



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

Gestão do regime terapêutico no pós-EAM: desenvolvimento de um protocolo de intervenção de enfermagem em *follow-up*

Leonino Sousa Santos

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

Gestão do regime terapêutico no pós-EAM: desenvolvimento de um protocolo de intervenção de enfermagem em *follow-up*

Leonino Sousa Santos

Relatório de Estágio orientado por:

Professora Eunice Henriques

2012



PENSAMENTO

A educação para a gestão do regime terapêutico
é semelhante a uma viagem de barco no imenso oceano.
Requer planeamento e o estabelecimento de metas/objetivos.
O percurso trará desafios, dificuldades, necessidades e descobertas.
Importa manter o rumo/direção até ao destino que se almeja alcançar.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos meus pais: Hermínio e Neusa;

À professora Eunice Henriques pelo precioso trabalho de Orientação Tutorial;

Às pessoas com EAM e famílias que colaboraram em todo o percurso de estágio;

A todos os enfermeiros que me apoiaram neste percurso desde os colegas de trabalho aos colegas dos campos de estágio por onde passei;

A todos os orientadores em campos de estágio;

Aos médicos que me ajudaram com sugestões e revisões;

À equipa de fisioterapeutas, dietistas, assistentes sociais e farmacêuticos que consultei;

Aos meus amigos e a todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram neste Relatório.

RESUMO

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é uma entidade clínica importante sendo responsável por elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo como apontado pelo Ministério da Saúde (2006). O enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica adquire competências que lhe permitem ir ao encontro das necessidades específicas das pessoas em risco de vida ou em processos complexos de saúde/doença. É também responsável pelo desenvolvimento de estratégias de intervenção em enfermagem que promovam a saúde.

A pessoa que sofreu o EAM deve ser capaz de gerir o seu regime terapêutico a fim de prevenir a reincidência da doença, o que pode ser fatal. Este relatório de estágio incide sobre esta problemática e propõe o desenvolvimento de um protocolo de intervenção de enfermagem em *follow-up* de modo a orientar a pessoa na gestão do seu regime terapêutico. Foram definidos como objetivos:

Geral: Desenvolver um protocolo de intervenção de enfermagem dirigido à pessoa/família na gestão do regime terapêutico no pós-EAM.

Específicos: 1) Realizar revisão de literatura relacionada com a gestão do regime terapêutico no pós-EAM e intervenções de enfermagem em *follow-up*; 2) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico no pós-EAM; 3) Criar instrumentos para avaliação e acompanhamento da pessoa em *follow-up*.

Este relatório de estágio apresenta todo o trabalho desenvolvido para atingir os objetivos propostos e adquirir competências específicas de enfermeiro especialista. Realizou-se revisão de literatura que permitisse fundamentar este relatório e servir de suporte bibliográfico ao enfermeiro e pessoa/família. Foi elaborado um protocolo de intervenção dirigido à pessoa/família para a gestão do regime terapêutico no pós-EAM, bem como documentos de apoio para serem utilizados em *follow-up*.

Palavras-chave: intervenção de enfermagem, protocolo, gestão do regime terapêutico, autocuidado, enfarte agudo do miocárdio.

ABSTRACT

The acute myocardial infarction (AMI) is an important clinical entity responsible for high mortality rates worldwide as pointed out by the Ministry of Health (2006). The nurse specialist in Critical Care Nursing acquires skills that allow him/her to meet the specific needs of people in a life-threatening situation or living in a complex health/illness state. He/she is also responsible for developing health promoting intervention strategies in nursing.

The person who suffered the AMI should be able to manage his/her treatment regimen to prevent the recurrence of the disease, which can be fatal. This internship report focuses on this issue and proposes the development of a nursing intervention protocol in follow-up in order to guide the person managing their treatment regimen. Objectives were defined as:

General: Develop a protocol for nursing intervention directed to the person/family in the management of the therapeutic regimen in the post-MI.

Specifics: 1) Conduct a literature review related to the management of the therapeutic regimen in the post-MI and nursing interventions in follow-up; 2) Identify factors of non-adherence to therapy in the post-MI; 3) Create tools for evaluating and monitoring the following-up of the patient.

The internship report presents all the work required to achieve the proposed goals and acquire specific skills for a nurse specialist. We performed a literature review that allowed substantiating this report and providing bibliographic support to nurses and to the person/families. We prepared an intervention protocol directed to the person/family who will manage the treatment regimen in the post-MI, as well as supporting documents that will be used in follow-up.

Keywords: nursing intervention, protocol, management of the therapeutic regimen, self-care, acute myocardial infarction.

LISTA DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM – *Diabetes Mellitus*

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

FU – *Follow-up*

HD – Hospital de Dia

HFDC – História Familiar de Doença Cardiovascular

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde

RC – Reabilitação Cardíaca

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Um modelo conceptual para a enfermagem	19
--	-----------

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
3. QUESTÕES ÉTICAS	29
4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DO ESTÁGIO	30
4.1. Planeamento do estágio	30
4.2. Execução do estágio	33
4.2.1. Consulta de <i>follow-up</i> telefónico em cardiologia de um <i>hospital central de Lisboa</i>	33
4.2.2. Consulta de cirurgia cardíaca de um <i>hospital central de</i> <i>Lisboa</i>	37
4.2.3. Hospital de Dia de insuficientes cardíacos de um <i>hospital</i> <i>central de Lisboa</i>	42
4.2.4. Serviço de cardiologia (UCIC/enfermaria) de um <i>hospital</i> <i>central de Lisboa</i>	46
5. LIMITAÇÕES, PERSPETIVAS FUTURAS E AVALIAÇÃO	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	61
ANEXO 1 – Entrevista semiestruturada com os enfermeiros da UCIC de um <i>hospital central de Lisboa</i>	
ANEXO 2 – Entrevista semiestruturada com a enfermeira responsável pela consulta de cirurgia cardíaca de um <i>hospital central de Lisboa</i>	

ANEXO 3 – Entrevista semiestruturada com a equipa de enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca *de um hospital central de Lisboa*

ANEXO 4 – Avaliação de **Medida de Adesão aos Tratamentos**

APÊNDICES 87

APÊNDICE 1 – Cronograma de Estágio

APÊNDICE 2 – Grelha de observação/acompanhamento das visitas domiciliárias

APÊNDICE 3 – Protocolo: Intervenções de Enfermagem em Consulta de *Follow-Up* no pós-EAM

APÊNDICE 4 – Proposta de Instrumento: Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM

APÊNDICE 5 – Orientações para o preenchimento da Proposta de Instrumento “Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM”

APÊNDICE 6 – Folhetos da Consulta: 1) Orientação da consulta de enfermagem em cardiologia; 2) Orientações e informações gerais acerca do EAM; 3) Orientações para o controlo dos fatores de risco; 4) Orientações para a gestão de sinais e sintomas; 5) Orientações para o controlo da Hipertensão Arterial; 6) Orientações para o controlo da Diabetes; 7) Orientações para a adesão à medicação; 8) Orientações sobre a medicação pós-EAM; 9) Orientações para a alimentação saudável; 10) Orientações para reduzir o peso; 11) Orientações para o controlo da dislipidemia; 12) Orientações para deixar de fumar; 13) Orientações acerca do consumo de açúcar, álcool, drogas, café, chocolate e pílula contraceptiva; 14) Orientações para o exercício físico e sexualidade.

APÊNDICE 7 – Quadro de Medicação

APÊNDICE 8 – Informação para Referenciação Intra/Extra-Hospitalar

APÊNDICE 9 – Apresentação educativa: **Aprendendo a Cuidar do Coração**

1. INTRODUÇÃO

O autodesenvolvimento pessoal e profissional passa pela busca do conhecimento, pela atualização constante e pelo estabelecimento de novos e mais ousados objetivos. Foi a partir desta ótica que se decidiu regressar aos estudos académicos, em contexto de mestrado, para perspetivar horizontes mais alargados.

Tendo em conta o aperfeiçoamento da prática individual de enfermagem no âmbito dos cuidados intensivos cardíacos, o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009) surgiu como um caminho importante a percorrer. As reflexões sobre a ação e os conteúdos trabalhados em sala de aula expuseram a necessidade de aquisição de competências no acompanhamento da pessoa que teve um enfarte agudo do miocárdio (EAM).

As reuniões de orientação tutorial serviram para trazer luz a esse caminho, redefinir conceitos e direcionar o pensamento de forma objetiva, clara e eficaz. Foi deste seguimento que se consubstanciou o desejo de elaborar um projeto de mestrado com especialidade, dirigido à pessoa com EAM na gestão do seu regime terapêutico. Essa temática veio ao encontro de expectativas individuais, mas permitiu também adquirir e aprofundar uma área profissional importante, a saber, a educação para a saúde.

Segundo autores como Fernandez et al (2007), é importante o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam a adesão à medicação e controlo dos fatores de risco em pessoas que sofreram uma síndrome coronária aguda. Estes autores referem que a adesão inicial da pessoa ao regime terapêutico é elevada, mas sofre um declínio a longo prazo especialmente quando a pessoa se sente livre de sintomas. Destacam ainda a necessidade de se empreenderem estratégias educacionais e comportamentais de modo a diminuir os riscos de novos incidentes coronários que aumentam as taxas de internamento e agravam os custos em saúde. De facto, verificamos que muitas pessoas admitidas nas unidades de cuidados intensivos cardíacos, com EAM, são reinternamentos. Isto sugere que a vigilância à saúde, por parte da pessoa e dos profissionais de saúde, pode não ser a mais adequada.

Cossette et al (2009) valorizam a necessidade de se implementarem novas intervenções de enfermagem na educação das pessoas com o objetivo de modificar os fatores de risco nas síndromes coronárias agudas e aumentar a adesão a um programa de reabilitação cardíaca (RC). Estes autores desenvolveram um protocolo de intervenção de enfermagem que foi iniciado durante o internamento (abordagem presencial) com continuidade após a alta hospitalar (abordagem telefónica), concluindo ser importante a implementação de intervenções desta natureza a fim de colmatar défices de educação durante o período de internamento, normalmente curto.

Das reflexões e revisões de literatura realizadas, chegou-se ao seguinte tema: Gestão do regime terapêutico no pós-EAM: desenvolvimento de um protocolo de intervenção de enfermagem em *follow-up*.

Os objetivos traçados foram:

Geral: Desenvolver um protocolo de intervenção de enfermagem dirigido à pessoa/família na gestão do regime terapêutico no pós-EAM.

Específicos: 1) Realizar revisão de literatura relacionada com a gestão do regime terapêutico no pós-EAM e intervenções de enfermagem em *follow-up*; 2) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico no pós-EAM; 3) Criar instrumentos para avaliação e acompanhamento da pessoa em *follow-up*.

Após a etapa conceptual, iniciou-se a fase do planeamento de estágio para desenvolvimento do projeto de mestrado uma vez que este projeto é avançado sob o modelo de Estágio com Relatório. Assim, é apresentado neste relatório de estágio todo o percurso desde a sua génese (identificação da problemática, revisão de literatura), operacionalização (estágios, reflexões) até a avaliação do trabalho desenvolvido. Está estruturado da seguinte forma: inicialmente, é apresentada uma revisão de literatura que justifica a pertinência do tema. Seguidamente, apresentam-se questões éticas relacionadas com o estágio bem como o desenvolvimento do mesmo. Por fim, enumeram-se limitações ao trabalho, perspetivas futuras, e procede-se a uma avaliação do percurso.

Foi utilizado como referencial teórico a *teoria de enfermagem do défice de autocuidado* (OREM, 1993).

2. REVISÃO DE LITERATURA

A práxis de enfermagem nos dias correntes implica uma atualização contínua de conhecimentos, aliando teoria e prática, de modo a sustentar a ação com base na evidência. Craig e Smyth (2002) defendem que os enfermeiros devem procurar a evidência e aplicá-la, desenvolvendo a sua participação em investigação. É a partir da mobilização do conhecimento e da sua aplicação prática fundamentada que o enfermeiro adquire e desenvolve novas competências, complementando a aprendizagem, a experiência profissional e tornando-se perito em áreas específicas.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define competência como “(...) um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (OE, 2003, p. 16). Do desenvolvimento de novas competências, o enfermeiro adquire a capacidade de mobilizar os conhecimentos científicos de forma sistematizada e eficaz contribuindo para o avanço da profissão com melhores resultados para a saúde.

Benner (2001) definiu sete grandes domínios dos cuidados de enfermagem agregadores de um grande espectro de competências, a saber:

“a função de ajuda; a função de educação, de guia; a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de Saúde; as competências em matéria de organização e de repartição das tarefas” (BENNER, 2001, p. 72).

Dos domínios dos cuidados de enfermagem descritos por Benner (2001), as funções de educação e de diagnóstico, acompanhamento e monitorização têm estreita relação com o relatório aqui apresentado. As intervenções de enfermagem no plano da educação em saúde à pessoa/família e do *follow-up* em casos de identificação de défices de autocuidado (OREM, 1993) podem ser consideradas imprescindíveis para o desenvolvimento de uma transição saudável no processo saúde/doença (MELEIS et al, 2000; SCHUMACHER e MELEIS, 1994).

O Modelo de Desenvolvimento Profissional publicado pela Ordem dos Enfermeiros define competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. São apresentados quatro domínios de competências comuns, a saber: “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”; “Melhoria Contínua da Qualidade”; “Gestão dos Cuidados”; “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais” e um domínio de competências específicas: “Prestação de Cuidados Especializados” (OE, 2009, p. 12).

Em relação às competências do enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica está descrito que o enfermeiro com esta especialidade “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção” e “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da Infecção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2009, p. 41).

Cabe ao enfermeiro com essas competências mobilizar conhecimentos e habilidades na atenção holística à pessoa e à sua família considerando a complexidade das situações de saúde (OE, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros enumera várias unidades de competência relacionadas, a saber: “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”; “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”; “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”; “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”; “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”; “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2009, p. 42). Além destas unidades de competência são listadas outras que estão relacionadas com as situações de catástrofe ou emergência multivítima e com o controlo da infecção.

É com base nas especificações técnicas do domínio das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica que se apresenta este relatório, incidindo sobre a problemática da pessoa com enfarte agudo do miocárdio,

as suas necessidades específicas, a sua condição de risco de vida e a necessidade de intervenção na promoção da saúde e prevenção de novas complicações ou incidentes críticos.

Todas as intervenções levadas a cabo durante o internamento e que se terão repercutido na otimização das funções vitais da pessoa após o EAM serão infrutíferas sem a implementação de um processo de educação e acompanhamento/monitorização da pessoa após a alta hospitalar (FERNANDEZ et al, 2007; COSSETTE et al, 2009). Os contributos de um *follow-up* de enfermagem na atenção à pessoa (e sua família) que teve uma situação crítica são descritos neste relatório bem como a justificação para a criação e aplicação de um protocolo de enfermagem específico.

O enfarte agudo do miocárdio é uma entidade clínica importante que “ocorre quando o fluxo de sangue para o músculo cardíaco é interrompido ou diminui subitamente por tempo suficiente para provocar morte celular” (AEHLERT, 2007, p. 312). O EAM é responsável por elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo, suscitando a atenção de enfermeiros e de outros profissionais de saúde na sua identificação, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Segundo o Ministério da Saúde, “as doenças cardiovasculares (...) são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do Mundo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 2).

Há diversos fatores de risco que predis põem ou facilitam o estabelecimento da doença cardiovascular. Existem os fatores de risco não modificáveis [género (incidência maior entre os homens), raça (incidência maior em pessoas de raça negra), idade, HFDC (História Familiar de Doença Cardiovascular)] e os fatores de risco modificáveis [HTA (Hipertensão Arterial), DM (*Diabetes Mellitus*), tabagismo, alcoolismo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, ansiedade, *stress*] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MOTA et al, 2003). Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, o controlo dos fatores de risco modificáveis está relacionado com a adesão a um estilo de vida saudável e regrado, o que pode prevenir ou retardar o aparecimento das doenças cardiovasculares (MOTA et al, 2003).

Os enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos prestam cuidados a pessoas que sofreram EAM e que ainda se encontram na fase aguda

da doença, com necessidade de intervenção clínica imediata. É na fase aguda do EAM que a maior parte dessas pessoas sente o impacto da doença e o risco de vida associado. A dor exuberante na maioria dos casos, a sensação de mal-estar geral ou morte iminente e as alterações vagais são constituintes da síndrome específica e geradoras de medo e ansiedade.

As intervenções de enfermagem nesta fase aguda do EAM são fulcrais e consistem na atenção dirigida à proteção e promoção da vida com base nas suas competências específicas, alívio da dor e desenvolvimento de uma relação terapêutica que passa pela consciencialização da necessidade de alterações dos hábitos não saudáveis de vida entre as pessoas internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos. Estas intervenções devem iniciar-se precocemente através de um processo de identificação e reconhecimento da necessidade de alterações comportamentais, educação em saúde e planeamento do regime terapêutico (autocuidado).

Alguns autores (FERNANDEZ et al, 2007; COSSETTE et al, 2009) têm sustentado que existe uma minimização dos riscos associados ao EAM, por parte das pessoas, dadas as especificidades da patologia, o seu tratamento e o tempo relativamente curto de internamento. Muitos indivíduos chegam à Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) hemodinamicamente instáveis e com dor severa, mas, após serem submetidos à terapêutica de reperfusão (trombólise ou angioplastia), sentem-se bem e julgam estar completamente curados.

Fernandez et al (2007), descrevem que as pessoas submetidas à intervenção coronária percutânea com angioplastia geralmente subestimam a gravidade da sua doença cardiovascular e têm uma ideia errónea de que estão curadas devido ao internamento de curta duração, técnica rápida com sucesso imediato, sem a necessidade de cirurgia cardíaca. Estes autores apontam a importância de desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam a adesão à medicação e controlo dos fatores de risco em pessoas que sofreram uma síndrome coronária aguda. Referem que a adesão inicial da pessoa é elevada mas sofre um declínio a longo prazo especialmente quando a pessoa se sente livre de sintomas. Destacam a necessidade de se empreenderem estratégias educacionais e comportamentais como forma de diminuir os riscos de novos incidentes coronários, os quais aumentam as taxas de internamento e agravam os custos em saúde.

Nesta mesma linha de pensamento, Cossette et al (2009) remetem para o facto de que a hospitalização breve e a ideia de que a doença coronária está completamente curada podem prejudicar a percepção da necessidade de adesão à terapêutica, controlo dos fatores de risco e participação num programa de reabilitação cardíaca por parte dos indivíduos. Segundo estes autores, as pessoas acreditam que o tratamento só é eficaz através da angioplastia e não fazem associação da patologia com os fatores de risco nem percebem a necessidade de alteração dos hábitos não saudáveis de vida.

A pessoa que sobrevive ao EAM deve ter cuidados adicionais com a sua saúde, controlar os fatores de risco associados e minimizar a possibilidade de recorrência da doença, que pode ser fatal. Cossette et al (2009) destacam a importância de intervenções de enfermagem neste processo e apontam para a necessidade de se iniciar o processo de educação da pessoa antes da alta hospitalar. Estes autores desenvolveram um protocolo de intervenção de enfermagem que foi iniciado durante o internamento (abordagem presencial) com continuidade após a alta hospitalar (abordagem telefónica), concluindo ser importante a implementação de intervenções desta natureza de modo a colmatar défices de educação durante o curto período de internamento.

Thelan et al (1994) descrevem que “é importante ter em conta que a hospitalização pode ser o primeiro encontro do doente com profissionais de saúde e com informação sobre a promoção da saúde”. Destacam que “as enfermeiras de cuidados intensivos têm de reconhecer que as suas atitudes afectam directamente as decisões do doente em relação a futuros comportamentos saudáveis” (THELAN et al, 1994, p. 64). Se os enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos não iniciarem precocemente o processo de educação com chamada de atenção para os cuidados a ter no futuro, podem prejudicar a compreensão sobre a necessidade do autocuidado. Numa edição mais recente do mesmo livro, as autoras (URDEN, STACY e LOUGH, 2008, p. 42) afirmam, com base em estudos de Redman (2004), Rankin e Stallings (2001) e Wei e Camargo (2000), que “a educação de qualidade encurta a permanência no hospital, reduz as taxas de readmissão e melhora as capacidades de execução do autocuidado”. Dizem ainda que “o processo de ensino-aprendizagem é uma actividade dinâmica e contínua que acompanha toda a hospitalização e pode continuar após a alta” (URDEN, STACY e LOUGH, 2008, p. 42). De facto, o processo de educação para a saúde deve ter início durante o internamento como ligação para o *follow-up*, onde a

pessoa deverá aprender a cuidar de si e alterar estilos não saudáveis de vida. Estas autoras, com base em Clark e Dunbar (2003), afirmam que “a educação calorosa promove comportamentos que facilitam a motivação para aprender e a adesão a alterações no estilo de vida” (URDEN, STACY e LOUGH, 2008, p. 50).

É com vista ao precoce desenvolvimento de uma intervenção terapêutica no EAM que o enfermeiro pode atuar trazendo para o foco da atenção da pessoa a necessidade de gestão do regime terapêutico que inclua alterações dos hábitos não saudáveis de vida, controlo dos fatores de risco e rigoroso cumprimento medicamentoso. Na observação prática, verificamos que muitas admissões por EAM são reinternamentos, o que sugere inadequado cumprimento do regime terapêutico e/ou insuficiente resposta dos profissionais de saúde quanto à implementação de intervenções terapêuticas relacionadas.

Orem (1993) desenvolveu conceitos importantes que orientam os enfermeiros no estabelecimento de intervenções adequadas ao seguimento da pessoa com necessidades de monitorização e acompanhamento. A *teoria de enfermagem do défice de autocuidado* permite compreender e fundamentar o modo como a enfermagem pode ajudar a pessoa na gestão do regime terapêutico.

Autocuidado é definido como “uma ação das pessoas (...) que desenvolveram as capacidades para cuidar de si mesmas (...)”; “a capacidade de atuar intencionalmente para regular os fatores que afetam o seu próprio funcionamento e desenvolvimento”; “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam para a manutenção da sua própria vida, saúde e bem-estar” (OREM, 1993, p. 131). A definição de autocuidado abarca assim um conjunto de subconceitos que adjetivam a necessária qualidade de ação do autocuidado, bem como uma atitude de intencionalidade por parte da pessoa. Ainda segundo Orem (1993), o autocuidado abarca um duplo sentido, podendo representar o cuidado de si próprio (agente de autocuidado) ou o cuidado de alguém – lactente, criança, adulto dependente – que não possa cuidar de si (agente de cuidado dependente).

Entretanto, ainda que a pessoa seja capaz de gerir o seu autocuidado e demonstre intencionalidade a orientar essa mesma ação, isso não significa que ela obtenha bons resultados em saúde. Segundo Orem, “o autocuidado e o cuidado de pessoas dependentes podem ser bem-intencionados mas não serem terapêuticos”

(OREM, 1993, p. 139), o que implica o desenvolvimento progressivo de competências de autocuidado. Cabe à enfermagem intervir neste processo, facilitando as aprendizagens neste domínio.

Orem propõe um modelo conceptual para a enfermagem, sintetizado na FIGURA 1. Nesta estrutura, a autora estabelece que existem relações diretas entre o autocuidado, a intervenção de autocuidado e as necessidades de autocuidado. Refere ainda que há fatores condicionantes que interferem com essas variáveis e que a intervenção de enfermagem justifica-se quando há um défice entre a intervenção de autocuidado e a sua necessidade (OREM, 1993). Tendo isto em conta, Orem entende que:

“a enfermagem é um serviço legítimo quando: 1) as habilidades de cuidado são menores do que as necessárias para satisfazer uma necessidade de autocuidado conhecida (uma relação de défice); e 2) as habilidades de autocuidado ou de cuidado dependente excedem ou são iguais às necessárias para satisfazer a necessidade de autocuidado atual mas é previsível uma futura relação de défice (...)” (OREM, 1993, p. 79-80).

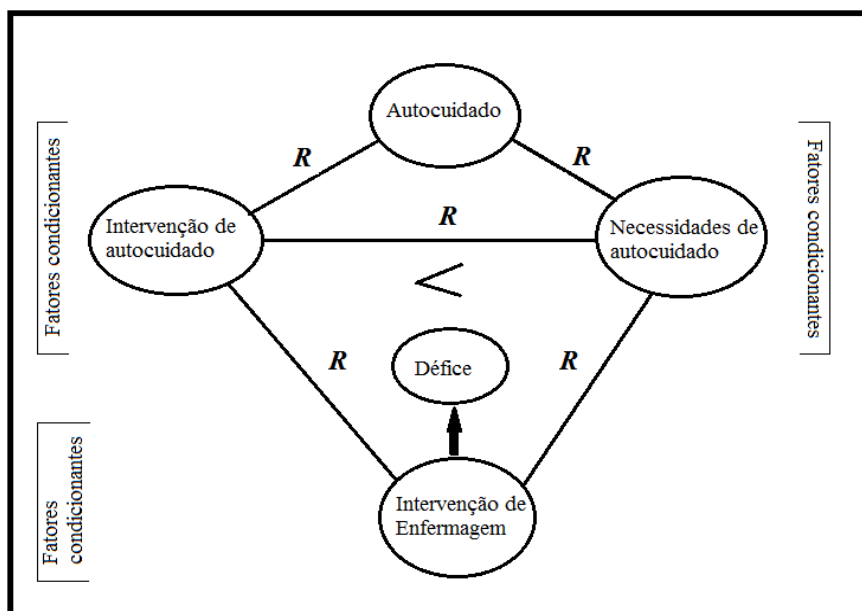


FIGURA 1 – Um modelo conceptual para a enfermagem (OREM, 1993)

Deste modo, a ação de enfermagem é justificada quando identificados défices entre a intervenção e a necessidade de autocuidado. Como defendido por Orem: “as pessoas com défices de cuidados atuais ou potenciais estão, ou espera-se que estejam,

em estado de dependência social que legitima uma intervenção de enfermagem” (OREM, 1993, p. 80).

Segundo Orem: “as ações de autocuidado a realizar durante um certo tempo para satisfazer necessidades de autocuidado conhecidas, utilizando métodos válidos e grupos de ações ou operações relacionadas, denominam-se *necessidade de autocuidado terapêutico*” (OREM, 1993, p. 138). Isto significa que a intervenção de autocuidado é terapêutica quando mobiliza competências específicas que a pessoa poderá não possuir ainda. Dessa forma, apreende-se que:

“a falta de conhecimentos científicos sobre o autocuidado, os transtornos e disfunções do estado de saúde, a falta de habilidades de autocuidado, e os hábitos inadequados de autocuidado limitam o que a pessoa pode fazer pelo seu próprio autocuidado ou para ajudar outrem neste tema” (OREM, 1993, p. 134).

A enfermagem pode então desenvolver estratégias de intervenção que ajudem as pessoas a satisfazer as suas necessidades de autocuidado terapêutico.

Embora a pessoa possa ser capaz de desenvolver o seu autocuidado ou o cuidado dependente isso não significa que o fará ou que saberá fazê-lo. É daí que surgem na literatura conceitos como o de *adesão* e *gestão* sendo conveniente definir ambos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) define *adesão* como “a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações de um prestador de cuidados de saúde” (WHO, 2003, p. 17).

Gusmão e Jr. (2006) identificaram conceitos utilizados como sinónimos de adesão, a saber: aderência, observância, fidelidade e *compliance*. No entanto, nenhum destes conceitos é completamente satisfatório por omitir o necessário envolvimento da pessoa no processo de cuidados. “Ressalta-se que as definições de adesão devem sempre abranger e reconhecer a vontade do indivíduo em participar e colaborar com seu tratamento, o que não é abordado em algumas concepções” (GUSMÃO e JR., 2006, p. 24).

Segundo o Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) publicado pela Ordem dos Enfermeiros:

“os ganhos em saúde para o cliente exigem regimes de tratamentos efectivos e a adesão a estes regimes. A adesão ao tratamento envolve muitas actividades do cliente. Alguns exemplos de actividades de adesão incluem: tomar os medicamentos de forma apropriada; marcar consultas de cuidados de saúde e comparecer às mesmas; fazer mudanças no estilo de vida, incluindo na dieta, exercício, cessação do tabagismo e gestão do *stress*, bem como a auto-gestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados.” (OE, 2009, p. 9).

A CIPE entende assim que a adesão só é efetiva quando implica a participação ativa da pessoa no processo de cumprimento do regime terapêutico. Tendo isso em conta, é importante introduzir o conceito da *autonomia* de forma a compreender o modo como a pessoa poderá lidar com as informações e com o conjunto de adjutórios que os prestadores de cuidados de saúde tentam transmitir. Cada pessoa tem de decidir por si e concordar em aderir a um regime que implique alteração dos hábitos não saudáveis de vida. Sem a participação voluntária do indivíduo é impossível conduzir um processo de educação eficaz. Thompson, Melia e Boyd (2004) definem que autonomia “é o estado de maturidade moral que nos permite reconhecer pessoalmente a validade da lei moral, escolher viver segundo essa lei e comprometermo-nos a cumpri-la – não porque nos dizem para o fazermos, mas porque o decidimos de livre vontade” (THOMPSON, MELIA e BOYD, 2004, p. 184).

De forma idêntica, o Código Deontológico do Enfermeiro (GERMANO et al, 2003) ressalta a importância do respeito pela autonomia da pessoa, o que “significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma – livre e autónoma, capaz de autogovernar-se, de decidir por si mesma” (GERMANO et al, 2003, p. 53).

O enfermeiro age então como um facilitador, produz um estímulo à condução do regime terapêutico, respeitando o princípio da autonomia subjacente à prática de enfermagem conforme atestado pela especificidade das competências dos enfermeiros. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), o enfermeiro atua, entre outras coisas, no sentido de:

“(...) dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis”; “fornece informação de saúde relevante para ajudar (...) a

atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação”; “proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente” (OE, 2003, p. 20).

Henriques e Gaspar (2010), a propósito da gestão de sintomas e adesão à terapêutica antirretrovírica nas pessoas com VIH/SIDA, destacam a importância do conceito de *autoeficácia* na compreensão da adesão. As autoras definem que:

“no âmago da teoria da auto-eficácia existe a assumpção de que cada indivíduo exerce sobre si mesmo uma influência de modo a tomar decisões, baseada na sua reflexão e no uso de conhecimentos e capacidades de modo a decidir o seu comportamento em situação” (HENRIQUES e GASPAR, 2010, p. 34).

Manzano e Ayesta (2009) referem que a autoeficácia é importante, por exemplo, na utilização de estratégias cognitivas para deixar de fumar uma vez que a pessoa se vê capaz de mobilizar os seus recursos e superar o vício. De facto, os estudos avançados por autores como Bandura (1993) e descritos por Smith e Liehr (2008) apontam para a importância da aplicação da teoria da autoeficácia na alteração de comportamentos em pessoas com doenças crónicas. Os benefícios desta teoria têm sido descritos nomeadamente entre pessoas com patologia cardíaca e necessidade de alterações de hábitos não saudáveis de vida como: tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada.

