia no levantar precoce do leito para o cadeirão, observando-se uma redução da morbidade e mortalidade após o EAM, diminuição de fenómenos trombo embólicos e de complicações respiratórias, além de uma menor incidência de sintomas depressivos (Rocha, 2010). Nas décadas seguintes foram realizados mais estudos e o exercício aeróbico começou a dominar a reabilitação cardíaca (Mital, 2002). Nos anos 90 além da confirmação dos benefícios dos PRC com treino de intensidade moderada, o leque de pessoas elegíveis aumentou, os programas passaram a incluir também os que eram submetidos a cirurgia, a angioplastia ou isquemia residual controlada com medicação (Wenger et al., 1995). Na última década, a evidência científica sobre os benefícios dos PRC aumentou e demonstrou-se a redução da taxa de mortalidade de 20 a 30% em relação às pessoas que não frequentaram um PRC (Magalhães et al., 2013).

Atualmente às pessoas com diagnóstico de SCA, angina estável, insuficiência cardíaca, cirurgia de revascularização ou percutânea e transplante cardíaco é recomendado um PRC (Soares et al., 2013). Os benefícios destes programas, baseados em *guidelines* nacionais e internacionais, abrangem a pessoa com doença coronária, a economia e a taxa de mortalidade global (McMurray, 2012).

Apesar de ter classe de recomendação I e nível de evidência A (AA-CVPR/ACC/AHA/ESC), o número de doentes que participam nos PRC é extremamente baixo, apenas um terço dos doentes coronários têm acesso a PRC na Europa (Bjarnason-Wehrens et al., 2010; Kotseva et al., 2009), sendo apontados diversos motivos como responsáveis pela baixa adesão. Em Portugal, segundo a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009) os fatores apontados para a subutilização dos PRC foram identificados como sendo do foro económico (dificuldades de comparticipação financeira), organizativos (hipervalorização da medicina tecnológica e baixa taxa de referência médica) e culturais como o défice de cultura desportiva (Mendes, 2001) além da falta de divulgação, de motivação das pessoas, de escassez de centros de RC e deficiente distribuição geográfica (CNDV, 2009). Ainda, segundo a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009), a carência pode estar relacionada com a valorização dos cuidados hospitalares agudos, em relação às intervenções longitudinais das doenças crónicas que devem decorrer na comunidade.

Acontece que, por vezes os jovens médicos cardiologistas valorizam resultados imediatos e de curto prazo que conseguem obter através das novas tecnologias (ecocardiografia e angiografia coronária) e novas drogas (beta-bloqueadores, bloqueadores de cálcio e trombolíticos) em detrimento dos PRC (Mampuya, 2012). Consideramos também que é provável que fatores como o carácter crónico da doença, o cansaço pela falta de efeitos esperados de cura, a adaptação a níveis baixos de qualidade de vida, a falta de envolvimento dos familiares e de rede de apoio na proximidade, também tenham papel relevante na não adesão aos programas.

Dados de 2007 obtidos pelo inquérito da Associação Europeia de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular, mostram que Portugal ocupa conjuntamente com os países de Leste e a Espanha, o grupo de países que recruta para os PRC menos de 5% dos potenciais candidatos, quando a média europeia é de 30% (Bjarnason-Wehrens et al., 2010). Os registos indicam que em 2007 menos de 3% de doentes elegíveis realizaram um PRC. O levantamento mais recente, realizado em 2014, mostrou que 10% dos doentes após EAM estão a frequentar PRC, o que, comparando com 2009, representa um aumento de mais de 300% (Rocha et al., 2015). No sentido de aumentar a adesão, o Ministério da Saúde de Portugal, através do Plano de Prevenção Cardiovascular, tem como objetivo até 2019

um aumento para 30% das pessoas a frequentar os PRC, de forma a atingir valores europeus. Considerando ainda os dados do Registo Nacional de Síndromos Coronários Agudos da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), estima-se que por ano, cerca de 15 a 16 mil pessoas com doença coronária deveriam ter acesso aos PRC.

A estrutura longitudinal destes programas, deve respeitar um processo específico que a OMS distingue em três fases: A Fase I, inicia-se durante o internamento após a admissão, caso não ocorram complicações. Significa isto, que esta fase deve começar nas primeiras 12-48 horas após EAM ou após procedimentos de revascularização percutânea/cirúrgica, sempre que a pessoa se encontre estável, sem dor anginosa ou novas alterações eletrocardiográficas, há pelo menos seis horas e sem sinais de insuficiência cardíaca descompensada (Gomes, 2013). A duração desta fase poderá variar entre 6 e 12 dias, dependendo da condição clínica e do tipo de intervenção a que a pessoa foi submetida. Durante este período inicia-se a mobilização progressiva e precoce no sentido de capacitar a pessoa com doença cardíaca estável a realizar as suas AVD'S, através de intervenções educativas sobre o autocuidado, a natureza da doença, o tratamento, a gestão de fatores de risco e o planeamento de acompanhamento pós alta hospitalar. A precocidade da intervenção global, farmacológicas e os procedimentos de revascularização a que a cardiologia moderna recorre, determinam uma estadia hospitalar mais curta após o evento coronário. Facto que dificulta a realização de programas formais de educação durante o internamento (Mampuya, 2012). É na comunidade que deve prosseguir a RC.

A Fase II corresponde ao período após o internamento, isto é, em ambulatório, devendo iniciar-se entre 1 a 3 semanas após a alta hospitalar, e tem duração variável entre 8-12 semanas, podendo prolongar-se até aos 6 meses ou 1 ano (Rocha, 2010b; Gomes, 2013). Pode decorrer em contexto hospitalar, domiciliário ou comunitário, desde que haja supervisão pela equipa de reabilitação cardíaca (Silva, 2007). É importante dar continuidade ao processo educativo, fazer avaliações funcionais e incluir um programa de exercícios físicos personalizado e supervisionado (Marques, 2004).

A Fase III corresponde à fase de manutenção denominada de pós-convalescença ou comunitária, podendo prolongar-se durante meses, anos ou mesmo por toda a vida. Tem por objetivo a manutenção a longo prazo das capacidades e comportamentos desenvolvidos durante a Fase II, focando-se na autorregulação, na adesão ao regime terapêutico, na adoção de comportamentos saudáveis com avaliação periódica pela equipa. Como esta fase

envolve atividade autónoma da pessoa, a evidência científica relativamente a esta fase é praticamente nula, logo a estrutura e conteúdos não estão bem definidos (Silva, 2007).

Podemos constatar que os PRC apresentam várias fases com uma estrutura ordenada e sequencial, que reflete um processo educativo, no qual a pessoa/família deve ser habilitada com informação e conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença; a atividade física, a atividade sexual a laboral; os mecanismos de ação dos fármacos; o tipo de alimentação; a cessação tabágica e a reeducação do *stress* (Pinheiro, 2010). A complexidade e multiplicidade das intervenções num PRC beneficiariam, pelo menos numa abordagem inicial, de uma equipa multidisciplinar, atuando de acordo com protocolos de referência.

A equipa multidisciplinar é constituída por profissionais de áreas distintas, habilitados para as diferentes tarefas e deverá ter a compreensão completa das DCV's, dos fatores de risco e do seu controlo, dos procedimentos de emergência, de nutrição, da fisiologia do esforço, da psicologia de saúde e da orientação profissional (CNDC, 2009; Carrageta, 2009; Esteves, 2013). A equipa deve incluir: Cardiologista, Fisiatra, Fisioterapeuta, Fisiologista de exercício, Enfermeiro de Reabilitação, Técnicos de cardiopneumologia, Dietista/Nutricionista, Psicólogo/Psiquiatra e Assistentes sociais (Mendes, 2011). O número de membros da equipa pode variar de acordo com a dimensão do programa (Gibbons et al., 2002; King et al., 2012). É necessário entre os membros da equipa um bom relacionamento e uma visão transdisciplinar, onde todas as intervenções, independentemente de quem as executa, são consideradas importantes e visando o mesmo fim. Uma equipa bem preparada, com um programa bem estruturado, é mais eficaz e facilita a adesão ao regime terapêutico (Esteves, 2013).

Em diversos centros de RC em países como os EUA, Reino Unido e Austrália os enfermeiros são coordenados dos PRC (Pardo, 2009). O enfermeiro a par de outros profissionais de saúde como o médico cardiologista, está presente em todas as fases da RC. Mantém contato direto, próximo e contínuo com a pessoa/família durante o internamento, pelo que se encontra em situação de desenvolver planos de cuidados personalizados que vão ao encontro dos problemas detetados.

Quanto às competências do enfermeiro na equipa multidisciplinar, são todas de grande importância, pelo que salientamos a de organizar e supervisionar as atividades educativas

nas diferentes fases do PRC, de orientar e supervisionar treinos específicos, além de contribuir para a avaliação global do doente. Deve ainda ser elo de ligação entre os elementos da equipa e, desenvolver e implementar manuais administrativos (Da Vico et al., 2014).

Compreendendo a complexidade dos cuidados e tendo como referência o que a OE, (2010a) refere como competências do enfermeiro especialista de reabilitação, concretamente deve: i) Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: a) Avaliando a funcionalidade e diagnosticando alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; b) Concebendo planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; c) Implementando as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; d) Avaliando os resultados das intervenções implementadas; ii) Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania: a) Elaborando e implementando programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; b) Promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social; iii). Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa: a) Concebendo e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório; e, b) Avaliando e reformulando programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados. Parece-nos que os enfermeiros especialistas em reabilitação reúnem as condições necessárias para prestar cuidados de excelência durante as várias fases dos PRC. Contudo, os cuidados prestados durante o internamento, terão uma maior visibilidade e impacto uma vez que a presença do enfermeiro é contínua, e essencial para a atualização da informação (colheita de dados), observação feita e o uso terapêutico do tempo de contacto. Os cuidados iniciados no hospital melhoram os resultados das pessoas hospitalizadas após evento CV (Ziaieian & Fonarow, 2016).

Os enfermeiros especialistas em reabilitação desenvolvem e assumem funções a vários níveis, tais como: intervenção terapêutica, coordenação de cuidados, educação, capacitação /defesa, consciência política, aconselhamento/ orientação e também a gestão clínica (Hoeman, 2011). Verifica-se que a competência de ensinar, instruir, treinar, orientar, motivar as pessoas na realização das atividades de vida diária e promover o autocuidado para

uma maior autonomia (OE, 2011), é fulcral na ação profissional. Destacamos nos PRC, a prevenção, detecção precoce, e controlo dos fatores de risco cardiovasculares, além de maximizar as capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório (Edwards, 2011). Os enfermeiros especialistas em Reabilitação detêm um corpo de conhecimentos e têm procedimentos específicos, que são fundamentais para a pessoa com DC, uma vez que proporcionam qualidade de vida através da manutenção das capacidades funcionais, prevenção de complicações e manutenção / ou recuperação da independência nas atividades de vida. A Enfermagem de reabilitação cardíaca é uma “disciplina” profissional que no campo interdisciplinar responde às necessidades de uma população envelhecida e doente, e tem maior aplicação dos benefícios nos programas de cuidados na área de cardiologia e da geriatria (Avery et al., 2011).

De um modo geral as intervenções de enfermagem direcionam-se para a promoção e recuperação da saúde, ao assistir a pessoa a manter-se saudável, a promover o autocuidado e a melhorar a sua qualidade de vida, através de recomendações não farmacológicas, da avaliação dos sinais/sintomas, do estímulo a hábitos/estilo de vida saudáveis, à educação sobre a doença e o uso de medicamentos (Boisvert et al., 2015). No caso das pessoas com SCA, a maioria vive situações de doença de evolução lenta e prolongada que vão paulatinamente deixando sequelas e repercussões na independência, em geral e nos autocuidados em particular. Eis porque os programas educativos devem focar a prevenção do risco, a manutenção das situações em homeostasia e a reabilitação pessoal e laboral, bem como a integração social, como modo de apoiar as pessoas e os familiares mais próximos, na transição de saúde-doença, auxiliando-os a viver com a doença crónica.

De uma revisão de literatura realizada por Kadda, Marvaki, & Panagiotakos, (2012) sobre o papel do enfermeiro na componente educativa com doentes cardíacos, conclui-se que muitos estudos têm destacado o valor do apoio de enfermagem em PRC. Os enfermeiros e os programas educativos estão associados à redução da taxa de complicações, à diminuição dos níveis de ansiedade e de reinternamentos hospitalares. Além disso, as intervenções de enfermagem direcionadas para a adesão a estilos de vida saudáveis influenciam efetivamente os fatores de riscos cardíacos e pode melhorar o prognóstico da pessoa. No entanto, apesar dos resultados suportarem os benefícios das intervenções educativas nas doenças coronárias, através do aumento em conhecimento e mudança de comportamento, uma outra revisão sistemática de literatura, alerta para a necessidade de estudos sobre

intervenções educativas mais explicitamente caracterizados de maneira a serem reproduzidos e avaliados (Ghisi, Abdallah, Grace, Thomas, & Oh, 2014).

Com frequência os doentes temem recidivas e reinternamentos o que conduz a uma limitação autoimposta das suas atividades de vida diária. Consequentemente, ocorre dependência para cuidados pessoais e tarefas diárias bem como labilidade emocional associada a tristeza e depressão que por sua vez podem conduzir a um isolamento familiar e social. Como consequência final, assiste-se a uma redução progressiva da capacidade funcional e qualidade de vida que exige uma abordagem multidisciplinar para uma completa reabilitação (Ades et al., 2013).

Numa equipa multidisciplinar os enfermeiros especialistas em reabilitação compreendem as características particulares da pessoa com doença coronária e, uma vez que possuem as competências específicas, podem ser agentes de reabilitação. Não pode o enfermeiro esquecer que sendo cada ser humano único, o autocuidado tem diferentes significados para diferentes pessoas. Perante idênticas necessidades, as respostas diferem na atitude face ao autocuidado e comportamento (Bastos, 2012). De facto, como cada processo de saúde doença é vivido de forma única por cada pessoa, é essencial que o enfermeiro, na sua área de especialidade, promova, estimule, facilite e sirva de suporte aos projetos de saúde de cada pessoa, contribuindo para a sua qualidade de vida.

Apesar de ser um termo conhecido, a qualidade de vida é um termo polissémico, de difícil definição, dado que representa a perceção individual, da posição da pessoa na vida, no contexto, na cultura e nos valores. Inclui ainda a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as crenças pessoais (Tavares, Madeira, Henriques, Almeida, & Nuno, 2013; WHO, 1994). Atualmente, é realçada a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), pelo impacto que a doença tem na vida das pessoas

A expressão QVRS é a tradução da expressão inglesa *Health-Related Quality of Life* a qual tem sido utilizada para ser distinguida da qualidade de vida (QV), é definida como o estado de saúde de uma pessoa e é vista como um contínuo de resultados de saúde, onde a pessoa é capaz de funcionar e tem uma perceção geral de saúde e bem-estar (Gill et al., 2011). É também descrita como um equilíbrio entre a capacidade funcional real e desejada (Rumsfeld, 2002). É uma perceção subjetiva que a pessoa tem sobre os efeitos da doença (funcionalidade, tratamento, acompanhamento) no seu dia-a-dia (Kramer et al., 2012).

Embora não haja um consenso a respeito da definição de qualidade de vida, há três características comuns nos diferentes conceitos: i) subjetividade, depende das percepções da pessoa; ii) multidimensionalidade, inclui, pelo menos, três dimensões (física, psicológica e a social); e, iii) presença de dimensões positivas como a autonomia e negativas como a dependência (Shofany, 2017)

A avaliação da QVRS é uma medida importante da qualidade dos cuidados orientados para a pessoa. (Tusek-Bunc & Petek, 2016). Além das taxas de mortalidade e morbidade, a QVRS tornou-se uma medida de resultado cada vez utilizada quando se aborda as doenças crônicas. Pode ainda contribuir para determinar a frequência de acompanhamento e intensidade de tratamento (Höfer, Benzer, & Oldridge, 2014). Representa uma mudança de paradigma, o da sobrevivência ou da cura como principal objetivo para o paradigma do bem-estar. Além disso, QVRS também é importante na predição de prognóstico a longo prazo, mortalidade e recorrência de novos eventos coronários (Comin-Colet et al., 2013; Höfer et al., 2014; Kramer et al., 2012; Stauber et al., 2013).

As pessoas com DCV relatam uma QVRS significativamente mais baixa em comparação com a população sem doenças crônicas mas, com níveis semelhantes a pessoas com doenças crônicas incapacitantes como a diabetes, artrite e depressão (Mitchell, Al-Janabi, Richardson, Iezzi, & Coast, 2015; Muhammad et al., 2014). Os *scores* de QVRS mais baixos estão associados a diferentes fatores, salientamos as características pessoais e as condições de comorbidade. As pessoas com DC geralmente apresentam mais do que uma condição de doença como a doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, ansiedade e depressão (Dickens, Cherrington, & McGowan, 2012). As medidas de resultado da reabilitação cardíaca incluem QVRS, como a percepção da pessoa sobre a melhoria física, a satisfação com a alteração de fatores de risco, ajustes psicossociais nos papéis interpessoais e o regresso à atividade laboral.

Após um SCA, o regresso à atividade laboral, desempenha um papel fundamental para a melhoria da QVRS, dado que se conjugam-se dois fatores de extrema importância, a capacidade funcional para assumir novamente tudo que envolve a componente física e a saúde mental através da realização pessoal. Podemos acrescentar que o regresso à atividade laboral engloba uma situação multifatorial interdependente, em que a pessoa, a doença, a QVRS e o trabalho se interligam e auto influenciam.

Os resultados obtidos nos questionários sobre QVRS fornecem informações sobre: i) desempenho no dia-a-dia; ii) como se sentem em relação à sua situação de saúde; iii) como se sentem em relação à sua terapêutica e, iv) o impacto da doença e das intervenções (Baldi, De Vecchis, & Ariano, 2016). Avalia também a qualidade de cuidados prestados, ou seja, considerando os objetivos dos PRC como intervenção, tem demonstrado os seus benefícios através da evidência científica.

A QVRS é considerada, cada vez mais, como objetivo terapêutico para as pessoas com doenças cardiovasculares (Oldridge, 2013). Os PRC contribuem para níveis de QVRS mais elevados, mesmo 4 anos após a sua frequência, reduz a mortalidade, e induz na pessoa com DC a hábitos de vida saudáveis (Azevedo, 2009).

Considerando que existe falhas na prevenção primária das DC, a relevância deste tipo de programas na prevenção secundária da doença aterosclerótica e a sua aplicabilidade na prática clínica são essenciais para a recuperação pós-evento agudo e na prevenção da DCV (Magalhães et al., 2013). Atualmente os PRC começam a ser reconhecidos pelos que têm poder de decisão sobre a saúde das populações. Exemplo deste reconhecimento é o Despacho n.º8597/2017, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde português, onde identifica que os PRC reduzem a mortalidade e as hospitalizações, melhoram a qualidade devida e o retorno ao trabalho e, reduzem o risco de novas situações cardiovasculares, o que não acontece com os doentes que não têm acesso a esta intervenção. Este despacho realça ainda necessidade de implementação de um programa nacional que vise a criação de novos centros de RC.

Enquanto aguardamos o aumento do número de novos centros em Portugal e uma maior referenciação das pessoas para frequentar os PRC, parece-nos que a população deve ter a possibilidade de usufruir de programas educativos estruturados, implementados pelos enfermeiros e complementados pelos enfermeiros especialistas de reabilitação durante o internamento (Fase I)



### CAPÍTULO III – MOBILIZAR A PESSOA PARA A ADAPTAÇÃO

Mobilizar a pessoa para a adaptação, significa compreender o próprio processo de adaptação e a resposta à doença. Sem este entendimento, os enfermeiros não conseguem ir ao encontro das necessidades da pessoa com doença crónica, pois falha a base para a conceção de cuidados de enfermagem significativos.

Para a adoção de comportamentos saudáveis é importante caracterizar a forma como a pessoa está a viver a situação. Na doença coronária, é necessária uma consciencialização para a alteração de comportamentos de risco e mudança do estilo de vida. Esta consciencialização pode ser difícil quando não existe aceitação do estado de saúde e falta de compreensão para a necessidade de mudança. É fundamental que a pessoa se consciencialize ou melhor, se vá consciencializando das mudanças. Podem estar relacionadas com eventos críticos, com ruturas nas relações e rotinas, ou ainda com ideias, perceções e identidades (Meleis, Sawyer, Im, & Schumacher, 2000). A perceção da pessoa, sobre o que é necessário mudar, determina os resultados (Brito, 2012; Rafii, Shahpoorian, & Azarbaad, 2008).

Uma das dificuldades encontradas está associada aos profissionais de saúde quando não identificam corretamente as necessidades da pessoa ou por vezes, quando existem diferenças nos graus de importância atribuídos às diversas necessidades (Galdeano, Furuya, Rodrigues, Dantas, & Rossi, 2014; Timmins, 2005). Expor a natureza, a temporalidade, a gravidade percebida, as normas e expectativas pessoais e da família bem como de outros significativos, são dimensões das mudanças que necessitam ser exploradas (Meleis et al., 2000). O enfermeiro deve estar atento a todas estas dimensões, para que possa ser “facilitador do processo de transição”. A identificação dos fatores inibidores/ facilitadores do processo de transição permite que o enfermeiro destaque os fatores facilitadores e incida a sua ação sobre os fatores inibidores, para que a pessoa com doença crónica possa vivenciar uma transição saudável.

Os sintomas da doença coronária são, por vezes, tão ameaçadores para a vida, que a pessoa se sente incapaz de lidar com a situação complexa, pela falta de conhecimentos, habilidades e competências. Igualmente importante é a falta de informação sobre os fatores de risco modificáveis para prevenir um novo episódio cardíaco. A pessoa precisa de orientação, apoio e informação sistematizada, para promover a mudança de comportamento

(Asadi-Lari , Packham , & Gray, 2003a; Asadi-Lari, Packham, & Gray, 2003b; Polikandrioti & Ntokou, 2011).

Tendo o enfermeiro consciência do seu papel de parceiro nos cuidados e de facilitador nas transições, é possível mobilizar os doentes para a adaptação e assim promover a autonomia e a adesão ao regime terapêutico da pessoa pós- SCA.

### **3.1- Contextualização do estudo**

A promoção do bem-estar e a melhoria da qualidade de vida colocam-se como metas de saúde. A pessoa como ser único passa a desempenhar um papel relevante nos cuidados, onde os parâmetros tradicionais de avaliação da doença (avaliações epidemiológicas) concedem lugar a uma perspectiva mais abrangente que engloba as diferentes dimensões da vida (DGS, 2015).

As populações vêm-se afetadas à escala mundial com patologias tais como: a doença cardiovascular, a diabetes, asma, doença pulmonar crónica obstrutiva (DPOC), doença oncológica, doença mental e psiquiátrica, e doenças do sistema osteomuscular que resultam em incapacidade. Estas doenças são consideradas doenças de longa duração, habitualmente com progressão lenta e definidas pela OMS como doenças crónicas (WHO, 2002). As quatro doenças crónicas de maior impacto a nível mundial, são as doenças do aparelho circulatório, diabetes, cancro e doenças respiratórias. Apresentam fatores de risco em comum como: i) hipertensão arterial; ii) obesidade; iii) tabagismo; iv) inatividade física; v) dislipidemia; vi) diabetes; e, vii) consumo excessivo de álcool (WHO, 2017). Contudo, outras causas também contribuem para o aumento das doenças crónicas e nem sempre estão diretamente relacionados com o setor da saúde. Mudanças substantivas que atingem as sociedades a nível global relacionam-se com medidas políticas e sociais, urbanização, globalização económica e questões de injustiça social (OE, 2010). A sustentabilidade dos sistemas de saúde pública e a economia dos países são ameaçadas pela prevalência destas doenças, dado que o seu impacto económico é enorme. Na Europa, estima-se que se gaste 700 bilhões de euros todos os anos nos tratamentos das doenças crónicas (JA-CHRODIS, 2018). Porém os gastos não se relacionam exclusivamente aos

tratamentos, mas também à menor produtividade económica. Quando as pessoas adoecem, ficam debilitadas e por vezes com incapacidades que não lhes permitem continuar cidadãos produtivos para a sociedade. São forçados a recorrer às suas poupanças, à venda de bens e aos familiares enquanto prestadores informais de cuidados. O desempenho do papel de cuidador informal pode implicar deixar o emprego /estudos. Os custos globais com a doença crónica estão a aumentar e são partilhados pelo Estado e pelo cidadão. O país, a sua economia e o bem-estar dos cidadãos também refletem o peso da doença crónica, pois elas afetam a qualidade de vida, causam morte prematura e têm efeitos económicos adversos e subestimados para a sociedade em geral e não apenas para a pessoa e família afetada (WHO, 2005, 2017)

Estas entidades mórbidas podem passar despercebidas durante muitos anos pois resultam de um património genético, hereditário, mas também dos comportamentos perseguidos em estilos de vida, aprendidos e adotados. As consequências que provocam a nível pessoal, familiar, profissional e social, são semelhantes: i) necessidade de acompanhamento multiprofissional de longa duração, ii) reformulação de comportamentos de autocuidado; iii) instalação de regime terapêutico, mais ou menos complexo, iv) implicação maior ou menor na gestão de papéis e emoções, v) absentismo e, vi) afetação da qualidade de vida. Viver com uma doença crónica como é o caso da doença coronária, implica um processo de transição em que a pessoa necessita de desenvolver competências que lhe permitam gerir eficazmente a doença, integrando-a na sua vida (ICN, 2010). Este caminho pode tornar-se difícil e solitário, porém, a enfermagem pode fazer a diferença na vida das pessoas, ao facultar apoio e soluções reais às necessidades vivenciadas (ICN, 2010). As necessidades de cuidados da pessoa com doença crónica, varia em função da gravidade da situação e da capacidade para a sua resolução (Bastos, 2012). A capacidade para o autocuidado pode ser afetada tal o impacto das mudanças exigidas pondo em causa aquilo que a pessoa pode fazer por si própria. Dependendo das circunstâncias, a pessoa pode necessitar de ser apoiada ou receber uma ação de complementação ou mesmo substituição naquilo que não consegue realizar.

Estudo como o de Dickson et al. (2013), revela que intervenções de enfermagem com doentes cardíacos apontam para ganhos em inúmeros indicadores, o que demonstra a relevância do papel dos enfermeiros. Outros estudos têm demonstrado que as intervenções são mais eficazes do que as de outros profissionais de saúde, em áreas relacionadas com

a adesão dos doentes às recomendações de tratamento. Melhoram taxas e reduzem a readmissão dos doentes cardíacos; têm implicação na prevenção secundária pelas melhorias da adesão às estratégias quando comparadas com o tratamento usual; e por fim, a prevenção secundária dirigida por enfermeiros a doentes com EAM mostrou-se mais eficaz do que o tratamento usual em indicadores como cessação tabágica, pressão arterial, diabetes, e nível atividade física (Harbman, 2014).

No estudo que ora se planeia é adotado o conceito de autocuidado definido por Dorothea Orem que considera o autocuidado como uma atividade aprendida pelos indivíduos e orientada para um objetivo. É uma ação/comportamento que nas situações concretas da vida, é dirigida pelas pessoas para si ou para o meio envolvente, de maneira a conseguir controlar os fatores que afetam o seu próprio funcionamento em prol da sua vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001). Nesta definição percebe-se a intenção de dar oportunidade à pessoa, família e comunidade, de terem a iniciativa para assumir responsabilidades e se empenharem efetivamente no desenvolvimento do seu próprio caminho em direção à saúde e bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

Da literatura consultada sobre autocuidado, constatou-se que conceitos como autogestão (*Self-management*) e autoeficácia (*Self-efficacy*) são referenciados, nomeadamente quando se pretende identificar a forma como a pessoa vivencia a sua transição saúde / doença. Bandura (1997) no âmbito dos estudos sobre a aprendizagem social clarifica o conceito de autoeficácia referindo-se-lhe como a crença ou expectativa do que, através do esforço pessoal, é possível realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado esperado. Assim sendo, uma das teorias do comportamento adotada para este estudo é a teoria social-cognitiva de Bandura (1997), dado que o conceito de autoeficácia é interveniente nos comportamentos relacionados com a saúde (Everett, Salamonson, Zecchin, & Davidson, 2009), inclusivamente em pessoas com doença coronária (Pfaeffli et al., 2012). Permite ter esperança quanto ao sucesso e alcance dos resultados desejados, criando expectativas positivas relativamente à concretização de determinadas tarefas (Holman & Lorig, 2004). A autogestão focaliza-se na gestão do atual ou potencial impacto da doença, podendo ser aplicado a atividades de promoção da saúde bem como a atividades relacionadas com a doença aguda ou crónica, contudo, existe evidência da sua relação mais frequente com a doença crónica (Galvão & Janeiro, 2013; Wilde & Garvin, 2007).

Assim, a identificação das necessidades das pessoas portadoras de doença crónica passa, claramente pela compreensão das situações e pela criação de metas que as pessoas percebam ter condições de alcançar. Esta expectativa positiva deve ser explorada pelos enfermeiros na medida em que agem para motivar as pessoas e para levá-las a seguir modelos, perseguir benéficos e de ter sucesso. Os enfermeiros ao possibilitar à pessoa, desempenhar um papel mais ativo nas decisões relacionadas com o seu regime terapêutico também vão melhorar e contribuir para a visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Considerando a importância do regime terapêutico no controlo da doença coronária e nos consequentes riscos da não adesão, torna-se impreterível desenvolver estratégias que promovam uma maior adesão ao tratamento prescrito. Cumprir este objetivo determina o desenvolvimento de programas educativos que capacitem para o desenvolvimento de competências de autocuidado, tendo em consideração que o processo educativo é gradual, sistematizado, personalizado e complementado pelos profissionais. Tal obriga a que a pessoa tenha acesso à informação, a compreenda e intérprete na sua própria vivência.

Neste contexto, os enfermeiros desempenham uma ação relevante na melhoria do estado de saúde das populações, quer na manutenção ou obtenção de comportamentos saudáveis, quer aquando de situações de doença para a obtenção do bem-estar, melhoria da qualidade de vida ou promoção da independência (Martires, 2013). Isto implica que o modelo de abordagem educativa adotado, para promover a capacidade de autocuidado, seja uma combinação do sistema educativo e assistencial com recurso a estratégias e comportamentos que contribuem para o aumento: i) da autoestima; ii) da responsabilidade individual e familiar; iii) da habilidade instrumental de autogestão orientada para as novas dificuldades pessoais e ambientais iv) e da efetividade da continuidade dos cuidados (Brito, 2012).

Os programas de educação para a autogestão, cuja finalidade é a aprendizagem e a prática de competências necessárias para a pessoa alcançar o seu potencial e ter qualidade de vida, representam um pilar importante no combate à doença crónica (Lorig & Holman, 2003; Sousa, 2015). A eficácia dos programas de adesão e gestão do regime terapêutico das pessoas com doenças crónicas tem vindo a ser investigada, além de ser considerada como a forma de intervenção mais holística (Malheiro, 2015).

Atendendo ao caso particular das doenças coronárias e após um SCA, o regime terapêutico recomendado exige alterações profundas e complexas nas rotinas de vida diárias tais como: frequentar um PRC, tomar medicação, modificar comportamentos e aderir a um estilo de vida saudável. Bettencourt (2005) alerta para as complicações nas pessoas com doença coronária, nomeadamente nos que já tiveram enfarte do miocárdio, que podem ser entre cinco a sete vezes mais frequentes do que as que surgem em pessoas sem doença diagnosticada. No entanto, na prática os enfermeiros têm dificuldade em prestar cuidados direcionados para o desenvolvimento de competências no autocuidado, dado que o alto custo das hospitalizações e o avanço científico no tratamento tem abreviado o tempo de internamento da pessoa com patologia cardíaca. Isto implica que no plano de reabilitação é fundamental, que o processo educativo se inicia no primeiro dia de internamento (Waring, Marshall, Bishop, & al., 2014).

Os PRC que têm uma forte componente educativa são reconhecidos nas últimas décadas como uma intervenção com impacto de custo-eficácia e assumindo como parte integrante do tratamento multidimensional da pessoa com doença coronária. Melhoram o prognóstico, reduzem o número de reinternamentos e os gastos em saúde, bem como melhoram a QV (Gomes, 2013). Contudo, como já referido no capítulo anterior, em Portugal a taxa de admissão nos programas de reabilitação cardíaca é muito baixa pelo que têm de ser incrementados paralelamente com o desenvolvimento de uma adequada legislação e de políticas de integração social (Bettencourt & al., 2005). Dado que nem todos têm acesso aos PRC, realça-se a necessidade e a importância da implementação de intervenções educativas durante o internamento.

A OMS (2007) salienta os seguintes objetivos para a reabilitação e reinserção social da pessoa com DC: i) Melhorar a capacidade física ao esforço, reabilitando o miocárdio dos doentes cardio-vasculares; ii) Reduzir o impacto psicológico da doença cardíaca; iii) Assegurar o regresso à vida socioprofissional, principal objetivo da reabilitação e da legislação social; iv) Proceder às terapêuticas adequadas e à prevenção secundária dos fatores de risco, aumentando a esperança e a qualidade de vida do doente.

De modo a alcançar algumas destas metas, os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, ao perceberem como as pessoas vivenciam o processo de transição saúde-doença, como interpretam as experiências e o significado que lhe atribuem, conseguem identificar necessidades de ajuda e implementar intervenções para que elas possam pelos

seus próprios meios preservar ou retomar o seu lugar na sociedade.

A incerteza sobre o que acontecerá após a alta e como pode adaptar-se à sua nova condição de saúde, justifica uma prática de cuidados que contribua para o desenvolvimento de competências de autocuidado. O enfermeiro tem um papel relevante de educador para a saúde da pessoa pós-SCA, no processo de adaptação e reabilitação, tornando-a capaz de adotar comportamentos saudáveis.

As razões expostas enquadram a necessidade de investigar se a implementação de um programa de intervenção de enfermagem na vertente educativa, promove comportamentos de autocuidado e melhora a qualidade de vida da pessoa pós-SCA. Uniformizar as intervenções educativas o mais possível baseadas na evidência, e promover comportamentos de autocuidado, que vão influenciar na adesão e gestão dos regimes terapêuticos para que as pessoas com doenças crónicas possam vivenciar os processos de transição o mais saudável possível, consideramos ser objetivos de investigação para melhorar as práticas de enfermagem.

No sentido de orientar a nosso estudo, elaborámos a seguinte questão: Qual o impacto de um programa educativo de reabilitação cardíaca no desenvolvimento de competências de autocuidado e na qualidade de vida, em pessoas pós síndrome coronário agudo?



## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA**



## **CAPÍTULO IV – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DOENTES COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO: ESTUDO 1**

Em Portugal o elevado número de internamentos por Doença Coronária e a baixa adesão aos programas de reabilitação cardíaca, constituem oportunidades para os enfermeiros desenvolverem intervenções dirigidas à promoção, capacitação e responsabilização da pessoa para o seu autocuidado, contribuindo para a qualidade dos processos de transição vivenciados. A prática da enfermagem baseada no modelo das transições de Meleis tem como objetivo que o indivíduo termine a transição, mais confortável e mais capacitado para lidar com a sua condição, mas também preparado para prevenir as condições secundárias e promover a saúde ao longo do tempo (Meleis, 2010a). Cumprir este objetivo obriga ao desenvolvimento de programas educativos que aumentem as competências de autocuidado das pessoas com doença crónica.

### **4.1 - O estado da arte dos programas de intervenção educativa na doença coronária**

Devido às alterações e modificações dos padrões de saúde e doença das populações, ao longo das últimas décadas, novas exigências em cuidados de saúde emergem. O aumento da mortalidade e da morbidade provocada pela doença crónica implica reformulação dos sistemas e das práticas em saúde. A doença crónica é considerada uma doença de longa duração, de progressão lenta e inclui um conjunto variável de situações que resultam em incapacidade (WHO, 2005). Geralmente estas doenças necessitam de acompanhamento multiprofissional, associado ao uso de medicamentos e equipamentos de utilização algo complexa, e reformulação de comportamentos de autocuidado (Busse et al., 2010).

Na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica, o processo educativo deve ser considerado uma peça fundamental para o êxito da adesão e gestão do regime terapêutico. No entanto, deparamo-nos ainda com regimes terapêuticos centrados na doença e não na pessoa, onde os programas educativos não são uma prioridade.

Atualmente, as doenças cardíacas são das doenças crónicas mais comuns e são responsáveis pelo elevado número de internamentos do adulto e idoso (Hasanpour-Dehkordi, Khaledi-Far, Khaledi-Far, & Salehi-Tali, 2016). Os doentes cardíacos têm de lidar com

necessidades que afetam diferentes aspectos da sua vida (Gonçalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron, & Shepperd, 2016). Na verdade, a necessidade de cuidados, da pessoa, varia em função da gravidade da situação e da capacidade da pessoa para a sua resolução (Bastos, 2012).

Para melhorar os cuidados, os enfermeiros devem possibilitar à pessoa desempenhar um papel mais ativo nas decisões relacionadas com o seu regime terapêutico. Cumprir este objetivo obriga ao desenvolvimento de programas educativos que capacitem para o desenvolvimento de competências de autocuidado, tendo em consideração que o processo educativo é gradual, sistematizado, personalizado e complementado pelos profissionais. A pessoa com doença crónica e neste caso particular, doença coronária, tem de ter acesso à informação, conseguir compreendê-la e interpretá-la na sua própria vivência.

Neste contexto, através de uma revisão sistemática da literatura, pretende-se conhecer quais os efeitos de um programa de intervenção educativa no desenvolvimento de competências de autocuidado nos doentes com doença coronária, em contexto situacional de hospitalização.

A base de dados eletrónica CINAHL via Ebscohost e MEDLINE via ISI Web of Science foi sistematicamente pesquisada de 1 de janeiro de 2006 até 31 de dezembro de 2016 de acordo com as diretrizes da Declaração PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>). Vários termos de pesquisa foram selecionados para abranger diferentes programas de intervenção educacional, habilidades de autocuidado e diferentes contextos de implementação. Usando descritores controlados do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine, foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: “síndrome coronário agudo”, “doença coronária”, “reabilitação”, “enfermagem”, “educação do paciente” e “Autocuidado”. Pesquisas manuais das referências dos estudos selecionados também foram realizadas. A metodologia PICOD foi utilizada para desenvolver os termos de busca e os critérios de inclusão / exclusão (Tabela 1). Os estudos tinham que incluir um programa de intervenção educacional relacionado às competências de autocuidado e estudos tinham de incluir pelo menos um resultado (qualitativo ou quantitativo).

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão do PiCOS

<b>Categoria</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<b>População</b>	Pessoas adultas/idosas com doença coronária	Artigos que falem exclusivamente de pessoas com idade inferior a 18 anos
<b>Intervenção</b>	Avaliação dos efeitos de um programa educativo como intervenção de enfermagem, no desenvolvimento de competências de autocuidado	Avaliação dos efeitos de um programa educativo, como intervenção de outros profissionais de saúde no desenvolvimento de competências de autocuidado em contexto domiciliário/comunidade
<b>Comparação</b>	estudos a serem incluídos com ou sem grupos de comparação	
<b>Resultados</b>	Pelo menos um resultado medido evidente da intervenção	Estudos que não fornecem resultados medidos da intervenção
<b>Desenho</b>	Todo o tipo de artigos	Detalhes insuficientes para determinar o projeto de estudo

Devido aos poucos estudos encontrados e para obter uma visão mais alargada da literatura existente, optamos por incluir também os doentes sujeitos a programas de intervenção educativa em contexto domiciliário. Dos trinta e oito estudos inicialmente identificados, cinco artigos são repetidos, seis excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e dez artigos excluídos após a leitura completa (Figura 4). Dos dezassete estudos incluídos nesta revisão, catorze apresentam uma metodologia de investigação quantitativa (quasi - experimental), um estudo apresenta metodologia de investigação qualitativa e dois utilizam a revisão sistemática de literatura.

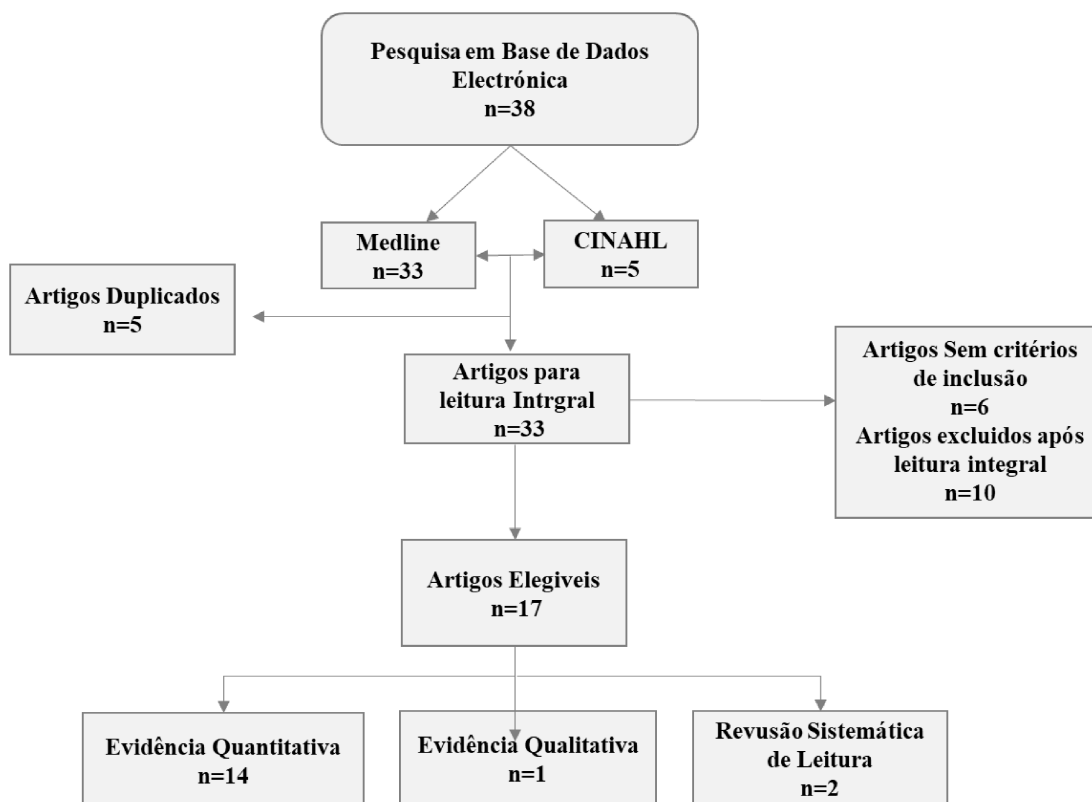


Figura 4 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos identificados

Os estudos identificados incluem diferentes métodos pedagógicos, recursos didáticos e diversos contextos para a implementação dos programas de intervenção educativa. No-meadamente o método expositivo e participativo, individualizado ou em pequenos grupos com recurso ou não a meios audiovisuais, além da entrega de panfletos, recurso telefónico e envio de mensagens por SMS. No entanto, em termos de formato dos programas, a maioria dos estudos utilizou como estratégia o ensino individualizado com recurso à visualização de vídeos e houve contactos telefónicos ao doente como técnica de *follow-up*.

Atendendo ao contexto de implementação dos programas de intervenção educativa, foram encontrados três estudos realizados em contexto hospitalar (Cebeci & Celik, 2008; Hoseini, Soltani, Beygi, & Zarifsanaee, 2013; Lauck, Johnson, & Ratner, 2009), oito estudos em contexto domiciliário (Cockayne, Pattenden, Worthy, Richardson, & Lewin, 2014; Hagberth, Sjoberg, & Ivarsson, 2008; Johansson, Adamson, Ejdeback, & Edell-Gustafsson, 2014; S. McKinley et al., 2009; Mohammadpour, Sharghi, Khosravan, Alami, & Akhond, 2015; Moore, Prior, & Bond, 2007; Orth-Gomer et al., 2009; Sindhu,

Pholpet, & Puttapitukpol, 2010) e três estudos conciliam ambos os contextos, o hospitalar e o domiciliário (Furuya et al., 2015; Hwang & Kim, 2015; Wu & Chang, 2014).

Relativamente ao conteúdo dos programas, em três estudos as intervenções implementadas estão direcionadas para o aspeto cognitivo-comportamental do autocuidado (Cockayne et al., 2014; Moore et al., 2007; Wu & Chang, 2014), três estudos apresentam intervenções focadas na ansiedade e depressão (Furuya et al., 2013; Hoseini et al., 2013; Hwang & Kim, 2015), um estudo inclui a qualidade do sono (Johansson et al., 2014), quatro estudos incluem as necessidades, atitudes e crenças do doente (Buckley et al., 2007; Cebeci & Celik, 2008; Moore et al., 2007; Orth-Gomer et al., 2009) e as intervenções foram inadequadamente mencionadas em quatro estudos (Buckley et al., 2007; Hagberth et al., 2008; Lauck et al., 2009; Mohammadpour et al., 2015; Sindhu et al., 2010). O quadro conceptual para o desenvolvimento do programa de intervenção educativo é descrito em apenas dois estudos (Mohammadpour et al., 2015; Wu & Chang, 2014). Verifica-se essencialmente na literatura encontrada, a descrição dos métodos de implementação dos programas, o que dificulta a extração dos conteúdos das intervenções.

Os resultados obtidos variam de acordo com os objetivos dos respetivos estudos. Assim, os resultados das intervenções implementadas mais frequentes englobam a ansiedade e depressão, conhecimentos, atitudes e crenças, qualidade de vida e comportamentos de saúde. Outros resultados incluem autoeficácia e autocuidado na gestão medicamentosa e exercício físico (Furuya et al., 2013; Hwang & Kim, 2015). Os estudos com metodologia quasi-experimental mostram diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, indicando que o programa de intervenção educacional teve um impacto positivo no autocuidado (Buckley et al., 2007; Cebeci & Celik, 2008; Hoseini et al., 2013; Hwang & Kim, 2015; Johansson et al., 2014; Mohammadpour et al., 2015; Sindhu et al., 2010). No entanto, resultados contraditórios foram encontrados em três estudos (Buckley et al., 2007; Cockayne et al., 2014; Furuya et al., 2015), estes não revelam diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo. A duração do acompanhamento da pessoa estende-se de 1 semana até 7 anos, embora a maioria dos estudos revela 12 meses de acompanhamento. Uma vez que os estudos incluídos nesta revisão apresentam grupos heterogéneos de doentes e distintas intervenções educacionais, vários resultados também foram encontrados.

Embora os resultados sugiram que as intervenções educacionais nos doentes com doença coronária têm um impacto positivo, nomeadamente através do aumento de conhecimentos e mudanças de comportamento, apenas seis artigos referem programas de intervenção educativa durante o internamento, o que demonstra que a evidência encontrada, no que respeita à implementação das intervenções durante a hospitalização, é limitada.

Verifica-se ainda que os estudos encontrados não relatam detalhadamente como as intervenções são concetualizadas, operacionalizadas e avaliadas, dificultando assim, reproduzir os programas. A literatura revela terminologia inconsistente relativamente ao conceito de autocuidado, apesar de ser consensual a importância das intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado.

Os programas de intervenção educacional desenvolvidos e implementados pelos enfermeiros têm um impacto positivo no desenvolvimento de competências de autocuidado na pessoa com doença coronária. No entanto, não são suficientemente conclusivos para responder à pergunta inicial que guiou esta revisão sistemática: Um programa de intervenção educacional promove o desenvolvimento de competências de autocuidado em doentes hospitalizados com doença coronária?

Conclui-se assim, da necessidade de mais estudos de investigação com metodologias comparáveis, amostras maiores, instrumentos de recolha de dados com qualidade psicométrica e abordagem longitudinal, para avaliar a eficácia dos programas de intervenção educacional durante a hospitalização.

Acrescentamos ainda, que no decorrer da revisão da literatura apresentada formularam-se as seguintes hipóteses para este estudo:

H1- Os doentes sujeitos ao programa educativo com intervenção de enfermagem, apresentam mais competências de autocuidado face aos doentes não sujeitos ao mesmo.

H2- Os doentes sujeitos ao programa educativo com intervenção de enfermagem, apresentam melhor qualidade de vida face aos doentes não sujeitos ao mesmo.

Esperamos assim, conhecer a existência de uma relação significativa entre um programa educativo, com intervenção de enfermagem, e o desenvolvimento de competências de autocuidado e a qualidade de vida.

## 4.2 - Construção e desenvolvimento do programa educativo

Ao longo dos anos os PRC foram evoluindo de forma a serem mais abrangentes, deixaram de incidir apenas na prevenção primária dando ênfase ao exercício físico, e passaram a integrar também a prevenção secundária com a componente de educação para a saúde. No entanto, alguns estudos demonstram que os doentes com SCA apresentam falta de conhecimentos relativamente à doença e tratamento, fatores de risco e comportamentos de mudança para um estilo de vida saudável (Baberg et al., 2005; Dracup et al., 2008; Moser, Dracup, & Marsden, 1993; Piepoli et al., 2016). Esta falta de conhecimentos e falta de consciencialização para alterar o estilo de vida, de forma a diminuir e evitar outros episódios cardíacos, constitui um problema frequente (Rodríguez, Rodríguez, & Hernández, 2005). Neste sentido, a pessoa após um SCA enfrenta vários desafios quanto à capacidade para gerir todo um regime terapêutico complexo, adaptação a um novo estilo de vida e adesão a um PRC.

A duração dos internamentos hospitalares são cada vez mais curtos e no caso concreto dos doentes cardíacos, isto deve-se muito ao alívio rápido dos sintomas, conseguido através de tratamentos mais eficazes, como é o caso da angioplastia coronária. Assim sendo, são necessárias intervenções precoces e compactas, pelo pouco tempo de contacto entre o profissional e o doente no contexto dos cuidados no hospital.

Os programas educativos no internamento têm como objetivo capacitar a pessoa para lidar mais eficazmente com o SCA no futuro ou seja após a alta hospitalar, para que as pessoas possuam um conjunto de conhecimentos sobre a doença, tratamento e estratégias de *coping* (Weibel, Massarotto, Hediger, & Mahrer-Imhof, 2016).

O processo de reabilitação pós-SCA deve implicar diversas alterações relativamente ao estilo de vida e controlo de fatores de risco modificáveis para um processo saudável de transição saúde /doença. Os enfermeiros têm a responsabilidade de prepararem os doentes para esta transição saudável, sendo agentes no processo de ensino-aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença. As intervenções de enfermagem têm como objetivo que a pessoa termine a transição de forma cómoda e mais capacitada para lidar com a sua condição, para assim prevenir complicações e promover a saúde no futuro (Meleis, 2010).

A escolha dos modelos e teorias para a construção do programa, resultou da identificação dos que melhor respondem aos comportamentos/habilidades e competências que se pretendem desenvolver na população alvo. A escolha baseia-se ainda no pressuposto de que o comportamento da pessoa resulta de decisões racionais cognitivas de modo a evitar complicações e minorizar a incapacidade. Assim, o quadro conceptual para o desenvolvimento do programa educativo assenta em duas teorias centrais para o exercício profissional de enfermagem: **i)** o Modelo Teórico das Transições (Meleis, 2010) e, **ii)** a Teoria do Autocuidado (Orem, 2001). Além destas teorias, o **PEpSCA-CARE** teve ainda a influência de algumas teorias focalizadas no ajustamento à doença e na mudança do comportamento, tais como: **iii)** a Teoria de Autoeficácia (Bandura, 1986; Bandura, 1997); **iv)** a Teoria de Autorregulação do comportamento da doença (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980); **v)** a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991b); **vi)** o Modelo das Crenças da Saúde (Becker, 1974); e, **vii)** Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (Prochaska & DiClemente, 1986).

#### **i) Modelo Teórico das Transições**

Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que mais contactam com as pessoas que vivenciam transições, este processo torna-se essencial para a prática de Enfermagem (Schumacher & Meleis, 1994).

A Teoria das Transições de Meleis permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição. É possível determinar orientações para a prática profissional, através de uma visão mais completa e aprofundada, colocando assim em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000).

A transição assenta em duas perspetivas teóricas: **i)** a do desenvolvimento ao longo da vida do indivíduo, no qual ocorrem eventos marcantes e; **ii)** nos eventos de vida que produzem desequilíbrio entre dois períodos de tempo estáveis (Murphy, 1990). Assim sendo, a transição é mais que um acontecimento, pressupõe uma reorganização e auto redefinição da pessoa para conseguir incorporar a mudança no seu quotidiano (Bridges, 2004; Kralik, Visentin, & Loon, 2006). Este processo requer tempo para que a pessoa possa alterar comportamentos e identidades, ou seja, uma vez iniciado o processo não há retorno à condição anterior (Kralik et al., 2006). A transição significa movimento e adaptação

para a mudança. É um ato consciente e querido que permite passar a um novo estado, que corresponda a adaptação, onde se reformulam objetivos, estabelecem relações e mudanças no estilo de vida.

A pessoa a recuperar de um SCA, encontra-se num processo de transição saúde-doença e, portanto, numa situação de fragilidade e maior vulnerabilidade. O enfermeiro deve ajudá-la a perceber e incorporar na sua vida mudanças que decorrem do seu estado de saúde, facilitando o processo de transição (Meleis et al., 2000). A preparação para a transição é considerada como uma terapêutica de enfermagem, sendo que a educação é fundamental para criar condições facilitadoras para que este processo se realize (Schumacher & Meleis, 2010).

Os fundamentos servem de base para o desenvolvimento e construção do programa educativo deste estudo, pois com ele conseguimos projetar e orientar as intervenções de enfermagem tendo em consideração os processos de transição quanto à natureza, às condições facilitadoras /inibidoras e aos padrões de resposta.

## **ii) Teoria do autocuidado**

O autocuidado representa um conceito central para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. Dorothea Orem, teórica de Enfermagem, define o autocuidado como sendo uma atividade aprendida pela pessoa em seu benefício próprio, com o objetivo de manter a vida, seu funcionamento e desenvolvimento. É uma ação apreendida pela pessoa no seu contexto sociocultural. Esta ação resulta de uma exigência sentida pelo próprio, ou observada por outro, que necessita do seu empenho (Orem, 2001). A pessoa tenta regular e controlar os fatores que afetam a sua vida, saúde e bem-estar, desenvolvendo comportamentos orientados para as situações que podem colocar em risco o seu equilíbrio. O autocuidado não é, portanto, uma ação inata, mas antes aprendida. No entanto, quando a pessoa é incapaz ou tem dificuldades em realizar os seus autocuidados de forma autónoma, os enfermeiros têm o dever de intervir, substituindo a pessoa no que ela não pode realizar ou ajudando-a através do apoio e da educação, proporcionando-lhe um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal (Orem,2001).

A mesma autora afirma que a pessoa é um todo integral e dinâmico que possui a capacidade de raciocínio e reflexão sobre o seu próprio estado de saúde, possuindo capacidade de aprendizagem e desenvolvimento. Quanto ao conceito de ambiente, este está centrado

na sociedade e representa um conjunto de fatores que influenciam a decisão da pessoa em realizar o autocuidado (Orem, 2001).

De forma a obter uma participação mais ativa na gestão da doença crónica, no caso específico da doença coronária, torna-se fundamental inculcar o sentido de responsabilidade na tomada de decisão sobre todo o processo de transição saúde-doença e desenvolver competências de autocuidado, como é o caso das pessoas com SCA. Para o seu desenvolvimento, as intervenções de enfermagem devem ir ao encontro das necessidades da pessoa e família, sem descurar o contexto ambiente onde estão inseridos, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida. A pessoa ao reconhecer o seu papel na gestão da sua doença, tornar-se mais autónoma nas atividades de autocuidado, contribuindo positivamente para a melhoria ou controlo da condição de saúde.

Estudos sobre pessoas com Insuficiência Cardíaca indicam que as limitações físicas, a falta de conhecimento, os constrangimentos financeiros, as dificuldades na obtenção de suporte social e emocional são os obstáculos mais importantes para o Autocuidado, além de situações múltiplas de cronicidade (While et al., 2009). Experimentam situações de grande fragilidade no relacionamento familiar, no exercício profissional e no desempenho em sociedade, devido à progressiva limitação da capacidade funcional (Oguz et al., 2008).

Considerando que as pessoas são capazes de envolver-se no seu autocuidado, mas que necessitam de um suporte educativo para entenderem os diferentes aspetos relacionados com o mesmo, os enfermeiros têm a função de ajudar durante a fase de recuperação, através do apoio na obtenção e recuperação de habilidades (Orem, 2001). Verificamos que esta teoria contribui para o desenho de intervenções de enfermagem que possam influenciar no desenvolvimento das respetivas competências.

### **iii) Teoria de autoeficácia**

A autoeficácia consiste “na crença do indivíduo sobre a sua capacidade para organizar e executar as ações requeridas nas situações futuras” (Bandura, 1995, p.2). Reporta-se a crenças pessoais acerca das capacidades para mobilizar a motivação, os recursos cognitivos e os cursos de ação necessários para se exercer controlo em acontecimentos que ocorrem ao longo da vida (Wood & Bandura, 1989). As crenças de autoeficácia ativam processos que controlam a forma como as pessoas utilizam os seus conhecimentos e capacidades (Bandura, 1997). Neste sentido, o sucesso de determinada tarefa depende também

da capacidade para exercer controlo sobre acontecimentos necessários para se atingirem os objetivos pretendidos (Wood & Bandura, 1989). As crenças ajudam a pessoa a lidar com uma realidade social que implica confronto constante com dificuldades, obstáculos e impedimentos (Bandura, 1997). Segundo o autor, a mudança de atitude conduz à modificação comportamental. No entanto, é imprescindível que haja estímulos para que a pessoa adira ao regime terapêutico (Riegel et al, 2009; Aguado et al, 2010; Gellis et al. 2012).

As estratégias de intervenção educativa utilizadas no **PEpSCA-CARE** foram sustentadas na teoria sociocognitiva, pelo impacto já documentado na aprendizagem (Bandura, 2004). As crenças de autoeficácia constituem um elemento importante, ao permitirem o controlo cognitivo, que se reflete na aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para a autogestão da condição crónica. A definição de metas a curto prazo e os incentivos motivadores, para o aumento da atividade, a resolução de problemas, a tomada de decisão, identificação de sintomas e interpretação das alterações no estado de saúde (Bandura, 1997), são aspetos relevantes na aprendizagem.

A crença de autoeficácia pode ser desenvolvida através da influência de diferentes experiências vivenciadas: a experiência de mestria; a experiência vicariante; a persuasão social e os estados fisiológicos e emocionais, conseguindo assim determinar como a pessoa se sente, pensa, motiva e comporta (Bandura, 1982). A experiência de mestria reflete aquilo que o doente está a vivenciar na transição saúde-doença relaciona-se com a aquisição de estratégias adaptativas que possibilitam o desempenho das atividades de autocuidado. Essa experiência anterior reflete-se na crença de eficácia pessoal e no envolvimento do processo de recuperação da autonomia. A experiência vicariante, relaciona-se com as semelhanças reconhecidas com modelos. O doente é levado a pensar que se os outros conseguem, ele também. A persuasão social está relacionada com a persuasão verbal, ou seja, com a importância da implementação de intervenções que levam a elogiar, encorajar e incentivar a pessoa durante o processo de recuperação. Podemos assim referir que as persuasões positivas vão encorajar e capacitar a pessoa enquanto, as negativas tendem a diminuir a crença de autoeficácia (Bandura, 1982,1986).

Assim, é importante o enfermeiro compreender a pessoa quanto ao nível de preparação, de conhecimento e sobre o potencial para adquirir capacidades, de modo a utilizar estra-

tégias adaptativas. O grau de preparação e conhecimento influencia o grau de envolvimento da pessoa para desenvolver atividades de autocuidado de forma autónoma. No entanto, é necessário que a pessoa se sinta preparada ou disponível para este processo.

#### **iv) Teoria de autorregulação do comportamento da doença**

O modelo de autorregulação é amplamente utilizado para a compreensão do processo de adaptação à doença. Baseia-se na compreensão das cognições sobre a doença e na sua relação com o *coping*, bem como na predição de fatores que influenciam na recuperação. Surge assim, de uma combinação da abordagem explicativa das representações cognitivas de doença, com os modelos de resolução de problemas (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001). A adaptação a uma doença específica resulta de um processo de resolução de problemas, no qual a decisão de realizar determinadas ações, reflete a representação de uma ameaça à saúde, da capacidade pessoal para a controlar e da experiência pessoal de custos e benefícios quanto à utilização de um determinado procedimento.

Esta abordagem tem sido utilizada em vários estudos no domínio da RC, mais concretamente com doentes pós-SCA. Verificou-se num estudo realizado em Portugal, que seis meses após um EAM, as cognições de doença tinham um papel preditivo na funcionalidade e nos hábitos de saúde das pessoas (McIntyre et al., 2004). Outros estudos sugerem que existe uma relação entre as cognições de doença e a recuperação pós-SCA (Petrie, Cameron, Ellis, Buick, & Weinman, 2002), tal como as crenças e fatores psicológicos (McKinley et al., 2009). As intervenções para a aprendizagem de competências de autorregulação podem ajudar os doentes na reabilitação pós-SCA, a reduzir os fatores de risco comportamentais e a facilitar a intenção de mudanças de estilo de vida (Sniehotta et al., 2005).

No desenvolvimento do **PEpSCA-CARE**, a influência do modelo de autorregulação esteve presente no ensino sobre a doença, os fatores de risco, as estratégias para a adoção de um estilo de vida mais saudável e no equilíbrio entre o aspeto cognitivo e emocional.

#### **v) Teoria do comportamento planeado**

No processo de mudança dos comportamentos de saúde, o planeamento atua como ponte de ligação entre as intenções comportamentais e o comportamento (Sniehotta et al., 2005). A teoria do comportamento planeado justifica a forma como as influências determinam a decisão da pessoa em relação ao desempenho de um determinado comportamento

(Ajzen,1991a).

Esta teoria tem como pressuposto que a intenção na ação é um fator determinante no comportamento da pessoa. Ela envolve, uma componente atitudinal que está relacionada com as crenças que a pessoa tem relativamente ao resultado do comportamento; envolve a pressão social exercida para ter determinado comportamento e ainda envolve o controlo comportamental percebido (Couro, 1998). Isto é, quanto maior for a intenção de realizar determinado comportamento, maior será a probabilidade de ele ser realizado. No entanto, a intenção só tem significado num comportamento se este for controlado voluntariamente pelo próprio. Deste modo, a realização do comportamento depende, da intenção e das crenças que a pessoa tem na sua capacidade para o realizar, ou seja, controlo comportamental (Ajzen, 1991a). Esta teoria constitui-se como um modelo preditivo dos comportamentos, pois combina as atitudes, com as intenções do comportamento, as informações sociais e a disponibilidade percebida do comportamento desejado.

A visão aqui apresentada influenciou as intervenções de modo a incluir estratégias para levar a pessoa após SCA, a desenvolver planos de contingência e a preparar-se para o desempenho adequado face a situações diferentes e mais difíceis. Quer isto dizer que se procurou influenciar as atitudes dos doentes em relação à mudança de comportamentos durante o ensino presencial com a enfermeira. No decorrer destes encontros, podem identificar-se dificuldades e soluções na adesão às medidas terapêuticas preventivas para uma reabilitação saudável e alerta-se para a necessidade da partilha da informação com os familiares e amigos (normas sociais).

#### **vi) Modelo das crenças da saúde**

O Modelo das crenças da saúde procura explicar o comportamento da pessoa no processo saúde, tendo por base o pressuposto de que para haver comportamentos preventivos em relação a determinada doença, a pessoa necessita acreditar que ela está suscetível àquela doença e que a mesma poderá afetar algum componente da sua vida. Também tem como pressuposto que para realizar ações preventivas ou modificar comportamentos, a pessoa tem de acreditar nos benefícios de tais mudanças. No entanto, existem barreiras psicológicas percebidas, capazes de impedir que a pessoa adote ações relacionadas com a prevenção de doenças, tais como os gastos financeiros, os esforços dispensados, o carácter

invasivo de procedimentos de diagnósticos/ terapêuticos, as situações que causam insatisfação e a dor (Rosenstock, 1990; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)

O modelo assume que a forma como a pessoa age em resposta a uma ameaça à sua saúde depende da percepção de suscetibilidade, ou seja, de acreditar que esse problema pode afetá-lo particularmente; da percepção de severidade, isto é, se percebe que pode ter consequências sérias e da percepção de benefícios, se acredita que o problema de saúde pode ser prevenido por uma ação (Rosenstock, 1974).

Esta abordagem tem sido amplamente utilizada para compreender o comportamento humano relacionado com a saúde e colocada em prática em programas de educação para a saúde (Janz & Becker, 1984). A pessoa deseja evitar a doença e as suas ações em resposta a uma ameaça para a saúde são baseadas nas crenças acerca da gravidade dessa mesma ameaça e nas atividades que são utilizadas para a combater. A realização das tarefas está relacionada com a autoconfiança que tem para desempenhar os comportamentos necessários, ao reconhecer a sua suscetibilidade, a severidade da ameaça à saúde e as consequências de agir ou não agir ( Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs, 2001).

Um estudo com doentes com o diagnóstico de EAM, demonstrou que o grupo submetido a uma intervenção informativa com os pressupostos do modelo das crenças da saúde, obteve ganhos psicossociais relativamente a algumas representações da doença e dos hábitos de saúde (Silva, 2007).

Considerando a importância dos conhecimentos acerca da saúde e doença, na adesão à RC (Sniehotta et al., 2005), e ainda que, as crenças e os falsos conhecimentos acerca do SCA influenciam na adaptação à doença e na adesão terapêutica (Foulkes, Johnston, & Robertson, 1993) a aplicação deste modelo no programa educativo do nosso estudo, é visível nos conteúdos dos ensinamentos sobre a patologia e a RC.

#### **vii) Modelo transteórico de mudança do comportamento**

No domínio da investigação, quando se analisa preditores de comportamentos relacionados com a saúde, sugere-se que a mudança de um comportamento inclua fases qualitativamente diferenciadas ao nível do seu conteúdo cognitivo (Michie & Abraham, 2004). Com base neste pressuposto, desenvolveram o modelo transteórico da mudança do comportamento, que apresenta duas componentes principais, as etapas de mudança e o processo de mudança (Prochaska & DiClemente, 1986)

Relativamente às etapas da mudança, é assumido que as pessoas evoluem ao longo do processo de adoção de determinado comportamento. As etapas compreendem cinco fases distintas: a pré-intenção, a intenção, a preparação, a ação e a manutenção. Na fase da pré-intenção a pessoa não considera a mudança; na fase de intenção, a pessoa considera a possibilidade de uma mudança, mas ainda não assumiu um compromisso, nem realizou um plano para a mudança; na fase de preparação a pessoa caminha para se envolver no comportamento, mas, ainda não realiza a ação. No entanto, tem disponibilidade para a realização de programas educativos, pois está mais recetiva para a mudança de comportamento (Lorig, 2001). Na fase de ação, ocorre a mudança comportamental, e se a mudança comportamental se mantiver estável por um período (dois meses), considera-se que está em fase de manutenção, ou pelo contrário, na de recaída (Prochaska & DiClemente, 1986). A diferença entre a ação e a manutenção é semelhante à diferença entre a ação e o hábito (Lorig, 2001)

Segundo este modelo é necessário definir a intervenção em termos do estado de comportamento que a pessoa se encontra. A mudança pode iniciar-se em qualquer fase do processo e evoluir ou retroceder a uma fase anterior. O Modelo transteórico de mudança do comportamento, possibilita a avaliação e a identificação das fases em que a pessoa tem mais sucesso (Lorig, 2001)

Neste contexto, as intervenções do **PEpSCA-CARE**, promovem a discussão antecipada entre os doentes e a enfermeira sobre as barreiras/obstáculos no compromisso com os objetivos, relativamente à alteração de comportamentos de risco e à promoção de comportamentos para a Saúde. É intenção do profissional dar a conhecer o que aconteceu, porque aconteceu e como agir para melhorar. Pretende também motivar a pessoa para querer agir a adaptar o comportamento.