Para a gestão do regime terapêutico, a pessoa deve ter em conta múltiplas variáveis como o conhecimento da doença, o controlo de fatores de risco, a medicação, a dieta, o exercício físico, as consultas e acompanhamentos em saúde, a mobilização de recursos da comunidade e do sistema de saúde. O envolvimento da pessoa neste processo é fundamental e passa pela consciencialização de que é necessário mudar padrões comportamentais. Os enfermeiros que utilizam a teoria da autoeficácia na educação e promoção da saúde ajudam a pessoa a centrar-se nos desafios relacionados com um comportamento específico, definindo objetivos a serem atingidos a curto, médio e longo prazo (SMITH e LIEHR, 2008; BANDURA, 1993).

As pessoas que experienciam processos complexos de transição, nomeadamente do tipo saúde/doença, nem sempre conseguem desenvolver estratégias de *coping* de modo a obter resultados positivos nessa mesma transição. Os estudos de Meleis et al (2000) e de Schumacher e Meleis (1994) destacam a importância das intervenções

terapêuticas de enfermagem que facilitam esses processos. Estas autoras apresentaram o conceito de *mestria* como indicador de resultado de uma transição saudável. *Mestria* pode ser entendida como “o desempenho de papéis especializados e em conformidade com o comportamento exigido na nova situação”, sendo componentes da mestria: “a competência, a tomada de decisão e habilidades psicomotoras e autoconfiança” (SCHUMACHER e MELEIS, 1994, p. 124).

Cabe ainda identificar conceitos relacionados com *regime terapêutico* e RC. A nomenclatura RC é utilizada principalmente pela classe médica e fisioterapeutas. Segundo Mendes (2009), “os programas de reabilitação cardíaca têm como componentes principais a avaliação médica e a estratificação de risco (...)” (MENDES, 2009, p. 5). E apesar das vantagens desses programas, com amplo respaldo na literatura, a sua implementação em Portugal tem sido insatisfatória comparativamente com países como os EUA e outros países europeus (ABREU, BETTENCOURT e FONTES, 2010; MENDES, 2009; TEIXEIRA et al, 2007). Os conceitos atuais de RC são amplos e não excluem o controlo dos fatores de risco, a adesão à terapêutica, a adoção de comportamentos saudáveis e as intervenções em contexto de equipa multidisciplinar, no entanto, os centros de RC têm como pilar de sustentação as abordagens médicas com destacada atenção para os programas relacionados com o exercício físico.

Considerando o conjunto de intervenções terapêuticas que um enfermeiro implementa na abordagem à pessoa a experienciar processos complexos de transição saúde/doença, optou-se por utilizar neste trabalho o conceito de *regime terapêutico* em vez de RC. Segundo Catela e Amendoeira (2010) “a adesão ao regime terapêutico, em enfermagem, é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde” (CATELA e AMENDOEIRA, 2010, p. 39). Diz ainda que “perante uma situação de doença, a pessoa é confrontada com múltiplos desafios, que exigem dela capacidade de adaptação, capacidade para mobilizar determinados recursos (*coping*) e ainda capacidade para se autocuidar, o que implica gerir o seu regime terapêutico” (CATELA e AMENDOEIRA, 2010, p. 41).

O conceito de *gestão* relacionado com o regime terapêutico implica correlacionar, na mesma ação, o autocuidado, a autonomia, a autoeficácia e a mestria. Um constructo de gestão do regime terapêutico poderia ser assim descrito como a capacidade de

compreender, aceitar e cumprir cabalmente o regime terapêutico desenvolvendo concomitantemente o autocuidado, a autonomia, a autoeficácia e a mestria em consonância com as indicações formais de um profissional de saúde idóneo.

Deste modo, entende-se que para a gestão do regime terapêutico é necessário que a pessoa seja capaz de cuidar de si ou de outrem – autocuidado (OREM, 1993), esteja envolvida voluntariamente nesse processo – autonomia (THOMPSON, MELIA e BOYD, 2004; OE, 2003), reconheça que dispõe dos instrumentos necessários para a sua gestão, ou seja, que é capaz – autoeficácia (SMITH e LIEHR, 2008; BANDURA, 1993) e demonstre que sabe mobilizar e aplicar os conhecimentos de modo a alterar os hábitos não saudáveis de vida – mestria (SCHUMACHER e MELEIS, 1994). A gestão do regime terapêutico engloba assim um conjunto complexo de saberes com impacto sobre o comportamento do indivíduo.

Há diversos fatores que podem interferir com a gestão do regime terapêutico. É importante identificá-los e definir estratégias que permitam reduzir o seu impacto. Várias dimensões foram descritas como relacionadas com o processo de adesão/não-adesão ao regime terapêutico, tais como: fatores económicos, sociais, culturais, crenças em saúde e hábitos de vida; fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a percepção da doença; fatores relacionados com o tratamento e terapêutica prescrita; fatores relativos ao indivíduo; falta de conhecimentos, défices de cognição e memória; complexidade do tratamento e reações adversas aos medicamentos (SANTOS et al, 2010; FERNANDEZ et al, 2007; FRANCO et al, 2007; GUSMÃO e JR., 2006).

A adesão ao regime terapêutico, na pessoa com EAM, tem particularidades específicas. Como descrito por Fernandez et al (2007), a pessoa com doença coronária pode subvalorizar a sua doença devido à remissão rápida dos sintomas, após o tratamento. Cainé (2005) refere que as pessoas podem não se sentir responsáveis pelo aparecimento da sua doença, atribuir a sua doença a fatores não controláveis e que isso pode repercutir-se na resistência às alterações dos hábitos de vida e à adesão ao regime terapêutico. Este autor, ao focar o internamento do doente por EAM e a preparação para o regresso a casa, destaca a relevância do fator psicossocial: “o impacto emocional intenso a que a pessoa foi sujeita, pode agravar-se com a incapacidade sentida na gestão

da sua doença, bem como na possível ausência de suporte social adequado seja ele familiar ou comunitário” (CAINÉ, 2005, p. 41).

Segundo Orem: “os fatores internos ou externos aos indivíduos e que afetam as suas capacidades para ocupar-se do seu autocuidado, ou afetam o tipo e quantidade de autocuidado requeridos, denominam-se fatores básicos condicionantes” (OREM, 1993, p. 152-153). A autora enumerou esses fatores, a saber: “idade”; “sexo”; “estado de desenvolvimento”; “estado de saúde”; “orientação sociocultural”; “fatores do sistema de cuidados de saúde; por exemplo, diagnóstico médico e modalidades de tratamento”; “fatores do sistema familiar”; “padrão de vida, incluindo as atividades com que se ocupa regularmente”; “fatores ambientais”; “disponibilidade e adequação dos recursos” (OREM, 1993, p. 153). Para Orem, “os fatores identificados condicionam de diversas maneiras as necessidades de autocuidados terapêuticos” (OREM, 1993, p. 153), sugerindo ser importante proceder-se ao cálculo da necessidade destes mesmos cuidados. Entretanto, a autora também considera tratar-se de um cálculo complexo: “os profissionais de enfermagem necessitam de habilidades especializadas altamente desenvolvidas para o cálculo das necessidades de autocuidado terapêutico (...)” (OREM, 1993, p. 158).

Um estudo desenvolvido por Santos et al (2010) identificou dimensões que afetam a adesão à terapêutica em pessoas com patologia cardíaca, sendo estes: “factores económicos, sociais e culturais”; “factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde”; “factores relacionados com a percepção da doença”; “factores relacionados com a terapêutica prescrita” e “factores individuais relativos ao doente” (SANTOS et al, 2010, 14). O autor defende que a adesão é um fenómeno multidimensional com interação entre estes cinco fatores.

Na pessoa com EAM, os fatores de não-adesão ao regime terapêutico não diferem do verificado noutras classes de patologias havendo uma transversalidade nos fenómenos de adesão/não-adesão. Deste modo, podemos enumerar fatores como: 1) individuais (défice de conhecimentos sobre a saúde/doença, alterações cognitivas, limitações físicas, idade); 2) comportamentais – quando a adesão implica alterações de hábitos não saudáveis de vida e motivação por parte da pessoa (maus hábitos alimentares, uso de drogas e outras substâncias, sedentarismo); 3) relacionados com a medicação (abandono terapêutico após remissão dos sintomas ou reações adversas; complexidade do esquema terapêutico, baixo conhecimento sobre a medicação,

polimedicação); 4) financeiros (custo dos medicamentos, custos associados aos cuidados de saúde); 5) sociais (falta de apoio familiar e/ou comunitário); 6) relacionados com os profissionais e serviços de saúde (falta de médico de família, morada distante dos hospitais e centros de saúde, envolvimento com as consultas de *follow-up*); 7) culturais e religiosos (barreiras culturais e religiosas, falsas crenças em saúde). (CATELA, 2010; SANTOS et al, 2010; MANZANO e AYESTA, 2009; SÁNCHEZ, 2007; ROCA et al, 2004).

Sabendo que a gestão do regime terapêutico no pós-EAM implica conhecimento e autonomia para a aquisição de hábitos saudáveis de vida, as intervenções de enfermagem devem ser dirigidas ao apoio à pessoa na identificação de fatores de risco, educação em saúde e suporte na definição de um plano estratégico individualizado. Faz parte do plano estratégico a instituição de objetivos com a pessoa no sentido de alterar padrões alimentares, cumprimento terapêutico, exercício físico, desabituação tabágica e controlo sobre outros fatores de risco modificáveis.

É importante que a pessoa com EAM mantenha níveis elevados de adesão ao regime terapêutico, pois a sua qualidade de vida e a minimização do agravamento da sua saúde estão diretamente dependentes da sua capacidade de gestão desse mesmo regime. Sánchez (2007) diz que:

“para se obter resultados ótimos em saúde em pessoas com enfermidade coronária são necessários tratamentos eficazes e adesão aos tratamentos. Nesta população, o tratamento compreende tomar corretamente os medicamentos, marcar e comparecer às consultas para o controlo da saúde e assumir por conta própria outros comportamentos que influenciem o surgimento, desenvolvimento e prognóstico da doença (...)” (SÁNCHEZ, 2007, p. 66).

Hawkes et al (2009) propõem o desenvolvimento de programas inovadores de prevenção secundária no EAM a exemplo do aconselhamento telefónico conduzido por profissionais qualificados. Estes autores recomendam, citando estudos do Australian Institute of Health & Welfare e da National Heart Foundation of Australia (2004), que todas as pessoas com doença coronária participem em programas de prevenção secundária. Com referência a McAlister et al (2001) e Joliffe et al (2003), apontam que “os benefícios da prevenção secundária, ou programas de reabilitação cardíaca, incluem uma diminuição da mortalidade total (26%), melhoria da qualidade de vida, e menores taxas de

reospitalização” (HAWKES et al, 2009, p. 2). O protocolo utilizado por estes autores para as sessões de aconselhamento teve por base *guidelines* da WHO (2003) e da National Heart Foundation of Australia e Cardiac Society of Australia and New Zealand (2003) e contemplava quatro áreas de intervenção: “redução dos fatores de risco clínico”; “modificação dos fatores de risco comportamentais”; “conformidade com o tratamento farmacológico” e “gestão das questões psicossociais” (HAWKES et al, 2009, p. 4). Este ensaio clínico visava avaliar a eficácia de um programa de aconselhamento telefónico com recolha de dados e avaliação em três tempos: 1) sessão inicial onde era explicado o programa; 2) avaliação ao fim de seis meses e 3) avaliação ao fim de doze meses. Durante os seis meses da intervenção, as pessoas eram contactadas em três sessões semanais, três sessões quinzenais e quatro sessões mensais com a frequência das chamadas a diminuir ao longo da intervenção (HAWKES et al, 2009).

Cossette et al (2009) defendem a necessidade de intervenção precoce ainda durante o internamento, com continuidade após a alta hospitalar, definindo cinco dimensões de intervenção para a enfermagem: “educação”; “apoio emocional”; “apoio cognitivo”; “aconselhamento clínico” e “mobilização de recursos, nomeadamente apoio social e recursos de saúde na comunidade” (COSSETTE et al, 2009, p. 75-76). Estes autores desenvolveram uma intervenção de enfermagem considerando três momentos distintos: 1.º) “antes da alta hospitalar: de modo a alertar doentes e família acerca da gestão dos sintomas e atividade física após a alta hospitalar, compreensão da doença e preocupações”; 2.º) “um a três dias após a alta hospitalar: conhecer as condições clínicas dos doentes, capacidade para gerir a doença e atenção às preocupações dos doentes”; 3.º) “oito a dez dias após a alta hospitalar: lidar com problemas clínicos e de tratamento, abordar fatores de risco e alterações no estilo de vida e a inscrição num programa de RC” (COSSETTE et al, 2009, p. 76-77).

As intervenções de enfermagem no sentido de favorecer a gestão do regime terapêutico enquadram-se nos princípios da relação de ajuda que consiste na parceria entre enfermeiros e indivíduos tendo por base o processo de comunicação. Riley (2004) descreve que a comunicação é essencial ao exercício da enfermagem e explicita a natureza e a dimensão de diversas técnicas de comunicação.

Segundo Chalifour (2008):

“a relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade” (CHALIFOUR, 2008, p. 33).

Posto isto, cabe ao profissional enfermeiro mobilizar conhecimentos teóricos e práticos no sentido de estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa de modo a facilitar a identificação de necessidades particulares que possam condicionar a gestão do regime terapêutico (autocuidado), bem como estratégias de intervenção que ajudem a colmatar as dificuldades encontradas.

Com base na problemática apresentada e fundamentada pela revisão de literatura, afigura-se este relatório de estágio cuja pergunta de partida foi: “Que intervenções de enfermagem em *follow-up* podem ser desenvolvidas no sentido de orientar a pessoa na gestão do regime terapêutico no pós-EAM?”.

Foram definidos os seguintes objetivos:

Geral: Desenvolver um protocolo de intervenção de enfermagem dirigido à pessoa/família na gestão do regime terapêutico no pós-EAM.

Específicos: 1) Realizar revisão de literatura relacionada com a gestão do regime terapêutico no pós-EAM e intervenções de enfermagem em *follow-up*; 2) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico no pós-EAM; 3) Criar instrumentos para avaliação e acompanhamento da pessoa em *follow-up*.

O tema do relatório de estágio foi definido como: Gestão do regime terapêutico no pós-EAM: desenvolvimento de um protocolo de intervenção de enfermagem em *follow-up*.

O planeamento do estágio, a sua execução, limitações, perspectivas futuras e avaliação serão apresentados em capítulos subsequentes. Importa apresentar, de antemão, algumas questões éticas, as quais serão tratadas no próximo capítulo.

3. QUESTÕES ÉTICAS

A nossa prática quotidiana enquanto enfermeiros deve ser pautada por princípios éticos. É preciso ter em conta os limites da nossa intervenção para que esta não levante questões éticas. Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, em relação ao Artigo 79.º – “dos deveres deontológicos em geral”, o enfermeiro assume o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p. 73). O próprio processo de educação para a saúde, que fundamenta este relatório de estágio, pode expor questões éticas a ter em conta:

“a educação para a saúde em si mesma, ao procurar alterar as atitudes e os comportamentos das pessoas, levanta também questões de ordem ética. Os enfermeiros terão o direito de dizer às pessoas que devem deixar de fumar, reduzir o consumo de álcool ou fazer dieta?” (THOMPSON, MELIA e BOYD, 2004, p. 192).

Segundo estes autores, a educação para a saúde pode ser justificada na medida em que se relaciona com padrões de morbilidade e mortalidade da sociedade. Os meios e métodos utilizados no processo de educação devem ser tidos em conta respeitando sempre a autonomia da pessoa e a sua capacidade de decidir por si, apontam esses autores. Completam ainda que os profissionais de saúde devem dar o exemplo e que estes “têm o dever moral e profissional de serem educadores para a saúde (...)” (THOMPSON, MELIA e BOYD, 2004, p. 195).

Considerando os princípios éticos e a preocupação de não expor indivíduos/instituições, toda a informação apresentada neste relatório de estágio foi tratada de forma a manter o anonimato e a confidencialidade. As informações sobre as unidades de estágio serão apresentadas de uma forma geral ou indireta e os conteúdos dos documentos consultados não serão divulgados, sendo referidos sem correlação com nomes de pessoas/instituições. Obteve-se autorização das instituições de saúde, das chefias de serviço e a colaboração de colegas das equipas de saúde em todos os campos de estágio. A privacidade das pessoas/famílias e a confidencialidade dos dados foram tidas em conta em todas as estratégias de intervenção empreendidas.

4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DO ESTÁGIO

4.1. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO

Nas primeiras etapas do desenvolvimento do projeto de estágio, utilizou-se como campo de estágio o ambiente da UCIC *de um hospital central de Lisboa* (estágio de 25 horas). Nesse primeiro momento, os conceitos da problemática foram trabalhados de forma reflexiva através da interação com as pessoas com EAM, famílias, colegas de trabalho e revisão da literatura. Verificou-se aí uma inadequada orientação dada à pessoa na fase aguda do EAM, havendo necessidade de sistematização do processo de educação durante o internamento (BERMEJO et al, 2003). Ademais, validou-se como imprescindível o seguimento da pessoa após a alta hospitalar de modo a atender a carências específicas na gestão do regime terapêutico (autocuidado).

Da interação com pessoas/famílias, enfermeiros e médicos foram identificados fatores condicionantes da adesão, dos quais destacamos fatores relacionadas com a medicação (compra dos medicamentos, gestão dos fármacos) e fatores individuais/comportamentais (dieta inadequada, sedentarismo, má gestão de fatores de risco como diabetes e HTA, etc.). Emergiu então a ideia de se interagir com outros profissionais de saúde por ocasião do estágio de 50 horas. Durante este estágio, foram efetuadas visitas a outras Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos de instituições hospitalares de Lisboa, as quais serviram para reiterar a necessidade de uma educação que fosse sistematizada bem como a criação de uma consulta de enfermagem em *follow-up*. De facto, alguns autores defendem a implementação de intervenções de enfermagem que favoreçam a adesão à medicação, controlo de fatores de risco e alterações de hábitos não saudáveis de vida após o período de internamento (COSSETTE et al, 2009; HAWKES et al, 2009; FERNANDEZ et al, 2007).

Também foram feitos estágios de observação a consultas de enfermagem em outras áreas (infecçiology, tabagismo e obesidade), e que permitiram conhecer a dinâmica de operacionalização e funcionamento dessas consultas e sistematizar ideias e conhecimentos imprescindíveis à elaboração do protocolo de enfermagem para *follow-up*

em cardiologia. Com o recurso a entrevistas exploratórias aos enfermeiros dessas consultas e a outras disciplinas (assistência social, farmácia, nutrição e dietética e fisioterapia), foram obtidas informações importantes para a definição de uma logística de intervenção ampla (parcerias, encaminhamentos, etc.) com a possibilidade de inventariar os recursos hospitalares e da comunidade para referência intra/extra-hospitalar na atenção à pessoa com dificuldades na gestão do seu regime terapêutico. Tal inventário consistiria no reconhecimento dos recursos hospitalares e da comunidade (Sistema Nacional de Saúde e instituições de apoio ao cidadão) para o suporte à pessoa nas necessidades identificadas para esta mesma gestão do regime terapêutico (ex.: consultas de diabetes e de desabituação tabágica, centros de apoio comunitário, etc.).

Dessas experiências e reflexões começou a planejar-se o que seria o estágio final de 500 horas para a aquisição do grau de especialista e mestre (Estágio com Relatório). Ficou clara a importância de se procurar a aquisição de competências em serviços de cardiologia que realizem atividades promotoras da gestão do regime terapêutico permitindo desenvolver o protocolo específico.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), faz parte das intervenções de enfermagem contribuir “na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” e a mesma destaca a criação de “protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados (...)” (OE, 2003, p. 8).

Bermejo et al (2003) descreveram a importância da implementação de protocolos na atenção à pessoa e à família numa Unidade Coronária. Os autores defendem que a elaboração de protocolos melhora a qualidade dos cuidados e destacam inúmeras vantagens na sua aplicação, a saber: permite uma atenção individualizada; melhora a comunicação na equipa; garante a qualidade dos cuidados; uniformiza a ação; traz um registo da informação de forma sistematizada; evita a duplicação de informação; facilita a continuidade dos cuidados de enfermagem; permite autonomia profissional; aumenta a satisfação da pessoa e da família; aumenta a satisfação dos enfermeiros.

O seguimento da pessoa após a alta hospitalar deve ser considerado tão importante como a abordagem na fase aguda da doença como defendido por Cainé (2005). Se não forem definidos planos estratégicos de ação para seguimento no pós-EAM,

haverá um risco elevado de reincidência da doença e de morte. O enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica deve possuir uma visão holística que seja transversal à globalidade dos cuidados de saúde desde a fase aguda da doença à gestão do regime terapêutico no pós-EAM. Segundo Orem (1993), a enfermagem também é praticada ajudando uma pessoa doente ou um responsável direto pela pessoa a aprender a cuidar de si (ou cuidar do outro) compreendendo isso como uma arte prática e didática.

Foi efetuada uma pesquisa por consultas de enfermagem em cardiologia em território português que estivessem bem estruturadas, mas não foi bem sucedida. Uma vez que não se proporcionou efetuar estágio numa consulta específica de *follow-up* na doença coronária, selecionaram-se quatro campos de estágios alternativos, a saber: 1.º) Consulta de *follow-up* telefónico em cardiologia de um hospital central de Lisboa; 2.º) Consulta de cirurgia cardíaca de um hospital central de Lisboa; 3.º) Hospital de Dia de insuficientes cardíacos de um hospital central de Lisboa; e 4.º) Serviço de cardiologia (UCIC/enfermaria) de um hospital central de Lisboa.

Assim, foram definidos os seguintes objetivos para o estágio das 500 horas: 1) Conhecer a realidade de Unidades de Cuidados Intensivos em cardiologia quanto à educação para a gestão do regime terapêutico; 2) Conhecer a dinâmica de organização das consultas de enfermagem em *follow-up* em cardiologia; 3) Identificar como as consultas de enfermagem estão organizadas no que diz respeito aos protocolos e sistematização do ensino da pessoa; 4) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico; 5) Estruturar uma lista de referência intra/extra-hospitalar de modo a atender às necessidades específicas de encaminhamento da pessoa na gestão do seu regime terapêutico; 6) Efetuar revisão de literatura; 7) Testar o protocolo elaborado no percurso em contexto de consulta de enfermagem; 8) Refletir sobre todo o trabalho desenvolvido.

Os campos de estágio, objetivos e atividades propostas para o estágio de 500 horas estão descritos no APÊNDICE 1 (Cronograma de Estágio). Também foram definidos objetivos e estratégias específicos para cada campo de estágio, que serão apresentados nos capítulos subsequentes.

4.2. EXECUÇÃO DO ESTÁGIO

4.2.1. Consulta de *follow-up* telefónico em cardiologia de um hospital central de Lisboa

Tendo por base os objetivos do estágio, foram definidos objetivos específicos para o primeiro período do mesmo e que teve lugar numa consulta de *follow-up* (FU) telefónico em cardiologia de um hospital central de Lisboa. Estes objetivos serão apresentados adiante. Além do período de estágio no gabinete de FU, foram feitas visitas à UCIC.

Na consulta, realizam-se abordagens telefónicas aos trinta dias e um ano para todas as pessoas internadas na cardiologia, qualquer que seja o diagnóstico. Também aos três e cinco anos àqueles submetidos a cateterismo cardíaco. As vantagens de um acompanhamento telefónico e de intervenções de enfermagem a exemplo do *follow-up* em cardiologia estão descritas na literatura (COSSETTE et al, 2009; HAWKES et al, 2009; FERNANDEZ et al, 2007).

Tendo em conta os objetivos/estratégias definidos, procede-se a uma avaliação desta primeira experiência em campo de estágio.

Objetivos: 1) Conhecer a dinâmica de organização da consulta de enfermagem em *follow-up* em cardiologia; 2) Identificar como a consulta de enfermagem em *follow-up* está organizada no que diz respeito aos protocolos e sistematização da educação para a saúde à pessoa; 3) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico no pós-EAM; 4) Compreender como está estruturada a educação para a saúde à pessoa com EAM na UCIC do hospital central de Lisboa.

Estratégias: Acompanhamento das consultas de enfermagem em *follow-up*; análise dos documentos existentes; interação com a equipa de enfermeiros da consulta; visitas à UCIC e aplicação de entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros.

Pela observação da consulta, integração e apreciação dos documentos existentes, acompanhamento do FU realizado pelas duas enfermeiras da equipa fixa e interação com

os enfermeiros destacados para apoio à consulta, foi possível conhecer a organização da mesma e o impacto desta na saúde das pessoas (identificação de necessidades para a gestão do regime terapêutico com intervenções relacionadas; *feedback* positivo dos indivíduos abordados, etc.).

É importante que para esse tipo de intervenção haja uma formação específica que contemple o atendimento telefónico ao público e se utilizem técnicas de comunicação (a exemplo da escuta, orientação, comentários abertos, consideração, reflexão, clarificação e planificação) de modo a promover a qualidade do atendimento e tratamento da informação. Autores como Chalifour (2008) e Riley (2004) descrevem como deve decorrer o processo de comunicação e justificam a utilização das técnicas referidas.

Esta observação permitiu obter informações úteis à elaboração do protocolo objetivado neste trabalho bem como os restantes documentos de apoio à consulta. Serviu ainda para compreender a importância da elaboração de protocolos que permitam a compreensão dos objetivos da consulta e a uniformização da ação. Os protocolos “são mais directivos e rígidos do que os percursos e as orientações e não é suposto que os executantes se possam desviar deles” (URDEN, STACY e LOUGH, 2008, p. 11).

A observação direta, o acompanhamento das consultas de FU e as entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros da UCIC ajudaram a identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico no pós-EAM e condicionantes do autocuidado (OREM, 1993). As entrevistas permitiram ainda perceber o modo como a educação em saúde se processa na UCIC sendo considerada como insuficiente ou inadequada pela maioria dos enfermeiros inquiridos. As particularidades inerentes à natureza dos cuidados intensivos na fase aguda do EAM limitam a educação em saúde justificando, segundo os enfermeiros desse serviço, a necessidade de um acompanhamento após a alta hospitalar. As entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros da UCIC desta unidade hospitalar constam do ANEXO 1 (Entrevista semiestruturada com os enfermeiros da UCIC *de um hospital central de Lisboa*).

Orem (1993) identificou fatores condicionantes do autocuidado que se relacionam com a maior parte dos fatores de não-adesão identificados. A *teoria de enfermagem do défice de autocuidado* apresentada por Orem serviu de guia orientador nas observações e reflexões durante todo o estágio. Em relação aos fatores de não-adesão no pós-EAM e

que podem condicionar a gestão do regime terapêutico (autocuidado), foi possível identificar neste grupo de pessoas: fatores de ordem individual/comportamental (sexo, alterações cognitivas, alterações comportamentais, baixos conhecimentos em saúde); fatores de ordem social e económica (baixa escolaridade, baixa renda, falta de apoio familiar); fatores relacionados com a medicação (complexidade da terapêutica, polimedicação); fatores de ordem médica ou relacionada com os serviços de saúde (prescrição de medicação não genérica, falta de material didático de apoio, dificuldade de deslocação aos serviços de saúde); fatores culturais e religiosos (falsas crenças em saúde). Estes fatores relacionam-se com a literatura consultada (CATELA, 2010; SANTOS et al, 2010; MANZANO e AYESA, 2009; SÁNCHEZ, 2007; ROCA et al, 2004).

Orem (1993) compreende a enfermagem como uma arte prática e didática em que o enfermeiro proporciona condições às pessoas para o cuidado de si mesmas ou para o cuidado dependente. Esta autora afirma:

“a arte de enfermagem é praticada «fazendo algo por» a pessoa com incapacidade, «ajudando a fazer por si mesma» e/ou «ajudando a aprender a fazer por si mesma». Também se pratica enfermagem ajudando a uma pessoa capacitada, familiar ou amigo do paciente, a aprender «a fazer algo por» o paciente. O cuidado do paciente é assim uma arte prática e didática” (OREM, 1993, p. 67 citando OREM, 1956).

Este estágio permitiu perceber que intervenções desta natureza são não apenas válidas e pertinentes como justificáveis desde que bem fundamentadas nos planos teórico e prático. A existência de um protocolo serviria para orientar e uniformizar a prática de enfermagem durante a consulta, evitando diferentes formas de abordagem para situações idênticas. A aplicação de um formulário simples, claro, conciso e completo ajudaria a orientar as intervenções de enfermagem e permitiria identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico de uma forma mais abrangente. Para além da informação transmitida verbalmente, uma consulta de enfermagem em *follow-up* deveria facultar material didático de suporte à pessoa/família e permitir uma avaliação física presencial. A consulta telefónica, desse modo, deveria funcionar em caráter de exceção complementando uma consulta presencial.

Foram desenvolvidas estratégias de resolução de problemas com as pessoas à medida que se participou na tomada de decisão em equipa pela interação com os enfermeiros na condução dos seus aconselhamentos telefónicos. As tomadas de decisão foram guiadas pelo código deontológico e foi possível exercer o papel de consultor pela orientação a elementos mais novos da equipa quando as decisões exigiam conhecimentos na área de especialidade Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica (educação para a saúde acerca do EAM, fatores de risco e autocuidado, apoio à pessoa nas perturbações emocionais relacionadas com a doença crítica). A evidência científica foi utilizada na fundamentação dessas intervenções através da apresentação de artigos e documentos relacionados. Sempre que necessário, agiu-se também como um promotor da proteção dos direitos humanos através da orientação da equipa para o respeito pela individualidade, crenças e valores das pessoas. Isso permitiu a aquisição de competências relacionadas com o **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**. A atuação como dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas na área da governação clínica [propostas de alterações a nível organizativo (ideias relacionadas com a promoção de ações de formação em aconselhamento telefónico e técnicas de comunicação) e apresentação de sugestões para a elaboração de protocolos que orientassem a prática e reformulação dos conteúdos dos formulários]; a análise das intervenções dos enfermeiros, dos documentos existentes e a realização de auditorias informais permitiram o desenvolvimento de competências relacionadas com o **domínio da gestão da qualidade**. O desenvolvimento do autoconhecimento (consciência individual e das competências específicas) como forma de identificar fatores que pudessem interferir com o relacionamento com a pessoa/família; a gestão dos sentimentos e a utilização de técnicas na resolução de situações de conflitos entre os elementos da equipa; a atuação como dinamizador pela discussão profícua e apresentação de conhecimentos científicos relacionados com as abordagens telefónicas, importância das mesmas e reconhecida necessidade de elaboração de protocolos relacionam-se com o **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (OE, 2009).

4.2.2. Consulta de cirurgia cardíaca de um hospital central de Lisboa

Tendo por base os objetivos do estágio, foram definidos objetivos específicos para o segundo período do mesmo, que teve lugar na consulta de cirurgia cardíaca de um hospital central de Lisboa. Estes objetivos serão apresentados adiante. Além do período de estágio na consulta de enfermagem, foram também feitas visitas à Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca.

A consulta de enfermagem de cirurgia cardíaca funciona essencialmente nos turnos da manhã. Boa parte das consultas de enfermagem é presencial. Procede-se às consultas telefónicas na impossibilidade de a pessoa comparecer ao serviço ou aguardar pela consulta de enfermagem.

Os protocolos utilizados promovem a uniformização das intervenções de enfermagem, mas é necessário que os enfermeiros revelem ser conhecedores e cumpridores dos mesmos. A educação em saúde é feita de forma criteriosa tendo como ponto de partida a natureza da intervenção cirúrgica e as particularidades e necessidades de cada pessoa/família. Este processo de educação para a saúde assume um papel de destaque no *sistema de enfermagem* descrito por Orem (1993). O próprio autocuidado é entendido como:

“uma atividade aprendida pelos indivíduos, orientada até um objetivo. É uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigidas pelas pessoas até si mesmas ou até ao ambiente, para regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionamento em benefício da sua vida, saúde ou bem-estar (...)” (OREM, 1993, p. 71).

Tendo em conta os objetivos/estratégias definidos, procede-se a uma avaliação desta segunda experiência em campo de estágio.

Objetivos: 1) Conhecer a dinâmica de organização da consulta de cirurgia cardíaca de um hospital central de Lisboa; 2) Identificar como a consulta de enfermagem em *follow-up* está organizada no que diz respeito aos protocolos e sistematização da educação para a saúde da pessoa; 3) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico após a cirurgia cardíaca; 4) Realizar consultas de enfermagem presenciais e

telefónicas; 5) Compreender como se processa a educação para a saúde da pessoa na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca.

Estratégias: Observação/Acompanhamento/Realização de consultas de enfermagem de cirurgia cardíaca; análise dos protocolos e documentos existentes; interação com as pessoas/famílias e com a equipa de enfermeiros da consulta; visitas à Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca para aplicação de entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros.

A interação com os enfermeiros da consulta, a observação e análise dos documentos existentes, a realização de consultas de enfermagem em *follow-up* e a aplicação de uma entrevista semiestruturada à enfermeira responsável pela consulta (ANEXO 2: Entrevista semiestruturada com a enfermeira responsável pela consulta de cirurgia cardíaca *de um hospital central de Lisboa*) permitiram perceber o modo como a consulta está organizada identificando pontos fortes e fracos da mesma.

A consulta de enfermagem deveria ser desenvolvida de forma autónoma das consultas de medicina de forma que não houvesse interferência com o relacionamento enfermeiro/pessoa/família. Dos documentos da consulta, importa referir que os instrumentos de colheita de dados são de fácil preenchimento e bastante adequados ao contexto, entretanto algumas questões são ambíguas com diferentes interpretações para diferentes enfermeiros.

Além das consultas de enfermagem, são feitas colheitas de sangue e realizados pensos de feridas infectadas no pequeno espaço da consulta. Ações dessa natureza podem comprometer o desenvolvimento da consulta pela realização de procedimentos que fogem à natureza da mesma, e transformar o ambiente num espaço contaminado com forte potencial para a infecção cruzada.

A realização das consultas de FU presenciais e telefónicas permitiu colmatar uma lacuna do estágio anterior. Uma vez reunidas melhores condições de intervenção (experiência, conhecimento, etc.), foi possível avançar com a aplicação dos formulários. A realização de consultas presenciais e telefónicas ajudou no conhecimento das dificuldades na aplicação dos formulários, a importância de simplificação dos mesmos sem omissão de pontos indispensáveis e na perceção das necessidades específicas das pessoas/famílias e relacionadas com o autocuidado. Pareceu ser importante que os

formulários fossem testados antes da sua aplicação para se identificarem lacunas, ambiguidades, carências e excessos, planeando intervenções de enfermagem que atendam às necessidades de autocuidado terapêutico (OREM, 1993).

As visitas à Unidade de Cuidados Intensivos e a realização de entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros (ANEXO 3: Entrevista semiestruturada com a equipa de enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca *de um hospital central de Lisboa*) ajudaram a identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico na pessoa após cirurgia cardíaca. Muitos enfermeiros referiram que a educação para a saúde durante o internamento nos cuidados intensivos tem condicionantes (a própria natureza dos cuidados intensivos, instabilidade hemodinâmica da pessoa) que justificam intervenções após o período de internamento. Os fatores de não-adesão ao regime terapêutico após a cirurgia cardíaca e que podem condicionar a gestão do regime terapêutico incluíram: fatores relacionados com a medicação (complexidade, polimedicação); fatores culturais e religiosos (falsas crenças em saúde); fatores sociais e económicos (baixa escolaridade, custos relacionados, falta de apoio familiar); fatores individuais (idade, limitações físicas como défices de visão, etc.). Estes fatores estão relacionados com a teoria de Orem (1993) e com a literatura consultada (CATELA, 2010; SANTOS et al, 2010; MANZANO e AYESA, 2009; SÁNCHEZ, 2007; ROCA et al, 2004).

As consultas foram conduzidas tendo por base os pressupostos teóricos de Orem (1993) no sentido da promoção do autocuidado terapêutico. A educação para a saúde dirigida às pessoas (autocuidado) e aos seus responsáveis diretos (autocuidado dependente) incidiu sobre o diagnóstico de possíveis relações de défice entre as necessidades de autocuidado terapêutico e as intervenções de autocuidado. A elaboração de um plano de intervenção individualizado, sempre que possível, permitiu orientar as pessoas para o autocuidado terapêutico. A utilização de formulários de avaliação de medidas de adesão aos tratamentos e de avaliação da qualidade de vida ajudaram a complementar e favorecer as intervenções desenvolvidas.

Orem (1993) destacou que o autocuidado apesar de bem intencionado poderá não ser terapêutico. As necessidades de autocuidado terapêutico pressupõem uma intervenção de enfermagem no sentido de ajudar os indivíduos a colmatar dificuldades encontradas na condução do autocuidado e cuidado dependente. Os conhecimentos científicos mobilizados pela equipa de enfermagem como recurso de suporte às

peessoas/famílias podem ajudar a compensar as relações de défices entre as intervenções de autocuidado e as necessidades de autocuidado (OREM, 1993). Esta abordagem foi tida em conta na condução das consultas em contexto de estágio repercutindo na qualidade dos cuidados prestados (esclarecimento de dúvidas, resolução de problemas identificados, *feedback* positivo por parte das pessoas, etc.).

Este estágio permitiu reconhecer a importância de se elaborarem protocolos de orientação aos enfermeiros da consulta, mas expôs também a necessidade de envolvimento de toda a equipa na compreensão e cumprimento dos mesmos. Posto isto, pareceu importante haver um documento orientador ao preenchimento dos formulários. Toda a educação em saúde deve ser reiterada com folhetos simples e diretos que complementem a informação, sirvam de orientação à pessoa e tragam evidência científica atual e isto foi tido em conta nas observações e intervenções diárias.

No final deste percurso, foi possível obter o conhecimento da dinâmica e organização da consulta de enfermagem, a sua operacionalização, os documentos existentes e os fatores de não-adesão condicionantes da gestão do regime terapêutico (autocuidado). As entrevistas a enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos ajudaram ainda a compreender como está estruturada a educação em saúde da pessoa durante o seu internamento.

As intervenções na consulta junto às pessoas/famílias com a aplicação da teoria de Orem (1993) e orientação acerca do autocuidado e resolução de problemas identificados; a observância dos princípios éticos na condução das consultas e aconselhamento com o devido respeito pela autonomia dos indivíduos; as intervenções juntos aos indivíduos e à equipa como consultor na medida em que as intervenções exigiam conhecimentos relacionados com a área de especialidade (esclarecimento de dúvidas, educação para a saúde relacionada, abordagens clínicas com base em evidência científica atual); o respeito pela individualidade de cada pessoa/família junto à equipa de enfermagem (valores culturais e religiosos, etc.); a promoção do respeito pela privacidade das pessoas junto à equipa permitiram a aquisição de competências relacionadas com o **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**. A análise dos protocolos existentes com a realização de auditorias informais aos elementos da equipa nas suas abordagens clínicas e reflexões acerca dessas abordagens junto à enfermeira responsável pela consulta; as intervenções na identificação e correção de abordagens clínicas coadunam com as

competências no **domínio da gestão da qualidade**. A colaboração com a equipa nas decisões clínicas e a apresentação de novas estratégias de intervenção, a exemplo da aplicação da teoria de Orem (1993), na orientação das pessoas/famílias para o autocuidado relacionam-se com as competências no **domínio da gestão dos cuidados**. O desenvolvimento do autoconhecimento e do conhecimento do outro na prática de enfermagem através das reflexões diárias, análise das intervenções e resolução de problemas de maneira assertiva; a investigação e divulgação de novos conhecimentos com base na evidência científica atual; o esclarecimento de dúvidas e orientações da equipa quando a educação para a saúde requeria um nível de conhecimento relacionado com a área de especialidade; a aplicação da teoria de Orem na resolução de problemas e divulgação de abordagens relacionadas com a mesma junto à equipa de enfermagem permitiram adquirir competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**. As intervenções junto às pessoas e famílias a vivenciar processos complexos de doença cardíaca (educação para a saúde, identificação e resolução de problemas, gestão da comunicação interpessoal); o diagnóstico das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo da infecção através da identificação de riscos potencialmente graves (realização de procedimentos contaminados no ambiente da consulta) relacionam-se com as competências de **enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica** (OE, 2009).

4.2.3. Hospital de Dia de insuficientes cardíacos *de um hospital central de Lisboa*

Tendo por base os objetivos do estágio, foram definidos objetivos específicos para o terceiro período do mesmo, que teve lugar no Hospital de Dia de insuficientes cardíacos *de um hospital central de Lisboa*. Estes objetivos serão apresentados adiante.

As consultas (sessões) de enfermagem no Hospital de Dia (HD) de insuficientes cardíacos funcionam nos dias úteis das 8h00 às 16h00. Nas sessões de enfermagem, é preenchido um registo de enfermagem e a pessoa fica à espera de observação médica para seguidamente ser submetido a uma nova avaliação de enfermagem para orientação e educação sobre a nova medicação e encaminhamentos.

A existência de sessões desta natureza permite o desenvolvimento de intervenções de enfermagem como resposta às necessidades das pessoas/famílias na condução dos seus regimes terapêuticos (autocuidado e cuidado dependente) em contexto de doença crónica. Importa que a enfermagem reconheça o valor da sua práxis e sustente a sua ação com base em teorias de enfermagem adequadas e aplicação da melhor evidência científica. Segundo Orem (1993):

“a **intervenção de enfermagem** é uma complexa propriedade ou atributo das pessoas educadas e treinadas como enfermeiras que, quando a exercitam, as capacita para conhecer e ajudar outros a conhecer as suas necessidades de autocuidado terapêutico, para suprir as necessidades de autocuidado terapêutico de terceiros ou ajudá-los a supri-las por si mesmos, e para ajudar outros a regular o exercício de desenvolvimento da sua intervenção de autocuidado ou da sua intervenção de cuidado dependente” (OREM, 1993, p. 72).

Tendo em conta os objetivos/estratégias definidos, procede-se a uma avaliação desta terceira experiência em campo de estágio.

Objetivos: 1) Conhecer a dinâmica de organização da consulta de enfermagem na insuficiência cardíaca (IC); 2) Inferir como a consulta de enfermagem em *follow-up* está organizada no que diz respeito aos protocolos e sistematização do ensino da pessoa; 3) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico na pessoa com insuficiência cardíaca; 4) Realizar sessões de enfermagem; 5) Efetuar visitas domiciliárias.

Estratégias: Observação/Acompanhamento/Realização de consultas de enfermagem na IC; análise dos protocolos e documentos existentes; interação com as pessoas e com a equipa de enfermeiros responsável pelas consultas; participação nas visitas domiciliárias às pessoas seguidas no HD de insuficientes cardíacos.

O dia a dia no HD de insuficientes cardíacos permitiu conhecer a dinâmica de organização da consulta. Tendo em conta o curto período de estágio, foi desenvolvida observação no sentido de perceber o funcionamento do HD. Para além da observação, do registo diário e da análise reflexiva, a interação com os profissionais de saúde e pessoas/famílias permitiu conhecer a estrutura, funcionamento e organização da consulta.

Em relação aos documentos que orientam a consulta, há protocolos bem elaborados e que descrevem o que cada enfermeiro deve fazer, sendo do conhecimento de toda a equipa de enfermagem o conteúdo desses mesmos protocolos. A consulta destes documentos esteve restrita ao local de estágio. Cada item dos protocolos descreve as atividades a desenvolver por cada enfermeiro. Todos os documentos foram apreciados tendo em conta a teoria Orem (1993), constituindo importante recurso para a identificação de défices de autocuidado terapêutico (reais ou potenciais) nas pessoas seguidas no HD.

Tendo por base os documentos orientadores do serviço, a observação reflexiva da prática de enfermagem e as orientações em campo de estágio, foi possível realizar as sessões de enfermagem de modo que se adequassem ao padrão dos enfermeiros do HD. Além de realizar sessões de enfermagem, também foram efetuadas visitas domiciliárias, sendo aplicada uma grelha de observação (APÊNDICE 2: Grelha de observação/acompanhamento das visitas domiciliárias) como forma de se obter o melhor aproveitamento das mesmas. Esta grelha serviu apenas para sistematizar as observações e intervenções de enfermagem na visita domiciliária, ajudando ainda a perceber como seria um formulário para colheita de dados ideal e a aplicar *a posteriori*.

Tanto nas sessões como nas visitas domiciliárias, foi possível identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico na pessoa com insuficiência cardíaca (IC). Muitos destes fatores de não-adesão estão descritos na literatura (CATELA, 2010; SANTOS et al, 2010; MANZANO e AYESTA, 2009; SÁNCHEZ, 2007; ROCA et al, 2004) e relacionam-se com a teoria de Orem (1993). Cabe ao enfermeiro mobilizar recursos no sentido de ajudar a pessoa/família a ultrapassar esses obstáculos. Entre os fatores de não-adesão, são

enumerados: fatores económicos (dificuldades financeiras); fatores individuais e comportamentais (défice de conhecimentos em saúde; alterações cognitivas; limitações físicas, sensoriais e psiquiátricas; baixa autoestima); fatores sociais (baixa escolaridade, inadequado apoio familiar e da comunidade); fatores relacionados com a medicação (complexidade da medicação, polimedicação); fatores culturais e religiosos (falsas crenças em saúde).

A realização das sessões de IC com educação para a saúde relacionada permitiu perceber os fatores de não-adesão condicionantes do regime terapêutico (autocuidado) nas pessoas com IC. As intervenções de enfermagem foram dirigidas no sentido de ajudar as pessoas/famílias a compreenderem as suas necessidades específicas de autocuidado e a desenvolverem estratégias que permitissem reduzir os défices de autocuidado reais ou potenciais. Na condução das consultas, foi utilizada a teoria do défice de autocuidado de Orem (1993) para a promoção do autocuidado terapêutico. Cada intervenção objetivou identificar fatores condicionantes do autocuidado e definir um plano de cuidados orientado para este mesmo autocuidado terapêutico. Compensar e corrigir situações de défice entre as necessidades de autocuidado e as intervenções de autocuidado constitui o centro da atenção de enfermagem neste processo dinâmico e complexo de educação para o autocuidado.

Este estágio permitiu reiterar a importância da elaboração de protocolos específicos e perceber a validade do cumprimento rigoroso destes. Os formulários utilizados na consulta poderiam ter mais informação e ser mais objetivos. A realização das visitas domiciliárias é uma intervenção de enfermagem importante, mas poderia ter critérios de inclusão/exclusão definidos. O recurso ao aconselhamento telefónico poderia ser uma alternativa a considerar de forma a diminuir custos com recursos humanos, materiais e tempo gastos em visitas domiciliárias.

No final do percurso, foi possível demonstrar conhecimento da dinâmica e organização das consultas de enfermagem, a sua operacionalização, os documentos existentes e identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico (autocuidado). A atuação na execução das consultas de enfermagem e o uso da prática reflexiva ajudaram na aquisição de novos conhecimentos. As visitas domiciliárias permitiram uma compreensão mais aprofundada acerca das necessidades específicas da pessoa e da repercussão das mesmas no processo de gestão do regime terapêutico.

A definição de um plano de intervenção com a pessoa/família por ocasião da identificação de défices de autocuidado terapêutico (educação para a saúde, aplicação da teoria de Orem, objetivos/estratégias); a observância dos princípios éticos e deontológicos no plano de intervenção (respeito pela autonomia e parceria com a pessoa/família através da relação terapêutica); a partilha de experiências e conhecimentos na área específica da enfermagem na Pessoa em Situação Crítica; a promoção do respeito pelas pessoas/famílias através do exercício responsável e assertivo nas intervenções de educação para a saúde permitiram a aquisição de competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**. A análise e discussão dos protocolos (pertinência dos objetivos, exequibilidade); a realização de auditorias informais com a identificação de necessidades de melhoria nos protocolos e formulários da consulta, bem como na condução das próprias consultas (sugestão de alterações nos referidos documentos e análise da condução das consultas); a promoção de um ambiente holístico gerador de proteção às pessoas/famílias através do exercício profissional e ético na condução das intervenções de enfermagem (respeito pela individualidade e adequação às necessidades das pessoas) relacionam-se com a **gestão da qualidade**. A disponibilização de assessoria à equipa de enfermagem nas intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado [apresentação e aplicação da teoria de Orem (1993)]; a utilização dos recursos de forma eficiente para a promoção da qualidade relacionam-se com a **gestão dos cuidados**. O comportamento assertivo e fiel às particularidades individuais enquanto pessoa e aluno mestrando; a utilização de técnicas de resolução de conflitos quando necessário (em situações de insatisfação de pessoas/famílias com profissionais de saúde); a ação como dinamizador e gestor na incorporação do conhecimento na prática (apresentação de artigos científicos); o trabalho de investigação e colaboração na prática de enfermagem pelo uso da melhor evidência científica relacionam-se com a **responsabilidade profissional, ética e legal**. A assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença (educação para a saúde, apoio emocional); a gestão da comunicação interpessoal; o diagnóstico de necessidades do serviço relacionadas com a prevenção e controlo da infeção (como a não realização de pensos a feridas infectadas no ambiente da consulta) relacionam-se com as competências de **enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica** (OE, 2009).

4.2.4. Serviço de cardiologia (UCIC/enfermaria) de um hospital central de Lisboa

Tendo por base os objetivos do estágio, foram definidos objetivos específicos para o quarto e último período do mesmo, que teve lugar no serviço de cardiologia (UCIC/enfermaria) de um hospital central de Lisboa. Estes objetivos serão apresentados adiante.

A partir das experiências e competências adquiridas nos estágios anteriores, este último campo de estágio serviu para cumprir na globalidade os objetivos deste trabalho, cujo objetivo geral consiste no desenvolvimento de um protocolo de intervenção de enfermagem em *follow-up* dirigido à pessoa na gestão do regime terapêutico no pós-EAM. O ambiente de um serviço de cardiologia com UCIC e enfermaria constituiu-se como o cenário ideal para a concretização do projeto. O protocolo foi desenvolvido no sentido de orientar a pessoa/família para o autocuidado (autocuidado e cuidado dependente), tendo como guia orientador as necessidades de autocuidado terapêutico identificadas, sendo estas necessidades transversais a praticamente todas as pessoas com uma doença crónica. Segundo Orem (1993), a *necessidade de autocuidado terapêutico* representa:

“a soma de atividades de autocuidado requeridas pelos indivíduos, (...), para suprir os requisitos de autocuidado (...). As atividades de cuidados derivam-se da seleção e aplicação das tecnologias e dos métodos específicos para suprir os requisitos de autocuidados universais, de desenvolvimento ou de desvio da saúde” (OREM, 1993, p. 72).

À medida que as pessoas/famílias adquirem competências de autocuidado, poderão dar respostas mais adequadas às suas necessidades específicas, alterando hábitos não saudáveis de vida, controlando os fatores de risco e aderindo ao plano terapêutico estabelecido. Segundo Orem, a *intervenção de autocuidados*:

“é a complexa capacidade desenvolvida que permite (...) discernir os fatores que devem ser controlados ou tratados para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, para decidir o que pode e deveria ser feito em relação à regulação, para expor os componentes da sua necessidade de autocuidado terapêutico (...)” (OREM, 1993, p. 72).

A consulta a colegas de trabalho e o estabelecimento de interação com a tutora em campo de estágio e a professora orientadora da ESEL tornou possível a elaboração do protocolo e criação de instrumentos para avaliação e acompanhamento da pessoa em *follow-up*. Efetuou-se revisão de literatura relacionada com a gestão do regime terapêutico no pós-EAM e intervenções de enfermagem em *follow-up* de modo a orientar este relatório de estágio e servir de referência para enfermeiros e pessoas/famílias na consulta de enfermagem.

Tendo em conta os objetivos/estratégias definidos, procede-se a uma avaliação desta quarta e última experiência em campo de estágio.

Objetivos: 1) Identificar junto dos colegas da UCIC a validade, pertinência e aplicabilidade do protocolo desenvolvido; 2) Testar o protocolo de intervenção de enfermagem em *follow-up* (e documentos de apoio) em contexto de *consulta de enfermagem piloto*; 3) Rever e tornar a testar o protocolo (e documentos de apoio) em contexto de *consulta de enfermagem piloto*; 4) Aperfeiçoar os documentos de apoio à consulta; 5) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico na pessoa após o EAM; 6) Apresentar uma estrutura de referenciação intra/extra-hospitalar.

Estratégias: Contactar a chefia do serviço de cardiologia para operacionalização do protocolo em contexto de *consulta de enfermagem piloto*; obter *feedback* dos colegas da UCIC acerca da validade, pertinência e aplicabilidade do protocolo; definir amostras de indivíduos para teste e reteste ao protocolo; proceder a alterações nos documentos; utilizar os documentos na identificação de condicionantes à gestão do regime terapêutico; efetuar pesquisa para criação de uma estrutura de referenciação intra/extra-hospitalar.

Após muitas reuniões, pesquisas e discussões com a professora orientadora da ESEL, elaborou-se uma proposta de protocolo de intervenção de enfermagem que foi apresentada a dez enfermeiros com larga experiência na UCIC. Todos estes colegas apreciaram o documento e fizeram sugestões e críticas construtivas que foram tidas em conta. O *feedback* positivo dos colegas, em conjunto com a aplicação prática do protocolo, permitiu desenvolver uma versão final do mesmo, que consta do APÊNDICE 3 (**Protocolo: Intervenções de Enfermagem em Consulta de *Follow-Up* no pós-EAM**).

Além do protocolo, foram criados instrumentos para avaliação e acompanhamento da pessoa em *follow-up*, a saber: **A)** um formulário de colheita de dados, que consta do

APÊNDICE 4 (Proposta de Instrumento: **Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM**); **B)** um documento orientador do preenchimento do formulário, pensado a partir de observações em campos de estágio anteriores – APÊNDICE 5 (**Orientações para o preenchimento da Proposta de Instrumento “Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM”**); **C)** 14 folhetos de orientação da pessoa/família na consulta, que constam do APÊNDICE 6 (**Folhetos da Consulta**: 1) Orientação da consulta de enfermagem em cardiologia; 2) Orientações e informações gerais acerca do EAM; 3) Orientações para o controlo dos fatores de risco; 4) Orientações para a gestão de sinais e sintomas; 5) Orientações para o controlo da Hipertensão Arterial; 6) Orientações para o controlo da Diabetes; 7) Orientações para a adesão à medicação; 8) Orientações sobre a medicação pós-EAM; 9) Orientações para a alimentação saudável; 10) Orientações para reduzir o peso; 11) Orientações para o controlo da dislipidemia; 12) Orientações para deixar de fumar; 13) Orientações acerca do consumo de açúcar, álcool, drogas, café, chocolate e pílula contraceptiva; 14) Orientações para o exercício físico e sexualidade); **D)** Um quadro de orientação para a medicação – APÊNDICE 7 (**Quadro de Medicação**) **E)** Um documento para referenciação intra/extra-hospitalar, que consta do APÊNDICE 8 (**Informação para Referenciação Intra/Extra-Hospitalar**). Este documento consiste numa listagem dos serviços dentro e fora da unidade hospitalar com que se relaciona o protocolo criado (extensões telefónicas, contactos telefónicos) e *sites* do governo com informação sobre unidades de suporte/referência para apoio psicológico, consultas específicas, etc.

O protocolo e todos os documentos em cima referidos foram testados em contexto de *consulta de enfermagem piloto* a quatro pessoas com EAM. Estas pessoas foram contactadas previamente na UCIC onde foi realizada a educação para a saúde e foram informadas de que seriam novamente contactadas por ocasião da sua estadia na enfermaria de cardiologia. Após serem submetidos a esta primeira apreciação, os documentos foram revistos, alterados e aperfeiçoados, chegando-se a uma segunda versão. Esta nova versão foi aplicada em mais três pessoas com EAM. Todas estas sete pessoas concordaram em participar no projeto sendo informadas da natureza e finalidade do mesmo. Esta fase de teste e revisão dos documentos foi desenvolvida num intervalo de duas semanas. Apenas estas sete pessoas concordaram em participar no projeto e reuniam condições físicas e psíquicas que permitiam colaborar com o trabalho. Estas

intervenções foram desenvolvidas no sentido de orientar as pessoas e suas famílias para o autocuidado terapêutico. Algumas das abordagens foram individuais e outras com as pessoas/famílias. Destas interações, foram levantadas necessidades de autocuidado específicas de cada contexto e intervenções de autocuidado (ou cuidado dependente) relacionadas de modo a identificar e suprimir relações de déficit entre a necessidade de autocuidado e as intervenções dirigidas ao mesmo (OREM, 1993).

A seguir à segunda aplicação e revisão dos documentos, chegou-se a uma versão considerada final. Esta versão é a que se apresenta nos apêndices deste relatório. As consultas de enfermagem tiveram uma duração máxima de uma hora e mínima de 37 minutos. Considerando as interrupções da consulta para revisões e sugestões para os documentos e a pouca destreza inicial na aplicação dos mesmos, é possível estimar que uma primeira consulta possa durar entre 30 e 45 minutos e as subseqüentes entre 15 e 30 minutos. Em todas as consultas, foi utilizada uma medida de avaliação de adesão à medicação (DELGADO e LIMA, 2001), que consta do ANEXO 4 (Avaliação de **Medida de Adesão aos Tratamentos**).

Também foi criada uma apresentação educativa intitulada **Aprendendo a Cuidar do Coração** (APÊNDICE 9). Esta apresentação não foi testada no estágio. Foi concebida para uma intervenção educativa em pares, família(s) ou grupos em contexto de sessões de enfermagem em *follow-up*.

Os documentos elaborados tiveram por base a evidência científica atual e a *teoria de enfermagem do déficit de autocuidado* proposta por Orem (1993) com destaque para os requisitos de autocuidado (universal, de desenvolvimento e de desvio da saúde) apresentados pela autora.

Da aplicação dos documentos concebidos em contexto de consulta de enfermagem, foram identificados os seguintes fatores de não-adesão ao regime terapêutico na pessoa no pós-EAM: fatores individuais (déficit de conhecimento sobre a doença e os fatores de risco, baixa motivação, depressão, alterações cognitivas, idade, limitações físicas, dor crônica); fatores comportamentais (maus hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, uso de drogas, inadequada vigilância da saúde); fatores relacionados com a medicação (baixos conhecimentos, complexidade da medicação, polimedicação significativa); fatores financeiros (custo dos medicamentos,

custos associados com os cuidados à saúde); fatores sociais (falta de apoio familiar, falta de apoio comunitário, desconhecimento acerca dos recursos da comunidade); fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde (falta de médico de família, morada distante dos hospitais e centros de saúde, falta de material didático de apoio); fatores culturais e religiosos (falsas crenças em saúde, questões culturais). Muitos destes fatores são referidos na literatura consultada (CATELA, 2010; SANTOS et al, 2010; MANZANO e AYESTA, 2009; SÁNCHEZ, 2007; ROCA et al, 2004) e estão descritos por Orem (1993) como condicionantes do autocuidado sendo que a identificação dos mesmos ajuda o enfermeiro a planear a sua intervenção e mobilizar recursos no sentido de ajudar a pessoa na gestão do regime terapêutico (autocuidado).

A operacionalização do protocolo terá lugar *num hospital central de Lisboa* com educação sistematizada dirigida ao autocuidado (OREM, 1993) e acompanhamento após a alta hospitalar com a criação da consulta de enfermagem de cardiologia em *follow-up*. A pertinência do tema, justificação do projeto e a sua viabilidade (desenvolvidos no capítulo intitulado *Revisão de Literatura*) serão oportunamente apresentados à direção do hospital.

Os objetivos da consulta em *follow-up* seriam: 1) Orientar a pessoa para a gestão do regime terapêutico no pós-EAM (autocuidado); 2) Definir um plano de intervenção individualizado dirigido à pessoa na gestão do regime terapêutico no pós-EAM; 3) Apresentar à pessoa, de forma sistematizada, princípios fundamentais relacionados com a gestão do regime terapêutico no pós-EAM; 4) Efetuar educação em saúde; 5) Mobilizar recursos de suporte/referência intra/extra-hospitalares onde sejam identificados fatores condicionantes da gestão do regime terapêutico.

Para a operacionalização da consulta, sugere-se a inclusão de questionários aplicados em contexto de programas de desabitação tabágica: questionário de medida de motivação para deixar de fumar (Teste de Richmond); questionário de avaliação de grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerström) – (FAGERSTRÖM e FURBERG, 2008; DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2007; RICHMOND, KEHOE e WEBSTER, 1993; FAGERSTRÖM, 1991). Importa ainda referir a possibilidade de se aplicar um questionário de avaliação de qualidade de vida a exemplo do SF-36v2 (QUALITYMETRIC INCORPORATED AND MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2000) e questionários de avaliação da própria consulta e de graus de satisfação da pessoa/família com a consulta de enfermagem.

Inicialmente, pensou-se que este protocolo seria dirigido apenas a pessoas nas quais fosse identificado um déficit real ou potencial de autocuidado incidindo sobre os fatores condicionantes da necessidade de autocuidado terapêutico (OREM, 1993). Para tal, haveria necessidade de se calcular esta mesma necessidade de autocuidado terapêutico que “se compreende como um processo de investigação com elementos de raciocínio hipotético-dedutivo” (OREM, 1993, p. 155). Entretanto, dada a complexidade deste cálculo como referido pela própria Orem (1993), optou-se por prescindir do mesmo e alargar a consulta a todas as pessoas com EAM, salvo critérios de exclusão apresentados no protocolo desenvolvido.

Embora o protocolo incida sobre a consulta de enfermagem em *follow-up*, foi considerado importante definir alguns aspectos a ter em conta ainda durante o internamento. Deste modo, interessa destacar dois contextos distintos: 1.º contexto (internamento): necessidade de uma educação sistematizada, sugerindo-se a elaboração de um protocolo relacionado; colaboração da equipa de enfermeiros do internamento no sentido de orientar a pessoa para o *follow-up*; 2.º contexto (consultas de enfermagem em *follow-up*): necessidade de uma boa articulação com os enfermeiros dos serviços de internamento; colaboração com outras estratégias já existentes no serviço como o *ensino ao doente coronário* e o *programa de desabituação tabágica*.