### **Programa de intervenção educativa para doentes pós-SCA**

O processo educativo é necessário para a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências para o autocuidado. Nesta vertente, o objetivo é de consciencializar-se sobre o significado da doença e a importância de alterar estilos de vida e controlar fatores de risco modificáveis. Deste modo, foi criado um programa de intervenção educativa para

doentes pós-SCA (**PEpSCA-CARE**) com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências de autocuidado. Pretende-se que as ações a implementar neste contexto contribuam para uma maior participação na vida social, económica e cultural das comunidades onde se inserem e garantir melhorar a qualidade de vida.

A construção do programa educativo foi desenvolvida usando diretrizes do Manual de Reabilitação Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2013) e da American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing (2010).

A relação entre o enquadramento do programa educativo e os indicadores de resultado estão apresentados na Figura 5.

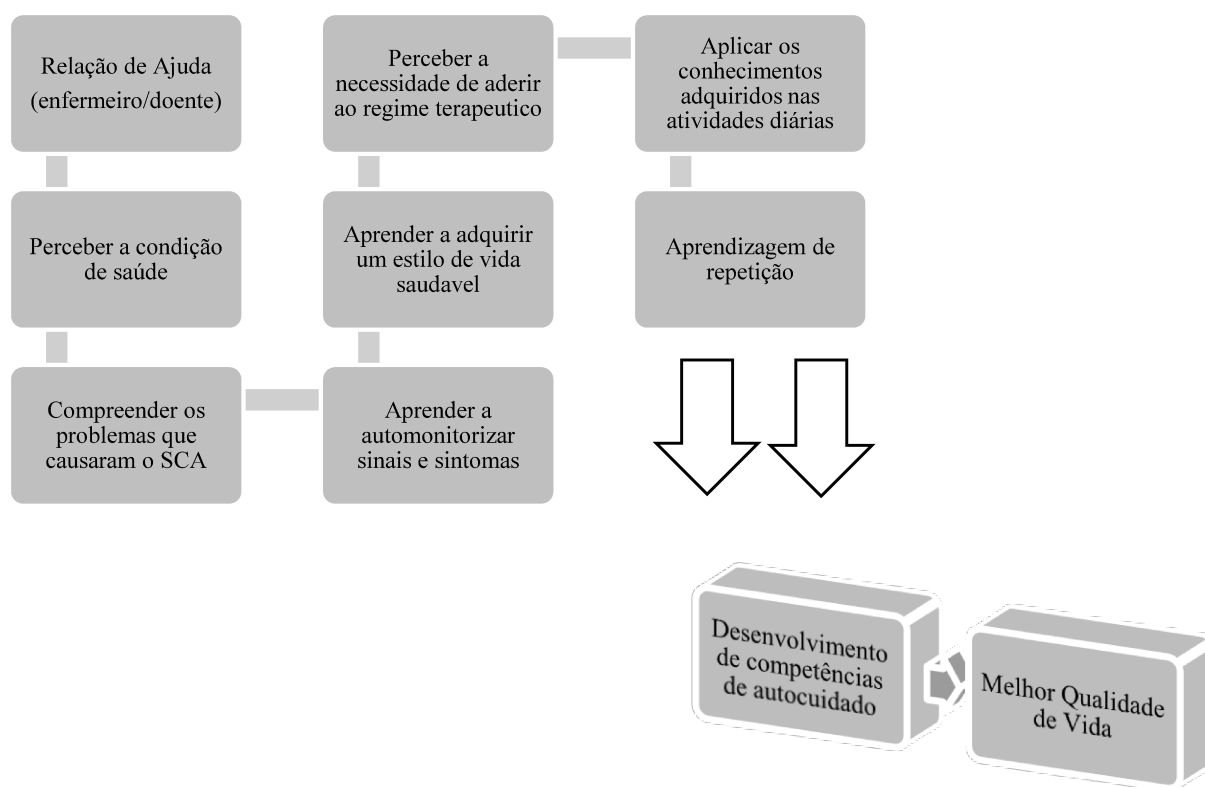


Figura 5 - Enquadramento do programa educativo e indicadores de resultado

No sentido de obter aprendizagens significativas para o desenvolvimento de competências, a implementação do programa foi realizada através de sessões educativas construí-

das de forma estruturada e sistemática. O plano formativo envolveu três áreas educacionais, considerando que no final do programa educativo o doente fosse capaz de: i) conhecer os riscos da doença cardíaca (área cognitiva); ii) compreender que ao modificar os seus comportamentos aumenta a sua qualidade de vida (área afetiva) e, na área psicomotora iii) saber como fazer para controlar os sinais e sintomas da doença cardíaca e saber como realizar os seus autocuidados mais instrumentais (Adams, 2015; Rice, Say, & Betihavas, 2018).

O **PePSCA-CARE** é constituído por 4 sessões educativas, com as seguintes estratégias pedagógicas: i) informação e transmissão de conhecimentos sobre a situação através de entrevistas com a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação; ii) transmissão de conhecimentos específicos recorrendo à visualização de um vídeo educativo; iii) verificação da informação retida e esclarecimento de dúvidas, usando uma *check-list* e, iv) verificação do conhecimento retido e informação sobre o desempenho de autocuidado e qualidade de vida auto reportada, com recurso ao telefone para entrevista de *follow-up*.

Dado que os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos e há a necessidade de repetir a informação para melhorar a aprendizagem e tendo em conta a importância do processamento da informação durante a intervenção educativa, recorreremos para o desenvolvimento do programa ao modelo teórico da aprendizagem social de Bandura e adaptamo-lo aos doentes pós-SCA (Quadro 1). Para que qualquer aprendizagem aconteça, inicialmente ocorre a fase da atenção, de seguida segue-se a fase de retenção que é caracterizada pelo armazenamento e a recuperação do que foi observado; posteriormente ocorre a fase de reprodução, nesta etapa o *feed-back* corretivo fortalece a reprodução do comportamento e, por fim, a fase de motivação em que a pessoa está motivada a desempenhar um certo tipo de comportamento (Bastable, 2010).

Quadro 1 - Fases de aprendizagem durante o PEpSCA-CARE (adaptado do modelo teórico da aprendizagem social de Bandura)

Processos Externos	Processos Internos				Processos Externos
<b>Diagnóstico SCA</b>	Autorregulação e Controle				
	<b>Atenção</b>	<b>Retenção</b>	<b>Reprodução</b>	<b>Motivação</b>	<b>Desempenho</b>
	Vídeo educativo hospitalar	Check-list	Contacto Telefónico	1 mês após a alta	Competencias de autocuidado
					Maior adesão ao regime terapêutico
				Melhor Qualidade de vida	

A primeira sessão é individual e realizada na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) 12 a 24 horas após o internamento e dependendo da estabilidade hemodinâmica do doente. É realizada uma entrevista pela enfermeira especialista de enfermagem de reabilitação e como recurso didático, optou-se pela visualização individual de um vídeo com os seguintes temas e conteúdos, observáveis no quadro abaixo:

Quadro 2 - Temas e conteúdos do recurso didático

Tema	Conteúdo
Funcionamento do Coração	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Como funciona o coração</li> <li>✓ Circulação Sanguínea</li> </ul>
O que é a doença Coronária	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Angina de Peito</li> <li>✓ Enfarte agudo do miocárdio</li> </ul>
Diagnóstico da doença coronária Avaliar o paciente cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eletrocardiograma</li> <li>✓ Holter</li> <li>✓ Análise ao sangue</li> <li>✓ Prova de esforço Clássica</li> <li>✓ Prova de esforço cardiorrespiratória</li> <li>✓ Ecocardiograma</li> <li>✓ Cintigrafia Cardíaca e Angio-Tac coronária</li> </ul>
Gestão terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Farmacológica</li> <li>✓ Não farmacológica</li> </ul>
Fatores de risco modificáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hipertensão arterial</li> <li>✓ Diabetes mellitus</li> <li>✓ Dislipidemias</li> <li>✓ Obesidade e síndrome metabólica</li> <li>✓ Tabagismo</li> <li>✓ Sedentarismo</li> <li>✓ Stress, depressão e ansiedade</li> </ul>
Estilo de vida saudável	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atividade física</li> <li>✓ Fatores psicológicos</li> <li>✓ Hábitos alimentares</li> <li>✓ Atividade sexual</li> </ul>

Considerando a UCIC como um ambiente clínico onde os enfermeiros têm, por vezes, falta de tempo para implementar intervenções educativas, a utilização do vídeo como recurso didático contribui para um acesso fácil a conteúdos, instruções padronizadas, uso repetido e gestão eficaz do tempo. Além de que a informação de saúde não sistematizada, transmitida verbalmente pelos enfermeiros e outros profissionais pode ser inconstante e inconsistente (Fredyshin et al.,2005; Varma, 2010). Quer isto dizer que se o conteúdo formativo não estiver definido nem os meios identificados, corremos o risco de deixar ao acaso a aquisição do comportamento. Neste contexto também a teoria da aprendizagem social de Bandura tem sido citada por vários autores sobre eficácia dos vídeos na promoção de saúde (Krouse ,2001; Mahabee-Gittens et al. 2010). Estes autores referem que os vídeos podem ser usados para promover a literacia de adultos e estimular a aquisição de comportamentos saudáveis. Krouse (2001) refere que o enquadramento teórico da autoeficácia, ajuda na compreensão do papel dos vídeos na educação para a saúde. A pessoa terá um determinado comportamento se acreditar ser capaz de o desenvolver ou de desempenhar e se obter benefícios.

Perante estes pressupostos, foram considerados para a conceção do vídeo educativo: revisão da literatura, opiniões de especialistas na área cardíaca e a realização/filmagem. O desenvolvimento deste processo teve três etapas: na primeira etapa, elaborou-se um plano com as temáticas a abordar, na segunda etapa pedimos uma análise ao plano pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação na área da reabilitação cardíaca e após a opinião da perita sobre os temas que seriam abordados no vídeo educativo, procedeu-se a gravação.

A segunda sessão em grupo é realizada no dia seguinte, e tem como objetivos identificar os conhecimentos do doente relativamente aos conteúdos expostos no vídeo e esclarecimento de dúvidas. Optamos por utilizar esta estratégia, dado que a as crenças relativamente à doença além de decorrerem da vivência pessoal também decorrem da vivência social (Sousa, 2015). Segundo, Loring e Holman (2003), a persuasão social pode melhorar a perceção de autoeficácia. Durante a sua realização, fomenta a partilha de dúvidas, ideias e experiências. Estas sessões devem ser constituídas por pequenos grupos de modo a não prejudicar o processo de ensino-aprendizagem e também devido às condições existentes no serviço de cardiologia.

A terceira sessão decorre no dia da alta hospitalar e aplica-se uma *check list* com os conteúdos do vídeo (Anexo I). Considerando que a *check list* tem como finalidades: i) organizar e sistematizar a informação para que a enfermeira possa identificar dificuldades e, ii) servir de folheto para orientação do doente quando este tiver dúvidas no domicílio, a enfermeira colaboradora deve preencher e entregar ao doente antes de abandonar o serviço.

A quarta e última sessão é realizada no contexto extra-hospitalar, um mês após a alta e tem como objetivo a monitorização do doente e o reforço da informação. Recorre-se a um guião no sentido de avaliar as competências de autocuidado auto relatadas quanto aos conhecimentos sobre a doença; às AIVD'S; à autovigilância; à autoeficácia e à gestão do regime terapêutico (gestão alimentar, medicamentosa, atividade física e controlo dos FRCV) e a qualidade de vida do doente pós SCA. Optou-se por realizar esta sessão em contexto pós – alta, pois estudos como os de Grant, Graven, & Fuller (2018) relatam que os doentes cardíacos têm dificuldades em identificar e gerir sinais e sintomas relacionadas com a doença cardíaca, dificuldade na adesão à terapêutica, dificuldades na realização das AVD'S e ainda problemas na gestão de questões interpessoais.

Devido à dispersão geográfica da área de afluência do hospital, esta sessão realiza-se via telefone. O acompanhamento por telefone é visto como um bom meio de troca de informações, fornecendo educação e aconselhamento sobre a saúde, reconhecendo as complicações precocemente, garantindo tranquilidade e prestando serviços de pós-tratamento de qualidade. Ao mesmo tempo, os enfermeiros podem detetar condições anormais e implementar ações eficazes para ajudar complicações.

Cada fase do programa tem objetivos específicos, bem como estratégias diferentes de atuação, a Figura 6 sumariza essas fases desenvolvidas.

(PEpSCA-CARE)

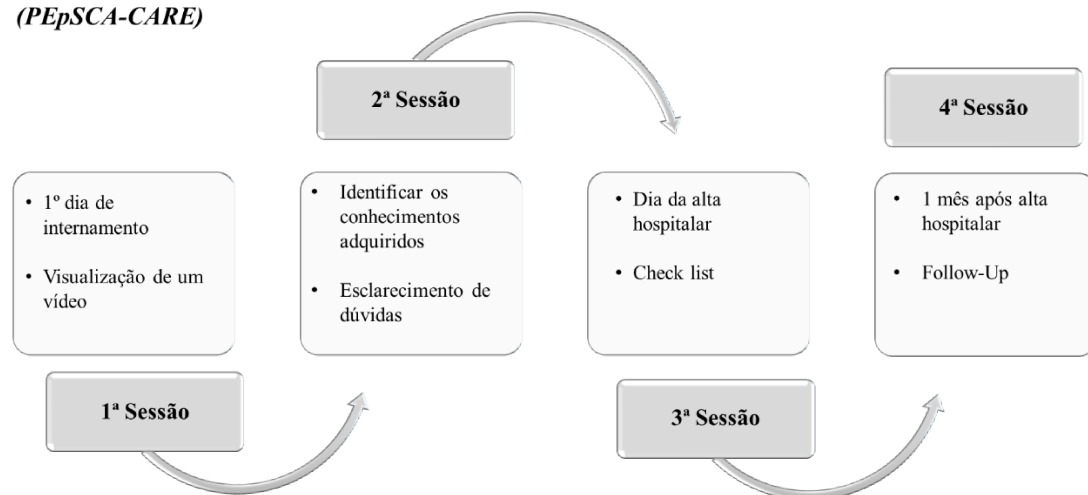


Figura 6 - Fases desenvolvidas durante o PEpSCA-CARE

Atendendo à noção de competência segundo Le Boterf (2005), como uma articulação de diferentes domínios: i) dos saberes à ação (a competência não se reduz ao domínio dos conhecimentos, capacidades, destrezas e técnicas, mas sim, de saber mobilizar); ii) do sujeito e do conteúdo (a competência só pode ser entendida por referência ao sujeito e ao contexto onde este se situa); iii) do saber-integrar (a competência combina diversos elementos que se conjugam para a realização de uma tarefa ou resolução de um problema); iv) da responsabilidade e v) do individual e do coletivo (a competência deve ser entendida numa perspetiva individual que comporta uma vertente coletiva). A competência é entendida como o agir face a situações complexas, perante as quais é necessário tomar decisões e resolver problemas através da mobilização de um conjunto de recursos (Perrenoud, 1999; 2000). Para Le Boterf (2003) possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente, ou seja, muitas pessoas podem ter conhecimentos e/ou capacidades e não saberem mobiliza-los de forma pertinente no momento certo. Neste sentido, a competência assenta também, na necessidade de desenvolver pessoas autónomas, capazes de agir por si, em contextos sociais distintos (Perrenoud, 2001). A autonomia é fundamental em termos de educação e desenvolvimento.

Considerando os pressupostos antes apresentados o **PEpSCA-CARE** tem como objetivo geral, o desenvolvimento das competências de autocuidado. As quatro sessões facultaram momentos para a motivação intrínseca, aprendizagem e promoção à reflexão sobre o aprendido.



## **CAPÍTULO V – REFLEXOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO: ESTUDO 2**

Este capítulo apresenta os aspetos do ponto de vista metodológico que orientaram o estudo. Tendo em conta a definição da problemática, procurámos descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação, relativamente às técnicas e métodos adotados. Enquadrada pela problemática em estudo e depois de apresentarmos no capítulo III a sua contextualização, a finalidade, os objetivos e as hipóteses, neste capítulo apresentamos o desenho de investigação esquematizado.

Explicitamos a caracterização dos participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha e análise de dados e por fim os procedimentos éticos.

### **5.1- Desenho de investigação**

O desenho de investigação é um plano lógico delineado para encontrar respostas às questões de investigação (Polit & Beck, 2014). Relembramos assim a questão de investigação que orienta o estudo: Qual o impacto de um programa educativo de reabilitação cardíaca no desenvolvimento de competências de autocuidado e na qualidade de vida, em pessoas pós síndrome coronário agudo?

Investigar se a implementação de um programa de intervenção educativa poderá contribuir para o desenvolvimento de competências de autocuidado e melhor qualidade de vida do doente pós-SCA, constitui o ponto de partida para esta investigação que pretende dar resposta a um objetivo geral: Avaliar o impacto de um programa de intervenção educativa, implementado durante o período de internamento pós-SCA, no desenvolvimento de competências de autocuidado e qualidade de vida.

A fim de dar cumprimento a este objetivo *major*, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver e implementar um programa de intervenção educativa no desenvolvimento de competências de autocuidado e qualidade de vida, durante o período de internamento pós-SCA;

- Usar os resultados obtidos no sentido de propor linhas de intervenção de enfermagem no âmbito educativo, aplicáveis durante o período de internamento pós-SCA.

Num primeiro momento, é nosso propósito analisar e avaliar o conhecimento e a capacidade da pessoa gerir a sua condição de saúde, controlar os sintomas e aderir aos tratamentos prescritos, além de medir a funcionalidade instrumental de atividades da vida diária. Assim sendo, utilizou-se um plano correlacional em que os dados foram colhidos sem manipulação nem intervenção por parte do investigador.

Num segundo momento, pretendemos analisar e avaliar as mesmas variáveis e cumulativamente avaliar a qualidade de vida e o impacto decorrente da intervenção educativa.

Pretendemos identificar (deliberadamente) o impacto da intervenção educativa nas variáveis dependentes, sem, todavia, “conseguir controlar e manipular de forma sistemática tratando-se então, de um estudo quasi-experimental” (Fortin, 2009, pg 190). Na verdade, neste estudo não é possível distribuir aleatoriamente os elementos pelos grupos porque não se controla as características dos elementos nem a sequência com que integram grupo experimental e o controlo. O incidente cardiovascular é um acontecimento agudo e por isso imprevisível.

Podemos ainda referir a sua aproximação a um desenho de séries temporais interrompidas com grupo testemunho não equivalente por “permitir identificar as diferentes tendências em cada grupo após a intervenção e a persistência no tempo dos efeitos da intervenção” (Fortin, 2009, pg 196).

Na Figura 7 podemos observar sinteticamente o desenho de investigação quanto à metodologia, amostra, variáveis, instrumentos e métodos para colheita de dados e tratamento dos dados.

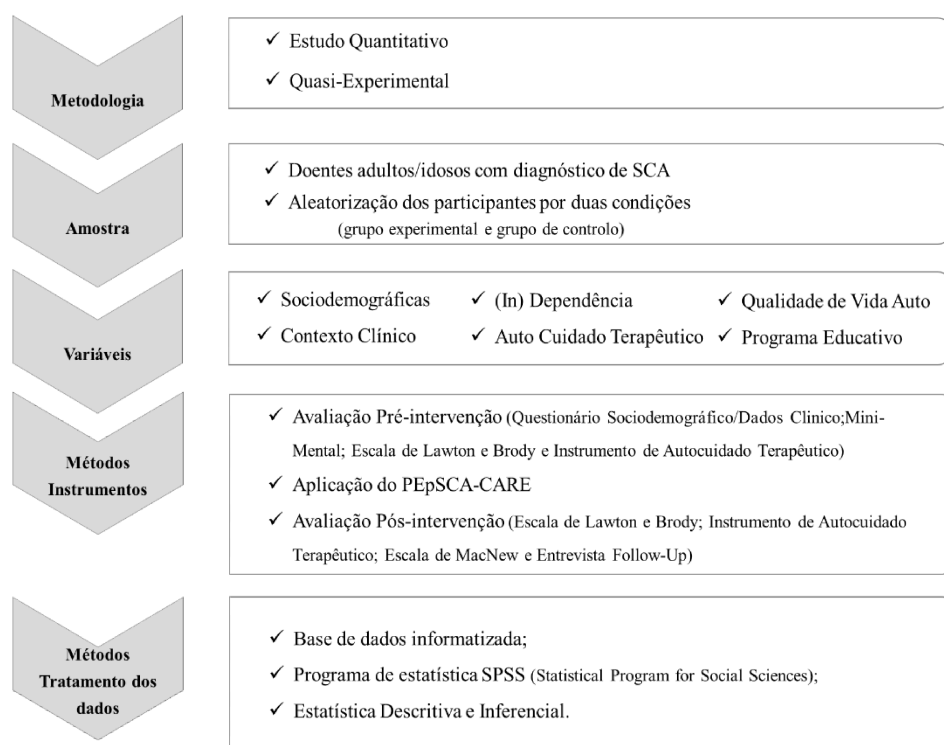


Figura 7- Desenho de investigação

Sendo uma investigação do tipo quasi-experimental, segue os métodos de análise quantitativa de forma a garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação (Polit & Beck, 2014).

## 5.2 – Participantes

Considerando que a nossa investigação insere-se no contexto de estudos no âmbito da saúde (Pais-Ribeiro, 2010), recorreremos a uma amostra não probabilística do tipo sequencial e temporal. Constituída por doentes adultos/idosos, diagnosticados com SCA (enfarte agudo do miocárdio / angina de peito instável), em regime de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronária / Serviço de Cardiologia de um hospital da região norte de Portugal.

Como critérios de inclusão no estudo, foram definidos os seguintes:

- Participantes (doentes) internados com o diagnóstico médico de Síndrome Coronário Agudo;
- Falar e compreender Português;
- Possuir capacidade cognitiva e verbal preservada
- Aceitar participar no estudo, depois de devidamente informados da natureza e objetivos do mesmo.

Dado a natureza do estudo foram constituídos dois grupos: o experimental (GE), exposto ao programa de intervenção educativo e o de controlo (GC) que não foi exposto ao programa. No entanto, deparamo-nos com a impossibilidade da randomização dos grupos. Não se consegue garantir outras características comuns como a idade, sexo, entre outras, pela imprevisibilidade de episódio de doença aguda. Também porque, considerando a organização da UCIC e do Serviço de Cardiologia os participantes no estudo encontram-se no mesmo espaço/enfermaria que os não participantes, ou seja, se a randomização fosse a escolha, os participantes do GC assistiam à intervenção educativa aplicada ao colega do lado (GE). De forma a resolver este problema optamos pelo método da série consecutiva, isto é, a intervenção educativa é testada de forma não paralela (Burns & Grove, 2017). Durante o período de 1 semana o GE foi sujeito à intervenção educativa, na semana seguinte o GC foi sujeito aos cuidados habituais e assim sucessivamente. Apesar da não randomização, este método permite a mesma probabilidade de o doente ser incluído num dos grupos (Hulley et al.2008). O quadro 3 demonstra a distribuição dos grupos pelas semanas/meses.

*Quadro 3 - Distribuição dos participantes pelos grupos experimental e controlo*

	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
<b>1ª Semana</b>	Experimental	Controlo	Experimental	Controlo	Experimental
<b>2ª Semana</b>	Experimental	Controlo	Experimental	Controlo	Experimental
<b>3ª Semana</b>	Controlo	Experimental	Controlo	Experimental	Controlo
<b>4ª Semana</b>	Controlo	Experimental	Controlo	Experimental	Controlo

Atendendo ao facto de todos os participantes serem incluídos na Fase I do Programa de Reabilitação Cardíaca houve a possibilidade de ter um grupo de controlo sem constrangimentos éticos e deontológicos.

Para a definição do tamanho da amostra optou-se pela regra do polegar que segundo Hill & Hill (2008), consiste em estimar o tamanho mínimo da amostra para que se possa efetuar uma análise estatística adequada e realizar os testes que se deseja (ex.: o teste t para duas amostras independentes deve possuir no mínimo 30 casos).

### 5.3 – Variáveis e instrumentos de medida

As variáveis em estudo nesta investigação foram selecionadas com base na revisão da literatura e são definidas no quadro 4, bem como a sua operacionalização.

*Quadro 4 - Variáveis e operacionalização*

Variáveis	Operacionalização
<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>Questões de caracterização sociodemográficas</b>
Sexo	Feminino/Masculino
Idade	Anos
Estado civil	Casado/União de facto; Solteiro; Viúvo; Divorciado
Escolaridade	Sem; 1º Ciclo; 2º Ciclo; 3º Ciclo; Ensino Secundário; Ensino Superior
Atividade profissional	Trabalhador Ativo; Reformado; Desempregado; Outro
Local de residência	Área urbana; Área rural
Residência	Casa; Apartamento; Lar ou Outra instituição similar
Internet como Fonte de Informação	Sim; Não
Com quem vive	Sozinho; Cônjuge/companheiro; Cônjuge/companheiro/filhos; Filhos; Outros Familiares; Amigos; Pessoas da instituição
Caso viva sozinho (a) e necessite de ajuda para fazer as atividades do dia-a-dia, a quem recorre	Companheiro; Filhos; Vizinho; Amigo; Instituição; Ninguém; Não tem apoio
<b>Variáveis Clínicas</b>	<b>Consulta do Processo Clínico</b>
Diagnóstico médico	Enfarte Agudo do Miocárdio; Angina de Peito (Instável)
Procedimentos médicos invasivos	Intervenção Coronária Percutânea; Cirurgia Coronária
Duração do internamento na UCIC	Dias
Duração do internamento no Serviço de Cardiologia, excluindo a UCIC	Dias
Fatores de Risco	História familiar; Hipertensão; Diabetes; Dislipidemia; Consumo de tabaco; Consumo de álcool; Obesidade; Doença Coronária
Após o início dos sintomas, tempo decorrido antes de procurar cuidados de saúde:	Menos de 2 horas; De 2 a 12 horas; Mais de 12 horas
Função ventricular no momento da alta	Normal; Ligeira/moderada; Disfunção
Indicação Médica para Frequentar um Programa de Reabilitação Cardíaca	Sim; Não
<b>Variáveis Específicas</b>	<b>Aplicação de instrumentos:</b>
<b>Grau de Dependência</b>	Engloba questões relacionadas com o grau de dependência na realização das atividades instrumentais de vida diárias - <u>Escala de Lawton e Brody – Atividades Instrumentais de Vida</u>
<b>Auto Cuidado Terapêutico</b>	Engloba questões relacionadas com as atividades de autocuidados face à atual situação de saúde - <u>Instrumento de Autocuidado Terapêutico</u>
<b>Qualidade de Vida</b>	Engloba questões relacionadas com a perceção do doente sobre a sua qualidade de vida - <u>Escala de MacNew – Qualidade de Vida do Doente Cardíaco</u>

Em seguida, são descritos os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo.

#### **5.4– Protocolo de recolha de dados**

Existe uma grande variedade de técnicas e instrumentos de recolha de dados, sendo da responsabilidade do investigador escolher o mais adequado atendendo: à natureza do problema, aos objetivos e tipo de estudo, ao nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, à possibilidade de obtenção de medidas adequadas às definições conceptuais, à fiabilidade e à validade dos instrumentos de medida.

O protocolo de recolha de dados junta as distintas variáveis na seguinte sequência: características sociodemográficas e clínicas e as escalas que medem as variáveis mais específicas. As escalas são as seguintes: i) Mini - Exame do Estado Mental (*Mini Mental State Examination*); ii) Escala de Lawton e Brody – Atividades Instrumentais de Vida (*Instrumental Activities of Daily Living*); iii) Instrumento de Autocuidado Terapêutico (*Therapeutic Self-Care Scale*); iv) Escala de MacNew – Qualidade de Vida do Doente Cardíaco (*MacNew Quality of Life After Myocardial Infarction Questionnaire*).

No âmbito da problemática do estudo optamos por instrumentos que avaliem as características sociais e funcionais, as competências de autocuidado e a qualidade de vida, antes e após um programa de intervenção educacional. Elaborou-se o questionário de caracterização sociodemográfica, características clínicas e um guião de entrevista telefónica de acompanhamento (*follow-up*) e, serão aplicados as versões portuguesas dos questionários: i) Mini - Exame do Estado Mental; ii) Escala de Lawton e Brody – Atividades Instrumentais de Vida); iii) Instrumento de Autocuidado Terapêutico e; iv) Escala de MacNew – Qualidade de Vida do Doente Cardíaco (Anexo II).

#### **Formulário de caracterização sociodemográfica**

O formulário de caracterização sociodemográfica é constituído por dez variáveis e foi desenvolvido com o objetivo de recolher dados demográficos e sociais dos doentes com SCA (Anexo II). Tendo em consideração que pode haver níveis de baixa literacia na

amostra selecionamos o formulário porque permite que a aplicação seja feita pelo enfermeiro colaborador.

### **Características relacionadas com o episódio de doença**

De forma a caracterizar a condição de saúde da pessoa, procedeu-se à consulta do processo clínico. Foi recolhida informação relativamente às variáveis clínicas (Anexo II).

### **Estado Cognitivo**

*O Mini Mental State Examination (MMSE)*, elaborado por Folstein et al. (1975), é um instrumento frequentemente utilizado para avaliação do estado cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). O objetivo inicial do MMSE era facilitar o diagnóstico diferencial de doentes psiquiátricos hospitalizados (transtornos funcionais versus orgânicos).

A pontuação do MMSE pode variar entre os 0 e os 30 pontos, correspondendo o valor máximo ao melhor desempenho na prova, isto é, ausência de deterioração cognitiva. A pontuação neste teste é dada pela atribuição de 1 ponto por cada resposta correta. O instrumento é constituído por cinco domínios diferentes: concentração/ memória de trabalho; linguagem e praxias; orientação; memória; atenção. Na escala, estes domínios estão organizados em 6 áreas, que se apresentam da seguinte forma: i) Orientação -10 pontos; ii) Memória (retenção) – 3 pontos; iii) Atenção e Cálculo – 5 pontos; iv) Memória: (evocação) – 3 pontos; v) Linguagem – 8 pontos; vi) Habilidade construtiva bidimensional – 1 ponto.

Guerreiro et al. (1994) traduziram e validaram a escala para a população portuguesa, tendo em consideração a idade e escolaridade dos sujeitos. Considera-se para pessoas com idade superior a 40 anos que há défice cognitivo nas seguintes situações: pontuações  $\leq 15$  para a população analfabeta;  $\leq 22$  para população com 1 a 11 anos de escolaridade e  $\leq 27$  para a população com mais de 11 anos de escolaridade.

### **(In) Dependência nas atividades de vida diária**

A *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) elaborado por Lawton & Brody (1969), foi desenvolvido com o objetivo medir a incapacidade nos idosos e servir para planejar e avaliar intervenções.

Este instrumento mede a funcionalidade instrumental de oito atividades da vida diária e permite avaliar os diferentes níveis de desempenho nas seguintes atividades: usar o telefone, fazer compras, cozinhar, fazer a lida da casa, tratar da lavagem da roupa, deslocar-se, ser responsável com os próprios medicamentos e tratar das finanças. A pontuação desta escala é feita de acordo com os níveis de desempenho descritos em cada item que podem pontuar de 0-2; 0-3; e 0-4. No nosso estudo a pontuação de máxima independência é de 23 pontos e totalmente dependente é de 0 pontos. Segundo Botelho (2005), a maior desvantagem desta escala deve-se ao facto de algumas das atividades avaliadas poderem ser influenciadas pela cultura e género. Temos por exemplo a limpeza da casa, que em algumas sociedades são tarefas realizadas exclusivamente pelas mulheres. Neste caso é questionada a capacidade para fazer.

Araújo et al. (2008), analisaram a qualidade da escala pontuada na forma original (0 ou 1) e na versão alternativa, obtendo os valores de alfa de *Cronbach* 0.91 e 0.94, respetivamente. Estes autores traduziram e validaram a escala para a população portuguesa.

### **Autocuidado terapêutico**

A *Therapeutic Self-Care Scale* (TSCS), elaborado por Doran et al. (2005) e desenvolvida com o objetivo de avaliar a capacidade de autocuidado em contextos de tratamento agudo. Esta escala avalia a capacidade da pessoa para desempenhar quatro categorias das atividades de autocuidado: tomar a medicação da forma como foi prescrita pelo médico; identificar e gerir os sintomas; realizar as atividades de vida diária e gerir as mudanças no estado de saúde (Cardoso, Queiros, Ribeiro, & Amaral, 2014). A inclusão no estudo torna mais visível o desempenho em cuidados mais particulares. A pontuação máxima é de 60 pontos e corresponde a um alto nível de desempenho no autocuidado terapêutico.

A versão original do instrumento de Doran et al. foi traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Fontes Ribeiro & Amaral (2014), e mostra

muito boa consistência interna (alfa de *Cronbach* 0.979), relativamente à consistência interna do estudo original (alfa de *Cronbach* 0.93). A versão portuguesa tem a singularidade de se aproximar mais aos pressupostos de Orem, com uma visão menos fragmentada da aquisição de competências, relativamente à versão original do instrumento. A Escala de autocuidado terapêutico contém 12 questões para serem respondidas em forma de escala de tipo Likert cotadas entre 0 e 5 pontos, em que 0 corresponde a “não sei ou não consigo” e 5 a “sei ou consigo” em relação ao nível de conhecimento por parte da pessoa sobre um conjunto de situações relacionadas com a gestão do autocuidado terapêutico (Cardoso et al., 2014).