Servirão de apoio aos enfermeiros na consulta de enfermagem *guidelines* reconhecidas e publicadas internacionalmente (THOMAS et al, 2010; THOMPSON, GORDON e PESCATELLO, 2009).

Os objetivos propostos foram considerados pertinentes e, no final do percurso, foi possível operacionalizá-los. Os documentos constituintes do protocolo foram desenvolvidos, apreciados, testados e revistos. Fatores de não-adesão e condicionantes do regime terapêutico (autocuidado) foram identificados e descritos. Foi elaborado um documento de apoio para suporte/referenciação da pessoa em caso de identificação de necessidades particulares, após inferência em campo e pesquisa.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas em conformidades com o Código Deontológico e a autonomia de julgamento refletido na tomada de decisão em situações da prática clínica; a promoção da proteção dos Direitos Humanos nas intervenções de enfermagem desenvolvidas e a observância destes mesmos direitos nos documentos

criados permitiram desenvolver competências relacionadas com a **responsabilidade profissional, ética e legal**. O desenvolvimento de iniciativas estratégicas na área da governação clínica a exemplo da criação do protocolo de enfermagem em *follow-up* como promotor da melhoria da qualidade dos cuidados; o planeamento de um programa de melhoria contínua a exemplo da consulta de enfermagem no pós-EAM e a elaboração do protocolo e documentos relacionados; a promoção de um ambiente holístico gerador de segurança e proteção das pessoas/família em todas as intervenções desenvolvidas desde a abordagem ao doente crítico pós-EAM até a realização das *consultas de enfermagem piloto* relacionam-se com a **gestão da qualidade**. As intervenções na melhoria da informação para o processo de cuidar; a criação de um protocolo orientador da prática relacionam-se com a **gestão dos cuidados**. As reflexões individuais durante todo o percurso como promotor do autoconhecimento e da melhoria dos cuidados da pessoa/família; a atuação como dinamizador e gestor na incorporação de novos conhecimentos na prática de cuidados pela identificação de lacunas e desenvolvimento de novas estratégias de intervenção de enfermagem; o trabalho de investigação desenvolvido no sentido da atenção à pessoa no pós-EAM; as contribuições para a prática clínica especializada através da incorporação de novos conhecimentos e estratégias de abordagem à pessoa no pós-EAM; a criação, teste e apresentação de novos recursos para intervenção na prática clínica; a mobilização de sólidos conhecimentos na área de enfermagem e de outras disciplinas nas estratégias empreendidas relacionam-se com a **responsabilidade profissional, ética e legal**. A abordagem às pessoas na fase aguda do EAM com a introdução da educação para a saúde e apoio às famílias nas suas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde do seu familiar e preparação para seguimento da pessoa/família em contexto de *consulta de enfermagem piloto*; a inicialização da relação terapêutica com a pessoa/família e todas as estratégias de intervenção na proteção e promoção da saúde; o acompanhamento durante a passagem das mesmas pela enfermaria de cardiologia; as intervenções em contexto de educação para a saúde acerca do EAM, fatores de risco e gestão da dor crónica e do bem-estar; gestão da comunicação interpessoal; gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família relacionam-se com as competências de **enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica** (OE, 2009).

5. LIMITAÇÕES, PERSPETIVAS FUTURAS E AVALIAÇÃO

O estágio desenvolvido e aqui apresentado trouxe inúmeros contributos para a formação profissional individual. Entretanto, convém destacar as dificuldades e limitações encontradas. O tempo de estágio relativamente curto em alguns campos condicionou algumas estratégias de intervenção. Em função disso, tiveram de ser revistos, alterados ou suprimidos os objetivos inicialmente delineados.

A apresentação educativa desenvolvida para uma intervenção em pares, família(s) ou grupos não foi testada em laboratório e carece de ser revista. A criação de um protocolo para educação sistematizada durante o período de internamento é algo considerado relevante. Aprofundar conhecimentos acerca do cálculo da necessidade de autocuidado terapêutico (OREM, 1993), da sua pertinência e aplicabilidade também é uma questão a ter em conta.

Parte dos campos de estágio e dos enfermeiros orientadores destacados não demonstrou estar recetiva ou preparada para acolher alunos com o nível de formação de um mestrado de especialidade. Apesar dos esforços no sentido de se apresentar os objetivos de forma clara e concisa, algumas pessoas, na prática, não corresponderam às expectativas.

Objetiva-se que este relatório de estágio seja em breve apresentado *num hospital central de Lisboa* e que, a partir das evidências aqui apresentadas e de todo o trabalho desenvolvido, a implementação de uma consulta de enfermagem em *follow-up* venha a tornar-se realidade. Importa que todo o material disponibilizado aqui seja testado na prática e submetido à nova avaliação. Apesar de trazer conteúdos considerados muito próximos do ideal, apenas a aplicação prática permitirá obter conclusões acertadas. É importante testar a validade do protocolo em contexto de consultas telefónicas e visitas domiciliárias uma vez que não foi possível, em tempo hábil, proceder a esta experimentação.

Os dados recolhidos na consulta de *follow-up* poderiam constituir uma base de dados importante para a pesquisa e serem submetidos a tratamento estatístico com significava repercussão sobre a perceção do estado de saúde e comportamento dos indivíduos no pós-EAM. Finalmente, um estudo quase experimental poderia ser avançado

comparando dois grupos distintos: um grupo de controlo e um grupo sobre o qual incidissem as intervenções de enfermagem sugeridas no protocolo. Isso permitiria perceber o real impacto das intervenções de enfermagem na saúde das pessoas, qualidade de vida e custos com a saúde.

Finalmente, podemos dizer que foi possível aprimorar os conhecimentos individuais e desenvolver competências em diversas áreas da prática de enfermagem especializada. O percurso integral nos diversos campos de estágio e a atitude reflexiva, crítica, comprometida e construtiva ajudaram a perspetivar este cenário.

As habilidades desenvolvidas na atenção às pessoas e famílias; a resolução de problemas; o atendimento personalizado; a educação em saúde fundamentada e sistematizada; a profícua pesquisa e aplicação da melhor evidência científica; o desenvolvimento de estratégias inovadoras como a criação de um protocolo de intervenção de enfermagem específico dirigido à pessoa na gestão do regime terapêutico no pós-EAM; a aplicação da evidência na prática de cuidados coadunam com os domínios de competência de enfermeiro especialista, a saber: “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”; “Melhoria Contínua da Qualidade”; “Gestão dos Cuidados”; “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” e o domínio de competências específicas: “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção” e “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da Infecção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2009, p. 12-41).

Este vasto domínio de competências e unidades de competência pôde ser desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica tendo em conta as Unidades Curriculares específicas e contingências especiais como o Curso de Suporte Avançado de Vida e o Curso de Suporte Avançado de Vida em Trauma. A acrescentar a experiência profissional individual como enfermeiro em Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e a prática reflexiva no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, é possível considerar como verdadeira a aquisição/desenvolvimento da maior parte das competências descritas no Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica (OE, 2009) tem desenvolvidas competências que lhe permitem atender às necessidades particulares das pessoas em risco de falência das suas funções vitais. As intervenções implementadas na fase aguda da doença são complexas e passam necessariamente pelo acompanhamento da pessoa após a estabilização do seu estado clínico. As competências na atenção holística à pessoa, assistência individualizada, gestão da comunicação interpessoal e estabelecimento do relacionamento terapêutico (OE, 2009) pressupõem uma dinâmica de atenção de enfermagem global que também privilegie o acompanhamento da pessoa após a alta hospitalar com sistematização criteriosa do processo de educação em saúde.

O presente relatório de estágio trouxe a problemática da pessoa com EAM e a importância de se implementarem intervenções de enfermagem em *follow-up* de modo a orientar a pessoa na gestão do regime terapêutico (autocuidado) após o episódio agudo da doença. A pertinência do tema e a justificação com base na evidência científica foram expostas ao longo do percurso.

Das experiências em campos de estágio com a observação, reflexão e ação em contexto de consultas de enfermagem que desenvolvem atividades relacionadas com a gestão do regime terapêutico, foi elaborado um protocolo de enfermagem específico e dirigido ao *follow-up* de pessoas com EAM.

O protocolo foi testado em contexto de *consulta de enfermagem piloto* e toda a sua estrutura e documentos relacionados, criados especificamente para atender aos objetivos estabelecidos, foram revistos e melhorados. A implementação deste protocolo em consulta de enfermagem poderá trazer benefícios para a saúde das pessoas, redução da incidência de internamentos e diminuição de custos em saúde à semelhança do descrito noutras realidades ao nível internacional. Importa, entretanto, referir que a sua pertinência e impacto sobre a saúde das pessoas ainda carece de mais estudos de modo a sustentar a sua validade.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, A., Bettencourt, N., Fontes, P. (2010). Panorama Nacional de Reabilitação Cardíaca em 2007-2009. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29 (4), pp. 545-558.

Aehlert, B. (2007). *ACLS – Advanced Cardiac Life Support – Emergências em Cardiologia – Suporte avançado de vida em cardiologia*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Association Des Consommateurs Test-Achats S.C. (2011). *Coração em forma*. Lisboa: DECO Proteste.

Azevedo, M. (2009). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares – Sugestões para a Estruturação da Escrita*. Lisboa: Universidade Católica.

Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28 (2), pp. 117-148.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Bermejo, M. A., Ruiz, L. M., Barreiro, S. A., Larizgoitia, M. I., Aguado, I. C., Yagüe, M. D., et al. (2003). Protocolo de Enfermería en la Atención al Paciente y Familia al Ingreso en la Unidad Coronaria. *Enfermería en Cardiología*, 30, pp. 32-38.

Cainé, J. (2005). O Mal do Coração – A experiência do enfarte e o regresso a casa. *Sinais Vitais*, 60, pp. 37-42.

Castro, I., Batlouni, M., Cantarelli, Ê., Ramires, J. A., Luna, R. L., & Feitosa, G. S. (1999). *Cardiologia Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed.

Catela, A. I., & Amendoeira, J. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico – Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), pp. 39-54.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. I). Loures: Lusodidacta.

Clayton, B., & Stock, Y. (2004). *Fundamentos de Farmacologia*. Loures: Lusodidacta.

Colégio Americano de Cirurgiões – Comitê de Trauma. (2008). *Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos – ATLS*. Chicago: American College of Surgeons.

Cossette, S., D'Aoust, L.-X., Morin, M., Heppell, S., & Frasure-Smith, N. (2009). The Systematic Development of a Nursing Intervention Aimed at Increasing Enrollment in Cardiac Rehabilitation for Acute Coronary Syndrome Patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24, pp. 71-79.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), pp. 81-100.

Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Cessação Tabágica – Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/Gradiva.

Fagerstrom, K. O. (1991). Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. *British Journal of Addiction*, 86, pp. 543-547.

Fagerström, K., & Furberg, H. (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, 103, pp. 841–845.

Fauci, A. S., Kasper, D. L., Longo, D. L., Braunwald, E., Hauser, S. L., Jameson, J. L., et al. (2008). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill Medical.

Fernandez, R., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C., & Salamonson, Y. (2007). What do we know about the long term medication adherence in patients following percutaneous coronary intervention? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (2), pp. 53-61.

Franco, J. N., Branco, J. C., Conceição, M. A., Oliveira, P. A., & Azevedo, P. M. (2007). Adesão ao Regime Terapêutico: Importância da Relação Enfermeiro-Cliente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 10, pp. 19-23.

Germano, A., Carvalho, C., Martins, C., Nunes, L., Amaral, M., & Vieira, M. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Graymire, V. L., Henn, R., Schroeter, K., & Seislove, E. B. (2008). *ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses*. Lexington: Society of Trauma Nurses.

Gusmão, J. L., & Jr., D. M. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev. Bras. Hipertens.*, 13 (1), pp. 23-25.

Hatchett, R., & Thompson, D. (2006). *Enfermagem Cardíaca*. Loures: Lusociência.

Hawkes, A. L., Atherton, J., Taylor, C. B., Scuffham, P., Eadie, K., Miller, N. H., et al. (2009). Randomised controlled trial of a secondary prevention program for myocardial infarction patients ("ProActive Heart"): study protocol. Secondary prevention program for myocardial infarction patients. *BMC Cardiovascular Disorders*, 9, pp. 16-22.

Henriques, E., & Gaspar, F. (2010). Eficácia de um Programa de Enfermagem na Gestão de Sintomas e na Adesão À Terapêutica Anti-retrovírica da Pessoa Adulta com Infecção VIH/SIDA: Construção de uma Problemática. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), pp. 30-38.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida. Lisboa.

Lopes, A. D., & Simões, P. M. (2011). A nova medicina do coração da mulher. *Focus*, 605, pp. 118-127.

Manzano, M. S., & Ayesta, F. J. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Intervención Psicosocial*, 18 (3), pp. 233-244.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), pp. 12-28.

Mendes, M. (2009). Reabilitação cardíaca em Portugal: a intervenção que falta! *Saúde & Tecnologia*, pp. 5-9.

Ministério da Saúde. (2006). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa.

Moss, L., & Crane, P. B. (2010). Exploring Polypharmacy in Elderly Women after Myocardial Infarction. *Journal of Women & Aging*, 22, pp. 22-33.

- Mota, T. G., Clara, J. G., Gonçalves, J. V., Rocha, A. P., Neves, A. P., & Santos, T. M. (2003). *Passaporte para a Vida*. Coimbra: Grupo de Estudos de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento – CIPE. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Nova Redacção*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem – Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Pereira, A. P., Almeida, E. M., Lameirão, F., & Viana, M. H. (2006). Ensino Estruturado ao Doente Coronário. *Sinais Vitais*, 69, pp. 29-33.
- QualityMetric Incorporated and Medical Outcomes Trust. (2000). SF-36v2.
- Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88, pp. 1127-1135.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Roca, M. C., Fernández, S. G., Rigola, R. C., Vidal, E. C., Tragant, G. G., & Rubio, A. M. (2004). Rehabilitación Cardíaca. ¿Como Mantener los Cambios en el Estilo de Vida de Nuestros Pacientes? *Enfermería en Cardiología*, 32-33, pp. 58-61.
- Sánchez, C. V. (2007). Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. *Avances en Enfermería*, XXV (2), pp. 65-75.
- Santos, R., Ramalhinho, G., Fernandes, B., Gaspar, T., Marques, A., & Fernandes, M. (2010). Adesão à Terapêutica em Doentes com Patologia Cardíaca. *Nursing*, 258, pp. 11-20.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), pp. 119-127.

Silva, M. J. (2010). *Adesão ao Regime Terapêutico*. Coimbra: Formasau.

Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Teixeira, M., Sampaio, F., Brízida, L., & Mendes, M. (2007). Reabilitação Cardíaca em Portugal – evolução entre 1998 e 2004. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (9), pp. 815-825.

Thelan, L. A., Davie, J. K., Urden, L. D., & Lough, M. E. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: Lusodidacta.

Thomas, R. J., King, M., Lui, K., Oldridge, N., Piña, I. L., Spertus, J., et al. (2010). Reprint – AACVPR/ACCF/AHA 2010 Update: Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services. *Physical Therapy*, 90 (10), pp. 1373-1382.

Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Thompson, W. R., Gordon, N. F., & Pescatello, L. S. (2009). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Atlanta: American College of Sports Medicine.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.

Wasling, C. (2000). Papel da dieta cárdio-protector na prevenção das doenças coronárias. *Nursing*, 144, pp. 19-30.

World Health Organization. (2003). Adherence to long – term therapies: Evidence for action. Geneve.

ANEXOS

ANEXO 1: Entrevista semiestruturada com os enfermeiros da UCIC *de um hospital central de Lisboa*

Entrevista semiestruturada com os enfermeiros da UCIC *de um hospital central de Lisboa.*

OBJETIVOS: 1) Identificar como a educação para a saúde do doente com EAM está estruturada durante o internamento na UCIC; 2) Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM; 3) Recolher sugestões dos enfermeiros acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM; 4) Identificar condicionantes da gestão do regime terapêutico no pós-EAM (fatores de não-adesão).

PERGUNTAS:

- 1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa com EAM durante o seu internamento?
- 2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?
- 3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta? Porquê?
- 4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?
- 5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Enfermeiro A.

- 1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa com EAM durante o seu internamento?

O ensino é feito individualmente no contexto de internamento e versa principalmente sobre a medicação antiagregante plaquetária. Enfatizamos também os fatores de risco como HTA, dislipidemia, ansiedade, etc. Desconheço o que se processa durante a Reabilitação Cardíaca.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Há pessoas e pessoas. Para algumas, parece-me claramente suficiente. Há outras que saem de cá sem saber o que tiveram. Não faço nenhuma monitorização acerca do ensino nesse contexto. Estou na UCIC há pouco tempo.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta? Porquê?

Sim. Porque permite um melhor acompanhamento do que se passa com o doente. Ao tratarmos algumas lesões, é importante que os doentes tenham muita atenção com a terapêutica.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

Falta de consciencialização, custos e, por vezes, dependência de terceiros – o que ocorre principalmente com os indivíduos do sexo masculino. Também há as limitações com a idade, a complexidade da terapêutica, entre outras.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Nos doentes em que detetássemos isso, poderíamos referenciar para uma espécie de consulta de apoio à adesão. A distribuição de um manual bem elaborado também poderia servir de alerta e orientação.

Enfermeira B.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa com EAM durante o seu internamento?

O ensino é iniciado quando o doente é internado, mas como este está muito preocupado com o seu estado de saúde, não consegue assimilar toda a informação. O ensino foca aspectos gerais e é adaptado às circunstâncias.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Depende do doente. Os doentes com uma certa formação têm maior perceção dos riscos. Muitos doentes que não têm recursos também têm mais dificuldades com a medicação e nesses casos é contactada a assistente social da sua área. Muitos doentes não se interessam por nada e não estão preocupados com a sua saúde. Os antecedentes psiquiátricos também têm de ser tidos em conta.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta?

Acho que sim, porque muitos doentes perdem a informação que é dada durante o internamento e podem surgir dúvidas e incorreções no cumprimento da terapêutica. Por vezes, para fazerem render a medicação, fazem tomas intermitentes. Também é importante avaliar os fatores de risco e fazer o ensino.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

As dificuldades financeiras comprometem muito a adesão ao regime terapêutico.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Os encaminhamentos para a assistente social e médicos/enfermeiros dos centros de saúde são muito importantes. É importante uma boa comunicação com os centros de saúde.

Enfermeira C.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa com EAM durante o seu internamento?

Desde o momento da admissão, já estamos a fazer o ensino. Não somente a incidir sobre a terapêutica, mas também sobre o próprio internamento em si. Intervenções possíveis e complicações do tipo de intervenção. Na fase aguda, temos limitações de ensino diferentes das da fase programada, porque a pessoa não se sente bem e está

muito preocupada com a sua saúde. Também falamos sobre os fatores de risco e a alimentação.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Aqui na Unidade, não são suficientes. O doente em fase aguda é o doente que tem dor. Quando esta é aliviada, o doente sente-se melhor e descuida-se. O reforço é muito importante.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta?

Claro que sim. Muito.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

A manutenção da terapêutica. Ao fim de um mês ou dois, tudo pode mudar. Inicialmente, a atitude da pessoa é de adesão, mas depois não se sabe. Os custos associados à medicação são elevados. A melhoria dos sintomas pode condicionar a adesão à terapêutica.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Os genéricos da prescrição médica poderiam ajudar, mas nem todos os médicos cooperam. Poderíamos alertar os médicos. Na Unidade, isso é mais difícil. O doente necessita também de muita informação para o pós-alta.

Enfermeiro D.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa com EAM durante o seu internamento?

Numa fase inicial, faz-se só o ensino sobre os cuidados com o membro, por exemplo, se fez cateterismo cardíaco. Ensino sobre a patologia – o que ele teve. Ensino dirigido também aos fatores de risco.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Não fazemos o ensino dirigido à gestão do regime terapêutico.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta?

Sim. Porque grande parte dos doentes não tem perceção dos fatores de risco, não sabe sobre a TA e não sabe acerca da medicação – o porquê dos comprimidos.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

A idade pode ser uma condicionante, o nível de conhecimentos, escolaridade.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Deveríamos ter uma forma de avaliar o ensino antes da alta e envolver a família o que é muito difícil de fazer durante o internamento na Unidade.

Enfermeira E.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa com EAM durante o seu internamento?

Aproveitamos certos períodos de tempo. No dia da admissão, é mais complicado. No segundo dia, aproveitamos os períodos de higiene e outros momentos para fazer um diagnóstico, uma apreciação e compreensão globais, acerca de tudo. Hábitos alimentares, diagnóstico, se já sabia dos seus antecedentes – e então fazemos um ensino direcionado.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Depende dos casos e da disponibilidade da pessoa de nos ouvir durante o internamento. Muitas vezes, apesar de toda a informação dada ao doente, não validamos essa informação. Durante as 48-72 horas, não temos tempo para explicar tudo e validar.

O tempo para a empatia é importante para se conseguir, através da relação terapêutica, identificar as necessidades da pessoa.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta?

Eu acho que sim. Não só o acompanhamento da pessoa como o acompanhamento da família. Os reforços positivos à família são também muito importantes.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

O nível económico pode interferir. Nos doentes mais novos, a toma da medicação pode ser um aceitar estarem doentes e isso pode dificultar a adesão, pois não se querem reconhecer enquanto doentes.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Acho que encaminhamos poucos casos à assistente social e não temos uma rede muito boa de ligação com os centros de saúde. Deveríamos aperceber-nos melhor da realidade da pessoa durante o internamento. O apoio de psicólogos e assistentes sociais poderia ajudar-nos muito neste ponto. Seria ainda importante melhorar a comunicação enfermagem/médicos, o que incluiria também a prescrição de medicação genérica.

Enfermeiro F.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa com EAM durante o seu internamento?

Aqui na Unidade, não se faz muito. Opta-se muitas vezes por aproveitar os momentos de contacto com a pessoa.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-EAM, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Julgo que são suficientes, mas nunca é demais reforçar. Questionamos as dúvidas, mas de facto estas só surgirão *a posteriori*.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta?

Sim. Porque basicamente é aí que as questões surgem e as complicações também só surgem a partir daí. Dúvidas relacionadas com a terapêutica, principalmente.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

O esquecimento; se podem compensar ou não a terapêutica. A nível monetário podem encontrar dificuldades. O abandono da terapêutica após a remissão dos sintomas pode ser um problema.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Poderia haver uma consulta de enfermagem para ensino e terapêutica. O FU é importante mas apenas quando se tem tempo para fazer um ensino verdadeiro durante o FU. Os cuidados de saúde primários também deveriam atuar nisso.

ANEXO 2: Entrevista semiestruturada com a enfermeira responsável pela
consulta de cirurgia cardíaca *de um hospital central de Lisboa*

Entrevista semiestruturada com a enfermeira responsável pela consulta de cirurgia cardíaca de um hospital central de Lisboa

OBJETIVOS: 1) Conhecer a dinâmica de funcionamento da consulta de enfermagem em Cirurgia Cardíaca de um hospital central de Lisboa; 2) Conhecer os protocolos de intervenção de enfermagem nas consultas de *follow-up*; 3) Identificar condicionantes (fatores de não-adesão) da gestão do regime terapêutico.

PERGUNTAS:

Enfermeira G.

1) Como funciona/está organizada a consulta de *follow-up*?

Atua em algumas grandes áreas: consulta de pré-operatório, de pós-operatório ou *follow-up*, seguimento de feridas pós-operatórias com complicação, consulta telefónica com a pessoa ou cuidador, vigilância de saúde/cansaço, atividade física, atividade profissional, avaliação da dor e hábitos alimentares.

2) Como são selecionados os utentes?

Os que vêm à consulta encaminhados por um cardiologista ou médico de família e são observados em consulta médica pré-operatória sendo definido se há indicação ou não para cirurgia.

3) Há protocolos que orientam a consulta? Cada enfermeiro sabe o que deve dizer à pessoa?

Sabe. Está estruturado o que se deve dizer em cada consulta e em cada procedimento relacionado com a consulta. Os passos, os documentos a aplicar, está tudo definido. De momento, está em reestruturação.

4) Há diferenças de abordagem nas consultas pré-operatórias, dos três dias, 30 dias, três meses, seis meses e um ano?

Há diferenças. São ajustadas em função do *timing* do seguimento, em função do que é expectável para o tempo decorrido, embora haja questões que sejam transversais a todas as fases, o que permite comparar e tirar ilações da evolução do doente em cada etapa (a exemplo do questionário SF-36v2).

5) Que áreas de intervenção da enfermagem são mais focadas?

Atividade física, alimentação, hábitos tabágicos e etanólicos, feridas operatórias, vigilâncias da saúde, terapêutica.

6) Que condicionantes da gestão do regime terapêutico por parte da pessoa (fatores de não-adesão) podem ser identificados?

No que diz respeito à parte da terapêutica medicamentosa, a necessidade de uma grelha objetiva com o nome da medicação e diferentes horas do dia, o conhecimento do objetivo de cada medicamento e dos seus efeitos. Objetiva-se que haja adesão ao regime medicamentoso. É importante referir a parte económica. Muitos doentes perguntam-nos quanto custa a medicação, se é cara, o que serve para avaliar eventuais necessidades da pessoa. Conseguimos uma adesão a qualquer tipo de regime quando conseguimos que o doente perceba o porquê do regime terapêutico.

7) Que recursos são mobilizados no sentido de ajudar a pessoa na gestão do seu regime terapêutico?

O conhecimento do doente/cuidador é muito importante; a assistente social no caso de dificuldades financeiras; contactos telefónicos e encaminhamentos de modo a orientar a pessoa à adesão (exemplo daquela senhora que não estava a orientar-se com a consulta de hipocoagulação...). As próprias consultas servem para identificar más percepções por parte do doente, erros.

8) De que modo atuam na promoção da adesão à terapêutica?

Como dito anteriormente, interrogando sobre a mesma, identificando dificuldades da pessoa na adesão, aplicação da grelha da medicação, promoção da autonomia (não

só terapêutica mas no que respeita ao exercício, alimentação, aviamento de medicamentos).

Há grelhas de avaliação da adesão à terapêutica, sendo selecionados os utentes segundo dois critérios: todos os doentes submetidos à cirurgia cardíaca (coronária, valvular ou mista) e com mais de 65 anos (idade da reforma).

9) Como avalia a consulta?

Da perspetiva dos profissionais, acho que funciona bem (apesar das especificidades de cada profissional – uns melhores que outros). Diminui o tempo de internamento em pré-operatório, diminui os níveis de ansiedade do doente. O doente já fica com uma expectativa do que esperar em relação à operação. Diminuímos as idas à urgência pelo esclarecimento de dúvidas. Podemos diminuir a gravidade das complicações por identificação precoce de riscos. Diminui o tempo de internamento pelas feridas. Fazemos a identificação de comportamentos de risco, seja por erros, más perceções ou outras áreas de nossa intervenção. Nos questionários de avaliação aplicados aos utentes (satisfação), a enfermagem está sempre mais bem cotada que a equipa médica.

10) Qual o *feedback* dos utentes?

É isso que acabei de dizer... A nossa consulta está sempre mais bem cotada que a médica. Aplicamos questionários de satisfação aos utentes na consulta de pré-operatório, pós-operatório e internamento. Normalmente, aplicamos duas vezes por ano. Entregamos aos utentes enquanto estão à espera da consulta – eles preenchem e põem numa caixinha. Há uma enfermeira responsável pela qualidade no nosso serviço.

11) Quais as mais-valias para a enfermagem?

Estabelecemos uma relação de confiança e proximidade com os utentes desde o primeiro momento do contacto. Somos um grupo profissional privilegiado para o estabelecimento deste tipo de relação. Há valorização e reconhecimento da importância do trabalho de enfermagem. Há reconhecimento não só por parte dos utentes e famílias, mas também por parte do diretor de serviço em reuniões da equipa médica. Ganhamos respeito no que se refere à autonomia do enfermeiro na consulta com respaldo em protocolos, claro. É uma forma de monitorização do ensino prestado ao longo de todo o

percurso do doente e que permite reformulação e reajustes do ensino nesse percurso. Estamos de momento a promover um reajuste do ensino sobre a hipocoagulação – temos um projeto nesse sentido que inclui dar o livro cor-de-rosa ao doente e ele mesmo faz a gestão dos seus fármacos. Oferecemos os comprimidos e ele seleciona a quantidade. Reforçamos o ensino a incidir sobre isso, o que permite uma melhoria da qualidade dos cuidados.

12) Há custos implicados na consulta de enfermagem? Quais?

Material, o tempo do enfermeiro, equipamentos.

13) Quais as vantagens e desvantagens da consulta presencial de *follow-up*?

Vantagens: a observação (no sentido clínico e na veracidade das repostas) que podemos fazer. O doente acaba por identificar o seu enfermeiro de referência.

Desvantagens: ocupa mais tempo, pois as respostas não são tão concisas.

14) Quais as vantagens e desvantagens da consulta telefónica de *follow-up*?

Vantagens: as respostas são mais concisas, mais rápidas. Na consulta telefónica, os doentes têm mais à vontade para fazer perguntas do foro mais íntimo como as relacionadas com a atividade sexual.

Desvantagens: não conseguimos fazer uma observação direta, incluindo identificar visualmente a falha no dizer a verdade. A “despersonalização” parcial – falar com alguém que não estão a ver – não cria empatia e confiança. E os custos associados.

15) Como tratam as informações no plano das condições socioeconómicas, escolaridade e grau de instrução?

A escolaridade e grau de instrução vão ser inferidos unicamente na adesão ao regime medicamentoso e alimentar – só servem única e exclusivamente para isso. Interfere também com a capacidade da pessoa de ler as informações fornecidas. Os rendimentos terão relação com a capacidade económica da pessoa para comprar os medicamentos. Devemos adequar a linguagem à pessoa que temos à frente.

16) Que elementos considera essenciais à organização de um protocolo de enfermagem para seguimento em *follow-up*?

Os objetivos e a sua exequibilidade, a existência de recursos para levar adiante esse protocolo. E, depois, a avaliação da pertinência dos resultados decorrentes da aplicação desse protocolo.

17) Que melhoraria na consulta de *follow-up*?

O tempo disponível para cada *follow-up*. Era importante ter uma pessoa a fazer só consultas em vez de também a fazer pensos, colheitas de análises, etc. Se temos questões a condicionar o tempo da consulta, ela sai a perder. O espaço físico não é o mais adequado. A sala não é a mais adequada à execução de pensos, etc. A privacidade do *follow-up* é importante. Há sempre gente a entrar.

18) O que sustenta/justifica a manutenção das consultas de enfermagem apesar dos custos/condicionantes?

O seguimento da ferida operatória com complicação em regime de ambulatório, a agilização de todo o processo de pré-operatório e a realização de *follow-up* permitem a aquisição de dados importantes para usufruto do serviço – permitem o reconhecimento por terceiros.

19) Como são processados os dados adquiridos na consulta e como é feito o tratamento estatístico?

Os relatórios são inseridos na base de dados e são apresentados esses resultados ao diretor de serviço. Eu sou a enfermeira responsável por fazer o tratamento dos dados, o que permite definir novas estratégias para a melhoria dos cuidados, bem como apresentação dos dados em congressos, etc.

ANEXO 3: Entrevista semiestruturada com a equipa de enfermeiros da
Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca *de um hospital central*
de Lisboa

Entrevista semiestruturada com a equipa de enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca de um hospital central de Lisboa

OBJETIVOS: 1) Identificar como a educação para a saúde do doente está estruturada durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca; 2) Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da gestão do regime terapêutico no pós-internamento; 3) Recolher sugestões dos enfermeiros acerca da gestão do regime terapêutico no pós-internamento; 4) Identificar condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão).

PERGUNTAS:

- 1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa durante o seu internamento?
- 2) Acerca da gestão do regime terapêutico, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?
- 3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta? Porquê?
- 4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?
- 5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Enfermeira H.

- 1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa durante o seu internamento?

O ensino começa na consulta do pré-operatório, apesar de não se aprofundar muito (dia complicado para o doente que ficou a saber que tem de ser operado). No primeiro dia, tranquilizamos em termos de tempos de espera para cirurgia, informações sobre o dia da entrada, informamos sobre mais ou menos o tempo de internamento, o

percurso do doente (enfermaria, intensivos, intermédios, enfermaria). Entregamos muitos folhetos nessa altura com todo um conjunto de informações relacionadas; ensino da família. No dia do internamento na enfermaria, fazemos um ensino criterioso (tricotomia, banho, jejum, preparação intestinal, parte psicológica – muitos doentes não querem saber como vão acordar). Os doentes da cardiologia normalmente acordam mais ansiosos que os nossos (ensino inadequado?). O ensino é em grupo ou individualizado. As informações vão desde o tubo endotraqueal às drenagens torácicas, etc. Se a pessoa estiver disponível, apresentamos a UCI e os Intermédios. Alertamos sobre os sons.

Na Unidade, o ensino é restrito, uma vez que também já o inicializámos na enfermaria – nos casos de doentes eletivos. Orientamos de forma dirigida às especificidades da pessoa (fios de *pacing*, ida para a Unidade, sons de alarme, etc.). O início da hipocoagulação, na Unidade, passa por dar alguma luz sobre isso.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-internamento, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Parece-me que sim. Não existem grandes falhas. Normalmente os problemas são maiores com a hipocoagulação. Os problemas com a medicação são maiores. Todos os dias, vamos fazendo esse reforço sobre a hipocoagulação de forma a reforçar a aprendizagem. Na enfermaria, o anticoagulante tem uma hora à parte das 19h00 para se promover um reforço no ensino.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta? Porquê?

Sim. Porque podemos reforçar o ensino feito durante o internamento, detetar dificuldade da pessoa. Penso que um ano seja suficiente para esse acompanhamento. Em casos especiais, podemos agendar um contacto adicional se detetarmos problemas. Estamos também sempre contactáveis telefonicamente para o esclarecimento de dúvidas.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

À parte da hipocoagulação (a toma não ser sempre a mesma), dificuldades financeiras. Alguns beta-bloqueantes causam disfunção erétil e isso pode comprometer a adesão. Há pessoas que, por alterações relacionadas com a idade, escolaridade ou limitações físicas (visão), têm mais dificuldades. Aqui, é importante o papel da família.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Validarmos a medicação em todos os contactos telefónicos. Se presencialmente, tanto melhor. Podemos validar o ensino feito anteriormente. Podemos lançar perguntas que sirvam para validação, confirmação e orientação.

Enfermeira I.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa durante o seu internamento?

Os doentes estão de 24 a 48 horas na Unidade, pelo menos. O ensino é complicado durante esse internamento, mas sempre que podemos iniciamo-lo. Aproveitamos alguns momentos para iniciar o ensino sobre: não cruzar as pernas, terapêutica.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-internamento, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Na Unidade, temos poucas oportunidades. A mudança de comportamentos requer tempo. Identificar comportamentos saudáveis e hábitos de vida tem as suas condicionantes durante esse tempo curto de internamento. Aproveitamos a prestação dos cuidados para fazer parte desses ensinamentos. Há uma transmissão de informação, basicamente.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta? Porquê?

Sim. Porque a mudança de comportamentos na adoção de estilos de vida saudáveis requer tempo, conhecer a pessoa, conhecer o meio em que está inserida, de forma a ajudar o doente na adesão ao seu regime terapêutico.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

Relativamente à medicação, um doente pós-operatório normal não tem muita medicação. O preço dos medicamentos é um fator a ter em conta, o que pode levar a que

a pessoa escolha a sua medicação em função dos preços (compra seletiva). Alterações de hábitos de vida têm relação com gostos, cultura, religião, contexto de vida, etc.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

As estratégias devem focar a pessoa no seu contexto específico. Perceber o porquê de a pessoa não levar a cabo a adoção de um estilo de vida saudável. Conhecer a pessoa, a sua realidade. Na mudança de comportamentos, temos de ver caso a caso, porque cada pessoa tem as suas condicionantes relativamente à adesão.

Enfermeiro J.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa durante o seu internamento?

Na Unidade, depende do estado de consciência do doente. Normalmente, o ensino está focado sobre a medicação na Unidade. O doente não tem grande autonomia ainda. Basicamente, dão-se explicações sobre “questões”. É mais um consentimento informado que um ensino propriamente dito.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-internamento, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Não. Porque o doente na Unidade não tem esta atenção específica. O doente não está desperto para isso. Não fazemos ensinamentos dirigidos para a alta. O doente não está em condições psicológicas ainda. O ensino não é tão bem recebido como numa enfermaria – quando o doente está mais desperto para essa realidade. Os doentes são mais recetivos ao ensino na enfermaria.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta? Porquê?

Sim. Porque muitas vezes há determinadas lacunas detetadas durante o internamento (1. O doente em si; 2. Melhoria da qualidade do serviço que se presta). Ajuda a identificar falhas durante o internamento (exemplo: lacunas na terapêutica anticoagulante identificadas *a posteriori*). O *follow-up* ajuda a melhorar o internamento. Traz mais-valias para o doente pela avaliação *a posteriori*.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

As falsas crenças em saúde podem interferir – como suspender a medicação anti-hipertensiva por ter as tensões boas. Por terem o coração revascularizado e pensarem que já não necessitam de cuidados com a alimentação. Essas crenças dificultam o ensino e a vigilância em saúde.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Os enfermeiros devem adotar estratégias de ensino adequadas ao doente/recetor de cuidados, não só fazendo ensinamentos, mas também treino de capacidades, facilitando assim o processo de alta hospitalar e a adaptação à nova situação de saúde.

Enfermeira L.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa durante o seu internamento?

Dependendo do tipo de doentes, fazemos o ensino sobre o procedimento cirúrgico, o pós-operatório imediato, as condições que encontrarão (tubo na boca, cateteres, drenagens torácicas), a sintomatologia (dor, desconforto), a restrição hídrica nas primeiras horas. No pós-operatório, o ensino incide sobre o reforço destes aspectos. Na enfermaria, os doentes já recebem um ensino mais criterioso. Ensino sobre a terapêutica anticoagulante. Nos doentes que já estão mais conscientes, esse ensino é mais eficaz. Fazemos o ensino da tosse e da proteção da ferida operatória durante a tosse. Também damos muito apoio à família, especialmente na hora da visita, integrando os familiares no processo de internamento em si. Explicamos tudo o que estão a ver. Isso ajuda a minimizar o stress, o pânico. Orientações sobre a interação do doente com o seu familiar. Falamos sobre as especificidades das visitas com o devido respeito a essas horas.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-internamento, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Não. Na UCI, não. Nem é sensato que o doente receba essas informações na UCI.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta? Porquê?

Sim, claro. Primeiro, porque durante a primeira semana e o primeiro mês é possível despistar complicações pós-cirurgia, por outro lado, é possível perceber se as opções cirúrgicas e terapêuticas foram as mais adequadas. Permite ainda perceber como decorreu o ensino durante o internamento e serve para esclarecimento de dúvidas. Os doentes também acabam por duplicar a medicação dada a aliteracia. O médico prescreve um genérico e ele continua a fazer a mesma medicação mas com um nome diferente.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

Quando falamos em alterações de hábitos de vida, uma das dificuldades que parece incidir em maior força são os problemas com a medicação. A questão da hipocoagulação ainda é de difícil gestão especialmente em doentes menos letrados – o perceber o que é 1/4 e o que é 1/2. A identificação de sinais de alerta relacionados com a administração terapêutica é importante (hipotensão marcada, lipotimias).

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Seria importante fazer um reforço do ensino durante o internamento. Privilegiar que o ensino seja feito, por ocasião da alta, com a família. Poderia haver um guia com informações específicas sobre cada medicamento a fazer. Sessões de ensino em saúde poderiam ser viáveis ou não. Tentar também – e preocupamo-nos pouco com isso – perceber que tipo de apoio familiar têm estas pessoas e tentar integrar a família no ensino. Deveríamos avaliar também as nossas estratégias adotadas. Poderíamos articular melhor com os profissionais de saúde nos cuidados primários – por exemplo, contactar o enfermeiro da unidade de família a avisar que o doente teve alta ou enviar uma carta.

Enfermeira M.

1) Como se processa a educação para a saúde da pessoa durante o seu internamento?

À medida que o internamento vai avançando e o doente está consciente, vão-se fazendo breves ensinamentos como o cuidado alimentar, a alteração de hábitos de vida

sedentários, orientações a incidir sobre o reforço da necessidade de cumprir a terapêutica prescrita. Basicamente, é reforçar o cumprimento terapêutico e esclarecer dúvidas. Algo muito breve. Chamadas de atenção aos hipocoagulantes, etc.

2) Acerca da gestão do regime terapêutico no pós-internamento, julga suficientes as informações dadas à pessoa durante o internamento?

Na Unidade, não se aborda de forma exaustiva e sistematizada por questões intrínsecas. Na enfermaria, é diferente pois o doente está mais sensível a isso e tem também a presença da família. Ajustar o tipo de informação à pessoa especificamente. Adequar a linguagem às idades e especificidades de cada um. A Unidade não é o local ideal para fazer esse ensino mais criterioso.

3) Julga importante o acompanhamento da pessoa no pós-alta? Porquê?

Acho que é fundamental, porque as dúvidas só surgem no dia a dia. São pequenos pormenores que geram confusão e fazem toda a diferença. Adaptar o exercício e a alimentação dentro dos seus contextos individuais.

4) Na sua opinião, quais são as condicionantes da gestão do regime terapêutico (fatores de não-adesão)?

Muitas vezes, a compra dos próprios medicamentos. Os horários das tomas podem ficar descuidados e os doentes não tem muito essa consciência. Há pessoas que entram no seu ritmo de vida normal e esquecem-se da medicação. Alguns fazem juízos de sintomas relacionados com o medicamento.

5) O que poderíamos fazer, enquanto enfermeiros, para ajudar a pessoa a colmatar essas condicionantes?

Ter disponível uma linha de apoio – uma pessoa única e exclusivamente para atender essas chamadas. Alguém com um conhecimento mais especializado. E, fora dessas horas, alguém que desse apoio e ajudasse a encaminhar. Levar material de apoio sucinto e claro sobre a terapêutica – de fácil acesso e compreensão.

ANEXO 4: Avaliação de Medida de Adesão aos Tratamentos

Avaliação de Medida de Adesão aos Tratamentos

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6

FONTE: Delgado e Lima (2001)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA GERAL DE ESTÁGIO

ANOS	2011			2012		
MESES	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	
1) Consulta de <i>follow-up</i> telefónico em cardiologia de um hospital central de Lisboa	10 a 30					
2) Consulta de cirurgia cardíaca de um hospital central de Lisboa		2 a 18				
3) Hospital de Dia de insuficientes cardíacos de um hospital central de Lisboa		21 a 30	1 a 15			
4) Serviço de cardiologia (UCIC/enfermaria) de um hospital central de Lisboa				3 a 31	1 a 17	

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO – consulta de *follow-up* telefónico em cardiologia
de um hospital central de Lisboa

Objetivos	Atividades	Datas
		2011
1) Conhecer a dinâmica de organização da consulta de enfermagem em <i>follow-up</i> em cardiologia	▪ Acompanhamento das consultas de enfermagem em <i>follow-up</i> ▪ Interação com a equipa de enfermeiros da consulta	▪ 10 a 30 de outubro ▪ 10 a 30 de outubro
2) Identificar como a consulta de enfermagem em <i>follow-up</i> está organizada no que diz respeito aos protocolos e sistematização da educação para a saúde à pessoa	▪ Acompanhamento das consultas de enfermagem em <i>follow-up</i> ▪ Interação com a equipa de enfermeiros da consulta ▪ Análise dos documentos existentes	▪ 10 a 30 de outubro ▪ 10 a 30 de outubro ▪ 10 a 30 de outubro
3) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico no pós-EAM	▪ Acompanhamento das consultas de enfermagem em <i>follow-up</i> ▪ Visitas à UCIC e realização de entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros	▪ 10 a 30 de outubro ▪ 20 a 29 de outubro
4) Compreender como está estruturada a educação para a saúde à pessoa com EAM na UCIC do hospital central de Lisboa	▪ Visitas à UCIC e realização de entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros	▪ 20 a 29 de outubro

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO – consulta de cirurgia cardíaca
de um hospital central de Lisboa

Objetivos	Atividades	Datas
		2011
1) Conhecer a dinâmica de organização da consulta de cirurgia cardíaca <i>de um hospital central de Lisboa</i>	▪ Observação/Acompanhamento/Realização de consultas de enfermagem de cirurgia cardíaca	▪ 2 a 18 de novembro
2) Identificar como a consulta de enfermagem em <i>follow-up</i> está organizada no que diz respeito aos protocolos e sistematização da educação para a saúde à pessoa	▪ Observação/Acompanhamento/Realização de consultas de enfermagem de cirurgia cardíaca ▪ Análise dos protocolos e documentos existentes ▪ Interação com as pessoas/famílias e com a equipa de enfermeiros da consulta ▪ Realização de entrevista semiestruturadas com a enfermeira responsável pela consulta de cirurgia cardíaca	▪ 2 a 18 de novembro ▪ 2 a 18 de novembro ▪ 2 a 18 de novembro ▪ 15 de novembro
3) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico após a cirurgia cardíaca	▪ Observação/Acompanhamento/Realização de consultas de enfermagem de cirurgia cardíaca ▪ Interação com as pessoas/famílias e com a equipa de enfermeiros da consulta	▪ 2 a 18 de novembro ▪ 2 a 18 de novembro
4) Realizar consultas de enfermagem presenciais e telefónicas	▪ Realização de consultas de enfermagem de cirurgia cardíaca	▪ 4 a 18 de novembro
5) Compreender como se processa a educação para a saúde à pessoa na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca	▪ Visitas à Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca para realização de entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros	▪ 10 a 17 de novembro

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO – Hospital de Dia de insuficientes cardíacos
de um hospital central de Lisboa

Objetivos	Atividades	Datas
		2011
1) Conhecer a dinâmica de organização da consulta de enfermagem na insuficiência cardíaca (IC)	▪ Observação/Acompanhamento/Realização de consultas de enfermagem na IC ▪ Interação com as pessoas e com a equipa de enfermeiros responsável pelas consultas	▪ 21 a 30 de novembro e 1 a 15 de dezembro ▪ 21 a 30 de novembro e 1 a 15 de dezembro
2) Inferir como a consulta de enfermagem em <i>follow-up</i> está organizada no que diz respeito aos protocolos e sistematização do ensino à pessoa	▪ Observação/Acompanhamento/Realização de consultas de enfermagem na IC ▪ Análise dos protocolos e documentos existentes ▪ Interação com as pessoas e com a equipa de enfermeiros responsável pelas consultas	▪ 21 a 30 de novembro e 1 a 15 de dezembro ▪ 21 a 30 de novembro e 1 a 15 de dezembro ▪ 21 a 30 de novembro e 1 a 15 de dezembro
3) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico na pessoa com insuficiência cardíaca	▪ Observação/Acompanhamento/Realização de consultas de enfermagem na IC	▪ 21 a 30 de novembro e 1 a 15 de dezembro
4) Realizar sessões de enfermagem	▪ Realização de consultas de enfermagem na IC	▪ 23 a 30 de novembro e 1 a 15 de dezembro
5) Efetuar visitas domiciliárias	▪ Participação nas visitas domiciliárias às pessoas seguidas no Hospital de Dia de insuficientes cardíacos	▪ 25 de novembro e 2 de dezembro

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO – serviço de cardiologia (UCIC/enfermaria)

de um hospital central de Lisboa

Objetivos	Atividades	Datas
		2012
1) Identificar junto aos colegas da UCIC a validade, pertinência e aplicabilidade do protocolo desenvolvido	▪ Elaboração do protocolo e documentos relacionados ▪ Obtenção de <i>feedback</i> dos colegas da UCIC acerca da validade, pertinência e aplicabilidade do protocolo	▪ 3 a 31 de janeiro e 1 a 17 de fevereiro ▪ 16 a 31 de janeiro
2) Testar o protocolo de intervenção de enfermagem em <i>follow-up</i> (e documentos de apoio) em contexto de <i>consulta de enfermagem piloto</i>	▪ Definição de amostra de indivíduos para teste ao protocolo	▪ 6 a 12 de fevereiro
3) Rever e tornar a testar o protocolo (e documentos de apoio) em contexto de <i>consulta de enfermagem piloto</i>	▪ Definição de amostra de indivíduos para reteste ao protocolo após alterações nos documentos	▪ 13 a 16 de fevereiro
4) Aperfeiçoar os documentos de apoio à consulta	▪ Realização de alterações nos documentos	▪ 3 a 31 de janeiro e 1 a 17 de fevereiro
5) Identificar fatores de não-adesão ao regime terapêutico na pessoa após o EAM	▪ Utilização do protocolo e dos documentos de apoio na identificação de condicionantes da gestão do regime terapêutico	▪ 3 a 31 de janeiro e 1 a 17 de fevereiro
6) Apresentar uma estrutura de referência intra/extra-hospitalar	▪ Realização de pesquisa para criação de uma estrutura de referência intra/extra-hospitalar	▪ 3 a 31 de janeiro e 1 a 17 de fevereiro

APÊNDICE 2: Grelha de observação/acompanhamento das visitas domiciliares

Grelha de observação/acompanhamento das visitas domiciliárias

- 0) Razões que justificam a necessidade da visita domiciliária à pessoa.
- 1) Sexo.
- 2) Raça/etnia.
- 3) Idade.
- 4) Peso/altura (padrão físico).
- 5) Escolaridade.
- 6) Religião.
- 7) Hábitos tabágicos/etanólicos.
- 8) Dor.
- 9) Vive sozinho(a)?
- 10) É autónomo(a)/dependente de terceiros?
- 11) Condições da habitação.
- 12) Renda mensal. Tem apoio? De quem?
- 13) Tem médico de família/outro?
- 14) É seguido(a)/acompanhado(a) por especialistas/especialidades (psicólogos, assistente social, dietista, fisioterapia, psiquiatria, etc.)?
- 15) A que/quem recorre em caso de necessidade?
- 16) Conhece os recursos da comunidade?
- 17) Conhece a sua doença?
- 18) Conhece os seus medicamentos? Sabe para que servem? Sabe tomar a medicação?

- 19) Controla TA, pulso, T °C, SAO₂, glicemias?
- 20) Repouso diário.
- 21) Utiliza equipamentos em casa? Necessita de próteses/ortóteses/equipamentos? (cadeira de rodas, bala de O₂, canadianas).
- 22) Controla a alimentação/ingesta diária de água?
- 23) Gestão de sinais e sintomas.
- 24) O que faz mais falta na sua vida e o que melhoraria?
- 25) Como vê a visita da enfermagem (impressões)?
- 26) Que fez a enfermagem na visita domiciliária? Intervenções de Enfermagem.
- 27) Impressões da visita.

APÊNDICE 3: Protocolo: Intervenções de Enfermagem em Consulta de
Follow-Up no pós-EAM

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

PROTOCOLO:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CONSULTA DE *FOLLOW-UP* NO PÓS-EAM

Leonino Sousa Santos

Setembro de 2012

Orientado por: **Eunice Henriques**

ÍNDICE

1. Introdução
2. Destinatários
3. Objetivos do Protocolo
4. Descrição
 - 4.1. Organização da Consulta
 - 4.2. Objetivos da Consulta
 - 4.3. Intervenções de enfermagem na Consulta
5. Bibliografia
6. Anexos

1. INTRODUÇÃO

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é uma entidade clínica importante que “ocorre quando o fluxo de sangue para o músculo cardíaco é interrompido ou diminui subitamente por tempo suficiente para provocar morte celular” (AEHLERT, 2007, p. 312). O EAM é responsável por elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo, suscitando a atenção de enfermeiros e de outros profissionais de saúde na sua identificação, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Segundo o Ministério da Saúde, “as doenças cardiovasculares (...) são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do Mundo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 2).

As intervenções de enfermagem nesta fase aguda do EAM são fulcrais e consistem na atenção dirigida à proteção e promoção da vida com base nas suas competências específicas, alívio da dor e desenvolvimento de uma relação terapêutica que passa pela consciencialização da necessidade de alterações dos hábitos não saudáveis de vida entre as pessoas internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos. Estas intervenções devem iniciar-se precocemente através de um processo de identificação e reconhecimento da necessidade de alterações comportamentais, educação em saúde e planeamento do regime terapêutico (autocuidado).

Thelan et al (1994) descrevem que “é importante ter em conta que a hospitalização pode ser o primeiro encontro do doente com profissionais de saúde e com informação sobre a promoção da saúde”. Destacam que “as enfermeiras de cuidados intensivos têm de reconhecer que as suas atitudes afectam directamente as decisões do doente em relação a futuros comportamentos saudáveis” (THELAN et al, 1994, p. 64). Se os enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos não iniciarem precocemente o processo de educação com chamada de atenção para os cuidados a ter no futuro, podem prejudicar a compreensão sobre a necessidade do autocuidado. Numa edição mais recente do mesmo livro, as autoras (URDEN, STACY e LOUGH, 2008, p. 42) afirmam, com base em estudos de Redman (2004), Rankin e Stallings (2001) e Wei e Camargo (2000), que “a educação de qualidade encurta a permanência no hospital, reduz as taxas de readmissão e melhora as capacidades de execução do autocuidado”. Dizem ainda que “o processo de ensino-aprendizagem é uma

actividade dinâmica e contínua que acompanha toda a hospitalização e pode continuar após a alta” (URDEN, STACY e LOUGH, 2008, p. 42). De facto, o processo de educação para a saúde deve ter início durante o internamento como ligação para o *follow-up*, onde a pessoa deverá aprender a cuidar de si e alterar estilos não saudáveis de vida. Estas autoras, com base em Clark e Dunbar (2003), afirmam que “a educação calorosa promove comportamentos que facilitam a motivação para aprender e a adesão a alterações no estilo de vida” (URDEN, STACY e LOUGH, 2008, p. 50).

O Modelo de Desenvolvimento Profissional publicado pela Ordem dos Enfermeiros define competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. São apresentados quatro domínios de competências comuns, a saber: “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”; “Melhoria Contínua da Qualidade”; “Gestão dos Cuidados”; “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais” e um domínio de competências específicas: “Prestação de Cuidados Especializados” (OE, 2009, p. 12).

Em relação às competências do enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica está descrito que o enfermeiro com esta especialidade “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção” e “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da Infecção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2009, p. 41).

Cabe ao enfermeiro com essas competências mobilizar conhecimentos e habilidades na atenção holística à pessoa e à sua família considerando a complexidade das situações de saúde (OE, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros enumera várias unidades de competência relacionadas, a saber: “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”; “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”; “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”; “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”; “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”; “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em

situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2009, p. 42). Além destas unidades de competência são listadas outras que estão relacionadas com as situações de catástrofe ou emergência multivítima e com o controlo da infecção.

É com base nas especificações técnicas do domínio das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica que se apresenta este protocolo, incidindo sobre a problemática da pessoa com enfarte agudo do miocárdio, as suas necessidades específicas, a sua condição de risco de vida e a necessidade de intervenção na promoção da saúde e prevenção de novas complicações ou incidentes críticos. Todas as intervenções levadas a cabo durante o internamento e que se terão repercutido na otimização das funções vitais da pessoa após o EAM serão infrutíferas sem a implementação de um processo de educação e acompanhamento/monitorização da pessoa após a alta hospitalar (COSSETTE et al, 2009; FERNANDEZ et al, 2007).

Alguns autores (COSSETTE et al, 2009; FERNANDEZ et al, 2007) têm sustentado que existe uma minimização dos riscos associados ao EAM, por parte das pessoas, dadas as especificidades da patologia, o seu tratamento e o tempo relativamente curto de internamento. Muitos indivíduos chegam à Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos hemodinamicamente instáveis e com dor severa, mas, após serem submetidos à terapêutica de reperfusão (trombólise ou angioplastia), sentem-se bem e julgam estar completamente curados.

Fernandez et al (2007), descrevem que as pessoas submetidas à intervenção coronária percutânea com angioplastia geralmente subestimam a gravidade da sua doença cardiovascular e têm uma ideia errónea de que estão curadas devido ao internamento de curta duração, técnica rápida com sucesso imediato, sem a necessidade de cirurgia cardíaca. Estes autores apontam a importância de desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam a adesão à medicação e controlo dos fatores de risco em pessoas que sofreram uma síndrome coronária aguda. Referem que a adesão inicial da pessoa é elevada mas sofre um declínio a longo prazo especialmente quando a pessoa se sente livre de sintomas. Destacam a necessidade de se empreenderem estratégias educacionais e comportamentais como forma de diminuir os riscos de novos incidentes coronários, os quais aumentam as taxas de internamento e agravam os custos em saúde.

A pessoa que sobrevive ao EAM deve ter cuidados adicionais com a sua saúde, controlar os fatores de risco associados e minimizar a possibilidade de recorrência da doença, que pode ser fatal. Cossette et al (2009) destacam a importância de intervenções de enfermagem neste processo e apontam para a necessidade de se iniciar o processo de educação da pessoa antes da alta hospitalar. Estes autores desenvolveram um protocolo de intervenção de enfermagem que foi iniciado durante o internamento (abordagem presencial) com continuidade após a alta hospitalar (abordagem telefônica), concluindo ser importante a implementação de intervenções desta natureza de modo a colmatar défices de educação durante o curto período de internamento.

O seguimento da pessoa após a alta hospitalar deve ser considerado tão importante como a abordagem na fase aguda da doença como defendido por Cainé (2005). Se não forem definidos planos estratégicos de ação para seguimento no pós-EAM, haverá um risco elevado de reincidência da doença e de morte. O enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica deve possuir uma visão holística que seja transversal à globalidade dos cuidados de saúde desde a fase aguda da doença à gestão do regime terapêutico no pós-EAM. Segundo Orem (1993), a enfermagem também é praticada ajudando uma pessoa doente ou um responsável direto pela pessoa a aprender a cuidar de si (ou cuidar do outro) compreendendo isso como uma arte prática e didática.

É com vista ao precoce desenvolvimento de uma intervenção terapêutica no EAM que o enfermeiro pode atuar trazendo para o foco da atenção da pessoa a necessidade de gestão do regime terapêutico que inclua alterações dos hábitos não saudáveis de vida, controlo dos fatores de risco e rigoroso cumprimento medicamentoso. Na observação prática, verificamos que muitas admissões por EAM são reinternamentos, o que sugere inadequado cumprimento do regime terapêutico e/ou insuficiente resposta dos profissionais de saúde quanto à implementação de intervenções terapêuticas relacionadas.

Tendo em conta a inexistência de uma consulta de enfermagem em cardiologia *neste Hospital* e a importância de se intervir eficazmente no processo de educação para a saúde enquanto enfermeiro especialista, o desenvolvimento deste protocolo despontou como uma estratégia de intervenção importante na abordagem às pessoas com EAM.

Orem (1993) desenvolveu conceitos importantes que orientam os enfermeiros no estabelecimento de intervenções adequadas ao seguimento da pessoa com necessidades de monitorização e acompanhamento. *A teoria de enfermagem do déficit de autocuidado* permite compreender e fundamentar o modo como a enfermagem pode ajudar a pessoa na gestão do regime terapêutico.

Autocuidado é definido como “uma ação das pessoas (...) que desenvolveram as capacidades para cuidar de si mesmas (...).”; “a capacidade de atuar intencionalmente para regular os fatores que afetam o seu próprio funcionamento e desenvolvimento”; “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam para a manutenção da sua própria vida, saúde e bem-estar” (OREM, 1993, p. 131). A definição de autocuidado abarca assim um conjunto de subconceitos que adjetivam a necessária qualidade de ação do autocuidado, bem como uma atitude de intencionalidade por parte da pessoa. Ainda segundo Orem (1993), o autocuidado abarca um duplo sentido, podendo representar o cuidado de si próprio (agente de autocuidado) ou o cuidado de alguém – lactente, criança, adulto dependente – que não possa cuidar de si (agente de cuidado dependente).

Entretanto, ainda que a pessoa seja capaz de gerir o seu autocuidado e demonstre intencionalidade a orientar essa mesma ação, isso não significa que ela obtenha bons resultados em saúde. Segundo Orem, “o autocuidado e o cuidado de pessoas dependentes pode ser bem-intencionado mas não ser terapêutico” (OREM, 1993, p. 139), o que implica o desenvolvimento progressivo de competências de autocuidado. Cabe à enfermagem intervir neste processo, facilitando as aprendizagens neste domínio.

Este protocolo está dirigido às pessoas com EAM na orientação para a gestão do regime terapêutico através da operacionalização da consulta de enfermagem de cardiologia em *follow-up*. A necessidade de criação desta consulta será oportunamente proposta à direção deste Hospital.

2. DESTINATÁRIOS

Este protocolo estará dirigido aos enfermeiros da consulta de enfermagem de *follow-up* no pós-EAM. Serve para uniformizar as intervenções de enfermagem junto das pessoas/famílias.

3. OBJETIVOS DO PROTOCOLO

- Estruturar a organização, objetivos e estratégias de intervenção de enfermagem na consulta de *follow-up* no pós-EAM;
- Descrever e uniformizar as intervenções de enfermagem na consulta de *follow-up* no pós-EAM.