### **Qualidade de vida**

A *MacNew Quality of Life After Myocardial Infarction Questionnaire* (QLMI) elaborado por Lime et al. (1993) é uma versão modificada da escala *Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire*. Foi desenvolvido para avaliar os sentimentos dos doentes que sofreram um infarto agudo do miocárdio e que frequentavam um PRC, em relação a questões e preocupações identificadas em domínios físicos, psicológicos e sociais. Olbridge (2013) refere que a escala MacNew QLMI é um instrumento de avaliação da qualidade de vida específico, mas que pode ser utilizado noutras patologias cardíacas como a Angina e a ICC. Avalia a perceção da qualidade de vida em quatro domínios.

Com um total de 27 itens, a escala MacNew QLMI que além de quantificar o total da QV global da pessoa, permite ainda obter o total da pontuação por domínios: emocional, social e físico. O domínio emocional refere-se à satisfação com a vida pessoal e à autoconfiança, o domínio social integra as atividades sociais e o relacionamento enquanto o domínio físico inclui a existência de dor ou de limitação para realizar atividades (Matos, 2001).

As questões estão formuladas numa escala tipo *Likert*, com sete respostas possíveis, em que o 1 representa o nível mais baixo de perceção e o 7 o nível mais elevado na QV. O score resultante do questionário é calculado através da média de todos os itens e isto para o total da QV. Relativamente aos domínios considerados passa-se da mesma forma, ou seja, é obtida a média das respostas consideradas em cada domínio. Para apresentação e interpretação dos resultados, a variável qualidade de vida – QV, será agrupada nos seguintes intervalos: 1 a 3, 3 a 5 e 5 a 7. Os doentes cuja média se situa no intervalo 1 a 3

têm pior QV, considera-se moderada QV os doentes cuja média se situe entre os 3 e 5, e elevada QV para os doentes com média do QLMI entre os 5 e 7 pontos.

A validação da versão do MacNew QLMI para a população portuguesa por Leal et al. (2005), envolveu um estudo com 150 doentes com diagnóstico de SCA. Foi aplicada no início do estudo e depois a 48 doentes clinicamente estáveis, 2-3 semanas mais tarde. Um *coorte* de 50 doentes diferentes completou o questionário antes e depois de um PRC. O estudo concluiu que a versão portuguesa do questionário MacNew QLMI é um instrumento fiável, com uma muito boa consistência interna ( $\alpha=0.979$ ), válido e moderadamente responsivo para avaliar a QV após o diagnóstico de SCA (Leal et al., 2005).

### **5.5 – Procedimentos de recolha e análise de dados**

A realização do estudo careceu da autorização do Comissão de Ética, Conselho de Administração e a Direção Médica da instituição (Anexo III) onde se clarifica o objetivo do estudo, a população alvo e se garantia o respeito pelos ditames éticos.

Após deferimento, procedeu-se à marcação de uma reunião com o Diretor Clínico da UCIC/Cardiologia, Enfermeiras Chefes e a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, para clarificar o estudo e solicitar colaboração.

Posteriormente, realizou-se formação aos colaboradores e foi feito pré testagem dos questionários, da *check-list* e do vídeo em dois doentes que não integraram a amostra. Este pré teste serviu para verificar a clareza e compreensão dos conteúdos.

Apesar dos participantes se encontrarem numa UCIC o espaço proporcionou privacidade para a aplicação dos questionários da fase de pré-intervenção. A UCIC aparenta uma configuração *open space*, no entanto, cada doente tem um espaço individual, isolado por vidro.

Entre as 12 e as 24 horas após o episódio de doença, é feita a apresentação do profissional e do estudo e recebido o consentimento informado do doente para participar, formalizado pela sua assinatura num proforma específico (Anexo IV). É avaliado o estado cognitivo do doente, através do MMSE e aqueles que apresentam défice cognitivo são excluídos do programa. Aos doentes que pertencem ao GE a enfermeira especialista em enfermagem

de reabilitação dá início ao programa educativo explicando à pessoa o que se vai passar e, começa a visualização do vídeo educativo na UCIC. Realçamos que cada doente tinha à disposição um LCD.

O Quadro 5 mostra quais os instrumentos aplicados e quando foram aplicados. Identificámos os dois momentos distintos que correspondem ao internamento na UCIC e Serviço de cardiologia - avaliação pré-intervenção educativa e um mês após alta hospitalar - avaliação pós-intervenção.

*Quadro 5 - Instrumentos aplicados na avaliação pré-intervenção e pós-intervenção*

Instrumentos por momentos de avaliação	Avaliação pré-intervenção	Avaliação pós-intervenção
Questionário Sociodemográfico	✓	
Questionário Dados Clínicos	✓	
Mini- Exame do Estado Mental	✓	
Instrumento de Autocuidado Terapêutico	✓	✓
Escala de Atividades Instrumentais de Vida	✓	✓
Qualidade de Vida do Doente Cardíaco		✓

Era comunicado aos doentes de ambos os grupos, que aceitaram integrar o estudo, que seriam contactados telefonicamente pela investigadora um mês após a alta, para a realização de uma entrevista sobre o seu estado e bem-estar. As entrevistas telefónicas realizadas eram estruturadas, tendo um conjunto de perguntas pré estabelecidas (Anexo V), uma vez que pretendíamos obter dados mais sistemáticos e conclusões mais gerais. Nessa avaliação são aplicados novamente as seguintes escalas Instrumento de Autocuidado Terapêutico; Escala de Atividades Instrumentais de Vida e MacNew Qualidade de Vida do Doente Cardíaco para saber qual o impacto do programa através das variáveis em estudo. Os detalhes do protocolo de intervenção encontram-se no capítulo anterior.

No tratamento dos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e inferencial. O tratamento estatístico efetuado informaticamente recorreu, principalmente, ao *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, na versão 23 de 2016, e ainda foi utilizado o programa *Excel do Microsoft Office 2013*.

As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficientes (*Alpha de Cronbach* e de

*Spearman*) e testes estatísticos (teste do Qui-quadrado, teste exato de *Fisher*, teste U de *Mann-Whitney*, teste *Wilcoxon*, teste da significância do coeficiente de correlação de *Spearman* e teste *Shapiro-Wilk*, como teste de normalidade).

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco & Garcia-Marques (2006) e Pestana & Gageiro (2014). A opção por testes não paramétricos justifica-se, principalmente, pelo facto de a maior parte das variáveis quantitativas em estudo não apresentar distribuição normal.

Para todos os testes foi fixado o valor 0.05 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, quando  $p < 0.05$ , ou seja,  $p < 5\%$ .

## **5.6 – Procedimentos éticos**

Quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigação científica é necessário ter em consideração a proteção dos seus direitos. Deste modo, tomamos em linha de conta os princípios éticos corporalizados na autonomia, no anonimato das fontes, na confidencialidade dos dados e intimidade.

Após análise e parecer do projeto à Comissão de Ética, Conselho de Administração e a Direção Médica da instituição onde pretendíamos implementar o programa de intervenção, iniciamos o estudo. Os participantes foram elucidados quanto à natureza e objetivos do estudo, numa linguagem simples e acessível, bem como explicitada a finalidade do estudo, a forma de tratamento e publicação dos resultados. O investigador responsabiliza-se por manter a confidencialidade dos dados e o anonimato dos intervenientes no estudo. Foi apresentado ao participante um modelo de consentimento para que expresse a sua intenção de participar na investigação. Foram informados que as conclusões da investigação estarão ao dispor de todos os participantes da amostra, se o entenderem. Os participantes foram também informados de que a qualquer momento poderiam deixar de integrar o estudo, sem haver repercussões negativas para eles.

Para o desenvolvimento da investigação consideramos as normas éticas inerentes ao protocolo de Helsínquia. Todos os dados foram sujeitos a codificação de forma a proteger a informação clínica dos participantes, pelo que se procedeu a uma substituição aleatória dos números do episódio de internamento por um outro número de identificação, impedindo qualquer possibilidade futura de extrair relações dos dados com a sua origem individual. Consideramos esta uma forma de cumprir o dever de sigilo e de anonimato.

Este estudo não acarretou qualquer custo para o participante ou instituição. Não envolveu ações terapêuticas, procedimentos invasivos, radiológicos, nem a colheita de produtos biológicos.



## CAPÍTULO VI – IMPACTO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Procedemos à análise dos dados obtidos através das respostas dadas pelos 32 inquiridos que constituíram o grupo experimental e pelos 35 elementos do grupo de controlo. Referimos que os resultados se reportam a dois momentos de contacto e a dois grupos que se comparam.

### 6.1 – Apresentação dos resultados

Observando a tabela 2 podemos verificar que em ambos os grupos a maioria dos elementos era do sexo masculino, sendo as percentagens de 90.6% no grupo experimental e 71.4% no grupo de controlo.

As idades dos inquiridos do grupo experimental situaram-se entre 40 e 80 anos, sendo a idade média  $57.72 \pm 10.55$  anos. Neste grupo 28.1% dos inquiridos tinham menos de 50 anos, igual percentagem tinham entre 50 e 60 anos ou entre 60 e 70 anos. Metade dos indivíduos tinha idade superior a 56.50 anos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente das características de uma curva normal ou gaussiana ( $p = 0.022$ ).

Os elementos do grupo de controlo tinham idades compreendidas entre 45 e 89 anos, sendo a idade média  $65.09 \pm 11.05$  anos. Verificamos, também, que 34.3% pertenciam ao grupo etário dos 60 e 70 anos, seguidos de 28.6% que tinham entre 50 e 60 anos e de 22.8% cujas idades se situaram entre os 70 e 80 anos. Metade dos indivíduos deste grupo tinha, pelo menos, 65 anos e distribuição de frequências pode ser considerada próxima de uma distribuição normal ( $p = 0.748$ ). Aplicando o teste U de *Mann-Whitney* pudemos constatar que as idades dos elementos dos dois grupos eram significativamente diferentes ( $p = 0.015$ ), sendo os indivíduos do grupo de controlo mais velhos que os do grupo experimental.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos grupos, sexo e grupo etário

Variável	Grupo Experimental (n = 32)		Grupo Controlo (n = 35)		p	
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						
Feminino	3	9.4	10	28.6	<b>0.047</b>	
Masculino	29	90.6	25	71.4		
<b>Grupo etário</b>						
< 50	9	28.1	2	5.7	<b>0.015</b>	
[50 – 60[	9	28.1	10	28.6		
[60 – 70[	9	28.1	12	34.3		
[70 – 80[	4	12.5	8	22.8		
≥ 80	1	3.1	3	8.6		
Grupo experimental:	$\bar{x} = 57.72$ ;	Md = 56.50;	s = 10.55;	$x_{\min} = 40$ ;	$x_{\max} = 80$ ;	p = <b>0.022</b>
Grupo de controlo:	$\bar{x} = 65.09$ ;	Md = 65.00;	s = 11.05;	$x_{\min} = 45$ ;	$x_{\max} = 89$ ;	p = 0.748

Outras características sociodemográficas estão ilustradas na tabela 3. Relativamente ao estado civil, verificamos que a maioria dos elementos de ambos os grupos referiu ser casado(a) ou viver em união de facto, com percentagens de 81.3% e 60.0%, respetivamente, no grupo experimental e no grupo de controlo. Considerando os indivíduos em dois grupos [(Casados(as)/União de Facto e Solteiro(a)/Viúvo(a)/Divorciado(a)] e aplicando o teste do Qui-quadrado, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo ( $p = 0.036$ ).

No grupo experimental 43.8% dos indivíduos possuíam o 1.º Ciclo do Ensino Básico, seguidos de 18.8% que tinham o Ensino Secundário e de 15.6% que tinham o 3.º Ciclo do Ensino Básico ou eram Licenciados. No grupo de controlo, a maioria dos elementos (74.3%) possuía o 1.º Ciclo do Ensino Básico. Considerando os elementos de ambos os grupos associados em dois grupos (1.º ao 3.º Ciclo do Ensino Básico ou Ensino Secundário/Ensino Superior), a aplicação do teste do Qui-quadrado permitiu constatar que os dois grupos não eram significativamente diferentes ( $p = 0.102$ ). Assim, se constata que a escolaridade é semelhante entre os grupos.

No que concerne à atividade profissional, verifica-se que a maior parte dos elementos de ambos os grupos eram trabalhadores ativos, sendo as percentagens de 78.1% e 60.0%. Agrupando os indivíduos em duas categorias (Ativos ou Não ativos), pudemos aplicar o

teste do Qui-quadrado e concluir que entre os dois grupos não existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0.110$ ). No que respeita à atividade profissional ambos os grupos são idênticos.

Quanto ao local de residência, constatamos que 59.4% dos elementos do grupo experimental residiam em áreas urbanas, enquanto que no grupo de controlo, a maioria (60.0%) residia em áreas rurais. O teste do Qui-quadrado revelou que a diferença observada entre os dois grupos não é estatisticamente significativa ( $p = 0.113$ ).

A maior parte dos elementos de cada um dos grupos afirmou que residia em casa, sendo as percentagens de 68.8% e 91.4%, respetivamente, no grupo experimental e no grupo de controlo. Comparando estatisticamente os dois grupos (teste do Qui-quadrado) verificamos que a diferença observada é significativa ( $p = 0.019$ ).

Relativamente ao facto da existência de Internet em casa, constata-se que 62.5% dos elementos do grupo experimental responderam afirmativamente. No grupo de controlo a tendência de resposta foi contrária, ou seja, a maioria dos indivíduos (60.0%) disse não ter Internet em casa. Aplicando o teste do Qui-quadrado, concluímos que a diferença observada não pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p = 0.066$ ).

Relativamente à utilização da Internet, verificamos que a maioria dos elementos dos dois grupos (53.1% e 74.3%) respondeu negativamente. A diferença observada não é estatisticamente significativa ( $p = 0.071$ ). No entanto, no grupo experimental há 46,9% que usam a internet e no de controlo apenas 25,7% o faz.

Questionados os que usam a Internet acerca da frequência, 40.0% dos elementos do grupo experimental usavam com baixa frequência e a mesma percentagem afirmou que a frequência era alta. No grupo de controlo 55.6% dos inquiridos referiram que a frequência de uso da Internet era baixa, seguidos de 33.3% que a utilizavam com moderada frequência. A dispersão de respostas e as baixas frequências não permitiram a comparação estatística dos dois grupos.

Relativamente à coabitação, verificamos que, no grupo experimental 46.9% dos elementos residiam com o cônjuge/companheiro(a) e filhos(as), seguidos de 40.6% que coabitavam com cônjuge/companheiro(a). No grupo de controlo 34.3% residiam sozinhos e a mesma percentagem residia com cônjuge/companheiro(a). Considerando os indivíduos

agrupadas em duas categorias (aquelas que vivem sozinhos ou os que vivem acompanhados) pudemos aplicar o teste do Qui-quadrado e concluir que entre os dois grupos existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0.001$ ).

No grupo experimental, o único elemento que vivia sozinho afirmou que, quando necessitava de apoio, não recorria a ninguém. Dos 12 elementos do grupo de controlo que viviam sozinhos 33.3% afirmaram que recorriam aos filhos(as) quando necessitavam de apoio, seguidos de 25.0% que não recorrem a ninguém e de igual percentagem que disseram não ter apoio. A dispersão e o reduzido número de repostas não permitiram a comparação estatística entre os dois grupos.

Os dados e resultados obtidos permitem-nos afirmar que os dois grupos em estudo não podem ser considerados equivalentes nas características sexo, idade, estado civil, residência e coabitação.

Tabela 3 - Outras características sociodemográficas dos grupos

Variável	Grupo Experimental (n = 32)		Grupo Controlo (n = 35)		p
	n	%	n	%	
<b>Estado civil</b>					
Casado(a)/União de Facto	26	81.3	21	60.0	<b>0.036</b>
Solteiro(a)	1	3.1	3	8.6	
Viúvo(a)	0	0.0	7	20.0	
Divorciado(a)	5	15.6	4	11.4	
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	1	3.1	1	2.8	0.102
1.º Ciclo do Ensino Básico	14	43.8	26	74.3	
2.º Ciclo do Ensino Básico	1	3.1	1	2.8	
3.º Ciclo do Ensino Básico	5	15.6	1	2.8	
Ensino Secundário	6	18.8	4	11.4	
Licenciatura	5	15.6	1	2.8	
Pós-graduação	0	0.0	0	0.0	
Mestrado	0	0.0	1	2.8	
Doutoramento	0	0.00	0	0.0	
<b>Atividade profissional</b>					
Trabalhador ativo	25	78.1	21	60.0	0.110
Reformado(a)	6	18.8	13	37.1	
Desempregado(a)	1	3.1	1	2.9	
Outra	0	0.0	0	0.0	
<b>Local de residência</b>					
Área urbana	19	59.4	14	40.0	0.113
Área rural	13	40.6	21	60.0	
<b>Residência</b>					
Casa	22	68.8	32	91.4	<b>0.019</b>
Apartamento	10	31.3	3	8.6	
Lar ou outra instituição similar	0	0.0	0	0.0	
<b>Internet em casa</b>					
Sim	20	62.5	14	40.0	0.066
Não	12	37.5	21	60.0	
<b>Utiliza Internet</b>					
Sim	15	46.9	9	25.7	0.071
Não	17	53.1	26	74.3	
<b>Frequência com que usa a Internet</b>					
Baixa	6	40.0	5	55.6	0.316
Moderada	3	20.0	3	33.3	
Alta	6	40.0	1	11.1	
<b>Coabitação</b>					
Sozinho	1	3.1	12	34.3	<b>0.001</b>
Com cônjuge / Companheiro(a)	13	40.6	12	34.3	
Com cônjuge / Companheiro(a) e filhos(as)	15	46.9	7	20.0	
Com filhos(as)	1	3.1	2	5.7	
Com outros familiares	2	6.3	2	5.7	
<b>A quem recorre quando necessita de apoio (caso viva sozinho)</b>					
Filhos(as)	0	0.0	4	33.3	---
Vizinhos(as)	0	0.0	1	8.3	
Amigos(as)	0	0.0	1	8.3	
Instituição de apoio	0	0.0	0	0.0	
Ninguém	1	100.0	3	25.0	
Não tem apoio	0	0.0	3	25.0	

## Características Clínicas

Os resultados que estão ilustrados nas tabelas 4 e 5 permitem-nos conhecer as características clínicas dos elementos que integram os dois grupos em estudo.

Verificamos que a maioria dos elementos de ambos os grupos tiveram o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio, sendo as percentagens de 90.6% e 88.6%, respetivamente no grupo experimental e de controlo. Seguindo-se a angina instável (9,4% e 11,4%). O teste do Qui-quadrado revelou que a diferença observada não é estatisticamente significativa ( $p = 0.784$ ).

Todos os indivíduos de ambos os grupos em estudo foram sujeitos a procedimentos médicos invasivos, sendo que na maioria dos casos (78.1% e 85.7%) foi feita intervenção coronária percutânea. A diferença observada entre os dois grupos não é estatisticamente significativa, como se pode concluir pela aplicação do teste do Qui-quadrado ( $p = 0.418$ ).

No grupo experimental a duração do internamento da UCIC situou-se entre 1 e 14 dias, sendo a duração média do internamento  $3.66 \pm 2.54$  dias. Metade dos elementos deste grupo esteve internada entre 3 e 6 dias, seguidos de 34.4% cujo internamento na UCIC foi de 1 a 3 dias. Verificamos ainda, que metade dos inquiridos do grupo experimental esteve internada pelo menos 3 dias e que a distribuição de frequências do tempo de internamento na UCIC se afastou significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ). Para o grupo de controlo foram registados tempos de internamento entre 1 e 14 dias, sendo o valor médio  $3.56 \pm 2.57$  dias. Constata-se que 51.4% dos elementos deste grupo estiveram internados entre 3 e 6 dias, seguidos de 28.6% que referiram internamentos com duração entre 1 e 3 dias. Metade dos indivíduos deste grupo esteve internada 3 ou mais dias. A distribuição de frequências não pode ser considerada normal ( $p < 0.001$ ) e a aplicação do teste U de *Mann-Whitney* revelou que as diferenças observadas entre os dois grupos não são significativas ( $p = 0.974$ ).

Relativamente à duração do internamento no serviço de cardiologia, no grupo experimental, observamos valores compreendidos entre 1 e 13 dias, tendo como valor médio  $2.59 \pm 2.51$  dias. Os dados revelam também que 53.1% dos inquiridos estiveram internados entre 1 e 3 dias, seguindo-se 28.1% cujo internamento teve duração entre 3 e 6 dias. Metade dos elementos deste grupo teve internamentos com duração igual ou superior a 2 dias e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal ( $p < 0.001$ ). No grupo de

controle foram referidos tempos de internamento no serviço de cardiologia entre 1 e 21 dias, sendo a duração média do internamento  $4.16 \pm 3.84$  dias. Verificamos que 48.6% dos indivíduos do grupo de controle estiveram internados entre 3 e 6 dias, seguidos de 31.4% cuja duração do internamento se situou entre 1 e 3 dias. Metade dos elementos deste grupo teve internamentos com duração igual ou superior a 3 dias, verificando-se que a distribuição de frequências se afastou significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ). A comparação, entre os dois grupos, do tempo de internamento no serviço de cardiologia, através da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*, evidenciou a existência de diferença significativa ( $p = 0.010$ ) e os valores das medidas de tendência central revelam que os elementos do grupo de controle estiveram internados tempo superior aos do grupo experimental.

Quanto aos fatores de risco, constata-se que em ambos os grupos predomina a dislipidemia, com percentagens de 78.1% e 71.4%, seguida da hipertensão arterial, com percentagens de 53.1% e 54.3%. No grupo experimental foram referidas, ainda, o consumo de tabaco (37.5%), a diabetes mellitus (34.4%) e a doença cardiovascular (31.2%). No grupo de controle foram referidos os mesmos fatores de risco mas com percentagens de 37.1 para a doença cardiovascular, 34.3 para o consumo de tabaco e 31.4 para a diabetes mellitus. Constata-se que os fatores de risco mais habituais estão presentes em ambos os grupos. O teste do Qui-quadrado revelou que as diferenças observadas entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ( $p = 0.999$ ).

Relativamente ao número de fatores de risco que cada indivíduo apresentava, constatamos que no grupo experimental 46.9% dos elementos apresentava 3 ou 4 fatores de risco, seguindo-se 34.4% que tinham 1 ou 2 fatores de risco e 18,7% com 5 ou 6 fatores. No grupo de controle, 40.0% dos elementos apresentavam 1 ou 2 fatores, seguindo-se 37.1% que revelaram 3 ou 4 fatores de risco e 22,9% com 5-6. A diferença observada entre os dois grupos em estudo não pode ser considerada significativa ( $p = 0.868$ ).

No que concerne ao estado ponderal, 37.5% dos elementos constituintes do grupo experimental revelaram estar na situação de pré-obesidade, seguindo-se 34.4% que foram classificados como sendo obesos de grau I. No grupo de controle, 45.7% dos indivíduos eram pré-obesos, seguidos de 31.4% que revelaram possuir o peso normal. Através da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*, para comparar o índice de massa corporal, constatou-

- se as diferenças observadas entre os dois grupos não eram estatisticamente significativas ( $p = 0.292$ ). O peso acima do normal predomina.

Quanto ao tempo que decorreu desde o início dos sintomas até à procura de cuidados de saúde, verificamos que para 46.8% dos doentes do grupo experimental decorreram menos de 2 horas, seguidos de 34.4% para os quais este tempo foi de 2 a 12 horas. No grupo de controlo, 37.1% dos indivíduos esperaram menos de 2 horas para recorrer aos cuidados de saúde e em igual percentagem esperaram mais de 12 horas. O teste do Qui-quadrado revelou que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $p = 0.247$ ).

Para a maioria dos elementos de ambos os grupos, concretamente 65.6% e 51.4%, o eletrocardiograma de admissão apresentou alteração de ST. As diferenças entre os grupos não podem ser consideradas estatisticamente significativas, como resulta da aplicação do teste do Qui-quadrado ( $p = 0.239$ ).

Para 56.3% dos elementos do grupo experimental a função do ventrículo esquerdo (VE) no momento da alta estava ligeira ou moderadamente comprometida, seguidos de 40.6% que evidenciavam uma função VE normal. No grupo de controlo, 50.0% dos indivíduos, no momento da alta, apresentava função VE normal, seguindo-se 44.1% cuja função VE estava ligeira/moderadamente comprometida. Considerando os elementos de ambos os grupos associados em, apenas, duas categorias (função VE normal ou função VE não normal) aplicámos o teste do Qui-quadrado. Este revelou que a diferença observada entre os grupos não é estatisticamente significativa ( $p = 0.583$ ).

Como podemos constatar a maioria dos indivíduos constituintes de cada um dos grupos, respetivamente 78.1% e 91.4%, não teve indicação médica para frequentar programas de reabilitação cardíaca. A aplicação do teste do Qui-quadrado revelou que a diferença entre os dois grupos não pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p = 0.127$ ). Assinala-se que o recurso a programas de reabilitação é muito pouco indicado.

Verificamos, ainda, que todos os inquiridos que tiveram indicação médica para frequentar um programa de reabilitação cardíaca faziam-no na sua cidade de preferência.

Tabela 4 - Características clínicas dos grupos

Variável	Grupo		Controlo		p	
	Experimental					
	n	%	n	%		
<b>Diagnóstico médico</b>						
Enfarte agudo do miocárdio	29	90.6	31	88.6	0.784	
Angina de peito instável	3	9.4	4	11.4		
<b>Procedimentos médicos invasivos</b>						
Intervenção coronária percutânea	25	78.1	30	85.7	0.418	
Cirurgia coronária	7	21.9	5	14.3		
<b>Duração do internamento na UCIC (dias)</b>						
0	0	0.0	3	8.6	0.974	
[1 – 3[	11	34.4	10	28.6		
[3 – 6[	16	50.0	18	51.4		
[6 – 9[	3	9.4	3	8.6		
≥ 9	2	6.2	1	2.8		
Grupo experimental:	$\bar{x} = 3.66$ ;	Md = 3.00;	s = 2.54;	$x_{\min} = 1.00$ ;	$x_{\max} = 14.00$ ;	p < <b>0.001</b>
Grupo de controlo:	$\bar{x} = 3.56$ ;	Md = 3.00;	s = 2.57;	$x_{\min} = 0.00$ ;	$x_{\max} = 14.00$ ;	p < <b>0.001</b>
<b>Duração do internamento no Serviço de Cardiologia (dias)</b>						
0	4	12.6	1	2.9	<b>0.010</b>	
[1 – 3[	17	53.1	11	31.4		
[3 – 6[	9	28.1	17	48.6		
[6 – 9[	1	3.1	2	5.7		
≥ 9	1	3.1	4	11.4		
Grupo experimental:	$\bar{x} = 2.59$ ;	Md = 2.00;	s = 2.51;	$x_{\min} = 0.00$ ;	$x_{\max} = 13.00$ ;	p < <b>0.001</b>
Grupo de controlo:	$\bar{x} = 4.16$ ;	Md = 3.00;	s = 3.84;	$x_{\min} = 0.00$ ;	$x_{\max} = 21.00$ ;	p < <b>0.001</b>
<b>Fatores de risco</b>						
Doença cardiovascular	10	31.2	13	37.1	0.999	
Hipertensão arterial	17	53.1	19	54.3		
Diabetes mellitus	11	34.4	11	31.4		
Dislipidemia	25	78.1	25	71.4		
Consumo de tabaco	12	37.5	12	34.3		
Alcoolismo	6	18.8	6	17.1		
Obesidade	6	18.8	6	17.1		
Doença coronária	4	12.5	5	14.3		
<b>Número de fatores de risco</b>						
1 – 2	11	34.4	14	40.0	0.868	
3 – 4	15	46.9	13	37.1		
5 – 6	6	18.7	8	22.9		
<b>Estado ponderal (Classificação do IMC)</b>						
Peso normal	9	28.1	11	31.4	0.292	
Pré-obesidade	12	37.5	16	45.7		
Obesidade – Grau I	11	34.4	8	22.9		
Grupo experimental:	$\bar{x} = 27.62$ ;	Md = 28.43;	s = 3.61;	$x_{\min} = 20.2$ ;	$x_{\max} = 33.8$ ;	p = 0.545
Grupo de controlo:	$\bar{x} = 26.76$ ;	Md = 26.03;	s = 3.28;	$x_{\min} = 21.6$ ;	$x_{\max} = 33.9$ ;	p = 0.051

Tabela 5 - Características clínicas dos grupos (continuação)

Variável	Grupo		Controlo		p
	Experimental				
	n	%	n	%	
<b>Tempo decorrido antes de procurar cuidados de saúde, após o início dos sintomas</b>					
Menos de 2 horas	15	46.8	13	37.1	0.247
De 2 a 12 horas	11	34.4	9	25.8	
Mais de 12 horas	6	18.8	13	37.1	
<b>Eletrocardiograma de admissão</b>					
Com ST	21	65.6	18	51.4	0.239
Sem ST	11	34.4	17	48.6	
BCRE	0	0.0	0	0.0	
<b>Função VE no momento da alta</b>					
Normal	13	40.6	17	50.0	0.583
Ligeira / moderadamente comprometida	18	56.3	15	44.1	
Disfunção ventricular importante	1	3.1	2	5.9	
<b>Indicação médica para frequentar um programa de reabilitação cardíaca</b>					
Sim	7	21.9	3	8.6	0.127
Não	25	78.1	32	91.4	

### Consistência interna dos instrumentos de medida utilizados

Antes de prosseguir com os resultados apresentamos os dados resultantes da verificação da consistência interna das escalas utilizadas no estudo. Os valores de cada uma das escalas serão apresentados quando se apresentarem os resultados relativo à variável correspondente. Referimos as condições, as fontes e valores de referência para a avaliação.

A fiabilidade das escalas utilizadas no estudo para avaliar o nível de independência nas AIVD'S, o autocuidado terapêutico e a qualidade de vida foi estudada através da análise da respetiva consistência interna. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha* de *Cronbach*. Este coeficiente pode apresentar uma amplitude de resultados entre 0 e 1, sendo que quanto mais elevado o resultado maior é a consistência interna da escala e, conseqüentemente, mais os respetivos itens estão correlacionados, ou seja, maior é a homogeneidade das respostas. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas e, de acordo com vários autores, nomeadamente, *Nunnally* (1978) citado por *Maroco et al* (2006), resultados iguais ou superiores a 0.70 são reveladores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente, quando o número de itens envolvidos é reduzido, tal como referiu *DeVellis* (1991) também citado por *Maroco et al* (2006).

Os resultados que apresentamos na tabela 6 permitem-nos constatar que o coeficiente revelou valores elevados. Podemos, assim, concluir que as escalas apresentaram muito boa consistência interna e, conseqüentemente, concluir que, no presente estudo, estes instrumentos evidenciaram e boa fiabilidade.

*Tabela 6 - Valores do coeficiente alpha de Cronbach para as escalas*

Escala	N.º de itens	Alpha de Cronbach	
		1.º momento	2.º momento
Nível de independência nas AIVD'S	8	0.91	0.81
Autocuidado terapêutico	12	0.94	0.96
Qualidade de vida – global	27	0.95	
Qualidade de vida – física	5	0.86	
Qualidade de vida – emocional	14	0.94	
Qualidade de vida – social	6	0.87	

Passamos agora a apresentar os resultados das variáveis mais específicas, referindo-as pelo primeiro e segundo momento de aplicação.

### **Avaliação cognitiva**

A avaliação cognitiva prévia foi determinada, visto ser estimado o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado e a realização de ensino. Dado que consideramos como um dos critérios de inclusão no estudo, o doente possuir capacidade cognitiva preservada, o doente que apresentavam algum défice através do resultado obtido pelo preenchimento do MMSE foi eliminado.

### **Desempenho nas atividades instrumentais de vida diária**

Os resultados apresentados de consistência interna da escala permitem-nos constatar que o coeficiente de Alfa de Cronbach revelou valores elevados, mostrando valores no 1º momento de 0.91 e no 2º de 0.81. De acordo com Pestana e Gagueiro (2014), podemos concluir que, no presente estudo, estes instrumentos evidenciaram boa fiabilidade.

Os resultados que apresentamos na tabela 7 obtidos pela aplicação da escala de *Lawton y Brody* permitem avaliar o nível de dependência dos inquiridos nas atividades instrumentais da vida diária, que dizem respeito à capacidade da pessoa interagir com a comunidade e o meio ambiente para manter a sua independência. No estudo e de acordo com a pontuação atribuída às diferentes AIVD'S, a uma maior pontuação corresponde menor grau de dependência, ou seja, a independência corresponde à máxima pontuação até à total dependência que corresponde a pontuação mínima.

Como se constata, no primeiro momento de avaliação e para o grupo experimental observamos resultados compreendidos entre 19 e 23 pontos, sendo o valor médio  $22.78 \pm 0.87$  pontos. Pelo menos metade dos elementos obteve resultados iguais a 23 pontos, ou seja, o valor máximo da citada escala. A distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ). No mesmo momento, mas para o grupo de controlo, observamos valores que se situaram entre o mínimo de 6 pontos e o máximo de 23 pontos, tendo como valor médio  $22.23 \pm 2.96$  pontos. Tal como no grupo experimental, também neste se constata que pelo menos metade dos indivíduos obtiveram resultados iguais ao valor máximo da escala (23 pontos) e a distribuição de frequências afastou-se significativamente das características de uma curva normal ( $p < 0.001$ ). Aplicando o teste *U* de *Mann-Whitney* podemos constatar que as diferenças observadas entre os dois grupos, no primeiro momento de avaliação do nível de independência nas AIVD'S, não são estatisticamente significativas ( $p = 0.188$ ).

No 2º momento de avaliação, os elementos do grupo experimental apresentaram valores compreendidos entre 19 e 23 pontos, sendo o valor médio  $22.22 \pm 0.98$  pontos. Metade dos inquiridos que constituem este grupo obteve resultados iguais ou superiores a 22.00 pontos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ). Para o grupo de controlo foram observados valores entre 7 e 23 pontos, tendo como valor médio  $22.14 \pm 2.88$  pontos e, pelo menos, 50.0% dos inquiridos obtiveram pontuações iguais ao valor máximo da escala (23 pontos). A distribuição de frequências para esta variável afastou-se significativamente das características de uma curva normal ( $p < 0.001$ ). O teste *U* de *Mann-Whitney*, utilizado para fazer a comparação entre grupos, revelou a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p = 0.003$ ) e a comparação dos valores observados para as medidas de tendência central revelou que, no segundo

momento de avaliação, os elementos do grupo experimental evidenciaram níveis de independência nas AIVD'S superiores aos dos elementos do grupo de controlo.

Tendo por base os resultados da aplicação do teste de *Wilcoxon*, utilizado para comparar os dois grupos entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, podemos afirmar que existem evidências estatísticas de diferença no grupo experimental ( $p < 0.001$ ) mas não no grupo de controlo ( $p = 0.655$ ). Os resultados obtidos para as medidas de tendência central permitem-nos concluir que os indivíduos do grupo experimental tenderam a evidenciar uma diminuição do nível de dependência nas AIVD'S do primeiro para o segundo momento de avaliação enquanto os elementos do grupo de controlo tenderam a manter o nível de dependência.

*Tabela 7 - Nível de dependência dos grupos nas AIVD'S, em cada momento*

Variável	Grupo Experimental	Controlo	p
<b>Nível de dependência (1.º momento)</b>			
$\bar{x}$	22.78	22.23	0.188
Md	23.00	23.00	
s	0.87	2.96	
$x_{\min}$	19	6	
$x_{\max}$	23	23	
p	>0.001	<0.001	
<b>Nível de dependência (2.º momento)</b>			
$\bar{x}$	22.22	22.14	<b>0.003</b>
Md	22.00	23.00	
s	0.98	2.88	
$x_{\min}$	19	7	
$x_{\max}$	23	23	
p	<0.001	<0.001	
<b>p</b>	<b>&lt; 0.001</b>	0.655	

### **Capacidade para Autocuidado terapêutico**

O Instrumento de Autocuidado Terapêutico apresentou resultados de consistência interna que permitem-nos constatar que o coeficiente de Alfa de Cronbach revelou valores elevados, mostrando valores no 1º momento de 0.94 e no 2º de 0.96.

Uma pontuação de 60 pontos corresponde a um alto nível de desempenho em autocuidado terapêutico.

No que concerne ao autocuidado terapêutico, os resultados que constituem a tabela 8 permitem-nos verificar que no primeiro momento de avaliação os elementos do grupo experimental obtiveram valores compreendidos entre 54 e 60 pontos, tendo como resultado médio  $58.31 \pm 1.20$  pontos. Metade dos elementos deste grupo obteve valores iguais ou superiores a 58 pontos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma distribuição normal ( $p < 0.001$ ).

No grupo de controlo foram observados valores que se situaram entre 31 e 60 pontos, sendo o valor médio  $43.54 \pm 6.57$  pontos. O valor mediano revela que 50.0% dos inquiridos deste grupo obtiveram resultados iguais ou superiores a 43 pontos e o teste de normalidade indica que a distribuição de frequências pode ser considerada normal ( $p = 0.299$ ).

Comparando os dois grupos, através da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ) e os valores das medidas de tendência central permitem-nos ainda, afirmar que no primeiro momento de avaliação, os elementos do grupo experimental evidenciaram melhor capacidade para o autocuidado terapêutico que os indivíduos do grupo de controlo.

No segundo momento todos os elementos do grupo experimental obtiveram resultados iguais a 60 pontos (valor máximo da escala de avaliação do autocuidado terapêutico). Consequentemente, o valor médio foi de  $60.00 \pm 0.00$  pontos, a mediana apresentou o mesmo valor e a distribuição de frequência não pode ser considerada normal ( $p = 0.000$ ). No grupo de controlo os resultados situaram-se entre 21 e 58 pontos, sendo o valor médio  $38.77 \pm 7.74$  pontos. Verifica-se que metade dos elementos deste grupo apresentaram valores iguais ou superiores a 39 pontos e a distribuição de frequências revela características semelhantes à de uma distribuição normal ( $p = 0.883$ ). A aplicação do teste U de *Mann-Whitney* revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos ( $p < 0.001$ ) e comparação dos valores das medidas de tendência central revela que os inquiridos do grupo experimental evidenciaram melhor autocuidado terapêutico que os do grupo de controlo.

Aplicando o teste de *Wilcoxon* com o objetivo de comparar os dois grupos entre cada momento de avaliação, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas nos dois casos ( $p < 0.001$ ) e a comparação dos valores médios e medianos sugere

que, entre a primeira e a segunda avaliação, os elementos do grupo experimental tenderam a melhorar o seu autocuidado terapêutico enquanto que nos elementos do grupo de controlo a tendência foi oposta, ou seja, verificou-se uma deterioração do autocuidado terapêutico.

Tabela 8 - Autocuidado terapêutico dos grupos, em cada momento

Variável	Grupo Experimental	Controlo	p
<b>Autocuidado terapêutico (1.º momento)</b>			
$\bar{x}$	58.31	43.54	<b>&lt; 0.001</b>
Md	58.00	43.00	
s	1.20	6.57	
$x_{\min}$	54	31	
$x_{\max}$	60	60	
p	<b>&lt;0.001</b>	0.299	
<b>Autocuidado terapêutico (2.º momento)</b>			
$\bar{x}$	60.00	38.77	<b>&lt; 0.001</b>
Md	60.00	39.00	
s	0.00	7.74	
$x_{\min}$	60	21	
$x_{\max}$	60	58	
p	<b>0.000</b>	0.883	
<b>p</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>&lt; 0.001</b>	

### Qualidade de vida percebida

Os resultados apresentados de consistência interna da escala permitem-nos constatar que o coeficiente de Alfa de Cronbach revelou valores elevados, para as várias dimensões: Qualidade de vida – global (0.95); Qualidade de vida – física (0.86); Qualidade de vida – emocional (0.94) e, Qualidade de vida – social (0.87), evidenciando boa fiabilidade.

Escala aplicada apenas no momento de avaliação em casa, um mês após a alta aos grupos experimental e de controlo. Tal como já referido, o cálculo da pontuação da Escala MacNew QLMI será realizado através das médias das pontuações pelos diferentes três domínios. A menor pontuação da escala dirá respeito aos indivíduos que apresentam uma QV inferior, e a uma maior pontuação da escala corresponderá uma QV superior.

Através da aplicação da Escala *MacNew* QLMI procedemos à avaliação da qualidade de vida dos indivíduos e os dados obtidos permitiram calcular os resultados que constituem

a tabela 9. Como podemos verificar, na qualidade de vida global, os indivíduos do grupo experimental apresentaram valores mínimos e máximos compreendidos entre 3.22 e 6.26 pontos, sendo o valor médio  $4.74 \pm 0.65$  pontos. Quer isto dizer que as pessoas, em média, percebem a sua qualidade de vida positivamente. Metade dos elementos deste grupo apresentaram resultados iguais ou superiores a 4.76 pontos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente das características de uma distribuição normal ( $p = 0.114$ ).

No grupo de controlo observamos resultados entre 1.74 e 4.96 pontos. O valor médio foi de  $3.78 \pm 0.66$  pontos, sendo a mediana 3.74 pontos. A distribuição de frequências pode ser considerada normal ( $p = 0.249$ ).

Para a dimensão física da qualidade de vida observamos, no grupo experimental, resultados que se situaram entre 3.20 e 5.60 pontos, tendo como valor médio  $4.34 \pm 0.63$  pontos. Metade dos inquiridos deste grupo apresentou valores iguais ou superiores a 4.40 pontos e a distribuição de frequências pode ser considerada normal ( $p = 0.375$ ). No grupo de controlo foram observados valores compreendidos entre 2.40 e 5.00 pontos, sendo a média  $3.43 \pm 0.59$  pontos. Verificamos que metade dos elementos deste grupo obteve resultados superiores a 3.40 pontos facto que nos faz referir que a percepção de qualidade de vida é próxima do valor 3.50 pontos que representa o valor médio da escala. Os valores são mais baixos que os do grupo experimental. A distribuição de frequências se afastou significativamente de uma distribuição normal ( $p = 0.182$ ).

Na dimensão emocional para o grupo experimental foram registados valores compreendidos entre 3.21 e 6.57 pontos, tendo como valor médio  $4.80 \pm 0.77$  pontos e mediana 4.93 pontos. A distribuição de frequências evidenciou características próximas de uma curva normal ( $p = 0.687$ ). No grupo de controlo os valores observados situaram-se entre 1.43 e 5.00 pontos, tendo como média o valor  $3.84 \pm 0.74$  pontos. Metade dos indivíduos que constituíam este grupo obtiveram resultados superiores a 3.93 pontos e distribuição de frequências afastou-se significativamente das características de uma curva normal ( $p = 0.029$ ).

Em termos da qualidade de vida social, constatamos que no grupo experimental foram observados valores entre 3.00 e 6.67 pontos, sendo o valor médio  $5.29 \pm 0.79$  pontos. Metade dos elementos deste grupo apresentou resultados superiores a 5.33 pontos e a distri-

buição de frequências não pode ser considerada normal ( $p = 0.042$ ). Para o grupo de controlo, foram registados valores compreendidos entre 1.83 e 6.17 pontos, tendo como média  $4.17 \pm 0.91$  pontos. Metade dos elementos da amostra apresentou valores iguais ou superiores a 4.17 pontos e a distribuição de frequências evidencia características próximas de uma curva normal ( $p = 0.543$ ).

Aplicando o teste U de *Mann-Whitney* podemos concluir que entre os dois grupos existe diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ) na qualidade de vida global, física, emocional e social. A comparação dos valores das medidas de tendência central revela que os elementos do grupo experimental evidenciaram qualidade de vida significativamente melhor do que os do grupo de controlo.

Tabela 9 - Qualidade de vida dos grupos

Variável	Grupo Experimental	Controlo	p
<b>Qualidade de vida – Global</b>			
$\bar{x}$	4.74	3.78	<b>&lt; 0.001</b>
Md	4.76	3.74	
s	0.65	0.66	
$x_{\min}$	3.22	1.74	
$x_{\max}$	6.26	4.96	
p	0.114	0.249	
<b>Qualidade de vida – Física</b>			
$\bar{x}$	4.34	3.43	<b>&lt; 0.001</b>
Md	4.40	3.40	
s	0.63	0.59	
$x_{\min}$	3.20	2.40	
$x_{\max}$	5.60	5.00	
p	0.375	0.182	
<b>Qualidade de vida – Emocional</b>			
$\bar{x}$	4.80	3.84	<b>&lt; 0.001</b>
Md	4.93	3.93	
s	0.77	0.74	
$x_{\min}$	3.21	1.43	
$x_{\max}$	6.57	5.00	
p	0.687	0.029	
<b>Qualidade de vida – Social</b>			
$\bar{x}$	5.29	4.17	<b>&lt; 0.001</b>
Md	5.33	4.17	
s	0.79	0.91	
$x_{\min}$	3.00	1.83	
$x_{\max}$	6.67	6.17	
p	0.042	0.543	

Procurámos desenvolver outros estudos estatísticos envolvendo a avaliação da relação entre as variáveis nível de independência nas AIVD'S, autocuidado terapêutico e qualidade de vida e da relação destas com variáveis sociodemográficas e com variáveis clínicas. Alguns destes estudos não puderam ser realizados devido a condicionalismos estatísticos resultantes, nomeadamente, do pequeno número de elementos constituintes de cada grupo. Dos que foram viáveis em nenhum se identificaram relações/diferenças estatisticamente significativas, pelo que optámos por não apresentar os respetivos resultados.

### **Reflexos das competências de autocuidado no regresso a casa**

Considerando-se que a pessoa é autor do seu projeto de vida e que tem potencial para enfrentar as mais diversas situações que lhe surjam, quando motivada, é capaz de se gerir o seu regime terapêutico. No entanto, as crises provocadas por acontecimentos inesperados podem não facultar as condições para a rápida adaptação. Ora é o papel de suporte, desempenhado pelos profissionais, que a facilita. Uma das intervenções do enfermeiro é a educativa, fornecendo à pessoa as ferramentas necessárias para lidar com a nova situação de saúde-doença.

No âmbito do programa de intervenção educativa, o quarto momento de contacto com os participantes é relevante para perceber qual o impacto que teve o programa no desenvolvimento das suas competências.

#### *Identificação do profissional formador*

Perante a questão “Quando estive internando, lembra-se de quem lhe falou e explicou como deveria auto cuidar-se (aspectos necessários para cuidar de si e de seu coração)?”, todos os elementos do grupo experimental indicaram que a explicação foi dada pela Enfermeira Especialista de Reabilitação e a Enfermeira que aparece no vídeo. No grupo de controlo quase todos os doentes (97.1%) responderam também afirmativamente, mas referiram, apenas, a Enfermeira Especialista de Reabilitação.

#### *Continuidade de cuidados*

Como podemos constatar, a maioria dos elementos do grupo experimental (68.8%) afirmou que já teve consulta de cardiologia ou de outra especialidade desde que teve alta, enquanto no grupo de controlo a maioria responder que não teve qualquer consulta

(65.7%). A diferença entre os dois grupos pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p = 0.005$ ). O grupo experimental parece estar mais desperto para a continuidade de cuidados, onde terá vigilância específica da sua doença.

Aos indivíduos que não tinham tido consulta foi perguntado se a tinham agendada, constatando-se que no grupo experimental a maioria não tem (60.0%), ao passo que no grupo de controlo ocorreu a situação inversa, ou seja, 56.5% responderam afirmativamente. No entanto a diferença entre os grupos não é estatisticamente significativa ( $p = 0.382$ ).

#### *Gerir o seu regime terapêutico*

A maioria dos inquiridos de ambos os grupos, concretamente, 93.8% no grupo experimental e 68.6% no grupo de controlo, afirmou que tinha feito a avaliação do peso, sendo a diferença entre os grupos estatisticamente significativa ( $p = 0.009$ ). A maioria dos inquiridos em ambos os grupos referiu que tinha balança em casa, sendo as percentagens de 96.7% no grupo experimental e 75.0% no grupo de controlo. Verifica-se ainda, que a maior parte dos elementos em ambos os grupos (60.0% e 79.2%) não perdeu peso. Considerando os inquiridos agrupados em apenas duas categorias (perdeu peso ou não perdeu) pudemos comparar estatisticamente os dois grupos tendo concluído que a diferença observada não é significativa ( $p = 0.131$ ). Realçamos que o grupo experimental mostra maior adesão a este comportamento.

Relativamente à avaliação da Tensão Arterial, em ambos os grupos uma proporção muito elevada de indivíduos respondeu afirmativamente, 90.6% no grupo experimental e 82.9% no grupo de controlo. As diferenças observadas não podem ser consideradas estatisticamente significativas ( $p = 0.352$ ). A maior parte dos elementos do grupo experimental (96.6%) e do grupo de controlo (69.0%) avaliava a tensão arterial em casa. Estamos perante um comportamento que é valorizado pela maioria das pessoas dos dois grupos, mas os do grupo experimental avaliam a tensão arterial em casa, mas os do grupo controlo também o fazem na farmácia.

Todos os elementos do grupo experimental afirmaram que sabiam quais os alimentos que devem evitar. No grupo de controlo, as respostas afirmativas ocorreram numa percentagem de 54.3%, ou seja, a diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa

( $p < 0.001$ ). Constatamos que as pessoas do grupo experimental assumem ter conhecimentos sobre os alimentos que não deve consumir enquanto é minoritário os do grupo de controlo que os referem.

Verificamos que todos os elementos do grupo experimental sabiam dizer que medicação estavam a tomar e para que servia. No grupo de controlo, a maioria dos inquiridos (82.9%) respondeu no sentido contrário. A diferença entre os grupos pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ). O conhecimento sobre a terapêutica e seu efeito é referido pelo grupo experimental. As tabelas 10 e 11 apresentam os resultados da monitorização sobre os cuidados a perseguir.

*Tabela 10 - Gestão do regime terapêutico*

Questão	Grupo	Experimental n	%	Controlo n	%	p
Já teve alguma consulta de cardiologia, ou de outra especialidade desde que teve alta?						<b>0.005</b>
Sim		22	68.8	12	34.3	
Não		10	31.2	23	65.7	
Se não, tem alguma consulta agendada?						0.382
Sim		4	40.0	13	56.5	
Não		6	60.0	10	43.5	
Quando esteve internando, lembra-se quem lhe falou e explicou como deveria autocuidar-se (aspectos necessários para cuidar de si e de seu coração)?						---
Sim – Enfermeiro(a) Especialista de Reabilitação e enfermeiro(a) do vídeo		32	100.0	0	0.0	
Sim – Enfermeiro(a) Especialista de Reabilitação		0	0.0	34	97.1	
Sim – Todos os(as) enfermeiros(as)		0	0.0	1	2.9	
Tem controlado o seu peso?						<b>0.009</b>
Sim		30	93.8	24	68.6	
Não		2	6.2	11	31.4	
Tem balança?						---
Sim – Em casa		29	96.7	18	75.0	
Sim – Na farmácia		0	0.0	5	20.8	
Sim – No Centro de Saúde/Hospital		1	3.3	1	4.2	
Perdeu peso, quanto?						0.131
Interior a 5 kg		8	26.7	1	4.2	
Entre 5 e 10 kg		4	13.3	4	16.7	
Não perdeu peso		18	60.0	19	79.2	
Já avaliou a sua Tensão Arterial desde que teve alta hospitalar?						0.352
Sim		29	90.6	29	82.9	
Não		3	9.4	6	17.1	
Onde avalia a sua tensão arterial?						---
Em casa		28	96.6	20	69.0	
Na farmácia		0	0.0	12	41.4	
No Centro de Saúde/Hospital		1	3.4	3	10.3	
Relativamente à sua alimentação, sabe quais os alimentos que deve evitar?						<b>&lt;0.001</b>
Sim		32	100.0	19	54.3	
Não		0	0.0	16	45.7	

### *Contributos da Informação facultada no hospital*

Todos os doentes que integravam o grupo experimental referiram conhecer os sinais e sintomas a que devem estar atentos para evitar reinternamento por doença cardíaca. No grupo de controlo a tendência é oposta, verificando-se que 71.4% dos elementos afirmaram não conhecer esses sinais. A diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ). Realça-se que o grupo experimental refere possuir conhecimentos relativos aos sinais e sintomas relativos à situação clínica

Também todos os elementos do grupo experimental afirmaram que o que aprenderam de mais importante no hospital sobre a doença cardíaca foram os conteúdos passados em vídeo. No grupo de controlo, 80.0% dos indivíduos referiram que o mais importante que aprenderam no hospital sobre a doença cardíaca estava relacionado com estilos de vida saudável.

A informação sobre a doença mediada pelo vídeo mostrou ser facilitadora da aprendizagem, do grupo experimental. O outro grupo realçou a informação sobre o estilo de vida.

Todos os indivíduos do grupo experimental afirmaram que nada poderia ter sido feito no internamento, para melhorar os cuidados que lhes foram prestados. Por outro lado, a maioria dos elementos do grupo de controlo (88.6%) referiram que poderia ter sido dada mais informação sobre a patologia e o tratamento. Como se constata as diferenças observadas entre os dois grupos são estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ). Realçamos que o grupo experimental se considera ter tido os cuidados necessários e que o de controlo solicita mais informação.

Questionados acerca das alterações que introduziram no dia-a-dia para melhorar a condição de saúde, por comparação com o que faziam antes do internamento, todos os inquiridos do grupo experimental referiram a adoção de estilos de vida saudáveis. No grupo de controlo, 85.7% dos elementos deram a mesma resposta, mas 14.3% disseram não ter feito qualquer alteração. As diferenças observadas entre os dois grupos são estatisticamente significativas ( $p = 0.026$ ). O grupo experimental refere que alterou os seus comportamentos no estilo de vida, depois da doença, enquanto que há pessoas no grupo controlo que não mudou nada.

Quando questionados sobre a frequência de um Programa de Reabilitação Cardíaca, três em cada quatro (75.0%) elementos do grupo experimental responderam negativamente enquanto que no grupo de controlo, nenhum dos elementos o frequentava. A diferença observada entre os dois grupos pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p = 0.002$ ). Realçamos que a maioria, em ambos os grupos não frequenta programas de reabilitação cardíaca.

Verifica-se que 65.6% dos doentes do grupo experimental afirmaram não ter qualquer profissional de saúde a prestar ajuda na forma de lidar com a condição de saúde e que, no grupo de controlo, a percentagem desta resposta situou-se nos 88.6%. A diferença observada é estatisticamente significativa ( $p = 0.024$ ). Verificamos que há menos pessoas no grupo controlo que refere ter um profissional de saúde a ajudar em comparação com o grupo experimental.

No entanto, quando questionados sobre se “Gostaria de comunicar via internet com a enfermeira especialista em reabilitação? todos os elementos dos grupos experimental e de controlo responderam afirmativamente, mesmo os que não tinham acesso à internet.

No final da entrevista colocámos a questão se “Tem alguma dúvida ou questão que gostaria de colocar?”. Verificamos que 75.0% dos elementos do grupo experimental responderam negativamente enquanto a maior parte dos indivíduos do grupo de controlo, concretamente 82.9%, disseram que tinham dúvidas ou questões a colocar. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

Quanto ao tema das dúvidas ou questões, oito elementos do grupo experimental referiram ter dúvidas sobre os programas de reabilitação cardíaca (25.0%), sobre aspetos profissionais (25.0%), sobre aspetos lúdicos (25.0%), sobre exercício físico (25.0%) e sobre as consultas (12.5%). Os vinte e nove indivíduos do grupo de controlo mencionaram, principalmente, os temas referentes ao exercício (24.1%), aos aspetos profissionais (20.7%), às consultas (20.7%), aos sinais e sintomas da doença (20.7%) e 17.2% afirmaram que gostavam de colocar dúvidas e questões sobre tudo o que envolve a doença cardíaca. Os elementos do grupo experimental tiveram menos dúvidas, a informação fornecida pelo PEpSCA-CARE contribuiu para o domínio de competências de autocuidado: conhecimentos.

Verificamos, também, que 96.9% dos inquiridos do grupo experimental afirmaram não necessitar de ajuda para a realização das atividades de vida diárias. No grupo de controlo a percentagem dos elementos que necessitavam deste tipo de ajuda situou-se nos 51.4%. A aplicação do teste do Qui-quadrado revelou a existência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p < 0.001$ ). A independência na realização das AIVD'S reflete os comportamentos do grupo experimental.

Tabela 11 - Contributos da informação recebida no hospital

Questão	Grupo		Controlo		p
	Experimental				
	n	%	n	%	
Sabe dizer-me a medicação que está a tomar e para que serve?					<b>&lt;0.001</b>
Sim	32	100.0	6	17.1	
Não	0	0.0	29	82.9	
Necessita de ajuda para as suas atividades de vida diárias?					<b>&lt;0.001</b>
Sim	1	3.1	18	51.4	
Não	31	96.9	17	48.6	
Conhece quais os sinais e sintomas que deve estar atento para evitar reinternamento por doença cardíaca?					<b>&lt;0.001</b>
Sim	32	100.0	10	28.6	
Não	0	0.0	25	71.4	
O que aprendeu de mais importante no hospital sobre a sua doença cardíaca?					---
Nada	0	0.0	6	17.1	
Patologia cardíaca	0	0.0	1	2.9	
Conteúdos do vídeo	32	100.0	0	0.0	
Estilos de vida saudável	0	0.0	28	80.0	
Em comparação com o que fazia antes de ser internado, o que alterou no seu dia-a-dia para melhorar a sua condição de saúde?					<b>0.026</b>
Estilos de vida saudáveis	32	100.0	30	85.7	
Nada	0	0.0	5	14.3	
Tem algum profissional de saúde para ajudá-lo a lidar com a sua condição de saúde?					<b>0.024</b>
Sim	11	34.4	4	11.4	
Não	21	65.6	31	88.6	
Está a frequentar algum Programa de Reabilitação Cardíaca?					<b>0.002</b>
Sim	8	25.0	0	0.0	
Não	24	75.0	35	100.0	
Na sua opinião, o que poderia ter sido feito no internamento, para melhorar os cuidados que lhe foram prestados?					<b>&lt;0.001</b>
Nada	32	100.0	4	11.4	
Mais informação (patologia e tratamento)	0	0.0	31	88.6	
Gostaria de comunicar via internet com a enfermeira especialista em reabilitação?					---
Sim	32	100.0	35	100.0	
Não	0	0.0	0	0.0	
Tem alguma dúvida ou questão que gostaria de colocar?					<b>&lt;0.001</b>
Sim	8	25.0	29	82.9	
Não	24	75.0	6	17.1	
Tema da dúvida ou questão?					---
Reabilitação cardíaca	2	25.0	0	0.0	
Implicações Profissionais	2	25.0	6	20.7	
Lúdico	2	25.0	0	0.0	
Exercício	2	25.0	7	24.1	
Consulta	1	12.5	6	20.7	
Alimentação	0	0.0	4	13.8	
Sinais e sintomas	0	0.0	6	20.7	
Exames e tratamento	0	0.0	1	3.4	
Medicação	0	0.0	1	3.4	
Tudo	0	0.0	5	17.2	

## A vida depois da crise

Os resultados obtidos quanto à dependência nas atividades instrumentais de vida diárias, autocuidado terapêutico e percepção da qualidade de vida após intervenção sugerem que o programa educativo visa promover melhorias na qualidade de vida dos doentes, tornando-os pró-ativos na tomada de decisão relativamente ao modo de viver, assumindo responsabilidades quanto aos comportamentos que levam à melhoria da sua condição de saúde (tabela 12).

Tabela 12 - Resultados das escalas AIVD'S, IAT e MacNew QV após intervenção

Variáveis	Grupo experimental		Grupo de controlo		
	x	s	x	s	
(In)dependência nas atividades instrumentais de vida diárias	22.22	0.98	22.14	2.88	$U= -2.988$ $p= 0.003$
Autocuidado terapêutico	60	0.00	38.77	7.74	$U= -7.448$ $p< 0.001$
Qualidade de Vida	4.74	0.65	3.78	0.66	$U= -5.142$ $p< 0.001$

Os resultados também sugerem que os doentes que frequentaram o PEpSCA-CARE desenvolveram as seguintes competências de autocuidado: i) Compreender a causa da SCA e porque surgem os sintomas; reconhecer sinais e sintomas da doença; ii) saber como e quando contactar o profissional de saúde; iii) gerir tratamento farmacológico (compreender indicações, dosagens e efeitos dos fármacos); iv) modificar fatores de risco (compreender a importância da cessação tabágica; vigiar a tensão arterial e os níveis glicémicos em doentes diabéticos, manter uma dieta equilibrada, realizar exercícios físicos regularmente e compreender os benefícios dos mesmos); v) aderir ao tratamento (compreender a importância de seguir as recomendações terapêuticas e manter a motivação para dar continuidade ao tratamento preconizado).

## 6.2 – Discussão dos resultados

A discussão dos resultados é uma apreciação crítica dos resultados obtidos do estudo, confrontando-os entre si, com o quadro teórico de referência e as evidências científicas de forma a permitir uma maior validação dos seus significados e implicações. Considerando como principal objetivo deste estudo avaliar o impacto de um programa de intervenção educativa no desenvolvimento de competências de autocuidado e na qualidade de

vida em pessoas pós SCA, procuramos ainda dar resposta à questão de investigação, objetivos e verificar as hipóteses. A finalidade é encontrar contributos que de uma forma possam enformar os programas educativos.

Apesar do conhecimento produzido acerca da influência e efeitos produzidos da educação nos comportamentos de saúde, não foi encontrado nenhum estudo nacional nem internacional nesta área e no contexto de internamento, ou seja, durante a Fase I de um PRC. Além de que como mencionado anteriormente, nos deparamos com a falta de investigação na área da prevenção secundária da DCV em Portugal, principalmente no que se refere a intervenções de enfermagem aos doentes pós SCA. Tal dificulta encontrar estudos semelhantes que permitam discutir os resultados comparativamente a outras investigações realizadas. Daí que ao longo da discussão apresentamos também estudos realizados em contextos diferentes, mas pertinentes para a nossa análise crítica.

Quanto à caracterização sociodemográfica, verificamos que existe quanto à variável idade diferenças significativas entre os dois grupos. Os participantes do GC são mais velhos que os do GE, correspondendo a média de idades dos participantes do GE a 57.72 e a média de idades dos participantes do GC a 65.09. No entanto, estes dados estão em consonância com o relatório da DGS intitulado: “Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015” que indica a prevalência mais elevada destas doenças no grupo etário dos 40 aos 64 anos no sexo masculino e no grupo etário dos 65 aos 79 anos no sexo feminino.

A maioria dos participantes é do sexo masculino, quer no GE (90.6%), quer no GC (71.4%). Considerando que Rocha (2010) no seu estudo sobre a efetividade de um PRC, refere que o RCV global é mais elevado no género masculino do que no sexo feminino e segundo Westerman & Wenger (2016) esta diferença resulta em parte de diferenças hormonais (estrogéneos), estes dados vão ao encontro às características da própria DCV aterosclerótica, que possui uma origem multifatorial, afetando maioritariamente homens. Os estudos de âmbito nacional também obtiveram percentagens de indivíduos de sexo masculino muito semelhantes destes valores (Lêdo, 2016; Magalhães et al., 2013; Reveles, 2015; DGS, 2015). Do mesmo modo, num estudo de Damásio (2012) refere que os diagnósticos de SCA existem em maior número nos homens do que nas mulheres. No sexo masculino existe com SCA-NSTE 69,7% e SCA-STE 74%, relativamente ao sexo feminino, SCA-NSTE 30,3% e SCA-STE 25%.

Verificou-se ainda uma maior prevalência de doentes casados/união de facto (60% no GC e 81.3% no GE). Estes dados parecem estar concordantes com resultados apresentados nos estudos de como os de Eshah (2013); Lêdo (2016); Marques (2015); Reveles (2015). Também estão em concordância com os dados obtidos no último Censos populacional (2011) realizado em Portugal o qual indica que a maioria da população residente está casada (87,09%). Efetivamente a inclusão do cônjuge ou de outros familiares nos recursos do doente, nos cuidados de enfermagem durante o processo de RC, mesmo na fase de hospitalização, promove o apoio emocional do doente e facilita a adesão ao regime terapêutico (Fernandes, 2012).

Relativamente ao nível de escolaridade, no GE 43.8% dos indivíduos e 74.3% no GC possuíam o 1.º Ciclo do Ensino Básico. Estes dados vão ao encontro às características da população portuguesa, referidas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013b). No estudo de Ferreira (2012), sobre “a evolução dos fatores de risco em Portugal”, verificou que os indivíduos com baixo nível de ensino, os FRCV foram mais prevalentes. No entanto, apesar da maior prevalência dos indivíduos com níveis de ensino baixo, é de realçar a tendência do aumento gradual dos FRCV para indivíduos com níveis de ensino médio alto e alto.

Apesar de não ser a nossa intenção estudar o nível de literacia dos doentes verificamos durante a entrevista *follow-up* que a maioria tem dificuldade em perceber a informação transmitida e desconhecem a existência dos fatores de risco, nomeadamente os modificáveis e por isso não adotam as mudanças necessárias de forma a encontrar uma solução para melhorar o seu estado de saúde. Reflexo disto são os resultados obtidos quanto à questão se “Tem alguma dúvida ou questão que gostaria de colocar?”. Verificamos que 75.0% dos participantes do GE responderam negativamente enquanto a maior parte dos indivíduos do grupo de controlo, concretamente 82.9%, responderam positivamente e quanto ao tema das dúvidas ou questões, os trinta e um participantes do grupo de controlo mencionaram, os temas referentes ao exercício (24.1%), aspetos do exercício da profissão (20.7%), consultas (20.7%), sinais e sintomas da doença (20.7%) e 17.2% afirmaram que gostavam de colocar dúvidas e questões sobre tudo o que envolve a doença cardíaca. Parece-nos que apesar dos participantes do GC serem sujeitos a intervenções padrão na UCIC e Serviço de Cardiologia que inclui transmissão de informação, não se verificou que haja capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva o conhecimento. Segundo

Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, Viera, et al. (2011) doentes com baixa literacia muitas vezes têm défices de conhecimento e podem precisar de instruções mais intensas para desenvolver competências de autocuidado. Ainda segundo estes autores, relativamente aos dados obtidos no seu estudo de meta-análise, verificou que uma baixa literacia esta também associada a maiores taxas de hospitalização, diminuição da utilização de medidas preventivas, e pobre adesão aos regimes terapêuticos.

A baixa literacia em saúde é também a dificuldade dos indivíduos em compreender qual é o seu estado de saúde e quais são as necessidades de mudança de comportamentos, de regimes terapêuticos e de autocuidados. Apresentam ainda uma perceção de baixa autoeficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, e comportamentos inadequados de saúde (Santos, 2010). No entanto, parece-nos que as estratégias ajustadas e os recursos disponíveis para informar e ensinar podem facilitar a mudança.

Quanto à situação profissional, a maioria dos elementos de ambos os grupos é trabalhador ativo, o que está de acordo com a média etária dos participantes ou com a idade pensionista, em 2018, nos termos do disposto no n.º 3, do artigo 20.º, do Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio, na redação dada pelo Decreto –Lei n.º 167 -E/2013, de 31 de dezembro, 66 anos e 4 meses. Estes dados estão também de acordo com o Estudo Amália (2011) que reuniu uma amostra de 38.893 indivíduos com 40 anos ou mais, com o objetivo de avaliar a prevalência dos principais FRCV auto referida pelos inquiridos e a sua distribuição geográfica por grupo etário e sexo em Portugal. A maioria de indivíduos (37%) tinham o ensino primário e estavam no ativo laboral (54,8%).

Importa referir que, apesar de se ter procurado assegurar a homogeneidade entre os grupos em termos sociodemográficos, os dados e resultados obtidos permitem-nos afirmar que os dois grupos em estudo não podem ser considerados equivalentes nas características sexo e idade mas, clinicamente verificou-se homogeneidade entre os grupos, conforme se pode confirmar pela análise dos FRC e dos indicadores clínicos avaliados.