4. DESCRIÇÃO

4.1. Organização da Consulta

- A consulta de enfermagem terá lugar nas dependências *de um hospital central de Lisboa* em espaço físico especialmente destinado para esse fim e preferencialmente situado nos domínios do Serviço de Cardiologia. Poderá funcionar também nas Consultas Externas.
- Materiais e equipamentos necessários para as atividades do gabinete da consulta: secretária (mesa e quatro cadeiras), equipamentos eletrónicos (computador com ligação à intranet e à internet, impressora, rato, teclado, telefone, calculadora, cronómetro), arquivo (armário e dossiês), material de apoio (papel A4, formulários, folhetos, arquivadores, canetas, lápis, agraphador, furador, extrator de agraphos, software informático próprio, fita métrica, álcool, compressas, pensos rápidos, unistik®), outros equipamentos (balança, maca, dinamap ou esfignomanómetro, estetoscópio, termómetro, máquina de glicemia, fitas de glicemia, máquina de avaliação de colesterol rápido, fitas de avaliação de colesterol rápido), recipiente para lixo, recipiente para reciclagem de elementos, recipiente para perfuro-cortantes, recipiente para lixo contaminado.
- Condições físicas requeridas ao espaço da consulta: sala ampla e arejada, preferencialmente com incidência de luz solar direta.
- A consulta de enfermagem será conduzida por um enfermeiro devidamente integrado na consulta.
- As pessoas acompanhadas na consulta serão aquelas com diagnóstico de EAM.
- A consulta será desenvolvida com a própria pessoa (agente de autocuidado) e/ou com o seu cuidador direto (agente de cuidado dependente).
- São critérios de exclusão à consulta: recusa da pessoa em participar da consulta, indisponibilidade de vagas na consulta.

- As pessoas que desenvolverem graus de dependência consideráveis e que não possuam um cuidador direto deverão ser encaminhadas para a assistente social ficando excluídas da consulta até possuírem um cuidador direto.
- As consultas de enfermagem funcionarão de forma independente de consultas médicas ou de outras disciplinas.
- As consultas de enfermagem serão conduzidas preferencialmente no prazo de uma semana após a alta hospitalar a até no máximo de 15 dias após a alta.
- As consultas subsequentes serão definidas para um prazo de até 30 dias da consulta anterior com ajustes em função de contingências da pessoa/família ou da própria organização da consulta.
- O encaminhamento para a consulta será feito por enfermeiros do serviço de cardiologia (UCIC/enfermaria) aos enfermeiros responsáveis pela consulta através da secretária de unidade. Estes primeiros deverão informar as pessoas/famílias sobre a existência da consulta, finalidade da mesma e de que serão contactadas. Somente as pessoas que concordarem com a realização da consulta e forem submetidas a esta abordagem inicial da enfermagem serão encaminhadas à secretária de unidade para formalização e marcação da consulta.
- A consulta de enfermagem poderá ser desenvolvida de três modos: presencial, telefónica ou em contexto de visita domiciliária.
- Critérios de inclusão à consulta telefónica: 1) impossibilidade de realização de consulta presencial; 2) impossibilidade da pessoa de comparecer no hospital dentro dos prazos estabelecidos para a consulta presencial; 3) solicitação da pessoa/família para se proceder à consulta telefónica; 4) atenção para com as pessoas faltosas à consulta presencial.
- Critérios de inclusão à visita domiciliária: 1) alternativa de exceção às consultas presenciais e telefónicas; 2) impossibilidade de realização da consulta presencial ou telefónica; 3) pouca progressão do processo de gestão do regime terapêutico; 4) solicitação de visita domiciliária pela pessoa/família.
- A consulta funcionará em dias úteis, entre as 8h00 e as 15h00, sendo que as consultas presenciais só serão realizadas entre segunda e quinta-feira.
- Os dias destinados às visitas domiciliárias serão as sextas-feiras.
- O transporte do(s) enfermeiro(s) ao domicílio da pessoa será da responsabilidade *do hospital central de Lisboa*, bem como os gastos e seguros implicados.

- Todo o material de apoio necessário à consulta domiciliária (esfigmomanómetro, estetoscópio, máquinas de glicemias, balança, etc.) será levado pelo enfermeiro ao local da consulta, sendo este responsável pelo mesmo.
- Haverá uma linha telefónica aberta às pessoas/famílias na consulta e disponível nos dias úteis entre as 8h00 e as 15h00. Se o enfermeiro não estiver disponível para falar com a pessoa de momento (em consulta, em visita domiciliária, etc.), devolverá a chamada oportunamente.
- O processo da consulta será constituído em dossiê próprio. A secretária de unidade do serviço de cardiologia, previamente contactada pela equipa de enfermagem, disponibilizará vinhetas e cópias das notas de alta de enfermagem e médica.
- Caberá à secretária de unidade do serviço de cardiologia: organizar a lista de pessoas inscritas na consulta segundo indicações da equipa de enfermagem; manter o arquivo da consulta organizado; contactar a pessoa/família para agendamento da data da consulta.
- O formulário (**Proposta de Instrumento**) aplicado na consulta (presencial, telefónica ou em visita domiciliária) é sempre o mesmo e intitulado **Intervenções de Enfermagem em Follow-Up Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM** (ANEXO 1).
- O mesmo formulário será utilizado ao longo de todo o processo de modo a permitir um melhor acompanhamento da pessoa.
- O preenchimento do formulário da consulta deverá ser feito com letra legível e sem omitir nenhuns dos campos da avaliação de enfermagem.
- Deverá ser utilizada tinta de cor preta ou azul no preenchimento do formulário da consulta.
- O enfermeiro da consulta deverá preencher os espaços próprios destinados à: assinatura, número mecanográfico, número da Ordem dos Enfermeiros, data e hora da consulta.
- A primeira consulta deverá ser preferencialmente presencial.
- As primeiras consultas presenciais deverão ter uma duração não superior a uma hora e preferencialmente entre 30 e 45 minutos. As consultas subsequentes deverão ter uma duração entre 15 e 30 minutos, as consultas telefónicas duração entre 15 e 30 minutos e as visitas domiciliárias entre 30 e 45 minutos.
- O enfermeiro deverá manter atualizada a versão informática do processo da consulta.
- Poderá ser utilizada a lista de abreviaturas e siglas do documento “**Orientações para o Preenchimento da Proposta de Instrumento: Intervenções de Enfermagem em**

***Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM** (ANEXO 2) para orientar e uniformizar a linguagem.

- Procedimentos invasivos como avaliação de glicemias e colesterol rápido poderão ser realizados na consulta quando justificável.
- Não serão realizados pensos nem outros procedimentos potencialmente contaminados na consulta de enfermagem.
- A pessoa/família terá alta da consulta quando obtiver uma avaliação de “satisfaz” em todos os quesitos da secção “36. Avaliação e Planeamento das Consultas Subsequentes” do formulário “Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM”.
- Servirão de apoio aos enfermeiros na consulta de enfermagem *guidelines* reconhecidas e publicadas a nível internacional (THOMAS et al, 2010; THOMPSON, GORDON e PESCATELLO, 2009).

4.2. Objetivos da Consulta

- 1) Orientar a pessoa para a gestão do regime terapêutico (autocuidado) no pós-EAM;
- 2) Definir um plano de intervenção individualizado dirigido à pessoa na gestão do regime terapêutico no pós-EAM;
- 3) Apresentar à pessoa, de forma sistematizada, princípios fundamentais relacionados com a gestão do regime terapêutico no pós-EAM;
- 4) Efetuar educação em saúde;
- 5) Mobilizar recursos de suporte/referência intra/extra-hospitalares onde sejam identificados fatores condicionantes da gestão do regime terapêutico.

Para se alcançarem estes objetivos, o enfermeiro da consulta utilizará como recurso a aplicação deste protocolo e do formulário próprio da consulta: **Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM**. Serão definidos objetivos com a pessoa de modo a promover o autocuidado tendo por base a *teoria de enfermagem do défice de autocuidado* (OREM, 1993). Para a condução de um programa de educação sistematizado, servirão ainda de suporte ao enfermeiro da consulta os folhetos de apoio à consulta e evidência científica atualizada das intervenções de enfermagem no pós-EAM.

4.3. Intervenções de Enfermagem na Consulta

- Proceder ao acolhimento da pessoa/família na consulta.
- Definir as consultas subsequentes (30 dias) de acordo com as particularidades/necessidades da pessoa/família e contingências da própria consulta.
- Avaliar a necessidade de realização de consulta telefónica ou visita domiciliária.
- Proceder à consulta telefónica segundo os critérios de inclusão à consulta telefónica:
 - 1) impossibilidade de realização de consulta presencial;
 - 2) impossibilidade da pessoa de comparecer no hospital dentro dos prazos estabelecidos para a consulta presencial;
 - 3) solicitação da pessoa/família para se proceder à consulta telefónica;
 - 4) atenção para com as pessoas faltosas à consulta presencial.
- Proceder à visita domiciliária segundo os critérios de inclusão à visita domiciliária:
 - 1) alternativa de exceção às consultas presenciais e telefónicas;
 - 2) impossibilidade de realização da consulta presencial ou telefónica;
 - 3) pouca progressão do processo de gestão do regime terapêutico;
 - 4) solicitação de visita domiciliária pela pessoa/família.
- Disponibilizar as sextas-feiras para realização das visitas domiciliárias, organização e planeamento das consultas, consultas telefónicas complementares e resolução de problemas (encaminhamentos) identificados.
- Efetuar um planeamento prévio da visita domiciliária com recurso ao formulário da consulta.
- Definir objetivos específicos com a pessoa sempre que se justifique (ex.: estratégias para deixar de fumar, exercício físico regular, alteração de hábitos não saudáveis de vida).
- Avaliar e redefinir os objetivos estabelecidos com a pessoa nas consultas subsequentes.
- Utilizar no processo de educação para a saúde os folhetos próprios da consulta, a saber:
 - 1) Orientação da consulta de enfermagem em cardiologia;
 - 2) Orientações e informações gerais acerca do EAM;
 - 3) Orientações para o controlo dos fatores de risco;
 - 4) Orientações para a gestão de sinais e sintomas;
 - 5) Orientações para o controlo da Hipertensão Arterial;
 - 6) Orientações para o controlo da Diabetes;
 - 7) Orientações para a adesão à medicação;
 - 8) Orientações sobre a medicação pós-EAM;
 - 9) Orientações para a alimentação saudável;
 - 10) Orientações para reduzir o peso;
 - 11) Orientações para o controlo da dislipidemia;
 - 12) Orientações para deixar de fumar;
 - 13) Orientações acerca do consumo de açúcar, álcool, drogas, café, chocolate e pílula contraceptiva;
 - 14) Orientações para o exercício físico e sexualidade (ANEXO 3).

- Orientar a pessoa na gestão da medicação: conhecimentos sobre os fármacos (indicações, reações, dosagens), horário das tomas dos fármacos, cumprimento rigoroso, antecipação à falta do fármaco.
- Manter atualizada a folha de orientação da medicação (ANEXO 4: **Quadro de Medicação**) e que contempla: nome do fármaco, grupo, finalidade, dosagens, hora das tomas, efeitos possíveis.
- Supervisionar a toma dos medicamentos sempre que se justifique.
- Ajudar na utilização de lembretes de medicação e preparação das caixas de medicação sempre que se justifique. As caixas de medicação poderão ser fornecidas *pelo hospital central de Lisboa* no caso de a pessoa não possuir as suas.
- Avaliar a adesão à medicação através da aplicação do questionário **Medida de Adesão aos Tratamentos** apresentado por Delgado e Lima (2001) – (ANEXO 5).
- Aplicar, sempre que se justifique, outros documentos de apoio à consulta, a saber: questionário de medida de motivação para deixar de fumar (Teste de Richmond); questionário de avaliação de grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerström); questionário de avaliação de qualidade de vida a exemplo do SF-36v2 – (FAGERSTRÖM e FURBERG, 2008; DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2007; QUALITYMETRIC INCORPORATED AND MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2000; RICHMOND, KEHOE e WEBSTER, 1993; FAGERSTRÖM, 1991) e questionários de avaliação da própria consulta e de graus de satisfação da pessoa/família com a consulta de enfermagem.
- Realizar sessões de educação individuais, aos pares, família(s) ou em grupo.
- Realizar sessões de educação individuais, aos pares, família(s) ou em grupo com recurso à projeção visual da apresentação educativa em *PowerPoint* (ANEXO 6: Apresentação educativa: **Aprendendo a Cuidar do Coração**).
- Avaliar sinais vitais (TA, pulso, T °C), dor, peso, calcular IMC, medir cintura abdominal. Sempre que se justifique, poderão avaliar-se glicemias capilares e colesterol.
- Identificar cuidadores diretos na família (parceiros comunitários), especialmente se estes trabalharem em saúde.
- Mobilizar recursos de suporte/referência intra/extra-hospitalares (ANEXO 7: **Informação para Referenciação Intra/Extra-hospitalar**), que consistem no contacto prévio e referenciação para: assistência social, consultas dos centros de saúde, centros de apoio, consultas de enfermagem, etc..
- Proceder ao encaminhamento das pessoas a outros profissionais/terapeutas de saúde sempre que se justifique.

– Articular a intervenção de enfermagem com o médico responsável pela pessoa de modo a proceder a ajustes terapêuticos sempre que se justifique.

5. BIBLIOGRAFIA

Aehlert, B. (2007). *ACLS – Advanced Cardiac Life Support – Emergências em Cardiologia – Suporte avançado de vida em cardiologia*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Cainé, J. (2005). O Mal do Coração – A experiência do enfarte e o regresso a casa. *Sinais Vitais*, 60, pp. 37-42.

Cossette, S., D'Aoust, L.-X., Morin, M., Heppell, S., & Frasure-Smith, N. (2009). The Systematic Development of a Nursing Intervention Aimed at Increasing Enrollment in Cardiac Rehabilitation for Acute Coronary Syndrome Patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24, pp. 71-79.

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), pp. 81-100.

Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Cessação Tabágica – Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/Gradiva.

Fagerstrom, K. O. (1991). Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. *British Journal of Addiction*, 86, pp. 543-547.

Fagerström, K., & Furberg, H. (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, 103, pp. 841–845.

Fernandez, R., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C., & Salamonson, Y. (2007). What do we know about the long term medication adherence in patients following percutaneous coronary intervention? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (2), pp. 53-61.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa.

Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem – Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

QualityMetric Incorporated and Medical Outcomes Trust. (2000). SF-36v2.

Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88, pp. 1127-1135.

Thomas, R. J., King, M., Lui, K., Oldridge, N., Piña, I. L., Spertus, J., et al. (2010). Reprint – AACVPR/ACCF/AHA 2010 Update: Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services. *Physical Therapy*, 90 (10), pp. 1373-1382.

Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Thompson, W. R., Gordon, N. F., & Pescatello, L. S. (2009). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Atlanta: American College of Sports Medicine.

6. ANEXOS

ANEXO 1: Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM.

ANEXO 2: Orientações para o preenchimento do formulário “Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM”

ANEXO 3: Folhetos da Consulta: 1) Orientação da consulta de enfermagem em cardiologia; 2) Orientações e informações gerais acerca do EAM; 3) Orientações para o controlo dos fatores de risco; 4) Orientações para a gestão de sinais e sintomas; 5) Orientações para o controlo da Hipertensão Arterial; 6) Orientações para o controlo da Diabetes; 7) Orientações para a adesão à medicação; 8) Orientações sobre a medicação pós-EAM; 9) Orientações para a alimentação saudável; 10) Orientações para reduzir o peso; 11) Orientações para o controlo da dislipidemia; 12) Orientações para deixar de fumar; 13) Orientações acerca do consumo de açúcar, álcool, drogas, café, chocolate e pílula contraceptiva; 14) Orientações para o exercício físico e sexualidade.

ANEXO 4: Quadro de Medicação

ANEXO 5: Medida de Adesão aos Tratamentos

ANEXO 6: Apresentação educativa: Aprendendo a Cuidar do Coração

ANEXO 7: Informação para Referenciação Intra/Extra-hospitalar

NOTA: Estes anexos não são apresentados aqui uma vez que constam dos anexos/apêndices do Relatório de Estágio a que reporta este protocolo.

APÊNDICE 4: Proposta de Instrumento: Intervenções de Enfermagem em
Follow-Up Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico
no pós-EAM

Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM

Identificação da pessoa:

VINHETA DO HOSPITAL

Gosta de ser chamado(a) por: _____

Contactos da pessoa: _____

Contactos de familiares/cuidadores: _____

Consultas de enfermagem

Data (dd/mm/aa):							
Hora de início:	h	h	h	h	h	h	h
Enfermeiro:							
Assinatura:							
N.º Mec.:							
N.º Ordem Enf.:							

Natureza da Consulta (marcar com um "X")

Data:							
Presencial:							
Telefónica:							
Visita Domiciliária:							

Observações: _____

» ☐ ☒ Oferecer o guia n.º 1: **Orientação da consulta de enfermagem em cardiologia**

1. Idade: _____ anos

2. Género: _____

3. Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

☐ União de facto ☐ Separado(a) de facto ☐ Nota: _____

4. Raça/Etnia: ☐ Branco(a) ☐ Negro(a) ☐ Asiático(a) ☐ Indiano(a) ☐ Árabe

☐ Mestiço(a): _____ ☐ Outro: _____

Observações: _____

5. Diagnósticos: **EAM** + _____

6. Terapêutica de reperfusão

☐ Trombólise: _____

☐ Angioplastia: _____

☐ N/A

7. Cateterismo cardíaco

☐ N/A

Observações: _____

8. Função cardíaca: _____

☐ conservada (FE > 50-55%)

☐ comprometida (FE < 50%)

☐ ligeiramente comprometida (40-50%)

☐ moderadamente comprometida (35-40%)

☐ gravemente comprometida (< 30-35%)

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 2: **Orientações e informações gerais acerca do EAM**

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca do EAM, abordagens clínicas e função cardíaca

9. Cardiologista responsável: _____

10. Fatores de risco modificáveis:

☐ HTA ☐ Diabetes ☐ Dislipidemia ☐ Sedentarismo ☐ Obesidade

☐ Tabagismo ☐ Alcoolismo ☐ Outros: _____

11. Outros antecedentes pessoais e alergias

☐ História Familiar de Doença Cardiovascular (EAM/AVC):

☐ Pai: _____ ☐ Mãe: _____

☐ Avós: _____

☐ Irmãos(ãs): _____

☐ Outros: _____

☐ Cirurgia Cardíaca (*bypass*): _____

☐ Doença Arterial Periférica

☐ Outros: _____

☐ Alergias: _____

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 3: **Orientações para o controlo dos fatores de risco**

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca dos fatores de risco

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca da manutenção de hábitos saudáveis de vida

Observações: _____

12. Religião/Crenças em saúde: _____

Particularidades relacionadas com: a alimentação; as atividades de vida diárias; outras?

Atribui o facto de ter apresentado um EAM a:

☐ Má sorte ☐ Destino ☐ Fatores não controláveis ☐ Vontade de Deus

☐ Fatores de risco controláveis ☐ Outros: _____

Acredita que as alterações nos hábitos não saudáveis de vida podem contribuir para a sua saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe responder

» Intervenções de Enfermagem: _____

13. Escolaridade (marcar com um “X”)

Não sabe ler nem escrever	Sabe ler e escrever	1.º ciclo (1.º ao 4.º ano)	2.º ciclo (5.º e 6.º ano)	3.º ciclo (7.º ao 9.º ano)	Secundário (10.º ao 12.º ano)	Ensino superior	Pós-graduação	Formação profissional

Observações: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

14. Situação profissional:

☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Estudante ☐ Subsídio de desemprego

☐ Atividade profissional: _____

Observações: _____

15. Condições ambientais

– Casa própria? ☐ Sim ☐ Não: _____

– Espaço suficiente para a pessoa e para a família? ☐ Não ☐ Sim

– Escadas? ☐ Não ☐ Sim. Quantos degraus? _____

– Tem elevador? ☐ Não ☐ Sim

– Bairro social? ☐ Não ☐ Sim

Observações: _____

16. Disponibilidade e adequação de recursos (condições financeiras; condições logísticas)

☐ Considera os recursos financeiros suficientes

☐ Considera os recursos financeiros insuficientes

– Renda mensal: _____

– Teria apoio financeiro? De quem? _____ / _____

– A que/quem recorreria em caso de necessidade? _____

– Conhece os recursos da comunidade? _____

– Vive longe do hospital? Vive longe do centro de saúde? _____ / _____

– Recursos para deslocação:

☐ A pé ☐ Carro ☐ Autocarro ☐ Comboio ☐ Táxi ☐ outro: _____

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

– Referenciar para a assistente social? ☐ Não ☐ Sim. Observações: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

17. Estado de saúde (percepção geral do estado de saúde: pelo próprio e pelo enfermeiro)

– Aplicar o questionário SF-36v2? ☐ Sim ☐ Não

18. Estado de desenvolvimento (adolescência, envelhecimento, gravidez). Alguma alteração relacionada com o desenvolvimento e a interferir significativamente com o seu dia a dia?

☐ Não ☐ Sim. O quê? _____

Observações: _____

19. Gestão da doença e gestão de sinais e sintomas

Conhece a sua doença? ☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos

– Sinais e sintomas presentes:

☐ Assintomático

☐ Falta de ar ☐ Falta de ar noturna

☐ Aumento do peso. Quanto/Porquê? _____/_____

☐ Perda de peso. Quanto/Porquê? _____/_____

☐ Edemas: _____

☐ Cansaço com pequenos esforços ☐ Cansaço com médios esforços

☐ Cansaço com grandes esforços

☐ Alterações nas fezes: _____

☐ Alterações na urina: _____

Tem apresentado queixas de dor?

☐ Não ☐ Sim

Características da dor:

– Localização: _____

– Tipo: _____

– Intensidade – escala numérica (autoavaliação da intensidade da dor):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Data:										
Intensidade:										

Medicação analgésica: _____

Observações: _____

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 4: ***Orientações para a gestão de sinais e sintomas***

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca dos sinais e sintomas associados ao EAM

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca do controlo da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor)

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca das características da dor cardíaca diferenciando-a da dor pleurítica e de outros tipos de dor

Observações: _____

– Tem equipamentos para a avaliação da TA e pulso em casa? ☐ Sim ☐ Não

– Controla TA? ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

– Controla o pulso? ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

– Controla a T °C? ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

– Valores controlados? ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

Avaliação de Sinais Vitais na Consulta:

Data:							
TA:							
Pulso:							
T °C:							

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 5: **Orientações para o controlo da Hipertensão Arterial** ☐ N/A

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca da avaliação e controlo da hipertensão arterial, pulso e T °C

– Controla as glicemias? ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐ N/A

Valores glicémicos no domicílio/ambulatório controlados? ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

– Controla o INR? ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐ N/A

Valores de INR no domicílio/ambulatório controlados? ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

Controlo das glicemias na consulta:

Data:							
Glicemia:							

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 6: **Orientações para o controlo da Diabetes** ☐ N/A

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca do controlo da Diabetes ☐ N/A

Observações: _____

» Gestão da doença/sinais e sintomas: _____

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

20. Utiliza algum equipamento em casa? Necessita de próteses/ortóteses/equipamentos?
(peça mecânica, cadeira de rodas, canadianas, bala de O₂)

☐ N/A

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

21. Gestão da Medicação

Qual a medicação que faz em casa (nome, posologia, frequência, hora, indicações)?

☐ Conhecimento adequado ☐ Conhecimento inadequado ☐ Conhecimento parcial

☐ Sabe tomar a medicação ☐ Não sabe tomar a medicação

» ☐ ■ Aplicação do questionário de **Medida de Adesão aos Tratamentos**

☐ Adesão ☐ Não-adesão ☐ Adesão parcial

Apresentar um quadro com orientação sobre as tomas da medicação? ☐ Sim ☐ Não

Polimedicação significativa? ☐ Não ☐ Sim

Se sim: Contactar cardiologista responsável? ☐ _____ Simplificar as tomas? ☐ _____

Necessidade de orientação da pessoa na utilização de lembretes da medicação?

☐ Sim ☐ N/A

Necessidade de preparação de caixa de medicamentos?

☐ Sim ☐ N/A

Dificuldades potenciais e/ou reais para a adesão à medicação? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, quais?

☐ Baixa ou má avaliação no questionário **Medida de Adesão aos Tratamentos**

☐ Falta de recursos financeiros ☐ Idade avançada ☐ Défices cognitivos

☐ Falta de motivação ☐ Falsas crenças em saúde ☐ Baixa escolaridade

☐ Limitação física: _____ ☐ Outro: _____

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 7: **Orientações para a adesão à medicação**

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 8: **Orientações sobre a medicação pós-EAM**

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca dos cuidados a ter com a armazenagem dos medicamentos

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca da adesão e gestão da medicação

» Gestão da medicação: _____

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

22. Alimentação

– Número de refeições diárias/quais: _____ / _____

– O que costuma ingerir ao PA? ☐ Torradas ☐ Fruta ☐ Cereais ☐ Doces ☐ N/A

– O que costuma ingerir ao almoço? ☐ Pão ☐ Sopa ☐ Prato ☐ Sobremesa ☐ N/A

– O que costuma ingerir ao jantar? ☐ Pão ☐ Sopa ☐ Prato ☐ Sobremesa ☐ N/A

– O que costuma ingerir entre as refeições principais? _____

– Ingestão diária de água: _____

– Ingestão diária de sal:

☐ Nenhuma ☐ Reduzida ☐ Moderada ☐ Elevada ☐ Muito Elevada

Quantidade: _____

Observações: _____

– Avaliação qualitativa do padrão alimentar:

☐ Alimentação adequada ☐ Alimentação inadequada ☐ Padrão misto

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 9: **Orientações para a alimentação saudável**

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca da alimentação saudável, variada e polifracionada

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca do consumo de água igual ou superior a 1,5 litros/dia (ou total de 1,5 litros de líquidos por dia se pessoa com insuficiência cardíaca)

» Gestão da dieta: _____

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

23. Padrão físico

– **Altura:** _____ – **Peso:** _____

– **IMC (peso real em kg ÷ Altura²):** _____

– **Padrão físico aproximado:** ☐ Magro ☐ Normal ☐ Excesso de peso ☐ Obeso

Observações: _____

Controlo do peso, do índice de massa corporal (IMC) e da cintura abdominal (CA) na consulta:

Data:							
Peso:							
IMC:							
CA:							

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 10: ***Orientações para reduzir o peso*** ☐ N/A

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca da importância de manter um IMC ideal ou próximo do ideal

» Intervenções de Enfermagem: _____

24. Análises ao sangue

Data:							
Colesterol total:							
LDL:							
HDL:							
Triglicéridos:							
Hb glicada:							
ProBNP:							

Controlo do colesterol (teste rápido) na consulta:

Data:							
Colesterol:							

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 11: ***Orientações para o controlo da dislipidemia*** ☐ N/A

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca da importância do controlo da dislipidemia

» Intervenções de Enfermagem: _____

» Avaliação da necessidade de encaminhamento: _____

☐ Encaminhamento para: _____

25. Hábitos tabágicos, etanólicos e outros

TABACO

☐ N/A

☐ Ex-fumador. O que fumava? _____ É ex-fumador há quanto tempo? _____

» ☐ ■ Incentivar a manutenção da abstinência tabágica

☐ Fumador – Tipo de consumo: _____

Quantidade: _____

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 12: ***Orientações para deixar de fumar***

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca dos benefícios e importância de deixar de fumar

» ☐ ■ Aplicar o questionário de medida de motivação para deixar de fumar (Teste de Richmond)

» ☐ ■ Aplicar o questionário de avaliação de grau de dependência da nicotina (Teste de Fagerström)

Avaliação dos hábitos tabágicos na Consulta:

Data:							
N.º de cigarros:							

Observações: _____

ÁLCOOL

☐ N/A

☐ Ex-alcoólico. Que consumia? _____

É ex-alcoólico há quanto tempo? _____

» ☐ ■ Incentivar a manutenção da abstinência alcoólica

☐ Consumo de Álcool – Tipo de consumo: _____

☐ Alcoolismo – Tipo de consumo: _____

Quantidade: _____

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca dos benefícios e importância de deixar o alcoolismo

Observações: _____

DROGAS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

☐ N/A

☐ Ex-usuário de drogas. O que consumia? _____

É ex-usuário de drogas há quanto tempo? _____

» ☐ ■ Incentivar a manutenção da abstinência do uso de drogas e substâncias

☐ Usa drogas – Tipo de consumo: _____

Quantidade: _____

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca dos benefícios e importância de deixar o uso de drogas e substâncias

Observações: _____

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 13: ***Orientações acerca do consumo de açúcar, álcool, drogas, café, chocolate e pílula contraceptiva***

» Gestão da desabitação tabágica, do alcoolismo e do uso de drogas e substâncias: _____

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

☐ Consulta de desabitação tabágica intra-hospitalar

☐ Consulta de desabitação tabágica extra-hospitalar

☐ Alcoólicos anónimos ☐ Narcóticos anónimos

☐ Outro: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

26. Exercício físico

– Atividade física regular?

☐ Sim. O que? _____

☐ Não. Porquê? _____

» ☐ ■ Oferecer o guia n.º 14: ***Orientações para o exercício físico e sexualidade***

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca dos benefícios do exercício físico regular

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca do equacionamento das atividades diárias

» ☐ ■ Efetuar educação em saúde acerca da sexualidade no pós-EAM

» Gestão do exercício físico: _____

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

27. Orientação sociocultural (tem uma vida sociocultural ativa?)/ocupações diárias/o que gosta de fazer no dia a dia.

» ☐ ■ Incentivar as interações socioculturais

» Intervenções de Enfermagem: _____

28. Sistema familiar e cuidadores

☐ Vive sozinho ☐ Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Instituição ☐ Outros: _____

☐ É autônomo ☐ É parcialmente dependente de terceiros ☐ É dependente de terceiros

Observações: _____

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

29. Tem médico de família/centro de saúde de referência?

» ☐ ☒ Orientar acerca da importância de seguimento com o médico de família

☐ Encaminhar **carta** ao centro de saúde solicitando médico de família para a pessoa

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

30. É seguido/acompanhado por especialistas/especialidades (psicólogos, assistente social, dietista, fisioterapia, psiquiatria, etc.)?

☐ N/A

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

31. Tem pensos/feridas? ☐ Não ☐ Sim

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento: _____

» Intervenções de Enfermagem: _____

32. Outras informações importantes (não clínicas): impressões, curiosidades, afinidades com a pessoa/família

33. Observações

34. Comentários da pessoa acerca da consulta/Dúvidas

35. Avaliação da necessidade de Visita Domiciliária – nVD (sim/não?)

Data:							
nVD?							

- ☐ A pessoa/família solicitou a visita domiciliária
- ☐ Impossibilidade de realização da consulta presencial e/ou telefónica
- ☐ Necessidade de um acompanhamento mais específico à pessoa/família (grandes défices de autocuidado observados ou presumíveis)
- ☐ As informações da pessoa parecem não corresponder à realidade
- ☐ Baixa ou má avaliação da **Medida de Adesão aos Tratamentos**
- ☐ Baixa adesão da pessoa ao regime terapêutico
- ☐ Pouca progressão na gestão do regime terapêutico

– Necessidade de visita domiciliária?