Verificamos que a maioria dos elementos de ambos os grupos tiveram o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio, sendo as percentagens de 90.6% e 88.6%, respetivamente no GE e CG e todos os indivíduos de ambos os grupos em estudo foram sujeitos a procedimentos médicos invasivos, sendo que na maioria dos casos (78.1% e 85.7%) foi feita

intervenção coronária percutânea. Estes resultados estão de acordo com os dados estatísticos da UCIC em estudo. No ano de 2013, o número de internamentos com patologia cardíaca foi de 500 doentes, 66% com SCA e foram realizadas 480 intervenções coronária percutânea (Marques, 2015).

No GE a duração média do internamento na UCIC foi de  $3.66\pm 2.54$  dias e para o GC o valor médio situou-se nos  $3.56\pm 2.57$  dias. Relativamente à duração do internamento no serviço de cardiologia, no GE, observamos o valor médio  $2.59\pm 2.51$  dias e no GC foram situou-se no valor médio de  $4.16\pm 3.84$  dias. Estes dados vão ao encontro dos dados apresentados pela DGS (2015), onde a intervenção ao nível da cardiologia, caracteriza-se por internamentos hospitalares mais curtos, que se deve à revascularização precoce, recurso mais frequente de terapêuticas percutâneas em detrimento das cirurgias e têm graus mais reduzidos de incapacidade (Mendes, 2013). No entanto, o episódio de doença faz reforçar a necessidade de aprender a gerir um regime terapêutico complexo.

Os PRC devem começar no internamento e de preferência ainda na Unidade de Cuidados Intensivos (Abreu et al., 2018). Nesta fase, o doente está particularmente disponível para mudar de comportamentos e tem a noção que necessita modificar os seus comportamentos e aderir a um regime terapêutico complexo. Durante o internamento é possível facultar ao doente os conhecimentos básicos para cuidar de si próprio e para ter uma condição física que lhe permita autonomia no domicílio (Mampuya, 2012). Com base nos estudos de Piotrowicz & Wolszakiewicz (2008) a RC pode ser iniciada após 12–48 horas de repouso no leito, dependendo da gravidade do SCA e após a estabilização da condição clínica (Neves & Oliveira, 2017).

Quanto aos FRCV, em ambos os grupos predomina a dislipidemia (com percentagens de 78.1% e 71.4%), seguida da hipertensão arterial (com percentagens de 53.1% e 54.3%). No grupo experimental foram referidas, ainda, o consumo de tabaco (37.5%), a diabetes mellitus (34.4%) e a doença cardiovascular (31.2%). No grupo de controlo foram referidos os mesmos fatores de risco mas com percentagens de 37.1% para a doença cardiovascular, 34.3% para o consumo de tabaco e 31.4% para a diabetes mellitus. No estudo de Magalhães et al. (2013) com uma amostra de 256 doentes com o diagnóstico de doença cardíaca isquémica, a dislipidemia revelou-se também o fator de risco mais prevalente (74,2%).

Com frequência as DCV são acompanhadas de múltiplos FR no mesmo doente, o que dificulta o tratamento e agrava o prognóstico. No nosso estudo verificamos que a maioria dos participantes apresentavam 3 ou 4 fatores de risco no GE (46.9%) e 1 ou 2 fatores no GC (40.0%). Estes dados são importantes para uma reflexão aprofundada considerando que o risco cardiovascular global é obtido pela presença e interação de múltiplos fatores num indivíduo e que estes fatores de risco interagem e potenciam-se, tendo a sua associação um efeito sinérgico e multiplicativo (Maia, 2011; Marques, 2015).

A presença de múltiplos FR em doentes com SCA aumenta o risco de mortalidade e morbilidade, sendo que diminui a QV além de estar associada ao pior estado clínico (Reveles, 2015). A gestão de múltiplos FR é um processo complexo que exige conhecimento e competências de autocuidado para determinar e selecionar as estratégias de autocuidado mais adequadas para lhe dar resposta. Assim, é importante que as intervenções educativas para o desenvolvimento de competências de autocuidado, incluam informação e indicações sobre todos os fatores de risco do doente (Dickson, Buck, & Riegel, 2013). O programa PEpSA-CARE faz referência aos vários FRCV e por isso parece-nos que os dados obtidos no nosso estudo relativamente a *gerir o seu regime terapêutico*, revelam que os participantes do GE modificaram comportamentos e adquiriram conhecimentos quanto a avaliação do peso (93.8%); avaliação da tensão arterial (90.6%); alimentação (100%) e medicação (100%). Situação distinta da apresentada pelo GC não sujeito à intervenção educativa.

No que concerne ao estado ponderal, 37.5% dos elementos constituintes do GE revelaram estar na situação de pré-obesidade, seguindo-se 34.4% que foram classificados como sendo obesos de grau I. No GC, 45.7% dos indivíduos eram pré-obesos, seguidos de 31.4% que revelaram possuir o peso normal. Estes resultados estão em concordância com os apresentados num estudo pelo INE (2015) que referem um aumento na última década de 50.9% para 52.8% os portugueses com excesso de peso (população maior de 18 anos) e com o estudo de Magalhães et al. (2013). No estudo Ades, Savage, & Harvey-Berino (2010) constataram que mais de 80% dos doentes que dão entrada em PRC têm excesso de peso e mais de 50% apresentam síndrome metabólica. Segundo estes autores, o exercício físico e o aconselhamento, juntamente com a ligeira perda de peso, diminuem significativamente os fatores de risco dos doentes com DC. Além disso, previnem o aparecimento de diabetes tipo 2, melhoram a resistência à insulina, o perfil lipídico, a pressão

sanguínea, a coagulação sanguínea, entre outras. Os estudos de *Ontarget* e *Transcend* referidos por Perdígão (2013), que envolveram 31 536 doentes de 40 países com alto risco (doentes com DCV conhecida ou diabetes e com idade média de 67 anos), realçam que uma alimentação saudável em adição ao efeito protetor dos fármacos, reduzia significativamente o risco de eventos cardiovasculares, quando comparada com uma alimentação não saudável. Em números, demonstraram redução de 35% do risco de morte cardiovascular, redução de 14% do risco de novas SCA, redução de 28% do risco de insuficiência cardíaca congestiva e redução de 19% do risco de AVC.

Após a implementação do PEpSCA-CARE todos os elementos do GE afirmaram que sabiam quais os alimentos a evitar enquanto no GC, as respostas afirmativas ocorreram numa percentagem de 54.3% e verificamos que todos elementos do GE sabiam dizer que medicação estavam a tomar e para que servia enquanto no GC, a maioria dos inquiridos (82.9%) respondeu no sentido contrário.

Estes resultados reforçam a importância de estudos como o presente, pela necessidade de se desenharem linhas de intervenção de enfermagem no âmbito educativo para a população de alto risco. Os enfermeiros podem contribuir na área da prevenção secundária, motivar os doentes a modificar os hábitos de vida e a gerir o regime terapêutico complexo. Conforme temos observado pelos diferentes estudos que comportam uma intervenção educativa, o conhecimento e a educação desempenham um papel fundamental para a alteração do comportamento dos doentes (Creber et al., 2016; Meng et al., 2016; Reveles, 2015; Rice et al., 2018). Neste estudo também obtivemos resultados que vão ao encontro da literatura, nomeadamente, quando questionados acerca das alterações que introduziram no dia-a-dia para melhorar a condição de saúde, por comparação com o que faziam antes do internamento. Todos os inquiridos do GE referiram a adoção de estilos de vida saudáveis, bem como, 85.7% dos elementos no GC deram a mesma resposta apesar de haver quem não fez qualquer alteração (14.3%). Verificamos ainda que 96.9% dos participantes do GE afirmaram não necessitar de ajuda para a realização das AVDS enquanto no GC a percentagem dos participantes que necessitavam deste tipo de ajuda situou-se na metade dos sujeitos (51.4%).

Quanto ao tempo que decorreu desde o início dos sintomas até à procura de cuidados de saúde, verificamos que há diferença entre os dois grupos. Para 46.8% dos participantes

do GE decorreram menos de 2 horas, seguidos de 34.4% para os quais este tempo foi de 2 a 12 horas. No GC, 37.1% dos participantes esperaram menos de 2 horas para recorrer aos cuidados de saúde e em igual percentagem esperaram mais de 12 horas. Os resultados, sugerem falta de conhecimentos adequados dos sintomas cardíacos e um elevado potencial para respostas inapropriadas quando os sintomas ocorrem, facto que coloca as pessoas em risco de morte. Fernandes (2012), refere no seu estudo sobre a necessidade da promoção de conhecimentos acerca das doenças cardíacas, com vista a potenciar uma intervenção/prevenção o mais precoce possível, aquando do início dos sintomas cardíacos. Os dados neste estudo revelaram que todos os participantes do GE referiram conhecer os sinais e sintomas a que devem estar atentos para evitar reinternamento. No GC a tendência é oposta, já que 71.4% dos participantes referem não conhecer esses sinais e sintomas.

Como podemos constatar a maioria dos indivíduos de cada um dos grupos, 78.1% GE e 91.4% GC, não teve indicação médica para frequentar programas de reabilitação cardíaca. No estudo de Peters & Keeley (2017), foram identificados como preditores de não referência como seja, a idade avançada, o sexo feminino, comorbilidades como insuficiência cardíaca, diabetes mellitus ou AVC, o baixo nível socioeconómico, a ausência de seguro de saúde ou de subsistema de assistência médica e a distância e respetivas acessibilidades entre o domicílio e o centro de reabilitação. Apesar deste estudo não identificar as causas da não referência médica para frequentar um PRC, realçamos que estes resultados vêm reforçar a importância quanto à necessidade da implementação da Fase I da RC em todas as UCIC e Serviços de Cardiologia associando-lhes um programa de intervenção educativo. É de repensar o percurso que se deve trilhar para englobar o maior número de doentes e desenvolver e testar estratégias para melhorar a reabilitação global do doente. No entanto, se o primeiro passo não for dado no contexto hospitalar todas as outras estratégias para a adesão aos regimes terapêuticos e PRC tornam-se de difícil implementação.

Em seguida cada uma das hipóteses será discutida individualmente.

No que se refere à **hipótese 1** e, quando partimos do pressuposto que **os doentes expostos ao programa educativo como intervenção de enfermagem, apresentam mais competências de autocuidado face aos doentes não expostos ao mesmo**, constatamos que os

resultados obtidos revelam ganhos no desenvolvimento de competências de autocuidado no GE em comparação com o GC, nomeadamente sugerem que, entre a pré-intervenção e a pós-intervenção, os elementos do GE tenderam a melhorar as competências de autocuidado enquanto nos elementos do GC a tendência foi oposta, ou seja, verificou-se uma deterioração nas competências de autocuidado.

Relativamente a estes dados, torna-se difícil comparar com outros estudos, pois não encontramos nenhum que avaliasse uma intervenção educativa de enfermagem durante a Fase I de um PRC. Alguns estudos (Buckley et al., 2007; Cebeci & Celik, 2008; Hoseini et al., 2013; Seon Young Hwang & Jin Shil Kim, 2015; Johansson et al., 2014; Mohammadpour et al., 2015; Sindhu et al., 2010) usando também metodologia *quasi-experimental* mostram que um programa de intervenção educacional tem impacto positivo no autocuidado. No entanto, não referem as mudanças no autocuidado nos doentes não sujeitos ao programa. Em Portugal o único estudo encontrado com características semelhantes, ou seja, com o objetivo de analisar as competências de autocuidado em doentes pós-SCA pré-intervenção e pós-intervenção, revela que houve um aumento significativo do *score* de capacidades de autocuidado, no entanto, não se verificaram diferenças com significado estatístico entre o GE e o GC (Reveles, 2015).

Num estudo realizado em doentes com insuficiência cardíaca descompensada, o baixo *score* de capacidades de autocuidado pode estar relacionado com às dificuldades na tomada de decisão e falta de motivação e não tanto com as dificuldades de aprendizagem (Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker, & Cowie, 2013). Outro estudo também realizado em doentes com insuficiência cardíaca descompensada, concluiu que os doentes ao longo do tempo tendem a resignar-se à diminuição das suas capacidades tornando-se mais dependentes e a sobre utilizarem o sistema de saúde (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010). Estes resultados podem levar-nos a questionar o peso da QV, o desconhecimento sobre a doença e a desmotivação do doente para tratar quando assintomática, nomeadamente na mudança de estilo de vida e alteração dos fatores de risco modificáveis.

Doentes com melhor autoeficácia e confiança para a realização de uma determinada atividade, apresentam melhor autocuidado (Dickson et al., 2013). Estes autores acrescentam ainda, que de modo a conseguirem uma gestão do autocuidado, os doentes necessitam de vigilância e ação, em resposta ao processo de transição. Considerando que obtivemos

65.6% dos participantes do GE que afirmaram não ter qualquer profissional de saúde a prestar ajuda na forma de lidar com a condição de saúde e no GC, a percentagem desta resposta situou-se nos 88.6%, os dados corroboram a necessidade do acompanhamento pelos enfermeiros de modo a conseguirem implementar intervenções que influenciam as competências de manutenção, monitorização e adesão ao plano terapêutico.

Relativamente a consultas realizadas, a maioria dos elementos do GE (68.8%) afirmou que já teve consulta de cardiologia, ou de outra especialidade desde que teve alta, enquanto que no GC ocorreu a situação inversa, a maioria responder que não teve qualquer consulta (65.7%). Quanto a consultas agendadas 40% dos indivíduos do GE afirmaram ter consulta agendada e 56.5% GC também. Estes dados sugerem que é preciso um *follow-up* regular do doente de modo a incentivar à continuidade dos cuidados e manter a adesão às medidas dirigidas à modificação do estilo de vida e à terapêutica farmacológica (Abreu & Araújo, 2016).

A continuidade dos cuidados impõe-se para apoiar a pessoa na sua capacitação para o autocuidado. O processo inclui informar, ensinar, ajudar e fazer por, até que a pessoa seja capaz de o realizar.

Relativamente à **hipótese 2** e, quando partimos da suposição que **os doentes expostos ao programa educativo como intervenção de enfermagem, apresentam melhor qualidade de vida face aos doentes não expostos ao mesmo**, constatamos que esta hipótese foi confirmada, uma vez que os resultados obtidos revelam que existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à qualidade de vida global, física, emocional e social. Nas diferentes dimensões avaliadas, os doentes do GE evidenciaram qualidade de vida significativamente melhor que os do GC.

Os dados corroboram o que afirma Rocha (2010), sobre a participação em programas de reabilitação cardíaca associa-se a uma melhoria da perceção do estado de saúde nos doentes coronários, reforçando a sua autoconfiança e permitindo uma mais precoce e completa reinserção familiar, social e profissional. Também o estudo realizado por Fernandes (2012), refere que os doentes com mais conhecimentos acerca da doença na pós-intervenção, continuam a ter esse ganho após dois meses, resultando um maior benefício com a intervenção em termos de ansiedade, da diminuição da perceção de sintomas, da preocu-

pação acerca da doença e da importância da resposta emocional. Acrescenta que os profissionais de saúde que promovem intervenções educativas devem dar especial atenção à promoção de conhecimentos acerca da doença e do tratamento.

Estas mudanças comportamentais são abordadas através de intervenções educativas dirigidas ao doente e familiares/cuidadores, através de sessões educativas com informação, esclarecimento e discussão dos temas de prevenção secundária (reabilitação cardíaca) e acompanhadas de material didático como panfletos e/ou meios audiovisuais (Rice et al., 2018). No presente estudo realçamos a importância da utilização do material didático pois os dados obtidos relativamente ao que de mais importante aprenderam no hospital sobre a doença cardíaca, todos os participantes do GE afirmaram que foram os conteúdos expostos no vídeo.

A maioria dos participantes reconheceu a enfermeira como o profissional de saúde formador (GE, 100% e GC, 97.1%) o que sugere a importância dos enfermeiros a tomarem a iniciativa para este tipo de intervenções. De facto, os resultados relativos aos *contributos da informação facultada no hospital*, 88,6% dos participantes do GC referiam que poderia ter sido dada mais informação sobre a patologia e o tratamento em contraste com os 100% dos participantes do GE que afirmaram tê-las recebido.

Num estudo realizado por Domingo, Lupón, & Bayes-Genis (2011) com doentes internados por insuficiência cardíaca, sujeitos a programa de intervenção educativa que incluiu reforços das orientações e apoio motivacional através do telefone após a alta hospitalar durante um ano, tiveram menos reinternamentos por descompensação da doença e referiram melhor qualidade de vida. Os resultados nesta investigação corroboram a importância da enfermeira na orientação e apoio motivacional, expressada por todos os participantes que gostariam de ter o contacto da enfermeira especialista em reabilitação para colocar-lhe dúvidas quando sugerissem. Também o estudo de Jørstad et al. (2016) demonstrou que a realização de intervenções educativas e o acompanhamento dos doentes com SCA apresentam melhor adesão ao regime terapêutico e repercussão na melhor qualidade de vida.

Durante o desenvolvimento desta investigação percebemos a importância do autocuidado, como uma área de maior relevância na prática de enfermagem pelo potencial efeito na

independência das pessoas para se responsabilizarem pelo seu projeto de vida. A promoção do autocuidado é um indicador da qualidade da prestação de cuidados, pois as consequências das intervenções de enfermagem traduzem-se numa maior qualidade de vida e bem-estar das pessoas em processo de doença.

Os resultados obtidos no nosso estudo apontam para ganhos no desenvolvimento de competência de autocuidado e qualidade de vida quando implementadas intervenções educativas de enfermagem durante o internamento. As intervenções direcionadas para mudanças de comportamento dos doentes foram fundamentais para que estes fossem capazes de gerir o seu regime terapêutico e se adaptassem à sua nova condição de saúde.

O Programa de Intervenção Educativa contribui para colmatar as necessidades de autocuidado não satisfeitas sentidas pelos doentes pós-SCA principalmente aqueles que não têm acesso aos PRC. No entanto, é necessário uma maior sensibilização e investimento dos enfermeiros para a implementação de intervenções educativas para que desta forma os cuidados prestados se revistam de uma qualidade efetiva.



## **CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES INTEGRATIVAS**

Concluimos um processo de investigação que pretendia avaliar o impacto de um programa de intervenção educativa, no desenvolvimento de competências de autocuidado e qualidade de vida do doente pós-SCA. O PEpSCA-CARE, sugere a efetividade do desenvolvimento de competências a nível cognitivo (conhecimento), instrumental (saber fazer) e pessoal (saber lidar com) através da implementação de intervenções de enfermagem específicas e sistematizadas. Promovendo o autocuidado, a autogestão e ao responsabilizar a pessoa pela sua saúde, conseguimos uma maior adesão ao regime terapêutico.

Pretendíamos ainda dar um contributo para facilitar o processo de transição saúde-doença, reduzir as complicações secundárias e melhorar a condição de saúde da pessoa após um evento cardíaco. No nosso entender, iniciamos um percurso no desenvolvimento de competências de autocuidado no doente cardíaco, que pode abranger populações com outras doenças crónicas e assim, a transferibilidade para outras realidades semelhantes. Resta a vontade de continuar o trabalho já iniciado e tornar estes resultados mais consistentes de forma a contribuir mais para o desenvolvimento da profissão e da disciplina de enfermagem.

Ao longo da explanação deste capítulo iremos evidenciar as principais ideias que emergiram deste percurso e faremos referência às limitações e potencialidades do estudo; ao contributo da investigação para o ensino e prática de enfermagem; ao contributo para as políticas de saúde e às conclusões finais.

### **7.1 – Limitações e potencialidades do programa de intervenção educativa**

Neste estudo foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas na análise e interpretação dos resultados além de serem orientadoras para investigações futuras.

Tendo em consideração que o nosso estudo decorreu numa área geográfica específica de Portugal (região norte), este facto constitui uma limitação à generalização dos resultados

a outras zonas do País. Tal facto, constitui um óbice à validade externa do estudo. É também necessário considerar as possíveis características particulares desta região e consequentemente as variações epidemiológicas e clínicas em relação às patologias coronárias.

A não randomização pode ter provocado um viés na comparação dos grupos em estudo, no entanto, considerando a imprevisibilidade de episódio de doença aguda e o contexto de internamento, este método permitiu a mesma oportunidade, a todos os participantes no grupo ao qual foi inserido, dado que não há como saber que doente será internado nem quando, evitando a previsibilidade da inserção do participante no grupo.

Devemos também realçar a especificidade da UCIC quanto às excelentes condições físicas e profissionais, que constituem uma referência na prestação de cuidados médicos e de enfermagem. Relembramos que a enfermeira especialista em reabilitação coordenadora de um centro de reabilitação cardíaca em Portugal, implementa a fase I a todos os doentes internados. Provavelmente esta não é a realidade de outros hospitais do país.

Por outro lado, a natureza do estudo e os em momentos de contacto com os doentes em dois contextos temporalmente distintos, poderão representar uma desvantagem metodológica, uma vez que o espaço de tempo de um mês entre os dois momentos de avaliação (internamento e domicílio) pode não ter sido o suficiente para se observarem mudanças nas competências de autocuidado e na qualidade de vida. Em futuros estudos, será necessário avaliar a eficácia do programa de intervenção educativo num tempo de seguimento mais alargado. No entanto, o espaço de tempo definido no estudo pode ter contribuído para a não desistência de nenhum dos participantes e para a mortalidade da amostra ser zero.

Mesmo assinaladas estas limitações, consideramos que a relevância deste estudo em Portugal, constitui uma oportunidade para a implementação durante o período de internamento, no contexto da fase I do PRC, um programa de intervenção educativa. Os resultados da avaliação da eficácia do programa são promissores, uma vez que houve ganhos em saúde e qualidade de vida, apesar da medida ser verificada durante um curto prazo. Será necessário avaliar se estes resultados se mantêm ao longo do tempo ou ainda como reforçar o ensino e treino para que a pessoa consiga manter ou recuperar a competência, comungando a perspetiva da aprendizagem social de Bandura. O recurso a pares que já vivenciaram o programa pode ser uma estratégia de modelagem.

## **7.2 – Contributos para um Programa de Intervenção Educativa no desenvolvimento de competências de autocuidado e melhorar a qualidade de vida do doente após SCA**

Os resultados desta investigação apontam para contributos da intervenção educativa de enfermagem no desenvolvimento de competências de autocuidado nomeadamente: nos conhecimentos sobre a doença; nas AIVD'S; na autovigilância; na autoeficácia e na gestão do regime terapêutico (gestão alimentar, medicamentosa, atividade física e controlo dos FRCV).

As diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC quanto às variáveis específicas indicam que, quanto à estrutura do Programa Educativo com entrevistas, atividades formativas, auto monitorização através de *check-list* e acompanhamento via telefone (Bugalho & Carneiro, 2004), que em conjunto com intervenções de enfermagem focalizadas no domínio da ação do atender, informar e gerir (Orem, 2001), se revelam positivas nos comportamentos de autocuidado e na qualidade de vida dos participantes do GE.

Consideramos ainda como contributo positivo para a aquisição de conhecimento e a aprendizagem da gestão da condição de saúde-doença: i) a preparação precoce e ao longo do internamento para a alta; ii) a disponibilidade da enfermeira para ouvir as necessidades e retirar dúvidas; iii) a educação sobre a patologia, a alimentação; a atividade física, o regime medicamentoso e os FRCV; e, iv) o aumentar a independência e a autoconfiança do doente. Atendendo sempre, ao momento em que é feita a intervenção, a organização da informação e a forma como essa informação é transmitida (Bandura, 2004).

Os contributos deste estudo para um Programa de Intervenção Educativa no desenvolvimento de competências de autocuidado e melhoria na qualidade de vida do doente após SCA, pode ser um recurso viável e relevante para a equipa de enfermagem das UCIC e Serviços de Cardiologia, intervir de forma eficaz e eficiente, implementando intervenções baseadas na evidência científica. Assim, as pessoas que sofreram um incidente cardíaco da natureza do que aqui foi estudado, devem seguir um PRC onde existe uma dimensão educativa a qual deve ser devidamente preparada e monitorizada.

### **7.3 – Contributo da investigação para o ensino e prática de enfermagem**

A existência de uma prática de enfermagem baseada na evidência necessita de investigação com resultados aplicáveis na prática clínica dos enfermeiros. Só assim é que a disciplina de enfermagem consegue produzir e renovar o seu corpo de conhecimento. São os enfermeiros os profissionais que através da tomada de decisão assente quanto possível na evidência científica, conseguem implementar intervenções sistematizadas que ajudam o doente cardíaco a desenvolver competências de autocuidado.

Num processo de capacitação e autonomia em que o objetivo é de manutenção da independência no autocuidado, as intervenções de enfermagem assentes em práticas educativas facilitam a adoção de estratégias adaptativas que melhoram a qualidade de vida. O doente ao perceber que tem uma voz ativa no seu processo de transição, sente a responsabilização de tomar decisões e adquirir comportamentos que levam à melhoria da sua condição de saúde.

Os resultados obtidos neste estudo, indicam a necessidade de maior sistematização das intervenções educativas e estas constituem-se estratégias sensíveis aos cuidados de enfermagem, uma vez que os fenómenos relacionados com o autocuidado e autogestão são influenciados pelas intervenções de enfermagem.

É também importante referir que os resultados deste estudo realçam a necessidade de se pôr em ação metodologias diferentes na abordagem da doença crónica, da autogestão e do autocuidado, seja nos conteúdos curriculares, seja nas estratégias de trabalho interdisciplinares (Crisp, 2014). Os programas educativos testados e validados devem permitir aos futuros enfermeiros conhecer estratégias educativas para prestar cuidados centrados na pessoa, baseadas em trabalho de equipa (Crisp, 2014). É fundamental a produção de conhecimento formal, através da investigação na área da educação para a gestão da doença crónica.

#### **7.4 – Contributo para as políticas de saúde**

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020), refere que para enfrentar as doenças cérebro-cardiovasculares é necessário estratégias transversais de saúde pública que, para além do tratamento, visem de forma estruturada as dimensões da promoção da saúde e a reabilitação da doença. Apesar de Portugal apresentar uma evolução positiva da taxa de mortalidade associada às doenças cardíacas, integrando o grupo de países com melhores resultados neste indicador de saúde, verificamos que quanto a prevenção secundária e no que se refere a PRC, ainda temos um longo caminho a percorrer. A Comissão para a Organização e Desenvolvimento Económico (OCDE) identificou as áreas em que Portugal obteve resultados menos favoráveis em relação à média dos países da UE, sobre as quais os enfermeiros possuem competências que seriam um valor acrescido para os ganhos em saúde, como na prevenção das doenças cardiovasculares e no acompanhamento desses doentes (OE, 2010b). Considerando a prevenção da doença e a promoção da saúde como áreas prioritárias nas políticas de saúde, a RC e as intervenções educativas para o desenvolvimento de competências de autocuidado nos doentes com doença cardíaca devem ser equiparadas ao mesmo nível de importância das intervenções curativas.

A nossa investigação demonstra ser possível com os recursos existentes a implementação da Fase I do PRC com ênfase na sistematização da vertente educativa.

#### **7.5 - Considerações finais**

O comportamento de autocuidado em contexto de doença crónica é determinado pelo conhecimento do doente, pela perceção sobre o desafio que a doença coloca no quotidiano, pela forma de progressão da doença, pelo tipo de tratamento e pelo impacto a nível social, profissional, familiar e económico (Padilha, Oliveira, & Campos, 2010). Apesar da evolução nos tratamentos, as taxas de mortalidade, o número de EAM e reinternamento de doentes com SCA continuam altas (O'Gara et al., 2013). O aumento em 26% dos internamentos por doenças cardíacas em Portugal entre 2011 e 2015 apontam para uma população que necessita de cuidados de enfermagem na vertente da prevenção secundária.

Este acompanhamento deve ser direcionado para ações voltadas para a educação e aprendizagem de estratégias de adaptação na realização do autocuidado.

Consideramos que a implementação do PEpSCA-CARE nas UCIC e Serviços de cardiologia pode melhorar a reabilitação do doente. Embora, apenas válidos para o contexto específico dos doentes estudados, os resultados obtidos revelaram efetivamente que o programa possibilitou ganhos significativos na vida dos doentes cardíacos e os resultados positivos deste estudo sugerem que programas desta natureza podem ser adaptados à gestão de outras doenças crónicas. O objetivo geral de qualquer programa desenhado para melhorar a saúde das pessoas que vivenciam doenças crónicas, baseia-se na prevenção das complicações e na melhoria da qualidade de vida (Megari, 2013).

Evidência científica salienta a pertinência de estratégias de prevenção secundária após episódios de enfarte, onde a importância da preparação da alta, a especificidade do contexto e a vulnerabilidade à repetição são realçadas (Thygesen et al., 2012). Nesta linha, a presente investigação representa um contributo científico para a enfermagem no contexto da doença crónica quanto ao desenvolvimento de competências de autocuidado assentes na intervenção educativa. O PEpSCA-CARE contribuiu para o desenvolvimento da mestria do doente cardíaco através de intervenções educativas de enfermagem que consciencializaram o doente quanto às suas capacidades de desenvolver competências de autocuidado.

Ainda concluímos que os programas educativos, assentes numa estrutura bem definida e pautados pela sistematização, são capazes de contribuir para o incremento dos ganhos em saúde dos doentes e, sem um aumento significativo de recursos humanos e económicos, é possível promover boas práticas de enfermagem. Isto porque, apesar de não ser nosso objetivo contabilizar os gastos associados com a implementação do PEpSCA-CARE, a utilização dos recursos existentes sugere a possibilidade de colocar em prática as intervenções educativas, sem grandes encargos acrescidos para o Sistema Nacional de Saúde.

O desenvolvimento deste estudo salienta não só a relevância da temática, mas também a sua aplicabilidade. O programa de intervenção de enfermagem planeado, construído e implementado em função das necessidades, permitiu ganhos em saúde através da aquisição de conhecimentos e capacidades relacionadas com o regime terapêutico do doente com SCA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., . . . Morais, J. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(5), 363-373. doi:<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006>
- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais* (2nd ed.). Coimbra: Formasau.
- Adams, N. E. (2015). Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 103(3), 152-153. doi:10.3163/1536-5050.103.3.010
- Ades, P., Savage, P., & Harvey-Berino, J. (2010). *The Treatment of Obesity in Cardiac Rehabilitation* (Vol. 30).
- Ades, P. A., Keteyian, S. J., Balady, G. J., Houston-Miller, N., Kitzman, D. W., Mancini, D. M., & Rich, M. W. (2013). Cardiac Rehabilitation Exercise and Self Care for Chronic Heart Failure. *JACC. Heart failure*, 1(6), 540-547. doi:10.1016/j.jchf.2013.09.002
- Ajzen, I. (1991a). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211
- Amendoeira, J.; Lourenço, J.; Barroso, I.; Figueiredo, M.; Fonseca, O.; Godinho, C.; Reis, A.; Saragoila, S. & Silva, M. (2014). Enfermagem Avançada. Contributo para o processo de teorização em enfermagem. *Revista da UIIPS*. Novembro, pp. 232-249
- Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. R., Zwisler, A.-D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*, 79(3), 277-282. doi:10.1016/j.pec.2009.07.025
- Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003a). Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services. *Health Qual Life Outcomes* 1:26.
- Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003b). Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 57.
- Avery, L., Estrella-Holder, E., Deckert, C., Boreskie, S., Luchik, D., Lake, D., . . . Schnell-Hoehn, K. (2011). NP007 The role of cardiac sciences' clinical nurse

- specialists in the referral of cardiac patients to a local cardiac rehabilitation program (CRP). *Canadian Journal of Cardiology*, 27(5, Supplement), S361. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2011.08.078>
- Azevedo, N. (2009). *Reabilitação cardiovascular: Diminui a mortalidade e mantém a qualidade de vida, em doentes isquémicos 4 anos após.* (Master Degree), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar., Porto.
- Baberg, Uzun D., de Zeeuw J., Sinclair R., Bojara W., Mügge A., & R, S. (2005). Health promotion and inpatient rehabilitation. Long-term effects of education in patients with coronary heart disease. *Herz* 30, 754 - 760.
- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors associated with self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.*, 15, 195-202
- Baldi, C., De Vecchis, R., & Ariano, C. (2016). The MacNew Questionnaire Is a Helpful Tool for Predicting Unplanned Hospital Readmissions After Coronary Revascularization. *Journal of clinical medicine research*, 8(3), 210-214. doi:10.14740/jocmr2447w
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373. doi:10.1521/jscp.1986.4.3.359
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* USA: W.H.Freeman.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi:10.1177/1090198104263660
- Barnason, S., Zimmerman, L., & Young, L. (2012). An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *J Clin Nurs*, 21(3-4), 448-475. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03907.x
- Bastos, F. (2012). *A Pessoa Com Doença Crónica.* (PhD Thesis), Universidade Católica Portuguesa.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 324-508. In *Health Education Monographs* (Vol. 2, pp. 324-508).
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*, 155(2), 97-107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., . . . Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*(199), 1-941.

- Berra, K., Miller, N. H., & Jennings, C. (2011). Nurse-based models for cardiovascular disease prevention: from research to clinical practice. *J Cardiovasc Nurs*, 26(4 Suppl), S46-55. doi:10.1097/JCN.0b013e318213ef5c
- Bettencourt, N., & al., e. (2005). Impacto da Reabilitação Cardíaca na Qualidade de Vida e Sintomatologia Depressiva após Síndrome Coronária Aguda. *Revista Portuguesa de Cardiologia.*, 24(5), 687-696.
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., . . . Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva:
- Boisvert, S., Proulx-Belhumeur, A., Gonçalves, N., Doré, M., Francoeur, J., & Gallani, M. C. (2015). An integrative literature review on nursing interventions aimed at increasing self-care among heart failure patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 753-768. doi:10.1590/0104-1169.0370.2612
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. Cambridge: Da Capo Press.
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. (PhD Thesis), Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Buckley, T., McKinley, S., Gallagher, R., Dracup, K., Moser, D. K., & Aitken, L. M. (2007). The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 6(2), 105-111. doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.05.005
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. In. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic diseases in Europe. Strategies, interventions and challenges*. . Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cajita, M. I., Cajita, T. R., & Han, H. R. (2016). Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs*, 31(2), 121-130. doi:10.1097/jcn.0000000000000229
- Cardoso, A., Queiros, P., Ribeiro, C., & Amaral, A. (2014). Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*, 7(2).