- ☐ Não. Porquê? _____
- ☐ Sim. Agendar uma data com a pessoa: _____

» Hora de fim da consulta:

Data:							
Hora:	h	h	h	h	h	h	h

– Controlo da Diabetes ☐ N/A

[illegible]

- Conhecimento e adesão à medicação

[illegible]

– Adesão à alimentação saudável

[illegible]

– Controlo do peso ☐ N/A

[illegible]

– Controlo da dislipidemia ☐ N/A

[illegible]

– Desabitução tabágica □ N/A

Data:																		
	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n

– Abstinência alcoólica ☐ N/A

[illegible]

– Abstinência de drogas ☐ N/A

[illegible]

– Prática regular de exercício físico

Data:																					
	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n

– Interações socioculturais

Data:																					
	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n

– Necessidade de apoio domiciliário ☐ N/A

Data:																					
	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n

– Seguimento em consultas médicas e de enfermagem

Data:																					
	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n

– Capacidade de solicitar intervenção de profissionais de saúde

Data:																					
	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n

☐ ■ Globalidade do autocuidado

Data:																					
	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n	s	p	n

Observações: _____

Data:							
Alta?							

» Alta da consulta? (☐ SIM)

37. Intervenções de Enfermagem em Contexto de Visita Domiciliária

» Planeamento:

» Gestão do regime terapêutico:

» Avaliação da necessidade de Encaminhamento:

» Intervenções de Enfermagem:

» Observações:

Data (dd/mm/aa): ____ / ____ / ____ **Enfermeiro:** _____

APÊNDICE 5: Orientações para o preenchimento da Proposta de Instrumento “Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM”

Orientações para o preenchimento da Proposta de Instrumento
**“Intervenções de Enfermagem em *Follow-Up* Dirigidas à Pessoa na
Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM”**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CA: Cintura Abdominal

dd/mm/aa: dia/mês/ano

EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio

FE: Fração de Ejeção

Hb glicada: Hemoglobina glicada

HDL: *High Density Lipoprotein*

HTA: Hipertensão Arterial

IMC: Índice de Massa Corporal

INR: Razão Normalizada Internacional

LDL: *Low Density Lipoprotein*

n: Não Satisfaz

N.º: Número

N.º Mec.: Número Mecanográfico

N/A: Não se Aplica

nVD: Necessidade de Visita Domiciliária

Ordem Enf.: Ordem dos Enfermeiros

O₂: Oxigénio

p: Satisfaz Parcialmente

PA: Pequeno-almoço

ProBNP: Peptídeo Natriurético tipo B

s: Satisfaz

TA: Tensão Arterial

T °C: Temperatura em Graus Celsius

VD: Visita Domiciliária

NOTAS:

- 1) Marcar um “X” no item “N/A” (Não se Aplica) sempre que a informação correspondente não seja aplicável;
- 2) “» □ ■”: Itens de preenchimento/intervenção obrigatórios;
- 3) Importante ajudar a pessoa a concentrar a sua atenção na consulta evitando divagações desnecessárias.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:

Identificação da pessoa: colar a vinheta do hospital.

Gosta de ser chamado(a) por: especificar o nome pelo qual a pessoa gosta de ser chamada.

Contactos da pessoa: Apontar contactos telefónicos. Os números de telefone aqui especificados facilitarão os contactos futuros com a pessoa.

Contactos de familiares/cuidadores: Apontar contactos telefónicos. Os números de telefone aqui especificados facilitarão os contactos futuros com os familiares/cuidadores da pessoa.

Consultas de enfermagem: Datar, pôr hora de início da consulta, nome do enfermeiro, assinatura, números mecanográfico e da Ordem dos Enfermeiros.

Natureza da Consulta (marcar com um “X”): Repetir a data da consulta. Pôr um “X” no tipo de consulta correspondente à data. No campo “Observações”, designar de forma sucinta quaisquer necessidades de justificação relacionadas com o tipo de consulta.

» **Oferecer o guia n.º 1: *Orientação da consulta de enfermagem em cardiologia.***
Oferecer o guia e explicar a organização da consulta de enfermagem.

1. Idade: Pôr a idade em anos.

2. Género: Designar se se trata de sexo **masculino, feminino, transgénero** ou **outro** (hermafrodita, indeterminado, etc.).

3. Estado Civil: Determinar o estado civil consoante as opções disponibilizadas. Anotar alguma particularidade, se aplicável.

4. Raça/Etnia: Marcar com um “X” a respetiva raça/etnia e apontar particularidades relacionadas, se aplicável.

5. Diagnóstico: Designar outros diagnósticos importantes.

6. Terapêutica de reperfusão: por um “X” no tipo de terapêutica de reperfusão a que foi submetida a pessoa.

7. Cateterismo cardíaco: sempre que aplicável, pôr no sítio “Observações” informações sobre o(s) cateterismo(s) e/ou complicações.

8. Função cardíaca: marcar com um “X” a função cardíaca correspondente em função do relatório ecográfico e observações médicas.

» □ ■ **Oferecer o guia n.º 2: *Orientações e informações gerais acerca do EAM.***
Oferecer e explicar o guia correspondente.

» □ ■ **Efetuar educação em saúde acerca do EAM, abordagens clínicas e função cardíaca:** proceder à educação sobre o EAM, sobre as terapêuticas de reperfusão e função cardíaca.

9. Cardiologista responsável: designar o nome do médico responsável pelo acompanhamento da pessoa em consulta de cardiologia.

10. Fatores de risco modificáveis: Marcar com um “X” cada fator de risco modificável relacionado com a pessoa. No sítio “Outros”, poderá designar o uso de drogas ou uso da pílula, por exemplo (ou novas evidências científicas relacionadas).

11. Outros antecedentes pessoais e alergias: marcar com um “X” outros antecedentes pessoais relacionados.

No item “História Familiar de Doença Cardiovascular” especificar que doença cardiovascular o familiar teve. Para os campos de preenchimento **avós**, **irmãos(ãs)** e **outros**, apontar de “quem” se trata e o “diagnóstico” relacionado.

No item “Outros”, apontar outros antecedentes pessoais relevantes. Registrar as alergias da pessoa.

» □ ■ **Oferecer o guia n.º 3: *Orientações para o controlo dos fatores de risco.*** Oferecer e explicar o guia correspondente.

» □ ■ **Efetuar educação em saúde acerca dos fatores de risco:** proceder à educação em saúde relacionada.

» □ ■ **Efetuar educação em saúde acerca da manutenção de hábitos saudáveis de vida:** proceder à educação em saúde relacionada.

No item “Observações”, apontar quaisquer informações importantes relacionadas.

12. Religião/Crenças em saúde: Apontar a religião da pessoa, as suas crenças e o modo como a sua religião e/ou crenças poderão interferir com os cuidados de saúde.

No item “Particularidades relacionadas com: a alimentação; as atividades de vida diárias; outras?”, apontar datas, atividades, alimentos e outras coisas que, por especificidades relacionadas com a religião/crenças, possam interferir com as intervenções de

enfermagem dirigidas à pessoa. Ex.: Ramadão, não ingere carne de porco, não aceita transfusões de sangue.

No item “Atribui o facto de ter apresentado um EAM a”, assinalar a(s) opção(ões) correspondente(s).

No item “Acredita que as alterações dos hábitos não saudáveis de vida podem contribuir para a sua saúde?”, apontar as apreciações da pessoa acerca disso.

No item “Intervenções de Enfermagem”, especificar ações de enfermagem levadas a cabo além das já discriminadas.

13. Escolaridade: Marcar com um “X” o nível de escolaridade. Pôr no sítio “Observações” especificidades relacionadas com a escolaridade.

No item “Intervenções de Enfermagem” especificar ações de enfermagem relacionadas com a mobilização de recursos para facilitação do processo de aprendizagem, adequação da linguagem, etc.

14. Situação profissional: marcar com um “X” a(s) situação(ões) profissional(is) correspondente(s) e/ou especificar a atividade profissional.

No item “Observações”, assinalar pontos importantes a ter em conta.

15. Condições ambientais: marcar com um “X” as características relacionadas com as condições ambientais.

No item “Observações”, assinalar pontos importantes a ter em conta.

16. Disponibilidade e adequação de recursos (condições financeiras; condições logísticas): marcar com um “X” as situações correspondentes.

No item “Renda mensal”, apontar a renda mensal após confirmar com a pessoa se esta se sente à vontade para referir a sua renda.

No item “Teria apoio financeiro? De quem?”, escrever **SIM** ou **NÃO** e dizer quem poderia ajudar a pessoa.

No item “A que/quem recorreria em caso de necessidade?”, apontar informações relacionadas.

No item “Conhece os recursos da comunidade?”, inferir se a pessoa conhece os serviços de assistência social, entre outros.

No item “Vive longe do hospital? Vive longe do centro de saúde?”, preencher com **SIM** ou **NÃO**.

No item “Recursos para deslocação”, marcar com um “X” a(s) condição(ões) correspondente(s).

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, apontar comentários (apreciações) acerca das condições financeiras da pessoa. Seguidamente, definir se há necessidade de referenciação para o(a) assistente social, marcando com um “X” no quadro correspondente. Nas “Observações”, apontar data, hora e nome do(a) assistente social contactado(a), bem como o *feedback* deste(a).

No item “Intervenções de Enfermagem”, destacar outras abordagens de enfermagem relacionadas.

17. Estado de saúde (percepção geral do estado de saúde: pelo próprio e pelo enfermeiro): Apontar a percepção geral da pessoa acerca do seu estado de saúde e qualidade de vida. Apontar a percepção do estado de saúde da pessoa por parte do enfermeiro.

No item “Aplicar o questionário SF-36v2?”, marcar com um “X” a opção correspondente. Preencher o questionário SF-36v2, se for apropriado, avaliar a percepção da pessoa acerca da sua qualidade de vida (para fins de investigação ou encaminhamento).

18. Estado de desenvolvimento (adolescência, envelhecimento, gravidez). Alguma alteração relacionada com o desenvolvimento e a interferir significativamente com o seu dia a dia?: marcar com um “X” a opção correspondente. Se sim, designar o quê. No item correspondente às observações, apontar informação relacionada.

19. Gestão da doença e gestão de sinais e sintomas: marcar com um “X” as opções correspondentes.

No item “Sinais e sintomas presentes”, marcar com um “X” as opções correspondentes. Especificar características particulares relacionadas.

No item “Tem apresentado queixas de dor?”, marcar com um “X” a opção correspondente e seguidamente avaliar as características da dor.

No item “Intensidade - Escala numérica (autoavaliação da intensidade da dor)” datar e apontar a intensidade da dor correspondente, se aplicável. Utilizar a escala de autoavaliação da dor. Utilizar outra escala de avaliação da dor, se aplicável, e apontar no item “Observações”.

Apontar a “Medicação analgésica” no sítio correspondente assinalando nas “Observações” quaisquer particularidades relacionadas.

» ☐ ■ **Oferecer o guia n.º 4: *Orientações para a gestão de sinais e sintomas.***
Apresentar e explicar o guia correspondente.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca dos sinais e sintomas associados ao EAM.**
Proceder à educação em saúde relacionada.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca do controlo da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor).** Proceder à educação em saúde relacionada.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca das características da dor cardíaca diferenciando-a da dor pleurítica e de outros tipos de dor.** Proceder à educação correspondente.

No item “Observações”, apontar quaisquer informações importantes relacionadas.

Nos itens “Tem equipamentos para a avaliação da TA e pulso em casa”, “Controla TA?”, “Controla o pulso?”, “Controla a T °C?” e “Valores controlados?”, marcar com um “X” as opções correspondentes.

No item “Avaliação de Sinais Vitais na Consulta”, apontar a data correspondente e proceder ao registo dos parâmetros vitais relacionados.

» ☐ ■ **Oferecer o guia n.º 5: *Orientações para o controlo da Hipertensão Arterial.*** Se aplicável, oferecer o guia e explicá-lo.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca do controlo da hipertensão arterial, pulso e T °C.** Proceder à educação em saúde relacionada.

Nos itens “Controla as glicemias?”, “Valores glicêmicos no domicílio/ambulatório controlados?”, “Controla o INR?” e “Valores de INR no domicílio/ambulatório controlados?”, marcar com um “X”, as opções correspondentes.

No item “Controlo das glicemias na consulta” apontar a data e valores glicêmicos correspondentes.

» ☐ ■ **Oferecer o guia n.º 6: *Orientações para o controlo da Diabetes*.** Oferecer e explicar o guia corresponde, se aplicável.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca do controlo da Diabetes.** Se aplicável, proceder à educação em saúde relacionada.

No item “Observações”, apontar informação relacionada importante.

No item “Gestão da doença/sinais e sintomas”, destacar as dificuldades da pessoa na compreensão e gestão da doença/sinais e sintomas.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, apontar necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde ou instituições de apoio como recurso de suporte à pessoa na gestão dos cuidados relacionados.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar ações de enfermagem relacionadas além das já especificadas.

20. Utiliza algum equipamento em casa? Necessita de próteses/ortóteses/equipamentos? (peça mecânica, cadeira de rodas, canadianas, bala de O₂). Se aplicável, designar o quê.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, apontar a necessidade de se contactarem empresas e centros de apoio para suporte à pessoa.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar ações relacionadas.

21. Gestão da Medicação

No item “Qual a medicação que faz em casa (nome, posologia, frequência, hora, indicações)”, registar as informações correspondentes.

Marcar com um “X” as opções relacionadas com a gestão da medicação, quando aplicável.

» ☐ ■ **Aplicação do questionário de Medida de Adesão aos Tratamentos:** aplicar o questionário correspondente.

No item “Polimedicação significativa?”, se a resposta for **SIM**, avaliar a necessidade de contactar o cardiologista responsável no sentido de simplificar as tomas, a quantidade de medicamentos (associações, supressão de medicamentos) e/ou alteração nas horas das tomas sugeridas.

No item “Necessidade de preparação de caixa de medicamentos?”, se a resposta for **SIM**, proceder à preparação das caixas de medicamentos com a pessoa. Oferecer caixas de medicamentos se disponíveis.

No item “Limitação física”, apontar informação relacionada. O mesmo vale para o item “Outro”.

» ☐ ■ **Oferecer o guia n.º 7: *Orientações para a adesão à medicação*.** Apresentar e explicar o guia correspondente.

» ☐ ■ **Oferecer o guia n.º 8: *Orientações sobre a medicação pós-EAM*.** Apresentar e explicar o guia correspondente.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca dos cuidados a ter com a armazenagem dos medicamentos.** Proceder à educação acerca da proteção dos medicamentos da luz, frio e humidade. Manter os medicamentos nas embalagens originais ou o tempo estritamente necessário nas caixas de medicamentos.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca da adesão e gestão da medicação.** Proceder à educação em saúde relacionada.

No item “Gestão da medicação”, apontar as dificuldades identificadas.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, apontar a necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde, contacto com o médico responsável, etc.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar as ações de enfermagem relacionadas além das já desenvolvidas.

22. Alimentação

Marcar com um “X” as opções correspondentes e preencher os espaços com informações relacionadas.

No item “Quantidade”, apontar a quantidade aproximada de sal ingerida diariamente (em gramas).

No item “Observações”, apontar quaisquer informações importantes relacionadas.

» ☐ ■ **Oferecer o guia n.º 9: *Orientações para a alimentação saudável*.** Apresentar e explicar o guia correspondente.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca da alimentação saudável, variada e polifracionada.** Proceder à educação em saúde correspondente.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca do consumo de água igual ou superior a 1,5 litros/dia (ou total de 1,5 litros de líquidos por dia se pessoa com insuficiência cardíaca).** Proceder à educação em saúde correspondente.

No item “Gestão da dieta”, apontar dificuldades relacionadas.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, apontar as referenciações para outros profissionais de saúde ou especialistas, designando data, nome do profissional/instituição, etc.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar outras ações relacionadas.

23. Padrão físico

Preencher os espaços com as informações correspondentes e marcar com um “X” as opções relacionadas.

No item “Observações”, apontar informações importantes relacionadas.

No item “Controlo do peso, do IMC e da cintura abdominal na consulta”, datar e registar os valores correspondentes. O IMC considerado ideal situa-se entre 20 e 25. Até 30: excesso de peso. Superior a 30: obesidade.

No item “Cintura abdominal”, apontar o valor correspondente. Segundo a literatura, não há necessidade de perder peso nos homens com uma cintura igual ou inferior a 94 cm e nas mulheres com uma cintura igual ou inferior a 80 cm.

» □ ■ **Oferecer o guia n.º 10: *Orientações para reduzir o peso***. Se aplicável, oferecer e explicar o guia correspondente.

» □ ■ **Efetuar educação em saúde acerca da importância de manter um IMC ideal ou próximo do ideal**. Proceder à educação em saúde relacionada.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar ações relacionadas além das já desenvolvidas.

24. Análises ao sangue

Nos espaços correspondentes, apontar a data e os valores analíticos.

No item “Controlo do colesterol (teste rápido) na consulta”, pôr a data e apontar os valores correspondentes avaliados.

» □ ■ **Oferecer o guia n.º 11: *Orientações para o controlo da dislipidemia***. Se aplicável, oferecer e explicar o guia correspondente.

» □ ■ **Efetuar educação em saúde acerca da importância do controlo da dislipidemia**. Proceder à educação em saúde correspondente.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar outras ações relacionadas.

No item “Avaliação da necessidade de encaminhamento”, apontar data, profissional contactado e razões.

25. Hábitos tabágicos, etanólicos e outros

Em todos os casos, marcar com um “X” as opções correspondentes e preencher os espaços com informações relacionadas.

» □ ■ **Incentivar a manutenção da abstinência tabágica**. Proceder ao incentivo à pessoa para a manutenção da abstinência tabágica.

» □ ■ **Oferecer o guia n.º 12: *Orientações para deixar de fumar***. Oferecer e explicar o guia correspondente.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca dos benefícios e importância de deixar de fumar.** Proceder à educação em saúde relacionada.

» ☐ ■ **Aplicar o questionário de medida de motivação para deixar de fumar (Teste de Richmond).** Se aplicável, aplicar o questionário correspondente.

» ☐ ■ **Aplicar o questionário de identificação do grau de dependência da nicotina (Teste de Fagerström).** Se aplicável, aplicar o questionário correspondente.

No item “Avaliação dos hábitos tabágicos na Consulta”, datar e apontar a informação correspondente.

» ☐ ■ **Incentivar a manutenção da abstinência alcoólica.** Proceder ao incentivo à pessoa para a manutenção da abstinência alcoólica.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca dos benefícios e importância de deixar o alcoolismo.** Proceder à educação em saúde correspondente.

» ☐ ■ **Incentivar a manutenção da abstinência do uso de drogas e substâncias.** Proceder ao incentivo à pessoa para a manutenção da abstinência do uso de drogas e substâncias.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca dos benefícios e importância de deixar o uso de drogas e substâncias.** Proceder à educação em saúde relacionada.

Nos itens “Observações”, apontar informações relacionadas importantes.

» ☐ ■ **Oferecer o guia n.º 13: *Orientações acerca do consumo de açúcar, álcool, drogas, café, chocolate e pílula contraceptiva.*** Oferecer e explicar o guia correspondente.

No item “Gestão da desabituação tabágica, do alcoolismo e do uso de drogas e substâncias”, apontar dificuldades relacionadas e outras informações relevantes.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, apontar contactos com pessoas, instituições e organizações relacionadas. Marcar com um “X” as opções correspondentes.

No item “Intervenções de Enfermagem”, registar outras ações relacionadas.

26. Exercício físico

Marcar com um “X” as opções correspondentes e preencher os espaços com informações relacionadas.

» ☐ ■ **Oferecer o guia n.º 14: *Orientações para o exercício físico e sexualidade.***

Oferecer e explicar o guia correspondente.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca dos benefícios do exercício físico regular.**

Proceder à educação em saúde correspondente.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca do equacionamento das atividades diárias.**

Proceder à educação em saúde correspondente.

» ☐ ■ **Efetuar educação em saúde acerca da sexualidade no pós-EAM.** Proceder à educação em saúde correspondente.

No item “Gestão do exercício físico”, apontar dificuldades relacionadas.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, datar e apontar eventual referenciação para outros profissionais de saúde ou instituições.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar outras informações relacionadas.

27. Orientação sociocultural (tem uma vida sociocultural ativa?)/ocupações diárias/o que gosta de fazer no dia a dia. Registrar informações correspondentes.

» ☐ ■ **Incentivar as interações socioculturais.** Incentivar a pessoa para as interações socioculturais.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar outras ações relacionadas.

28. Sistema familiar e cuidadores. Marcar com um “X” as opções correspondentes e preencher os espaços com informações relacionadas.

No item “Observações”, apontar informações importantes relacionadas.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, apontar datas e contactos relacionados.

No item “Intervenções de Enfermagem”, registar ações relacionadas.

29. Tem médico de família/centro de saúde de referência? Apontar o nome do médico de família e do centro de saúde.

» □ ■ **Orientar acerca da importância de seguimento com o médico de família.**
Reiterar a importância de seguimento com o médico de família.

No item “Encaminhar **carta** ao centro de saúde solicitando médico de família para a pessoa”, marcar com um “X”, se aplicável, e proceder ao encaminhamento de carta que poderá ser feito por intermédio da pessoa.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, tecer comentários relacionados.

No item “Intervenções de Enfermagem”, registar as ações relacionadas.

30. É seguido/acompanhado por especialistas/especialidades (psicólogos, assistente social, dietista, fisioterapia, psiquiatria, etc.)? Se aplicável, registar as informações relacionadas.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, apontar contactos e procedimentos relacionados.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar ações relacionadas.

31. Tem pensos/feridas? Se sim, escrever observações relacionadas importantes.

No item “Avaliação da necessidade de Encaminhamento”, registar encaminhamentos para o centro de saúde, consultas externas ou informações correspondentes.

No item “Intervenções de Enfermagem”, apontar ações correspondentes.

32. Outras informações importantes (não clínicas): impressões, curiosidades, afinidades com a pessoa/família. Registar aqui pontos de afinidade ou de troca de informação com a pessoa/família que o enfermeiro gostaria de recordar num próximo contacto com a mesma. Ex.: tem um gato cujo nome é Neon, o esposo faleceu recentemente, gosta de ir ao teatro, etc.

33. Observações. Registar quaisquer outras informações consideradas relevantes.

34. Comentários da pessoa acerca da consulta/Dúvidas. Apontar informações relacionadas.

35. Avaliação da necessidade de Visita Domiciliária – nVD (sim/não?)

Datar e registar com um **SIM** ou um **NÃO** a informação correspondente.

Marcar com um “X” os itens relacionados com a avaliação da necessidade de visita domiciliária. Justificar nos espaços apropriados as razões da realização ou não realização da visita domiciliária.

» **Hora de fim da consulta:** Registrar nos espaços correspondentes a data e a hora de fim da consulta.

36. Avaliação e Planeamento das Consultas Subsequentes. Validar/Reiterar os conhecimentos da pessoa e/ou Avaliar a capacidade de gestão do regime terapêutico (autocuidado) nos domínios apresentados. Marcar com um “X” tendo em conta os seguintes indicadores: (s) satisfaz; (p) satisfaz parcialmente; (n) não satisfaz.

Neste item, o enfermeiro (após a consulta correspondente) deverá apontar a sua avaliação da capacidade de gestão do regime terapêutico por parte da pessoa, marcando com um “X” as opções respetivas: (s) satisfaz; (p) satisfaz parcialmente; (n) não satisfaz.

NOTA: O enfermeiro da consulta subsequente deverá proceder à educação em saúde tendo por base o formulário da consulta e as opções sinalizadas nesta secção do documento (secção 36).

Do item “☐ ■ Globalidade do autocuidado” o enfermeiro avaliará a evolução do autocuidado procedendo a registos relacionados no sítio “Observações”.

No item “**Alta da Consulta**” o enfermeiro deverá datar e escrever **SIM** ou **NÃO** no item correspondente à pergunta. Terá alta da consulta a pessoa que apresentar uma avaliação de satisfaz (s) em todos os itens da avaliação.

Em caso de alta, o enfermeiro comunicará à pessoa essa condição, fortalecerá a ideia da importância do autocuidado e encaminhará o processo da consulta para ser arquivado. Assinalará com um “X” na opção “» **Alta da consulta? (☐ **SIM**)**”.

37. Intervenções de Enfermagem em Contexto de Visita Domiciliária. Neste anexo, o enfermeiro deverá: proceder ao planeamento da visita domiciliária; proceder ao registo de informações relacionadas com as dificuldades da pessoa para a gestão do regime terapêutico; avaliar a necessidade de encaminhamentos; apontar as intervenções de

enfermagem na visita domiciliar; registrar observações relacionadas perspectivando intervenções futuras; datar; assinar.

NOTA: Para cada visita domiciliar, deverá ser utilizada um novo anexo “**Intervenções de Enfermagem em Contexto de Visita Domiciliar**”.

APÊNDICE 6: Folhetos da Consulta: 1) Orientação da consulta de enfermagem em cardiologia; 2) Orientações e informações gerais acerca do EAM; 3) Orientações para o controlo dos fatores de risco; 4) Orientações para a gestão de sinais e sintomas; 5) Orientações para o controlo da Hipertensão Arterial; 6) Orientações para o controlo da Diabetes; 7) Orientações para a adesão à medicação; 8) Orientações sobre a medicação pós-EAM; 9) Orientações para a alimentação saudável; 10) Orientações para reduzir o peso; 11) Orientações para o controlo da dislipidemia; 12) Orientações para deixar de fumar; 13) Orientações acerca do consumo de açúcar, álcool, drogas, café, chocolate e pílula contraceptiva; 14) Orientações para o exercício físico e sexualidade.



Aprendendo a Cuidar do Coração



Aprendendo a Cuidar do Coração



O Coração

O Coração é um órgão vital que funciona como uma bomba. É responsável por bombear o sangue através das artérias e veias a todas as partes do corpo.



O sangue transporta oxigênio e nutrientes. Recolhe, de seguida, resíduos tóxicos prejudiciais ao organismo para serem eliminados.

Fontes: Hatchett e Thompson (2006); Castro (1999)



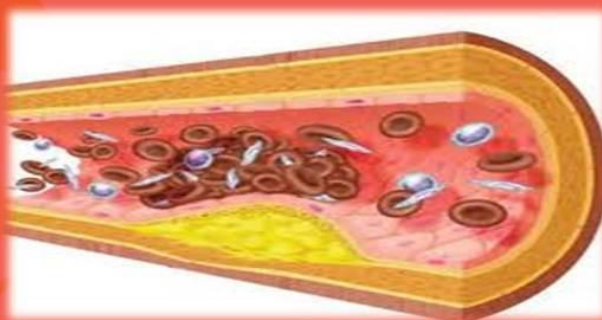
Aprendendo a Cuidar do Coração



O EAM

O EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio) é uma lesão (zona de necrose) no músculo do coração (miocárdio) causada pela obstrução das artérias coronárias.

Faz parte do grupo das doenças intituladas cardiovasculares (que afetam o coração e os vasos sanguíneos) e que são as responsáveis por 40% das mortes em Portugal.



Fontes: Ministério da Saúde (2006); Sociedade Portuguesa de Cardiologia – SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Sinais e sintomas do EAM

Os **SINAIS** e **SINTOMAS** mais comuns do EAM são: **DOR** intensa (opressiva, moimha, aperto, peso, ardor) atrás do osso esterno, mas que pode ser sentida também noutros locais (nas costas, sobre o estômago). **A dor pode irradiar-se** para o pescoço, mandíbula (queixo), costas e membros superiores. Também poderá apresentar: **náuseas, vômitos, suores, palidez, desmaios.**



Se teve um EAM, deve aprender a cuidar de si (autocuidado). O EAM é uma doença crónica que suscita cuidados especiais e diários, contudo, é possível ter uma boa qualidade de vida.

Fontes: Ministério da Saúde (2006); SPC (2003)

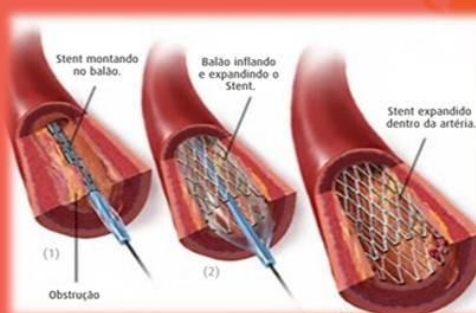
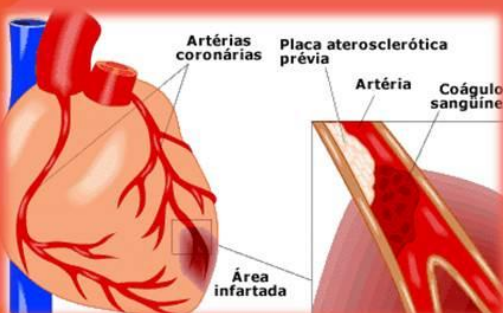


Aprendendo a Cuidar do Coração



Abordagens Clínicas

O tratamento (desobstrução) das coronárias pode ser feito através da angioplastia (com balão e/ou *stents*) ou medicamentos (trombólise). Em alternativa, existe a cirurgia cardíaca (*bypass*) e também medicamentos que, prescritos pelo seu médico, podem melhorar a função do coração.



Fontes: Ministério da Saúde (2006); SPC(2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Fatores de Risco

Fatores de risco cardiovasculares são agentes que podem predispor o coração e os vasos sanguíneos a sérios danos.

Há fatores de risco não modificáveis: género masculino, raça negra, idade avançada, História Familiar de Doença Cardiovascular.

A nossa atenção deve centrar-se nos fatores de risco modificáveis:

- tensão arterial elevada
- diabetes
- tabagismo
- alcoolismo
- dislipidemia (níveis anormais de gordura no sangue)
- obesidade
- sedentarismo
- ansiedade e *stress* excessivos



Fontes:
Ministério da
Saúde (2006);
SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Controlo da Hipertensão Arterial

Tensão alta é considerada para valores de pressão arterial sistólica (máxima) superiores a 140 mmHg e/ou valores de pressão arterial diastólica (mínima) superiores a 90 mmHg (>140/90 mmHg).



Avalie e registe a sua tensão arterial pelo menos uma vez por semana.

Cumpra rigorosamente com a medicação para a tensão arterial, mesmo que se sinta bem.

Apenas se tiver tensões arteriais sistólicas inferiores a 100mmHg é que deverá contactar aconselhamento médico no sentido de parar, eventualmente, a medicação.

Conheça os seus medicamentos e aprenda a cuidar de si!

Fontes: Ministério da Saúde (2006); SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Controlo da Diabetes

Diabetes é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos valores de açúcar no sangue (hiperglicemia), o que é prejudicial para as artérias pois agrava a aterosclerose.



O diabético deve ter em atenção a sua autovigilância:

- Controlar os valores de açúcar no sangue (glicemia);
 - Manter uma alimentação saudável: polifracionada; reduzir o consumo de açúcar, doces, álcool e gorduras; aumentar o consumo de legumes e frutas (duas a três peças de fruta por dia é o indicado);
 - Controlar o peso;
 - Ter uma atividade física regular;
 - Proceder ao autoexame físico;
 - Adotar um estilo de vida saudável;
- Cumprir rigorosamente com a medicação;
 - Ir às consultas de rotina.