- Cebeci, F., & Celik, S. S. (2008). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 412-420. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01952.x
- Chauvet-Gelinier, J.-C., & Bonin, B. (2017). Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(1), 6-12. doi:https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.09.002
- Claassen, L., Henneman, L., van der Weijden, T., Marteau, T. M., & Timmermans, D. R. (2012). Being at risk for cardiovascular disease: perceptions and preventive behavior in people with and without a known genetic predisposition. *Psychol Health Med*, 17(5), 511-521. doi:10.1080/13548506.2011.644246
- Cockayne, S., Pattenden, J., Worthy, G., Richardson, G., & Lewin, R. (2014). Nurse facilitated Self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(9), 1207-1213. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.01.010
- Comin-Colet, J., Lainscak, M., Dickstein, K., Filippatos, G. S., Johnson, P., Lüscher, T. F., . . . Anker, S. D. (2013). The effect of intravenous ferric carboxymaltose on health-related quality of life in patients with chronic heart failure and iron deficiency: a subanalysis of the FAIR-HF study. *European Heart Journal*, 34(1), 30-38. doi:10.1093/eurheartj/ehr504
- Couro, A. J. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *Referência*, 1, 5-9
- Cortés-Beringola, A., Fitzsimons, D., Pelliccia, A., Moreno, G., Martín-Asenjo, R., & Bueno, H. (2017). Planning secondary prevention: Room for improvement. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3\_suppl), 22-28. https://doi.org/10.1177/2047487317704954
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2009. Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas. Acedido em 18 de dezembro de 2017 em <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/466A7B26-7BB4-48D9-9DC1-FBAE234AA579/0/ReabilitacaoCardiaca.pdf>
- Crisp, N. (2014). *Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa. Acedido em 16 de novembro de 2017 em <https://gulbenkian.pt/publication/um-futuro-saude-um-papel-desempenhar/>:
- Da Vico, L., Ciompi, M., Schinina, F., Sogaro, E., Mannelli, W., & Cortini, S. (2014). [Multidisciplinary team in cardiac rehabilitation and secondary prevention, from the assessment to the education: an educational project]. *Monaldi Arch Chest Dis*, 82(1), 35-42. doi:10.4081/monaldi.2014.41

- Dalal, H. M., Zawada, A., Jolly, K., Moxham, T., & Taylor, R. S. (2010). Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 340, 15. doi:10.1136/bmj.b5631
- DGS. (2016). *Cérebro-Cardiovasculares em Números - 2015*. Acedido em 1 de novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- DGS (2016). A Saúde dos Portugueses. Acedido em 1 de novembro de 2017 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
- DGS. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Acedido em 1 de novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx>
- Dickens, C., Cherrington, A., & McGowan, L. (2012). Depression and health-related quality of life in people with coronary heart disease: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 11(3), 265-275. doi:10.1177/1474515111430928
- Dickson, V., Buck, H., & Riegel, B. (2013). Multiple comorbid conditions challenge heart failure self-care by decreasing self-efficacy. *Nurs Res*, 62(1), 2-9. doi:10.1097/NNR.0b013e31827337b3
- Dickson, V., Nocella, J., Yoon, H.-W., Hammer, M., Melkus, G. D. E., & Chyun, D. (2013). Cardiovascular Disease Self-Care Interventions. *Nursing Research and Practice*, 2013, 407608. doi:10.1155/2013/407608
- Domingo, M., Lupón, J., & Bayes-Genis, A. (2011). Noninvasive Remote Telemonitoring for Ambulatory Patients With Heart Failure and Emergency Department Services. Response. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 64(10), 949-949.
- Dracup, K., McKinley, S., Doering, L. V., Riegel, B., Meischke, H., Moser, D. K., & Paul, S. M. (2008). Acute Coronary Syndrome: What Do Patients Know? . *10(168)*, 1049–1054.
- Edwards, J. (2011). Sharing best practices: a nurse-led cardiac prevention and rehabilitation service. *British Journal of Cardiology* 18, 8-10.
- Eichler, K., Wieser, S., & Brugger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*, 54(5), 313-324. doi:10.1007/s00038-009-0058-2
- Eshah, N. F. (2013). Predischage education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 273-279. doi:10.1111/nhs.12018

- Eurostat. (2017). Cardiovascular Diseases Statistics. Acedido em 24 de janeiro, 2018 em <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.html>
- Everett, B., Salamonson, Y., Zecchin, R., & Davidson, P. M. (2009). Reframing the dilemma of poor attendance at cardiac rehabilitation: an exploration of ambivalence and the decisional balance. *J Clin Nurs*, 18(13), 1842-1849. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02612.x
- Fernandes, A. (2012). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica breve em pacientes pós-síndrome coronária aguda*. (PhD Thesis), Universidade do Minho, Braga.
- Foster, J. G., Lewis, S. F., & Hennekens, C. H. (2017). Editorial commentary: Cardiac rehabilitation: Major benefits and minor risks. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(6), 426-427 . doi:<https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.03.001>
- Foulkes, J., Johnston, M., & Robertson, C. (1993). *Knowledge and distress: implications for cardiac recovery*. . Macmillan, London.
- Fung, C. S. C., Yu, E. Y. T., Guo, V. Y., Wong, C. K. H., Kung, K., Ho, S. Y., . . . Lam, C. L. K. (2016). Development of a Health Empowerment Programme to improve the health of working poor families: protocol for a prospective cohort study in Hong Kong. *BMJ Open*, 6(2).
- Furuya, R. K., Arantes, E. C., Dessotte, C. A. M., Ciol, M. A., Hoffman, J. M., Schmidt, A., . . . Rossi, L. A. (2015). A randomized controlled trial of an educational programme to improve self-care in Brazilian patients following percutaneous coronary intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 895-908. doi:10.1111/jan.12568
- Furuya, R. K., Mata, L. R. F., Veras, V. S., Appoloni, A. H., Dantas, R. A. S., Silveira, R., & Rossi, L. A. (2013). Telephone Follow-Up for Patients After Myocardial Revascularization: A Systematic Review. *American Journal of Nursing*, 113(5), 28-39. doi:10.1097/01.NAJ.0000429756.00008.ca
- Galdeano, L. E., Furuya, R. K., Rodrigues, M. A., Dantas, R. A., & Rossi, L. A. (2014). Reliability of the Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI) for use in Portugal. *J Clin Nurs*, 23(11-12), 1532-1540. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04158.x
- Gallani, M. (2015). O enfermeiro no contexto das doenças crónicas *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23 (1), , 1-2. .
- Gallo, A., & Laurenti, R. (2014). Mudança de hábitos e atitudes em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio e angioplastia primária. *Saude (Santa Maria)*, 40(2), 59-66.

- 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), 226-236.
- Gardner, J. K., McConnell, T. R., Klinger, T. A., Herman, C. P., Hauck, C. A., & Laubach Jr, C. A. (2003). Quality of life and self-efficacy: gender and diagnoses considerations for management during cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil*, 23(4), 299-306.
- Gerteis J, Izrael D, Deitz D, LeRoy L, Ricciardi R, Miller T, & J., B. (2014). Multiple Chronic Conditions Chartbook. In. Rockville, MD: AHRQ Publications.
- Ghisi, G. L. M., Chaves, G., Britto, R. R., & Oh, P. (2017). Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient Educ Couns*. doi:10.1016/j.pec.2017.09.002
- Gomes, A. (2013). Tipos de programas de reabilitação cardíaca In *Manual de reabilitação cardíaca* (pp. 35-40). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1) . doi:10.1002/14651858.CD000313.pub5
- Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M. R. (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 50(7), 945-953. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.007
- Grant, J., Graven, L., & Fuller, K. (2018). Problems experienced in the first month after discharge from a heart failure-related hospitalization. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 5(2), 140-148 . doi:10.17294/2330-0698.1588
- Hagberth, V., Sjoberg, T., & Ivarsson, B. (2008). Older women with a serious cardiac event experience support with a Vifladt & Hopen inspired patient group education programme. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 140-146. doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.09.003
- Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: a prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*, 51(12), 1542-1556. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004
- Hasanpour-Dehkordi, A., Khaledi-Far, A., Khaledi-Far, B., & Salehi-Tali, S. (2016). The effect of family training and support on the quality of life and cost of hospital readmissions in congestive heart failure patients in Iran. *Applied Nursing Research*, 31, 165-169. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.03.005>

- Hill, M. & Hill, A. (2008) - Investigação por Questionário. 2ª ed. Lisboa: Edições sílabo. ISBN: 9789726182733
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed. ed.). Loures: Lusodidacta.
- Holman, H., & Lorig, K. (2004). Patient self-management: A key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Reports*, 119(3), 239-243. doi:10.1016/j.phr.2004.04.002
- Hoseini, S., Soltani, F., Beygi, M. B., & Zarifsanadeh, N. (2013). The effect of educational audiotape programme on anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1613-1619. doi:10.1111/jocn.12125
- Hoy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scand J Caring Sci*, 21(4), 456-466. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x
- Hunt, S., Abraham, W., Chin, M., Feldman, A., Francis, G., Ganiats, T., . . . Yancy, C. (2009). *2009 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults* Retrieved from
- Hwang, S. Y., & Kim, J. S. (2015). Risk Factor-tailored Small Group Education for Patients with First-time Acute Coronary Syndrome. *Asian Nursing Research*, 9(4), 291-297. doi:10.1016/j.anr.2015.07.005
- Hwang, S. Y., & Kim, J. S. (2015). Risk Factor-tailored Small Group Education for Patients with First-time Acute Coronary Syndrome. *Asian Nursing Research*, 9(4), 291-297. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2015.07.005>
- Höfer, S., Benzer, W., & Oldridge, N. (2014). Change in health-related quality of life in patients with coronary artery disease predicts 4-year mortality. *International journal of cardiology*, 174(1), 7-12. doi:10.1016/j.ijcard.2014.03.144
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Versão 2*. In. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ICN. (2018). *Transformation and innovation:2016-17Biennial Report*. Retrieved from Geneva, Switzerland:
- Im, E. O., & Meleis, A. I. (1999). Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *ANS Adv Nurs Sci*, 22(2), 11-24.
- INE, (2011). Censos 2011. Acedido em 16 de novembro de 2017 em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011\\_apresentacao&xpid=CEN SOS](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CEN SOS)

- INE (2015). Mais de metade da população com 18 ou mais anos tinha excesso de peso. Inquérito Nacional de Saúde. Acedido em 16 de novembro de 2017 em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011\\_apresentacao&xpid=CENSOS](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS)
- INE, (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Acedido em 16 de novembro de 2017 em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/PublicacaoINS2014.aspx>
- INE, (2017). Estatísticas Demográficas, 2016. Acedido em 16 de novembro de 2017 em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2)
- Inglis, S. C., Clark, R. A., McAlister, F. A., Stewart, S., & Cleland, J. G. (2011). Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. *Eur J Heart Fail*, 13(9), 1028-1040. doi:10.1093/eurjhf/hfr039
- JA-CHRODIS. (2018). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle. *122*(1), 4-11.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Johansson, A., Adamson, A., Ejdeback, J., & Edell-Gustafsson, U. (2014). Evaluation of an individualised programme to promote self-care in sleep-activity in patients with coronary artery disease - a randomised intervention study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2822-2834. doi:10.1111/jocn.12546
- Jørstad, H. T., Minneboo, M., Helmes, H. J. M., Fagel, N. D., Scholte op Reimer, W. J., Tijssen, J. G. P., & Peters, R. J. G. (2016). Effects of a nurse-coordinated prevention programme on health-related quality of life and depression in patients with an acute coronary syndrome: results from the RESPONSE randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16, 144. doi:10.1186/s12872-016-0321-4
- Khatib, R., McKee, M., Shannon, H., Chow, C., Rangarajan, S., Teo, K., . . . Yusuf, S. (2016). Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *Lancet*, 387(10013), 61-69. doi:10.1016/s0140-6736(15)00469-9
- Kralik, D., Price, K., & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2(3), 197-204. doi:10.1111/j.1752-9824.2010.01056.x

- Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, n<sup>o</sup>3, 320-329.
- Kramer, L., Hirsch, O., Schlößler, K., Träger, S., Baum, E., & Donner-Banzhoff, N. (2012). Associations between demographic, disease related, and treatment pathway related variables and health related quality of life in primary care patients with coronary heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 78-78. doi:10.1186/1477-7525-10-78
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. . Quebec: Maloine
- Lauck, S., Johnson, J. L., & Ratner, P. A. (2009). Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), 190-199. doi:10.1016/j.ejcnurse.2008.12.002
- Lawn, S., McMillan, J., & Pulvirenti, M. (2011). Chronic condition self-management: expectations of responsibility. *Patient Educ Couns*, 84(2), e5-8. doi:10.1016/j.pec.2010.07.008
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*: Artmed Editora,.
- Leventhal, H., Leventhal, A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. . In T. A. R. a. J. E. In A. Baum, Singer (Eds.). (Ed.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. .
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representations of illness danger. In S. Rachman (Ed). *Contributions to Medical Psychology*.
- Lima, F., & Araújo, T. (2007). Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. *Revista Gaúche de Enfermagem*, 28(2), 223-232.
- Lorig, K. (2001). Patient education: A practical approach.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 26(1), 1-7. doi:10.1207/s15324796abm2601\_01
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*, 4(6), 256-262.
- Lourenço, A. (2009). Abordagem à Gestão da Doença Crónica. Acedido em 26 de janeiro de 2018 em [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/17\\_Dez\\_2009\\_UOFC.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/17_Dez_2009_UOFC.pdf)

- Lêdo, D. (2016). *A influência da intervenção educativa de enfermagem na promoção de comportamentos saudáveis da pessoa submetida a cirurgia coronária*. (Master Thesis) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Magalhães, S., Viamonte, S., Miguel Ribeiro, M., Barreira, A., Fernandes, P., Torres, S., & Lopes Gomes, J. (2013). Efeitos a longo prazo de um programa de reabilitação cardíaca no controlo dos fatores de risco cardiovasculares. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(3), 191-199. doi:<https://doi.org/10.1016/j.repc.2012.08.005>
- Maia, D. (2011). *Estratificação do risco cardiovascular numa amostra de utentes com HTA*. (Master), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Makki, N., Brennan, T. M., & Girotra, S. (2015). Acute coronary syndrome. *J Intensive Care Med*, 30(4), 186-200. doi:10.1177/0885066613503294
- Malheiro, M. (2015). *Efeito de um Programa de Educação para a Autogestão em Jovens com Spina Bífida: Desafios para a Enfermagem*. (PhD Thesis), Universidade de Lisboa,
- Mampuya, W. M. (2012). Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 2(1), 38-49. doi:10.3978/j.issn.2223-3652.2012.01.02
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Mártires, M (2013). *Processos de cuidar em enfermagem: Idosos com Hipertensão Arterial*. (PhD Thesis), Universidade de Lisboa.
- Marques, F. (2015). *Qualidade de Vida dos Indivíduos com Patologia Cardíaca*. (Master), Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*.
- Masterson Creber, R., Patey, M., Lee, C. S., Kuan, A., Jurgens, C., & Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 256-264. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.031>
- McIntyre, T. M., Johnston, M., Gouveia, J., Trovisqueira, A., Araújo-Soares, V., Figueiredo, M., . . . Basto, L. (2004). *Resultados psicossociais na reabilitação pós-enfarte do miocárdio em mulheres portuguesas e escocesas*. (Relatório Final do Projecto FCT POCTI/ESP/35749/2000. ).
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., . . . Pelter, M. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial.

*International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1037-1046.  
doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.01.012

- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., . . . Pelter, M. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. . *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1037-1046.
- Megari, K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychology Research*, 1(3), e27. doi:10.4081/hpr.2013.e27
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle range and situations-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., M, H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, Vol 23, n° 1, 12-28.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A.. (2010). *Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework*. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: middle range and situations specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle range and situations-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, A., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, n°2, 7-16.
- Meng, K., Musekamp, G., Schuler, M., Seekatz, B., Glatz, J., Karger, G., . . . Faller, H. (2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1190-1197. doi:https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.02.010
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Michie, S., & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: evidencebased or evidence-inspired? . *Psychology and Health*, 19 (1), 29-49
- Mitchell, P. M., Al-Janabi, H., Richardson, J., Iezzi, A., & Coast, J. (2015). The Relative Impacts of Disease on Health Status and Capability Wellbeing: A Multi-Country Study. *PLoS ONE*, 10(12), e0143590. doi:10.1371/journal.pone.0143590

- Mohammadpour, A., Sharghi, N. R., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1686-1692. doi:10.1111/jocn.12775
- Moore, S., Prior, K., & Bond, M. J. (2007). The contributions of psychological disposition and risk factor status to health following treatment for coronary artery disease. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 6(2), 137-145. doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.06.004
- Moser, D. K., Dracup, K. A., & Marsden, C. (1993). NEEDS OF RECOVERING CARDIAC PATIENTS AND THEIR SPOUSES - COMPARED VIEWS. *International Journal of Nursing Studies*, 30(2), 105-114. doi:10.1016/0020-7489(93)90060-8
- Muhammad, I., He, H. G., Koh, K., Thompson, D. R., Kowitlawakul, Y., & Wang, W. (2014). Health-related quality of life and its predictors among outpatients with coronary heart disease in Singapore. *Appl Nurs Res*, 27(3), 175-180. doi:10.1016/j.apnr.2013.11.008
- Murphy, A. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Nursing Practice*, 4,n<sup>o</sup>3, 1-7.
- Neves, M., & Oliveira, M. (2017). Reabilitação cardíaca precoce em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Revista Faculdade Ciência Médica*, 19 (3), 105-110.
- Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., & Rayner, M. (2014). Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J*, 35(42), 2950-2959. doi:10.1093/eurheartj/ehu299
- O'Gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D. E., Chung, M. K., de Lemos, J. A., . . . Zhao, D. X. (2013). 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(4), e78-e140 . doi:https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.019
- Oldridge, N. (2013). Qualidade de vida: Como avaliar? In *Manual de reabilitação cardíaca* (pp. 301-305). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Omisakin, D., & Ncama, P. (2011). Self, self-care and self-management concepts: implications for self-management education. *Educational Research*, 2(12), 1733-1737.

- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. In. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. In. Genebra.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Orth-Gomer, K., Schneiderman, N., Wang, H. X., Walldin, C., Blom, M., & Jernberg, T. (2009). Stress Reduction Prolongs Life in Women With Coronary Disease The Stockholm Women's Intervention Trial for Coronary Heart Disease (SWITCHD). *Circulation-Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2(1), 25-32. doi:10.1161/circoutcomes.108.812859
- Padilha, J. M. d. S. C., Oliveira, M. F. d. S., & Campos, M. J. A. (2010). Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 1129-1134.
- Pardo, J. (2009). Programas de prevención y rehabilitación cardíaca. In *Manual de enfermaria* (pp. 123-188). Madrid: Asociación Española de Enfermería em Cardiología.
- Perdigão, C. (2009). A Prevenção Cardiovascular, as Sociedades Científicas e as Autoridades de Saúde. *Factores de Risco*, 13, 6-8.
- Perdigão, C. (2013). A importância de um estilo de vida saudável em prevenção secundária. *Revista Fatores de Risco*, 28, 4-6.
- Perk, J et al. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 33(13), 1635–1701.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Peters, A. E., & Keeley, E. C. (2017). Trends and Predictors of Participation in Cardiac Rehabilitation Following Acute Myocardial Infarction: Data From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Am Heart Assoc*, 7(1). doi:10.1161/jaha.117.007664
- Petrie, K., Cameron, L., Ellis, C., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580-586

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado conceito central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pfaeffli, L., Maddison, R., Whittaker, R., Stewart, R., Kerr, A., Jiang, Y., . . . Dalleck, L. (2012). A mHealth cardiac rehabilitation exercise intervention: findings from content development studies. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12, 36-36. doi:10.1186/1471-2261-12-36
- Piepoli, M.; et al. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Journal of Preventive Cardiology*, Vol.23, nº11, pp.1-96.
- Piotrowicz, R., & Wolszakiewicz, J. (2008). Cardiac rehabilitation following myocardial infarction. *Cardiol J*, 15(5), 481-487.
- Polikandrioti, M., & Ntokou, M. (2011). Needs of hospitalized patients. *HEALTH SCIENCE JOURNAL*, 5 (1), 15-22.
- Polit, D., & Beck, C. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. (8 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- PORDATA. (2018). *Retrato dos Homens e Mulheres*. In. Retrieved from [www.pordata.pt/Retratos/2018/2018-61](http://www.pordata.pt/Retratos/2018/2018-61)
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. New York: Plenum Publishing Corporation. In *Treating Addictive Behaviours* (W.R., Miller and N., Heather ed., pp. 5-27). New York: Plenum Publishing Corporation. .
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., De Esch-Janssen, W. P., Crebolder, H. F. J. M., & Ter Meulen, R. H. J. (2000). Patient autonomy during rehabilitation: The experiences of stroke patients in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 37(3), 267-276.
- Rafii, F., Shahpoorian, F., & Azarbaad, M. (2008). The reality of learning self-care needs during hospitalization: patients`and nurses`perceptions. . *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 16, nº2, 34-39.
- Remondi, Cabrera, & Souza. (2014). Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. In (Vol. 30(1), pp. 126-136): Caderno de Saúde Pública.

- Reveles, A. (2015). *Prevenção secundária da doença cardiovascular na pessoa com Síndrome Coronária Aguda: um programa de intervenção de enfermagem*. (Master), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,
- Rice, H., Say, R., & Betihavas, V. (2018). The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 363-374. doi:https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002
- Riegel, B., Moser, D., Buck, H., Dickson, V., Dunbar, S., Lee, C., . . . Webber, D. (2017). Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. In. on behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; and Council on Quality of Care and Outcomes Research *Journal of the American Heart Association*.
- Rijken, M., Bekkema, N., Boeckxstaens, P., Schellevis, F. G., De Maeseneer, J. M., & Groenewegen, P. P. (2014). Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expect*, 17(5), 608-621. doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x
- Rocha, J. (2010). *Efectividade de um programa de reabilitação cardíaca*. (Master), Universidade do Porto, Faculdade de Medicina., Porto.
- Rodrigues, A., & Pereira, N. (2011). Práticas integrativas e complementares Em saúde: buscando eficácia no cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UNISA*, 12(2), 125-127.
- Rodríguez, T., Rodríguez, C., & Hernández, A. (2005). Necesidad estratégica de la comprensión de las emociones en la terapéutica de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Española de Cardiología*, 1, 11-21.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., . . . on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics, S. (2011). Heart Disease and Stroke Statistics—2011 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 123(4), e18-e209. doi:10.1161/CIR.0b013e3182009701
- Rosamond, W., Flegal, K., Friday, G., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., . . . American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics, S. (2007). Heart disease and stroke statistics--2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 115(5), e69-171.
- Rosenstock, I. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.

- Rosenstock, I. (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In F. M. L. In K. Glanz, & B. K. Rimer (Eds.) (Ed.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*, 15(2), 175-183.
- Rumsfeld, J. S. (2002). Health status and clinical practice: when will they meet? *Circulation*, 106(1), 5-7.
- Sadler, E., Wolfe, C. D., & McKeivitt, C. (2014). Lay and health care professional understandings of self-management: A systematic review and narrative synthesis. *SAGE Open Med*, 2, 2050312114544493. doi:10.1177/2050312114544493
- Santos, A (2008). Aderência à terapêutica. O Papel do Especialista em Medicina Geral e Familiar. *Revista Factores de Risco da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Lisboa. ISSN 1646 – 4834. N.º 11, 8-10
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171.
- Schnell-Hoehn, K. N., Naimark, B. J., & Tate, R. B. (2009). Determinants of self-care behaviors in community-dwelling patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*, 24(1), 40-47. doi:10.1097/01.JCN.0000317470.58048.7b
- Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C., & Whittemore, R. (2016). A Metasynthesis of Factors Affecting Self-Management of Chronic Illness. *Journal of advanced nursing*, 72(7), 1469-1489. doi:10.1111/jan.12902
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. . *Journal of Nursing Scholarship*, 26, nº2, 119-127.
- Serra e Silva (2009). Carta Europeia do Coração. Acedido em 28 de dezembro de 2017 em <https://spc.pt/carta-europeia-do-coracao/>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idoso com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Shofany, C. (2017). Quality of life among chronic disease patients. . *Nurse Care Open Acces J* . , 4(2), 385–394.
- Siabani, S., Leeder, S., & Davidson, P. (2013). Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *Springerplus* 2 320. doi:10.1186/2193-1801-2-320

- Silva, M. (2007). *Impacto de uma Intervenção Informativa baseada na Teoria das Cognitiones de Doença, em doentes no Pós-Enfarte do Miocárdio* (Mestrado), Universidade do Minho,
- Sindhu, S., Pholpet, C., & Puttapitukpol, S. (2010). Meeting the challenges of chronic illness: A nurse-led collaborative community care program in Thailand. *Collegian*, 17(2), 93-99. doi:10.1016/j.colegn.2010.05.003
- Sniehotta, F., Scholz, U., Schwarzer, R., Fuhrmann, B., Kiwus, U., & Völler, H. (2005). Long-Term Effects of two Psychological Interventions on Physical Exercise and Self-Regulation Following Coronary Rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine* 12 (4), 244–255
- Sociedade Portuguesa Cardiologia. (2014). Portugal assume compromisso de reduzir em 25% as mortes prematuras por doenças cardiovasculares até 2025. Retrieved from <http://www.fpcardiologia.pt/portugal-assume-compromisso-de-reduzir-em-25-as-mortes-prematuras-por-doencas-cardiovasculares-ate-2025/>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2013). *Manual de Reabilitação Cardíaca*. (1ª ed) Lisboa
- Sousa, M. (2015). *Promover o autocuidado. Apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico. Programa de intervenção de enfermagem em pessoas com diabetes*. (PhD Thesis), Universidade do Porto, Porto.
- Sousa, M, Martins, T., & Pereira, F. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*, 55-63.
- Stauber, S., Schmid, J. P., Saner, H., Znoj, H., Saner, G., Grolimund, J., & von Kanel, R. (2013). Health-related quality of life is associated with positive affect in patients with coronary heart disease entering cardiac rehabilitation. *J Clin Psychol Med Settings*, 20(1), 79-87. doi:10.1007/s10880-012-9311-6
- Tavares, N., Madeira, R., Henriques, A., Almeida, A., & Nuno, L. (2013). O efeito de um programa de exercício físico na qualidade de vida em doentes cardíacos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 3-10. doi:https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.002
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., White, H. D., . . . Mendis, S. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*, 33(20), 2551-2567. doi:10.1093/eurheartj/ehs184
- Timmins, F. (2005). A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *Nursing in Critical Care* 10 (4), 174-183.
- Tol, A., Alhani, F., Shojaezadeh, D., Sharifirad, G., & Moazam, N. (2015). An empowering approach to promote the quality of life and self-management among

- type 2 diabetic patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 13. doi:10.4103/2277-9531.154022
- Tusek-Bunc, K., & Petek, D. (2016). Comorbidities and characteristics of coronary heart disease patients: their impact on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, 14(1), 159. doi:10.1186/s12955-016-0560-1
- Wanchai, A., & Armer, J. (2018). Promoting Self-Care Capabilities of Patients: Nurses' Roles Self-Care Capabilities. *JOJ Nurse Health Care*, 7(4).
- Wang, Q. (2005). Advances in the Genetic Basis of Coronary Artery Disease. *Current atherosclerosis reports*, 7(3), 235-241.
- Waring, J., Marshall, F., Bishop, S., & al., e. (2014). Discharge planning and care transition. . In *An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge*. (Vol. 2). Southampton (UK): NIHR Journals Library.
- Weibel, L., Massarotto, P., Hediger, H., & Mahrer-Imhof, R. (2016). Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial. 15(4), 213. doi:10.1177/1474515114556713
- Westerman, S., & Wenger, N. K. (2016). Women and heart disease, the underrecognized burden: sex differences, biases, and unmet clinical and research challenges. *Clin Sci (Lond)*, 130(8), 551-563. doi:10.1042/cs20150586
- Whittemore, R., & Dixon, J. (2008). Chronic illness: the process of integration. *Journal of clinical nursing*, 17(0), 177-187. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x
- Wilde, M. H., & Garvin, S. (2007). A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 339-350. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04089.x
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., . . . Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. Retrieved from Brussels:
- WHO. (1994). *The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)*. Paper presented at the In: Orley J., Kuyken W. (eds) *Quality of Life Assessment: International Perspectives*.
- WHO. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Retrieved from
- WHO. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment.: WHO global report*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014*. (9789241564854 ).

- WHO. (2017). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017*. Retrieved from Geneva:
- WHO. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. In. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and TheWorld Bank.
- Wood, R., & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review, 14* (3), 361-384
- Wu, C. J., & Chang, A. M. (2014). Application of a theoretical framework to foster a cardiac-diabetes self-management programme. *International Nursing Review, 61*(3), 336-343. doi:10.1111/inr.12104
- Zavertnik, J. E. (2014). Self-care in older adults with heart failure: an integrative review. *Clin Nurse Spec, 28*(1), 19-32. doi:10.1097/nur.0000000000000021
- Ziaecian, B., & Fonarow, G. C. (2016). The Prevention of Hospital Readmissions in Heart Failure. *Progress in cardiovascular diseases, 58*(4), 379-385. doi:10.1016/j.pcad.2015.09.004

## **ANEXOS**

---



## ANEXO I

---

### *Check-list* – Regresso a casa

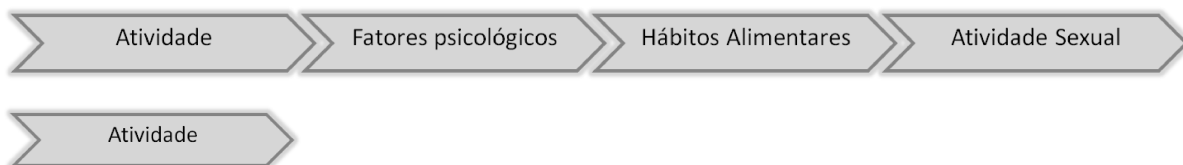




## **REGRESSO A CASA DEPOIS DE UM SINDROME CORONÁRIO AGUDO**

O regresso a casa depois de um enfarte agudo do miocárdio ou de uma angina instável de peito pode ser assustador. A recuperação pode ser um processo longo, exigindo mudanças no seu dia-a-dia. Pode precisar de mudar os seus hábitos alimentares, iniciar exercício físico, tomar novos medicamentos e ir a consultas médicas regularmente. Aderir ao regime terapêutico pode ajudar a diminuir o risco de ter outro enfarte/angina de peito e reduzir o risco de morte por doença cardíaca. Contribui ainda para aumentar a capacidade de realizar as atividades de vida diária de forma independente e autónoma.

### **CHECK LIST:**



- Deve ser capaz de cuidar de toda a sua higiene pessoal. Vista-se cada manhã.
- Tenha em atenção a conservação de energia: organize o seu tempo, de forma a alternar as tarefas leves com as mais cansativas; realize as atividades que exigem mais esforço, no período do dia, em que se sente com mais energia; se estiver cansado durante a realização de uma atividade, pare e descanse; arrume o material que mais vezes usa de modo a que fique em locais de mais fácil acesso, isto é, entre a altura dos ombros e a cintura.
- Pode subir escadas em casa, excetuando por indicação médica. No entanto, tente organizar as suas atividades de modo que não tenha de subir e descer escadas várias vezes durante o dia.
- Deve caminhar todos os dias, excetuando por indicação médica. Uma caminhada regular é uma boa maneira de recuperar energia. Pergunte ao seu médico sobre a quantidade/intensidade certa de exercício.
- Não levante, empurre ou puxe objetos muito pesados até que o seu médico lhe disser que pode retomar essas atividades.
- O seu médico indicará quando pode começar novamente a sua atividade profissional e conduzir.

### Fatores psicológicos

Após um síndrome coronário agudo, poderá sentir-se deprimido, com raiva e medo. São sentimentos normais e geralmente desaparecem com o tempo.

- Deve levantar-se e vestir-se todos os dias. Evite ficar na cama.
- Saia de casa e caminhe diariamente. Continue com os seus passatempos e atividades sociais.
- Exprime os seus sentimentos com a sua família, um amigo, grupo de apoio....
- Tenha uma boa noite de sono. Falta de sono pode contribuir para o cansaço e irritabilidade.
- Na primeira semana tente controlar as visitas com os amigos e família, para evitar a sensação de cansaço. Com o decorrer do tempo, aumente esses contactos. As visitas podem ser úteis para levantar ânimos.
- Adira a um programa de reabilitação cardíaca - apoio emocional é apenas um benefício destes programas.
- Se tiver dúvidas, fale com o seu médico e enfermeira de família. Pode evitar momentos de stress para si e sua família, se colocar as suas dúvidas e estiver informado sobre a sua doença cardíaca.
- Se sentir que emocionalmente não está bem. Contacte o seu médico. Medicamentos e aconselhamento está disponível para ajudá-lo nesse momento.

### Hábitos Alimentares

Comer uma dieta saudável é muito importante para evitar futuras complicações de doença cardíaca.

- Ácidos gordos saturados na proporção < 10% do consumo energético total, através da substituição de ácidos gordos polinsaturados.
- Ácidos gordos trans insaturados < 1% do total da energia ingerida.
- < 5 gr de sal por dia (tempere os alimentos com especiarias).
- 30-45 gr de fibra por dia provenientes de produtos integrais, frutos e vegetais.
- 200 gr de fruta por dia (2-3 porções).
- 200 gr de vegetais por dia (2-3 porções).
- Peixe pelo menos duas vezes por semana, sendo uma de peixe gordo.
- Consumo de bebidas alcoólicas deve ser limitado a 2 copos por dia (20 gr/dia de álcool) para os homens e 1 copo por dia (10 gr/dia de álcool) para as mulheres não-grávidas.

#### Atividade Sexual

A atividade sexual pode ser reintroduzida 2 a 3 semanas após o enfarte/angina de peito. A quantidade de energia necessária para exercer as relações sexuais com o cônjuge ou parceiro regular é semelhante a subir cerca de um ou dois lances de escadas ou caminhar cerca 0,8 km em um ritmo acelerado. Se não for possível realizar essas atividades sem ficar exausto, falta de ar, contacte o seu médico antes de retomar a atividade sexual.

Tenha em mente que um relacionamento sexual tem tanto aspetos físicos e emocionais.

- Fale abertamente com os seu parceiro.
- Faça sexo quando estiver descansado e fisicamente confortável.
- Ansiedade por parte de qualquer dos parceiros, bem como alguns medicamentos, pode interferir com a excitação sexual e desempenho. Deve discutir quaisquer dificuldades com o seu médico.

**COMO PREVENIR OUTRO ENFARTE/ANGINA INSTÁVEL DE PEITO NO FUTURO**

O objetivo após este evento é manter o coração saudável e reduzir fatores de riscos, para evitar danos futuros ao seu coração.

→ Tome os seus medicamentos → Mude o seu estilo de vida → Consulte o seu médico



#### Tome os seus medicamentos

Os medicamentos são prescritos para:

- Prevenir coágulos sanguíneos no futuro.
- Diminuir o trabalho cardíaco, melhorar o desempenho e recuperação do seu coração.
- Diminuir os níveis de colesterol.

Outros medicamentos podem ser prescritos, se necessário. Estes incluem medicamentos para controlar batimentos cardíacos irregulares, pressão arterial e insuficiência cardíaca.

#### É importante saber:

- os nomes dos seus medicamentos.
- para que servem.
- a dosagem e quantas vezes ao dia deve tomar.

Mantenha uma lista dos seus medicamentos e esta deve acompanhá-lo sempre que tiver consultas. Se tiver dúvidas sobre os medicamentos, pergunte ao seu médico ou enfermeiro.



## Adira a um estilo de vida saudável

- Deixe de fumar**
- Adira à alimentação saudável com baixo teor de sódio**
- Controle os níveis de colesterol**

<b>Colesterol total</b> 175mg/dl	<b>Colesterol HDL</b> > 40mg/dl Homens > 45mg/dl Mulheres	<b>Colesterol LDL</b> < 100 mg/dl
-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------

- Controle a pressão arterial**

<b>Normal</b> 120-80mmHg
-----------------------------

- Controle a diabetes**

<b>Normal</b> 80-110mg/dl	<b>Pré-diabetes</b> 111-126mg/dl	<b>Diabetes</b> (mínimo 2 análises): ≥ 126mg/dl
------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------------------

- Siga um plano de exercício físico regular**

- Controle o peso corporal**  
IMC (Índice de Massa Corporal) = peso(kg)/altura<sup>2</sup>(m)

<b>IMC=18,5-24,9</b> Peso normal	<b>IMC =25-29,9</b> Excesso peso	<b>IMC≥30</b> Obesidade
-------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------

- Controle o Stress**



## Reabilitação Cardíaca

- Depois de um enfarte/ angina instável de peito, um programa de reabilitação cardíaca oferece um ambiente sob supervisão médica e de outros profissionais de saúde, para ajudá-lo na recuperação. Aprende estratégias para mudar o seu estilo de vida e prevenir a progressão da doença. Peça informações ao seu cardiologista acerca destes programas.



### Não falte as consultas de Check-up

- Não falta à sua consulta médica, quatro a seis semanas depois de sair do hospital.
- O médico pode pedir-lhe para efetuar exames de diagnóstico em intervalos regulares
- O plano de tratamento pode mudar.



### Conheça os sinais e sintomas de Alerta



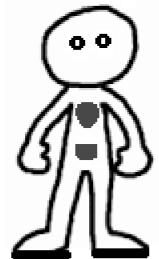
Dor ou desconforto no peito



Pode estender-se para o braço esquerdo ou ambos



Ou para o pescoço e maxilar



Pode sentir indisposição e falta de ar

**PENSE RÁPIDO, ATUE RÁPIDO.....CHAME O 112!**

## **ANEXO II**

---

**Questionário Sociodemográfico**

**Dados do Processo Clínico**

**Mini - Exame do Estado Mental**

**Escala de Lawton e Brody – Atividades Instrumentais de Vida**

**Instrumento de Autocuidado Terapêutico**

**Escala de MacNew – Qualidade de Vida do Doente Cardíaco**





9. Residência:  Casa  Apartamento  Lar ou Outra instituição Similar

10. Tem Internet em Casa?  Sim  Não

(Se a resposta anterior for Não, passe para a pergunta n.º 13)

11. Utiliza a Internet?  Sim  Não

(Se a resposta anterior for Não, passe para a pergunta n.º 13)

12. Se Sim, com que frequência  Baixa  Moderada  Alta

13. Com quem Vive:  Sozinho (a)  Com Cônjuge / Companheiro (a)

Com Cônjuge / Companheiro (a) e filhos (as)  Com filhos (as)

Com outros Familiares  Com Amigos

Com outras pessoas numa Instituição

14. Caso Viva Sozinho (a) e necessite de ajuda para fazer as atividade do dia-a-dia, a quem recorre?

(Pode Marcar mais de uma opção)

Companheiro (a)  Filhos (as)  Vizinhos (as)  Amigos (as)  Instituição de Apoio  Ninguém  Não tem apoio

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO**



### DADOS DO PROCESSO CLÍNICO

1. Número de identificação da inquirida: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

2. Nome: \_\_\_\_\_

3. Residência \_\_\_\_\_

Código Postal: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_| Localidade: \_\_\_\_\_

Nº Telefone: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nº Telemóvel: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

4. Diagnóstico Médico:  Enfarte Agudo Miocárdio  Angina de peito instável

5. Procedimentos médicos invasivos:

Intervenção Coronária Percutânea  Cirurgia Coronária

6. Duração do internamento na UCIC (Unidade de Cuidados Intensivos Coronários):  
\_\_\_\_\_ dia (s) \_\_\_\_\_ hora (s)

7. Duração do internamento no Serviço de Cardiologia (excluindo a UCIC):  
\_\_\_\_\_ dia (s) \_\_\_\_\_ hora (s)

8. Fatores de risco cardiovasculares

História familiar de doença cardiovascular  Hipertensão arterial  Diabetes Mellitus

Dislipidemia  Consumo de tabaco  Alcoolismo  Obesidade

Doença coronária

9. Após o início dos sintomas, tempo decorrido antes de procurar cuidados de saúde:

Menos de 2 horas  De 2 a 12 horas  Mais de 12 hora

10. Electrocardiograma de Admissão:  ST  Sem ST  BCRE

11. Função VE no momento da alta:

Normal  Ligeira/moderadamente comprometida  Disfunção ventricular importante

**12.** Indicação Médica Para Frequentar um Programa de Reabilitação Cardíaca:

Sim  Não

Se a resposta anterior for Sim: Onde\_\_\_\_\_

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO**

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

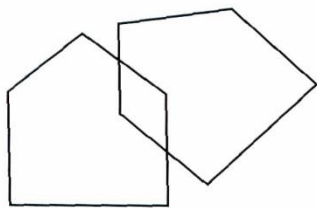
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**TOTAL**(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

<p><b>Considera-se com defeito cognitivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• analfabetos <math>\leq 15</math> pontos</li><li>• 1 a 11 anos de escolaridade <math>\leq 22</math></li><li>• com escolaridade superior a 11 anos <math>\leq 27</math></li></ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Escala de Lawton e Brody – Atividades Instrumentais de Vida

Escala de Lawton y Brody	Pontuação
<p><b>1- Capacidade para usar o telefone:</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> É capaz de marcar alguns números familiares.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Atende o telefone mas não marca números.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone.</p>	
<p><b>2- Fazer compras:</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) as compras pequenas.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Totalmente incapaz de ir às compras.</p>	
<p><b>3- Preparação da comida:</b></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições</p>	
<p><b>4- Cuidado com a casa:</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados).</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica.</p>	
<p><b>5- Lavar a roupa:</b></p> <p>2 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) toda a sua roupa.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) apenas peças pequenas.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa.</p>	
<p><b>6- Usar os meios de transporte:</b></p> <p>4 <input type="checkbox"/> Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não viaja.</p>	

<p><b>7- Responsabilidade com a sua medicação:</b></p> <p>2 <input type="checkbox"/> É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação.</p>	
<p><b>8- Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos:</b></p> <p>2 <input type="checkbox"/> Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias).</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Incapaz de gerir o dinheiro.</p>	
<b>Pontuação Final</b>	

Tipo de Preenchimento:

1  Auto-preenchimento

2  Entrevista

Tempo de preenchimento: \_\_\_\_\_ minutos

**Muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade**

## Instrumento de Autocuidado Terapêutico

(Doran & Sidani, 2005; versão portuguesa de Cardoso, Queirós, Fontes Ribeiro & Amaral, 2014)

Cada uma das seguintes perguntas refere-se a um aspeto dos cuidados que tem face à sua atual situação de saúde. Por favor, indique o seu grau de capacidade de realização de cada atividade de cuidados, escolhendo o número mais adequado entre 0 e 5.

<b>Atividades de cuidados</b>		<b>0-----5</b>					
		<b>Não sei ou não consigo</b>			<b>Sei ou Consigo</b>		
1.	Sabe quais os medicamentos que tem de tomar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sabe para que servem os medicamentos prescritos (isto é, conhece os efeitos dos medicamentos no seu estado de saúde)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi prescrita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Conhece a razão pela qual sofre algumas alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Sabe e compreende o que deve fazer (coisas ou atividades) para controlar essas alterações no seu corpo (sintomas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	É capaz de realizar os tratamentos ou atividades que lhe foram indicados para gerir estas alterações no seu corpo (sintomas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio e preservar a sua saúde de forma geral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades diárias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sabe quem deve contactar no caso de uma emergência médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	É capaz de realizar atividades normais (tais como tomar banho, ir às compras, preparar as refeições, visitar os amigos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

Adaptação para a população portuguesa: Cardoso, A., Queirós, P., Ribeiro, C., & Amaral, A. (2014). Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*, 7(2), 426-436.

## Escala de MacNew – Qualidade de Vida do Doente Cardíaco

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas, acerca de como se sentiu durante as últimas quatro semanas. Por favor, assinale o quadrado que melhor traduz a sua resposta.

1 - Com que frequência se sentiu frustrado, impaciente ou irritado durante as 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

2 - Com que frequência se sentiu inútil ou deslocado do seu ambiente, durante as 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

3 - Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo se sentiu muito confiante e seguro que poderia lidar com o seu problema cardíaco?

- Nunca
- Raramente
- Pouco tempo

- Uma parte do tempo
- Uma grande parte do tempo
- Quase sempre
- Sempre

4 - Em geral, quanto tempo se sentiu desencorajado ou "em baixo", nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

5 - Quanto tempo, se sentiu relaxado e livre de tensões nas 4 últimas semanas?

- Nunca
- Raramente
- Pouco tempo
- Uma parte do tempo
- Uma grande parte do tempo
- Quase sempre
- Sempre

6 - Com que frequência, se sentiu desgastado ou sem energia, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo

- Raramente
- Nunca

7 - Quão feliz ou satisfeito se sentiu nas 4 últimas semanas?

- Muito insatisfeito, infeliz na maior parte do tempo
- Geralmente insatisfeito, infeliz
- Pouco insatisfeito, infeliz
- Geralmente satisfeito, feliz
- Feliz, na maior parte do tempo
- Muito feliz, na maior parte do tempo
- Extremamente feliz, não poderia estar mais satisfeito

8 - Em geral, com que frequência se sentiu agitado ou como se não pudesse acalmar, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

9 - Em que grau, teve dificuldade em respirar, enquanto realizava suas atividades físicas da vida diária, nas 4 últimas semanas?

- Extrema dificuldade em respirar
- Grande dificuldade em respirar
- Dificuldade em respirar
- Dificuldade moderada
- Pouca dificuldade em respirar
- Pequena dificuldade em respirar

Sem dificuldade em respirar

10 - Com que frequência sentiu vontade de chorar, nas 4 últimas semanas?

Sempre

Quase sempre

Uma grande parte do tempo

Parte do tempo

Pouco tempo

Raramente

Nunca

11 - Com que frequência, se sentiu mais dependente do que era antes do seu problema cardíaco, nas 4 últimas semanas?

Nunca

Raramente

Pouco tempo

Uma parte do tempo

Uma grande parte do tempo

Quase sempre

Sempre

12 - Com que frequência, se sentiu incapaz de realizar as suas atividades sociais, em geral ou com sua família, nas 4 últimas semanas?

Sempre

Quase sempre

Uma grande parte do tempo

Parte do tempo

Pouco tempo

Raramente

Nunca

13 - Com que frequência, sentiu que os outros não tinham a mesma confiança em si, como tinham antes do problema cardíaco, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

14 - Com que frequência, teve dores no peito durante as atividades do dia-a-dia, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

15 - Com que frequência, se sentiu inseguro ou com pouca autoconfiança, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

16 - Com que frequência, se sentiu incomodado, com cansaço ou dores nas pernas, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

17 - Devido ao seu problema cardíaco, quanto se sentiu limitado para praticar desporto ou fazer exercício, nas 4 últimas semanas?

- Extremamente limitado
- Muito limitado
- Bastante limitado
- Moderadamente limitado
- Um pouco limitado
- Muito pouco limitado
- Sem qualquer limitação

18 - Com que frequência, se sentiu apreensivo ou com medo, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

19 - Com que frequência, sentiu tonturas, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

20 - Em geral, por causa do seu problema cardíaco, quanto se sentiu restringido ou limitado, nas 4 últimas semanas?

- Extremamente limitado
- Muito limitado
- Bastante limitado
- Moderadamente limitado
- Um pouco limitado
- Muito pouco limitado
- Sem qualquer limitação

21 - Com que frequência, se sentiu inseguro sobre a quantidade de exercício ou atividade física que deveria realizar, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

22 - Com que frequência, sentiu que a sua família estava a ser super - protetora consigo, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

23 - Com que frequência, se sentiu uma sobrecarga ou "fardo" para as outras pessoas, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

24 - Com que frequência, se sentiu excluído de atividades com outras pessoas, devido ao seu problema cardíaco, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

25 - Com que frequência, se sentiu incapaz de manter contactos sociais por causa do seu problema cardíaco, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

26 - Em geral, por causa do seu problema cardíaco, quanto se sentiu sentido limitado nas suas atividades físicas, nas 4 últimas semanas?

- Extremamente limitado
- Muito limitado
- Bastante limitado
- Moderadamente limitado
- Um pouco limitado
- Muito pouco limitado
- Sem qualquer limitação

27 - Com que frequência, sentiu que o seu problema cardíaco afetou as suas relações sexuais, nas 4 últimas semanas?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma grande parte do tempo
- Parte do tempo
- Pouco tempo
- Raramente
- Nunca

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO

## **ANEXO III**

---

**Pedido de autorização para a realização do estudo**



Exmo. Senhor.

Presidente do Conselho de Administração

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização da recolha de dados para estudo de investigação, no âmbito do curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E, Unidade Hospitalar de Vila Real.

Lisa Alves Gomes, docente na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, a frequentar o Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem desta forma solicitar autorização para a realização da recolha de dados para o estudo que pretende realizar, no domínio do autocuidado, na Unidade Hospitalar de Vila Real.

O projeto intitulado **“Programa de Intervenção Educativo para o Desenvolvimento de Competências de Auto Cuidado Pós Síndrome Coronário Agudo”**, é orientado pela Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis, professora Coordenadora na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, tem como objetivo geral avaliar o impacto de um programa de intervenção educativo no desenvolvimento de competências de autocuidado, implementado durante o período de internamento Pós - Síndrome Coronário Agudo.

A recolha de dados será efetuada num primeiro momento (hospitalar) pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários/Serviço de Cardiologia, e num segundo momento (domicilio- via telefone) pelo investigador principal. A amostra deste estudo será constituída por doentes adultos/idosos, diagnosticados com SCA (enfarte agudo do miocárdio / angina de peito instável), em regime de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários/Serviço de Cardiologia. Considerando o tipo de estudo, serão constituídos dois grupos: o grupo experimental (GE), constituído por 30 doentes, exposto ao programa de intervenção educativo e o grupo de controlo (GC), também constituído por 30 doentes, com características idênticas ao GE, mas sem exposição à intervenção. O estudo será dividido em dois momentos: um primeiro momento de avaliação pré-intervenção durante o internamento seguindo-se a aplicação de um Programa Educativo para Pacientes com Síndrome Coronário Agudo e o segundo momento de avaliação pós-intervenção, um mês após a alta hospitalar. Como instrumentos de recolha de dados serão utilizados um questionário de caracterização sociodemográfica e de contexto clínico, o Mini - Exame do Estado Mental, a Escala de Lawton e Brody – Atividades Instrumentais de Vida, o Instrumento de Autocuidado Terapêutico e Escala de MacNew – Qualidade de Vida do Doente Cardíaco (em anexo). Os dados

serão tratados com base no programa IBM.SPSS.20 utilizando-se a estatística descritiva e inferencial.

Da recolha de dados não resultarão cópias ou documentos, que identifiquem os participantes. No processo de análise será utilizado um programa informático que facilitará o processo de codificação e permitirá uma maior segurança quanto à manutenção do anonimato.

O estudo decorrerá num período máximo de um ano e a colheita de dados num período máximo de seis meses (3 meses em ambiente hospitalar e 3 meses em domicílio) após a concessão da autorização para a sua realização. Cada participante assinará uma declaração de consentimento de participação (em anexo).

A razão inerente à escolha do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E, Unidade Hospitalar de Vila Real reside no fato de comportar uma UCIC e o serviço de Cardiologia, com uma grande área de afluência (Unidade de referência para o tratamento de doentes cardíacos agudos de toda a Região de Trás-os-Montes e Alto Douro) e, apesar do número elevado de doentes com SCA, é uma região com escassez e deficiente distribuição geográfica de Centros de Reabilitação Cardíaca. Acreditamos que através dos resultados obtidos poderemos propor linhas de intervenção de enfermagem aplicáveis durante o período de internamento pós-SCA, com o objetivo *major* de melhorar a qualidade de vida do doente cardíaco.

Comprometemo-nos por último, a tornar acessível ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E, Unidade Hospitalar de Vila Real, os resultados da investigação.

Agradecemos antecipadamente toda atenção dispensada, manifestando disponibilidade para o fornecimento de outras informações que julguem necessárias.

Segue em anexo o exemplar dos questionários a aplicar, o exemplar da *check-list* com o conteúdo do programa educativo para os doentes do estudo e modelo de consentimento informado.

Porto, 1 de março de 2016

Pede deferimento, (Lisa Alves Gomes)

Exm<sup>o(a)</sup> Senhor(a)  
Dr.<sup>a</sup> Lisa Alves Gomes  
Universidade Católica Portuguesa  
Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde  
Porto

---

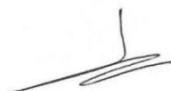
**ASSUNTO:** Estudo de Investigação

---

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 27/04/2016, o Conselho de Administração em 28/04/2016 e a Direção Médica em 20/06/2016, autorizou a realização do estudo sobre "Programa de intervenção Educativo para o desenvolvimento de competências de Auto Cuidado Pós Síndrome Coronário Agudo".  
Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 20 de Junho de 2016

O Diretor Clínico



**João Gaspar**  
Diretor Clínico



## **ANEXO IV**

---

### **Termo de consentimento informado**



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

**Título do estudo:** Programa de Intervenção Educativo para o Desenvolvimento de Competências de Auto Cuidado Pós Síndrome Coronário Agudo

**Instituição Promotora:** Universidade Católica Portuguesa

**Investigador:** Lisa Alves Gomes

**Orientador:** Professora Doutora Maria Gorete Reis

**Justificação do estudo:** Apesar de existir um corpo de conhecimento baseado em evidência científica relativamente a programas de educação para pessoas com doenças cardíacas, há necessidade de investigar como as pessoas traduzem as informações e a formação no autocuidado. Logo, a presente pesquisa insere-se no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situações de doença crónica, especificamente a doença cardiovascular, Síndrome Coronário Agudo e adquire os seus contornos no desenvolvimento de investigações sobre o modelo de intervenção educativo e desenvolvimento de competências de autocuidado, assente nas teorias do autocuidado, transições e educação para a saúde.

**Objetivos:** O objetivo geral desta investigação consiste em avaliar o impacto de um programa de intervenção educativo no desenvolvimento de competências de autocuidado, implementado durante o período de internamento pós-SCA.

**Metodologia/procedimentos:** O estudo será dividido em dois momentos: um primeiro momento de avaliação pré-intervenção durante o internamento (efetuada pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação da UCIC/Serviço de Cardiologia) seguindo-se a aplicação de um Programa Educativo para Pacientes com Síndrome Coronário Agudo

(efetuada pela enfermeira especialista enfermagem de reabilitação da UCIC/Serviço de Cardiologia) e o segundo momento de avaliação pós-intervenção, um mês após a alta hospitalar (efetuada pelo investigador principal, via telefone). Como instrumentos de recolha de dados serão utilizados questionários.

**Benefícios:** Através dos resultados obtidos desta pesquisa pretendemos propor linhas de intervenção de enfermagem aplicáveis durante o período de internamento pós-SCA, com o objetivo major de melhorar a qualidade de vida do doente cardíaco.

**Desconfortos e riscos:** Não existem desconfortos nem riscos para os participantes neste estudo.

**Confidencialidade das informações:** Os resultados serão utilizados especificamente para os propósitos descritos no projeto de pesquisa. Os seus registos médicos não serão afetados por este estudo. É assegurado o total anonimato e confidencialidade das informações obtidas sendo que este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** o estudo não afetará de nenhuma forma o seu tratamento. Qualquer dúvida ou questão que poderá ter sobre este estudo pode ser colocada ao investigador principal (Lisa Gomes) através de contato telefónico, e-mail ou através do local de trabalho: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Campus de Gualtar – Edifício BGUM 2º Piso, 4710 - 057 Braga, Email:lgomes@ese.uminho.pt, Tel: 253 601 316

**Coerção ou interrupção do depoimento:** a sua decisão de participar, ou não, no estudo não irá interferir nos seus cuidados futuros nesta instituição. Se decidir participar, pode ainda assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura.

**Custos:** a sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

**Consentimento:** Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta

forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

---

**(Nome do participante)**

---

**(Assinatura)**

**Data / /**

---

**(Nome do investigador)**

---

**(Assinatura)**

**Data / /**

**Feito em duplicado: uma via para o investigador, outra para a pessoa que consente**



## ANEXO V

---

### Guião da entrevista *follow-up*



### **Guião de Entrevista Telefónica Follow-Up**

Gostaria de saber como tem passado, desde a sua alta hospital. Vou fazer algumas perguntas. Não existe respostas corretas ou erradas. Por favor, responder o melhor que puder.

(1) Já teve alguma consulta de cardiologia, ou de outra especialidade desde que teve alta? Se não, tem alguma consulta agendada? SIM/NÃO

(2) Quando esteve internando, lembra-se quem lhe falou e explicou como deveria autocuidar-se (aspetos necessários para cuidar de si e de seu coração). Em caso afirmativo, pode-me dizer quem? SIM/NÃO

Se SIM: Enfermeira Especialista de Reabilitação e Enfermeira que aparece no vídeo; Enfermeira Especialista de Reabilitação e todos os Enfermeiros

(3) Tem controlado o seu peso? SIM/NÃO Tem balança? SIM/NÃO Perdeu peso, quanto? Inferior a 5Kg e entre 5 e 10Kg

(4) Já avaliou a sua Tensão Arterial desde que teve alta hospitalar? SIM/NÃO Onde avalia a sua tensão arterial? Em casa; Na farmácia; No centro de saúde/hospital

(5) Relativamente à sua alimentação, sabe os alimentos que deve evitar? SIM/NÃO

(6) Sabe dizer-me a medicação que está a tomar e para que serve? SIM/NÃO

(7) Necessita de ajuda para as suas atividades de vida diárias? SIM/NÃO

(8) Conhece quais os sinais e sintomas que deve estar atento para evitar reinternamento por doença cardíaca? SIM/NÃO

(9) O que aprendeu de mais importante no hospital sobre a sua doença cardíaca? Nada; Patologia Cardíaca; Conteúdos do vídeo; Estilos de vida saudável.

(10) Em comparação com o que fazia antes de ser internado, o que alterou no seu dia-a-dia para melhorar a sua condição de saúde? Estilos de vida saudáveis; Nada

(11) Tem algum profissional de saúde para ajudá-lo a lidar com a sua condição de saúde?  
SIM/NÃO

(12) Está a frequentar algum Programa de Reabilitação Cardíaca? SIM/NÃO

(13) Na sua opinião, o que poderia ter sido feito no internamento, para melhorar os cuidados que lhe foram prestados? Nada; Mais informação (patologia/tratamento).

(14) Se tiver internet, gostaria de comunicar via internet com a enfermeira especialista em reabilitação? SIM/NÃO

(15) Tem alguma dúvida ou questão que gostaria de colocar? SIM/NÃO

Se sim, sobre: Reabilitação Cardíaca; Implicações Profissionais; Lúdico: Exercícios; Consulta; Alimentação; Sinais e Sintomas; Exames e Tratamento; Medicação; Tudo.

## **ANEXO VI**

---

**Pedido de autorização para aplicação das escalas aos autores das versões portuguesas**



---

## Pedido de utilização da escala Therapeutic Self-Care Scale

5 messages

**Lisa Gomes** <lisa.gomes16@gmail.com>  
To: cardoso.anafilipa@gmail.com  
Cc: Prof Gorete Reis <greis@uevora.pt>

Thu, Feb 12, 2015 at 1:09 PM

**Assunto:** PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA

“*THERAPEUTIC SELF-CARE SCALE*” VALIDADA E TRADUZIDA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Boa tarde Sra. Doutora Ana Filipa Cardoso, Sr. Professor Doutor Paulo Queirós, Sr. Professor Doutor Carlos Fontes Ribeiro e Sr. Doutor António Amaral. O meu nome é Lisa Alves Gomes, sou docente na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e aluna do curso de Doutoramento em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde/Porto, da Universidade Católica Portuguesa. Estou a ser orientada pelos Professores Doutores Maria Gorete Mendonça dos Reis e Margarida Vieira no projeto de doutoramento cuja temática da investigação é "Pessoa com Síndrome Coronário Agudo: Autocuidado e Literacia". Através da consulta de uma base de dados encontrei o artigo "*Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale*".

Neste contexto, e querendo aplicar a referida escala, venho solicitar a vossa autorização/ disponibilização para a utilização da mesma. Em meu nome, dos meus orientadores e da Universidade Católica agradeço antecipadamente, certa de uma resposta positiva.

Com os melhores cumprimentos

Lisa Alves Gomes

---

**Ana Filipa Cardoso** <cardoso.anafilipa@gmail.com>

Sat, Feb 14, 2015 at 12:21 AM

To: lisa.gomes16@gmail.com  
Cc: Paulo Queirós <pauloqueiros@esenfc.pt>, António Fernando Amaral <amaral@esenfc.pt>, Carlos Alberto Fontes Ribeiro <fontes.ribeiro@gmail.com>

Cara Sra. Professora Lisa Gomes,

Agradecemos o seu contacto.

Disponibilizamos-lhe a versão portuguesa do Instrumento de Autocuidado Terapêutico (12 itens) e autorizamos o uso do mesmo no seu estudo.

Votos de muito sucesso para o seu trabalho,  
Atentamente,

Ana Filipa Cardoso (ESENFC)  
Paulo Queirós (ESENFC)  
António Amaral (ESENFC)

---

## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING

5 messages

**Lisa Gomes** <lisa.gomes16@gmail.com>  
To: araujo@esenf.pt  
Cc: Prof Gorete Reis <greis@uevora.pt>

Thu, Feb 26, 2015 at 10:29 AM

**Assunto:** PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA

"IADL - INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING" VALIDADA E TRADUZIDA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Bom dia Sra. Professora Doutora Fátima Araújo, Sr. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, Sr. Professor Doutor António Oliveira, Sra. Professora Doutora Cristina Pinto e Sra. Professora Doutora Teresa Martins. O meu nome é Lisa Alves Gomes, sou docente na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e aluna do curso de Doutoramento em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde/Porto, da Universidade Católica Portuguesa. Estou a ser orientada pelos Professores Doutores Maria Gorete Mendonça dos Reis e Margarida Vieira no projeto de doutoramento cuja temática da investigação é "Pessoa com Síndrome Coronário Agudo: Autocuidado e Literacia". Através da consulta de uma base de dados encontrei a "Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados".

Neste contexto, e querendo aplicar a referida escala, venho solicitar a vossa autorização/ disponibilização para a utilização da mesma. Em meu nome, dos meus orientadores e da Universidade Católica agradeço antecipadamente, certa de uma resposta positiva.

Com os melhores cumprimentos,

Lisa Alves Gomes

---

**araujo@esenf.pt** <araujo@esenf.pt>  
To: Lisa Gomes <lisa.gomes16@gmail.com>

Fri, Feb 27, 2015 at 9:17 PM

Boa noite estimada colega Lisa

Em resposta ao solicitado anexo a versão validada e uma digitalização do documento publicado no livro de Actas do Congresso de Psicologia da Saúde, onde o estudo foi apresentado.

Votos de muito sucesso para este percurso académico.

Prof. Fátima Araújo

\*Assunto\*: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA

>

> "IADL" - "INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING" VALIDADA E TRADUZIDA

[Quoted text hidden]

---

**2 attachments**

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=72f433785c&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1494164743691016072&simpl=msg-f%3A14941647...> 1/2

---

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA MacNew QLMI**

6 messages

---

**Lisa Gomes** <lisa.gomes16@gmail.com>  
To: jcamado@porto.ucp.pt  
Bcc: Prof Gorete Reis <greis@uevora.pt>

Wed, Nov 25, 2015 at 12:06 PM

**Assunto:** PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA **MacNew QLMI**

Bom dia Sr. Professor Doutor João Amado. O meu nome é Lisa Alves Gomes, sou docente na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e aluna do curso de Doutoramento em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde/Porto, da Universidade Católica Portuguesa. Estou a ser orientada pelos Professores Doutores Maria Gorete Mendonça dos Reis e Margarida Vieira no projeto de doutoramento cuja temática da investigação é "Programa de Intervenção Educativo para o desenvolvimento de competências de Autocuidado Pós-Síndrome Coronário Agudo".

Neste contexto, e querendo aplicar a referida escala, venho solicitar a vossa autorização/ disponibilização para a utilização da mesma. Em meu nome, dos meus orientadores agradeço antecipadamente, certa de uma resposta positiva.

Com os melhores cumprimentos

Lisa Alves Gomes



## **ANEXO VII**

---

**Divulgação científica**



Considerando a importância da divulgação científica e, entendida como uma atividade complementar deste estudo, desenvolveram-se os seguintes trabalhos:

#### Capítulo de livro

Gomes L., Reis G. (2019) Effectiveness of an Educational Program to Enhance Self-care Skills After Acute Coronary Syndrome: A Quasi-Experimental Study. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) Gerontechnology. IWOG 2018. Communications in Computer and Information Science, vol 1016. Springer, Cham

#### Trabalhos completos/apresentados em eventos com arbitragem científica e publicação em livro de atas

Gomes, L. & Reis, G., (2018). Reflexos de um Programa Educativo na Qualidade de Vida. *E-book: V Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais (CLBSERS) - X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS)*. ISBN 978 – 989 – 99122 – 8 - 1

Gomes, L. & Reis, G., (2018). Literacia em saúde e Promoção do Autocuidado na Prevenção da Doença Coronária. *E-book: V Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais (CLBSERS) - X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS)*. ISBN 978 – 989 – 99122 – 8 - 1

Gomes, L., Reis, G., & Marques, F. (2016). Efeitos de um programa educativo nos pacientes com doença coronária. *Referência, Suplemento nº7, 46.*

Gomes, L., Reis, G., & Marques, F. (2017). Development of the Educational Program for Patients with Acute Coronary Syndrome: PepSCA-CARE. *E-book: 14ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem. A translação do conhecimento em enfermagem: Uma força para a mudança na prática clínica!* ISBN 978 - 989 -99867 - 0 -1

Gomes, L., Reis, G., & Marques, F. (2017). Promoting self-care in hospitalized patients: Educational Intervention Program. *E-book: 14ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem. A translação do conhecimento em enfermagem: Uma força para a mudança na prática clínica!* ISBN 978 - 989 -99867 - 0 -1

### Conferências

Conferência intitulada: “Calidad de Vida después de un Infarto”, organizada pela Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Burgos – Espanha, 9 de abril 2019

Convidada a apresentar a Conferência intitulada “Pessoa com Doença Coronária: Autocuidado e Literacia em Saúde”, no 13º Encontro de Enfermagem em Cardiologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, 26 de maio 2017

### Seminários

Seminário intitulado “Educational Nursing Interventions for Cardiac Patients”, na Haute École de Santé Vaud, Lausanne - Suíça, 7 de março 2019

Seminário intitulado “Development of an educational program for patients with acute coronary syndrome: PEpSCA-CARE”, na Universidade de Génova - Itália, 18 setembro 2018

Seminário intitulado “Cardiac Rehabilitation”, na Universidade de León - Espanha, 5 de julho 2018

### Artigos para publicação em revista com arbitragem científica

Gomes, L., Marques, F. & Reis, G (2018). Educational Intervention Program to Promote Self-care in Hospitalized Patients with Coronary Heart Disease: A systematic review. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, aguarda publicação.

### Capítulo de livro para publicação com arbitragem científica

Gomes L., Reis G. (2019). Learning to live with chronic disease: Coronary Heart Disease. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology*, aguarda publicação.

### Seminário a realizar

Heart Disease, Now what?, at University of Pennsylvania – USA, August 28th 2019

Heart Disease, Now what?, at Encompass Health Rehabilitation Hospital of Nittany Valley – USA, August 30th 2019

### Prêmios

Prémio de 1º lugar, na categoria internacional, da apresentação oral livre do trabalho intitulado: Qualidade de Vida Após Evento Coronário. III Seminário Internacional de atualidades em Enfermagem de Reabilitação. Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, 2017, Brasil.