Fontes: Ministério da Saúde (2006); SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Gestão da Alimentação

É importante adotar uma alimentação saudável de modo a promover a saúde e reduzir os riscos de ter um novo EAM.



Adira a uma alimentação variada e polifracionada (muitas refeições ao longo do dia e em pequenas quantidades): pequeno-almoço, a meio da manhã, almoço, lanche, jantar, ceia.

Reduza o sal, o álcool e as carnes vermelhas da sua dieta. Aumente o consumo de frutas e verduras. Beba água.

Fontes: ADCTASC (2011); Ministério da Saúde (2006); Wasling (2000)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Gestão da Alimentação

Sugestões para uma alimentação saudável:

Pequeno-almoço: cereais, sumos naturais, leite magro, frutas, torradas, iogurte.

Meio da manhã: torradas, peça de fruta.

Almoço: sopa, prato principal com preferência para carnes brancas. Sobremesa apenas uma hora depois.

Lanche: peça de fruta, iogurte, torradas.

Jantar: sopa, prato principal ligeiro.

Ceia: leite magro, iogurte, fruta.



Fontes: ADCTASC (2011); Ministério da Saúde (2006); Wasling (2000)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Vigilância do Peso e Sedentarismo

É objetivo do Ministério da Saúde "reduzir a prevalência de obesos", pois a obesidade e o excesso de peso aumentam o risco cardiovascular, predispondo a pessoa à diabetes e à doença aterosclerótica.



Fontes:
Ministério da Saúde (2006);
SPC (2003);
Wasling (2000)

O que pode fazer para reduzir o seu peso?

- Adira a um plano para a redução de peso com base numa alimentação equilibrada e exercício físico;
- Estabeleça objetivos e metas a curto, médio e longo prazo, tendo em conta os benefícios;
- Identifique as suas dificuldades e solicite ajuda, se necessário;
- Controle a evolução do seu plano de redução de peso com um registo rigoroso do que come ao longo do dia; exercício.



Aprendendo a Cuidar do Coração



Controlo da Dislipidemia

Dislipidemia é a presença de níveis anormais de gordura no sangue. É um fator de risco para a doença cardiovascular.



Após um episódio de enfarte, os valores de gordura no sangue considerados ideais são os seguintes (mg/100 ml):

- Colesterol Total: inferior a 160-200
- HDL: superior a 45-59
- LDL: inferior a 70-100
- Triglicéridos: inferior a 150

Controle os níveis de gordura no sangue. Faça exames periódicos e siga rigorosamente as orientações dadas pelos enfermeiros e médicos.

Fontes: Ministério da Saúde (2006);
SPC (2003); Wasling (2000)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Desabituação do Tabaco

O tabagismo é considerado pela União Europeia o fator de risco cardiovascular mais importante.



Substâncias nocivas presentes no fumo do tabaco:

- Nicotina: altera o humor e causa dependência.
- Alcatrão: é fortemente cancerígeno.
- Monóxido de carbono: é tóxico para o organismo, reduz a capacidade do sangue de transportar oxigénio, aumenta a adesividade das plaquetas e predispõe à doença das coronárias.

Fontes: Ministério da Saúde (2007); Ministério da Saúde (2006); SPC (2003); OMS (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Desabituação do Tabaco

Ofereça obstáculos ao consumo do tabaco:

- Não tenha tabaco em casa.
- Evite estar ao pé de pessoas que fumam.
- Desassocie o consumo de tabaco de atividades diárias prazerosas: refeições, convívios sociais, entre outras.



Há consultas de desabituação do tabaco neste hospital e nos centros de saúde.

Há medicamentos, pastilhas e rebuçados que podem ajudá-lo a desabituá-lo do tabaco.

Não deixe o tabaco "queimar" o seu coração.

Fontes: Ministério da Saúde (2007); Ministério da Saúde (2006); SPC (2003); OMS (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Informações sobre o consumo de álcool e outras substâncias

Álcool:

- O álcool é muito calórico e pode aumentar a quantidade de gordura no sangue e contribuir para a obesidade e hipertensão arterial. O álcool é tóxico para o miocárdio.
- O álcool, assim como o tabaco, é grande inimigo do coração!

Drogas:

- O uso de drogas, além da dependência e risco de malefício para as suas relações interpessoais e saúde mental, também pode prejudicar a saúde do seu coração e artérias.
- Tenha particular cuidado com os riscos associados aos esteróides anabolizantes.



Fontes: ADCTASC (2011);
Ministério da Saúde (2006); SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Gestão do Exercício Físico e Sexualidade

É objetivo do Ministério da Saúde "aumentar a prevalência de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico".

Consulte o seu enfermeiro e médico acerca da sua atividade sexual. Poderá regressar à sua atividade sexual sem grandes condicionantes. Deve ter em conta o estado em que se encontra o seu coração (função ventricular, extensão do enfarte) e procure aconselhamento.

Todo o esforço deve ser interrompido se tiver dor no peito!



Fontes: ADCTASC (2011);
Ministério da Saúde (2006); SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Gestão do Exercício Físico e Sexualidade



Conselhos úteis:

- Faça mais caminhadas! Entre 20 e 30 minutos de exercícios moderados três vezes por semana (no mínimo) é considerado satisfatório.
- Utilize as escadas em vez do elevador.
- Dê preferência a andar em vez de utilizar o automóvel e/ou transportes públicos em curtas distâncias.
- Adira à prática desportiva especialmente se for jovem!
- Evite estar muito tempo parado, sentado ou à frente do televisor e do computador.

Fontes: ADCTASC (2011); Ministério da Saúde (2006); SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Gestão da Medicação

É importante conhecer toda a sua medicação, saber para que serve, possíveis efeitos dos medicamentos e nunca descuidar a sua administração!



É indispensável que você siga rigorosamente com o seu autocuidado, o que inclui: *tomar os medicamentos de forma apropriada, marcar e ir às consultas, alterar hábitos não saudáveis de vida, controlar os fatores de risco.*

Nunca deixe de tomar a medicação todos os dias mesmo que se sinta bem!

Fontes: Ordem dos Enfermeiros (2009); Orem (1993)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Medicação utilizada no pós-EAM

Há medicamentos específicos que as pessoas fazem após o Enfarte Agudo do Miocárdio. Além da medicação apresentada aqui, outros fármacos poderão ser prescritos pelo seu médico.

* * *

Protetores gástricos
Antiagregantes plaquetários
Estatinas
Antihipertensores
Bloqueadores Beta



A Nitroglicerina (Nitromint®) é utilizado em SOS para o tratamento da angina de peito.

- Administra-se um comprimido debaixo da língua se apresentar angina de peito.
- Aguarda-se cinco minutos. Se mantiver dor, administra-se um segundo comprimido.
- Aguarda-se mais cinco minutos. Se mantiver dor, administra-se o terceiro comprimido.
- Ainda que a dor passe ao final do terceiro comprimido, deve ligar o 112!

Fontes: Ministério da Saúde (2006); Clayton e Stock (2004); SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



Gestão de Sinais e Sintomas

Após o Enfarte Agudo do Miocárdio, é necessário ter em conta a realidade de ser portador de uma doença crónica (cardiovascular).

Mesmo que se sinta bem, deverá cumprir rigorosamente com o seu regime terapêutico que inclui o controlo dos fatores de risco, a adesão à medicação e a um estilo de vida saudável.



Se tiver/sentir quaisquer alterações, recorra à ajuda especializada e não se descuide!

Fontes: Ministério da Saúde (2006); SPC (2003)



Aprendendo a Cuidar do Coração



A sua Parceria Connosco...

Necessitamos da sua colaboração no desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem que o ajude na gestão da sua doença crónica (EAM).

A sua saúde depende de si!

Queremos ajudá-lo a cuidar de si!

Entre em contacto connosco sempre que julgar necessário.

Estaremos sempre disponíveis para o ajudar no que for preciso.

Muito Obrigado!



Aprendendo a Cuidar do Coração



Bibliografia

- Association Des Consommateurs Test-Achats S.C. (2011). *Coração em forma*. Lisboa: DECO Proteste.
- Castro, I., Batlouni, M., Cantarelli, Ê., Ramires, J. A., Luna, R. L., & Feitosa, G. S. (1999). *Cardiologia Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Clayton, B., & Stock, Y. (2004). *Fundamentos de Farmacologia*. Loures: Lusodidacta.
- Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Cessação Tabágica - Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/Gradiva.
- Hatchett, R., & Thompson, D. (2006). *Enfermagem Cardíaca*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa.



Aprendendo a Cuidar do Coração



Bibliografia

- Ministério da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa.
- Mota, T. G., Clara, J. G., Gonçalves, J. V., Rocha, A. P., Neves, A. P., & Santos, T. M. (2003). *Passaporte para a Vida*. Coimbra: Grupo de Estudos de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento - CIPE. Lisboa.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Wasling, C. (2000). Papel da dieta cárdio-protector na prevenção das doenças coronárias. *Nursing*, 144, pp. 19-30.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneve.

INTRODUÇÃO:

A Consulta de Enfermagem para a Gestão do Regime Terapêutico no pós-EAM surgiu da necessidade de intervenção na promoção da saúde e prevenção de novas complicações ou incidentes críticos na pessoa após EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio).

Todas as intervenções levadas a cabo durante o internamento que se terão repercutido na otimização das funções vitais do indivíduo serão infrutíferas sem a implementação de um processo de educação e acompanhamento/monitorização da pessoa após a alta hospitalar.

A pessoa que sobrevive ao EAM deve ter cuidados adicionais com a sua saúde, controlar os fatores de risco associados e minimizar a possibilidade de recorrência da doença, que pode ser fatal.

As intervenções de enfermagem neste processo consistem na consciencialização para a necessidade de controlo dos fatores de risco, alteração de hábitos não saudáveis de vida e importância da adesão ao regime terapêutico.

Esta consulta está dirigida às pessoas que tiveram um enfarte e que querem aprender a cuidar da própria saúde assumindo a responsabilidade sobre o cuidado de si.

Objetivos da Consulta:

- 1) Orientar a pessoa para a gestão do regime terapêutico (autocuidado) no pós-EAM;
- 2) Definir um plano de intervenção individualizado dirigido à pessoa na gestão do regime terapêutico no pós-EAM;
- 3) Apresentar, de forma sistematizada, princípios fundamentais relacionados com a gestão do regime terapêutico no pós-EAM;
- 4) Efetuar educação em saúde;
- 5) Mobilizar recursos de suporte/referência intra/extra-hospitalares onde sejam identificados fatores condicionantes da gestão do regime terapêutico.

Organização da Consulta:

- A consulta de enfermagem é desenvolvida nos domínios do serviço de cardiologia – torre X, piso Y.
- A primeira consulta de enfermagem será conduzida preferencialmente na primeira semana e até 15 dias após a alta hospitalar.
- As consultas subsequentes serão definidas para um prazo de até 30 dias com ajustes em função de contingências da pessoa/família ou da própria organização da consulta.
- A pessoa/família terá alta da consulta quando forem identificadas condições satisfatórias de gestão do regime terapêutico.
- A consulta de enfermagem poderá ser desenvolvida de três modos: presencial, telefónica ou em contexto de visita domiciliária.

- A consulta presencial funciona entre **segunda e quinta-feira**, em **dias úteis**, entre as **8h00** e as **15h00**.
- **Há uma linha telefónica aberta às pessoas/famílias** na consulta e disponível nos dias úteis entre segunda e sexta-feira entre as 8h00 e as 15h00. Se o enfermeiro não estiver disponível para falar consigo no momento (em consulta, etc.), devolver-lhe-á a chamada oportunamente.
- Na consulta, são avaliados sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura), peso, dor, glicemias, níveis de colesterol, índice de massa corporal e cintura abdominal.

Necessitamos da sua colaboração no desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem que o(a) ajude na gestão da sua doença crónica (EAM).

A sua saúde depende de si!

Queremos ajudá-lo(a) a cuidar de si!

Muito Obrigado!



O EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio) é uma lesão (zona de necrose) no músculo do coração (miocárdio) causada pela obstrução das artérias coronárias.

Faz parte do grupo das doenças intituladas cardiovasculares (que afetam o coração e os vasos sanguíneos) que são as responsáveis por 40% das mortes em Portugal.

As artérias coronárias são os vasos sanguíneos que abastecem o miocárdio de todos os elementos (oxigénio, nutrientes) de que ele necessita para viver.

A literatura aponta que um terço dos casos de EAM é fatal e que 50% das mortes ocorrem na primeira hora de evolução do enfarte.

A obstrução das coronárias pode dar-se por espasmo, trombos ou aterosclerose (doença crónica dos vasos sanguíneos por acúmulo de gordura).



Os SINAIS e SINTOMAS mais comuns do EAM são: DOR intensa (opressiva, moinha, aperto, peso, ardor) atrás do osso esterno, mas que pode ser sentida também em outros locais (nas costas, sobre o estômago). A dor pode irradiar-se para o pescoço, mandíbula (queixo), costas e membros superiores. Também poderá apresentar: náuseas, vômitos, suores, palidez, desmaios. Há pessoas (como os idosos, diabéticos e mulheres) que podem não sentir dor ou ter uma dor inespecífica.

O tratamento (desobstrução) das coronárias pode ser feito através da angioplastia (com balão e/ou *stents*) ou medicamentos (trombólise). Em alternativa, existe a cirurgia cardíaca (*bypass*) e também medicamentos que, prescritos pelo seu médico, podem melhorar a função do coração.



O tratamento das coronárias não impede a pessoa de ter um novo EAM. Quanto mais enfartes a pessoa tiver, menos saudável será o seu coração.

Há vários fatores de risco que devem ser controlados para evitar a ocorrência de novos enfartes.

Se teve um EAM deve aprender a cuidar de si (autocuidado). O EAM é uma doença crónica que suscita cuidados especiais e diários, contudo, é possível ter uma boa qualidade de vida.

O rigoroso cumprimento do regime terapêutico deve ser tido em conta de modo a prevenir complicações para a sua saúde e promover o seu bem-estar.

Não deve faltar às consultas de enfermagem e de medicina. Cumpra rigorosamente com a medicação. Altere hábitos não saudáveis de vida e aprenda a controlar os fatores de risco.

Se necessitar de ajuda para saber mais informações sobre o EAM, contacte-nos. Semelhantemente, poderemos ajudá-lo na gestão do seu regime terapêutico (autocuidado) sempre que necessário.



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003); Modelo de Orem: Conceitos de enfermagem na prática (1993).

Fatores de Risco são um conjunto de agentes que aumentam a probabilidade de ocorrência de um determinado evento.

Os fatores de risco cardiovasculares são agentes que podem predispor o coração e os vasos sanguíneos a sérios danos.

Segundo o Ministério da Saúde, “a elevada prevalência nacional dos fatores de risco das doenças cardiovasculares obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efetiva prevenção, detecção e correção”.

Existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

Os fatores de risco não modificáveis são: género masculino, raça negra, idade avançada, História Familiar de Doença Cardiovascular.



A nossa atenção deve centrar-se nos fatores de risco modificáveis:

- tensão arterial elevada
- diabetes
- tabagismo
- alcoolismo
- dislipidemia (níveis anormais de gordura no sangue)
- obesidade
- sedentarismo
- ansiedade e stress excessivos

A associação de dois ou mais fatores de risco aumenta consideravelmente o risco de morte.

Há fatores de proteção (que promovem a saúde do coração):

- atividade física regular
- alimentação saudável



Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, o controlo dos fatores de risco modificáveis está relacionado com a adesão a um estilo de vida saudável e regrado, o que pode prevenir ou retardar o aparecimento das doenças cardiovasculares.

Não perca tempo!

Controle os fatores de risco!

Adira a um estilo de vida que promova a saúde do seu coração e previna mais prejuízos à saúde!



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003).

Após o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), é necessário ter em conta a realidade de ser portador de uma doença crónica (cardiovascular).

Mesmo que se sintam bem, deverão cumprir rigorosamente com o seu regime terapêutico que inclui o controlo dos fatores de risco, a adesão à medicação e a um estilo de vida saudável.

Deve considerar que poderão surgir sinais e sintomas, os quais deverá saber identificar rapidamente a fim de informar os profissionais de saúde que o acompanham.



- Esteja atento se tiver/sentir:*
- Angina de peito (dor no peito);
 - Falta de ar (e falta de ar à noite);
 - Cansaço;
 - Edemas (inchaços) nas mãos, pernas, pés e barriga;
 - Sensação de mal-estar;
 - Tonturas;
 - Sensação de dormência nas mãos, braços, ombros, pescoço;
 - Sudação anormal e persistente;
 - Aumento do peso;
 - Perda de peso;
 - Alterações nas fezes (especialmente se estiverem escuras tipo borra de café) e alterações na urina;
 - Desmaios;
 - Outras queixas.

Se tiver/sentir algumas destas alterações, recorra à ajuda especializada e não se descuide!



Estas alterações poderão significar agravamento da sua saúde ou efeito dos medicamentos.

Tenha em conta alguns conselhos:

- Controle o seu peso regularmente;
- Avalie o estado da sua pele e características da urina e das fezes;
- Tome a medicação conforme a prescrição do seu médico.

Se faz *Nitromint*® (nitroglicerina) para a angina de peito, recorde que deve recorrer à ajuda especializada se mantiver dor e já estiver a fazer o terceiro comprimido.



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003).

Segundo o Ministério da Saúde, 17% da população portuguesa refere ser hipertensa.

É objetivo do Ministério da Saúde “aumentar a proporção de hipertensos que se encontram diagnosticados e controlados”.

O tratamento da hipertensão “visa obter a redução e o controle dos valores tensionais”

A hipertensão arterial aumenta os riscos de doença cardiovascular (EAM, AVC) e predispõe para a insuficiência cardíaca.



Tensão alta é considerada para valores de pressão arterial sistólica (máxima) superiores a 140 mmHg e/ou valores de pressão arterial diastólica (mínima) superiores a 90 mmHg (> 140/90 mmHg).

Avalie e registe a sua tensão arterial pelo menos uma vez por semana.

Cumpra rigorosamente com a medicação para a tensão arterial mesmo que se sinta bem.

Apenas se tiver tensões arteriais sistólicas inferiores a 100 mmHg é que deverá contactar aconselhamento médico no sentido de parar, eventualmente, a medicação.

Conheça os seus medicamentos e Aprenda a cuidar de si!



Registe a sua tensão arterial e pulso:

DATA	Tensão	Pulso
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003).

Diabetes é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos valores de açúcar no sangue (hiperglicemia), o que é prejudicial para as artérias pois agrava a aterosclerose.

A diabetes é responsável por significativa perda da qualidade de vida se não for controlada.

As principais complicações da diabetes são: cegueira, amputações dos membros, insuficiência renal, doenças cardiovasculares, doenças dos vasos sanguíneos e dos nervos.

A incidência da diabetes tem aumentado nos últimos anos especialmente relacionada com a obesidade e o sedentarismo.

É objetivo do Ministério da Saúde “aumentar a proporção de diabéticos que se encontram diagnosticados e controlados”.



O diabético deve ter em atenção a sua autovigilância:

- Controlar os valores de açúcar no sangue (glicemia);
- Manter uma alimentação saudável: polifracionada; reduzir o consumo de açúcar, doces e gorduras; aumentar o consumo de legumes e frutas (entre duas e três peças de fruta ao dia é o indicado);
- Controlar o peso;
- Ter uma atividade física regular;
- Proceder ao autoexame físico;
- Adotar um estilo de vida saudável;
- Cumprir rigorosamente com a medicação;
- Ir às consultas de rotina.



Controle os níveis de açúcar no sangue. Faça exames periódicos e siga rigorosamente as orientações dadas pelos enfermeiros e médicos.

Registe o valor das suas glicemias:

Data/Hora:	Valor:	Data/Hora:	Valor:



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007); Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003).

É indispensável que você siga rigorosamente com o seu autocuidado, o que inclui: *tomar os medicamentos de forma apropriada, marcar e ir às consultas, alterar hábitos não saudáveis de vida, controlar os fatores de risco.*

Dos cuidados a ter com a saúde, deve ter particular atenção com a medicação.

É importante conhecer toda a sua medicação, saber para que serve, possíveis efeitos dos medicamentos e nunca descuidar a sua administração!
Siga os conselhos dos enfermeiros e médicos.



Alguns conselhos úteis:

- Nunca deixe de tomar a medicação *todos os dias* mesmo que se sintam bem;
- Memorize o nome dos seus medicamentos e aprenda a reconhecê-los;
- Informe-se sobre a finalidade, efeitos desejáveis e possíveis efeitos indesejáveis de cada uma da medicação de que faz uso;
- Aprenda a controlar sozinho a sua medicação;
- Não aumente e nem diminua a quantidade da medicação que toma;
- Tome os medicamentos nas horas e nas dosagens indicadas pelo seu médico;
- Informe o seu médico se não se sentir bem;
- Consulte o seu médico sobre a possibilidade de prescrição de medicação genérica;



- Utilize caixas de medicação se isso o ajudar a controlar as tomas;
- Recorra a “lembretes” (alertas no telemóvel, horas do dia, rotinas diárias) sempre que for necessário, de modo a não se esquecer de tomar a medicação;
- Tenha atenção na armazenagem dos medicamentos (proteger da luz solar, humidade, frio, calor, produtos químicos).

Não deixe de tomar a sua medicação sem indicação médica!

A sua saúde depende de si! A falha com o cumprimento da medicação pode trazer prejuízos incalculáveis!



Fontes: Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento – CIPE (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009) Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003).

Há medicamentos específicos que as pessoas podem fazer após o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Além da medicação que segue, outros fármacos poderão ser prescritos pelo seu médico.

*** Protetores gástricos:**

Indicação: protegem o estômago da ação dos alimentos e medicamentos.

Exemplos: omeprazol, pantoprazol, esomeprazol.

Observações: devem ser ingeridos preferencialmente em jejum.

Efeitos possíveis: diarreia, obstipação, náuseas, vômitos, distúrbios do sono, vertigens e dores de cabeça.

*** Antiagregantes plaquetários:**

Indicação: prevenção secundária das doenças cardiovasculares (EAM/AVC).

Exemplos: ácido acetilsalicílico (aspirina®), AAS®, cartia®, tromalyt®), Clopidoprel (plavix®), ticlopidina, triflusal.

Observações: não devem ser administrados em jejum. Normalmente, são ingerido após o pequeno-almoço (clopidogrel) e após o almoço (ácido acetilsalicílico).

Efeitos possíveis: náuseas, vômitos, vômitos com sangue, diarreia, perda de sangue nas fezes (melenas: fezes com a aparência da borra do café), dificuldade em estancar o sangue (ao barbear-se, escovar os dentes).



*** Estatinas:**

Indicação: tratamento da dislipidemia (níveis anormais de gordura no sangue).

Exemplos: sinvastatina, atorvastatina (zarator®), pravastatina (pravacol®), rosuvastatina (crestor®, visacor®), fluvastatina, fenofibrato (catalip®, supralip®).

Observações: normalmente administrados após o jantar.

Efeitos possíveis: anemia, cefaleias, dores musculares, diarreia, náuseas, alterações do fígado.



*** Antihipertensores:**

Indicações: controlo da tensão alta (hipertensão arterial).

Exemplos: os mais utilizados são os conhecidos como IECA: captopril (capoten®), enalapril, lisinopril, perindopril (coversyl®), ramipril.

Observações: podem ser feitos com ou sem alimentos, consoante a prescrição.

Efeitos possíveis: tosse, tonturas, cefaleias, anemias. Podem baixar a tensão arterial significativamente. Ter em atenção que se a sua tensão arterial sistólica (máxima) for inferior a 100 mmHg, deverá procurar orientação médica.

*** Bloqueadores Beta:**

Indicação: controlo da tensão arterial e da frequência cardíaca; favorece o miocárdio.

Exemplos: atenolol, carvedilol (dilbloc®), propranolol (inderal®), bisoprolol (concor®), metoprolol, nebivolol (nebilet®).

Observações: podem ser feitos com ou sem alimentos, consoante a prescrição.

Efeitos possíveis: diarreia, vômitos, tonturas, desmaios, disfunção erétil. O efeito mais frequente poderá ser a **bradicardia** (diminuição do pulso). Ter em atenção se o pulso estiver inferior a 50 batimentos/minuto.

*** Outros:**

Nitroglicerina (Nitromint®). Utilizado em SOS para o tratamento da angina de peito.

– Administra-se um comprimido debaixo da língua se apresentar angina de peito.

– Aguarda-se cinco minutos. Se mantiver dor, administra-se um segundo comprimido.

– Aguardam-se mais cinco minutos. Se mantiver dor, administra-se o terceiro comprimido.

– Ainda que a dor passe ao final do terceiro comprimido deve ligar o 112!



Fontes: Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento – CIPE (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009); Fundamentos de Farmacologia (2004); Enfermagem Cardíaca (2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003).

É importante adotar uma alimentação saudável de modo a promover a saúde e reduzir os riscos de sofrer um novo EAM.

Adira a uma alimentação variada e polifracionada (muitas refeições ao longo do dia e em pequenas quantidades): pequeno-almoço, a meio da manhã, almoço, lanche, jantar, ceia.



Modere o consumo de:

- sal (substitua o sal por ervas aromáticas e especiarias)
- açúcar e doces
- carne vermelha

Evite na sua dieta:

- óleos, fritos, gorduras e calorias
- enchidos, feijoadas, molhos, maioneses
- álcool
- gorduras saturadas e gorduras *trans* (gordura vegetal hidrogenada ou parcialmente hidrogenada)
- alimentação de *fast food*
- enlatados, fumados, pré-cozinhados

Aumente o consumo de:

- água (pelo menos 1,5 litros/dia). As pessoas com *insuficiência cardíaca* devem ingerir no máximo 1,5 litros de líquidos/dia
- sopas
- vegetais (frutas, legumes, verduras e hortaliças)
- leite e laticínios magros; leites de soja, aveia e arroz.
- carne branca (peixes, frango, coelho)
- fibras (aveia, centeio, arroz, massa e pão integrais, batata assada com casca)
- ovos (cozidos, escalfados)



É saudável consumir:

- azeite
- leguminosas (uma vez/dia): feijões, grão, soja, ervilhas, lentilhas
- hortaliças e verduras frescas (duas vezes/dia): alho, brócolos, beterraba, beringela, cenoura, cebolas, couves, abóbora, aipo, batata-doce, pimentos, espinafres, salsa, espargos

- frutas frescas (três vezes/dia): citrinos, pera e maçã com casca, pêssago, banana, ananás

Em atenção:

- peixes gordos (quatro a cinco vezes/semana): salmão, sardinhas, atum, arenque, cavala
- aves sem pele (uma vez/semana)
- partes magras do porco e vaca (três vezes/mês)
- vinho tinto (100 cc às refeições – almoço e jantar)

Dê preferência a cozidos, assados e grelhados (sem molhos), estufados simples, “pão do coração”.



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Outras publicações do Ministério da Saúde; Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003); Revista Nursing (2000).

Segundo O Ministério da Saúde, cerca de 50% da população portuguesa apresenta excesso de peso.

É objetivo do Ministério da Saúde “reduzir a prevalência de obesos” pois a obesidade e o excesso de peso aumentam o risco cardiovascular, predispondo a pessoa à diabetes e à doença aterosclerótica.

É importante aderir a uma alimentação saudável e ao exercício físico regular.

Recorra à ajuda de um especialista (nutricionista, dietista, médico) se tiver dificuldades em perder peso.



O que pode fazer para reduzir o seu peso?

- Adira a um plano para a redução de peso com base numa alimentação equilibrada e exercício físico;
- Estabeleça objetivos e metas a curto e médio prazo, tendo em conta os benefícios que terá do ponto de vista da sua saúde física e mental e estética corporal;
- Identifique as suas dificuldades e solicite ajuda se necessário;
- Controle a evolução do seu plano de redução de peso com um registo rigoroso do que come ao longo do dia; exercício. Pese-se sempre nas mesmas condições (mesma balança, roupa, hora do dia, etc.).



Se tiver dificuldades em reduzir o peso ou não conseguir atingir os objetivos propostos não desista! Aprenda com as dificuldades e prossiga com o seu programa individual.

Segundo a literatura não há necessidade de perder peso nos homens com uma cintura igual ou inferior a 94 cm e nas mulheres com uma cintura igual ou inferior a 80 cm.

Se necessitar de mais orientações, não hesite em contactar-nos!



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003); Revista Nursing (2000).

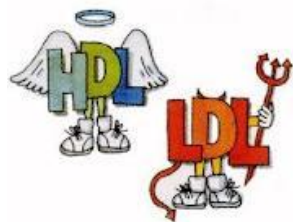
Dislipidemia é a presença de níveis anormais de gordura no sangue. É um fator de risco para a doença cardiovascular.

Para o diagnóstico da dislipidemia são avaliados em laboratório os níveis de colesterol total, LDL, HDL e triglicéridos no sangue.

É objetivo do Ministério da Saúde “aumentar a proporção de dislipidémicos que se encontram diagnosticados e controlados”.

Segundo o Ministério da Saúde, Portugal é o país da União Europeia que mais consome calorias por dia.

Há dois tipos de colesterol: HDL (ou bom colesterol) que é eliminado através do fígado; e LDL (mau colesterol) que se acumula nas paredes dos vasos sanguíneos produzindo entupimento.

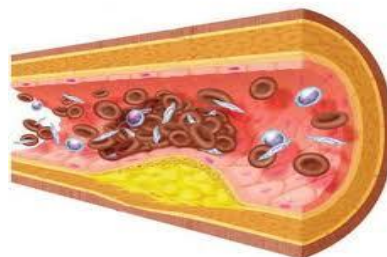


Após um episódio de enfarte, os valores de gordura no sangue considerados ideais são os seguintes (mg/100ml):

- Colesterol Total: inferior a 160-200
- HDL: superior a 45-59
- LDL: inferior a 70-100
- Triglicéridos: inferior a 150

Para controlar a dislipidemia, deve ter em conta:

- Alimentação saudável: redução do consumo de fritos e alimentos ricos em gorduras saturadas e colesterol; aumentar o consumo de frutas, legumes e fibras;
- Correção do excesso de peso;
- Exercício físico;
- Uso de medicamentos quando indicado.



Os níveis elevados de gordura no sangue são responsáveis, juntamente com outros fatores de risco, pela incidência das doenças cardiovasculares

Controle os níveis de colesterol no sangue. Faça exames periódicos e siga rigorosamente as orientações dadas pelos enfermeiros e médicos.

Não hesite em contactar-nos se necessitar de mais orientações acerca do controlo da dislipidemia.

*A sua saúde depende de si.
Cuide bem dela!*



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003).

Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 19% da população portuguesa com mais de dez anos refere que é fumadora de mais de 20 cigarros/dia.

O tabagismo é considerado pela União Europeia como o fator de risco cardiovascular mais importante.

É objetivo do Ministério da Saúde “reduzir a prevalência de fumadores”.

Dez anos após ter deixado de fumar, os riscos para o ex-fumador sem doença das coronárias ficam iguais aos do não-fumador.

Os que fumam mais do que um maço de cigarros por dia têm quatro vezes mais enfartes do que os que não fumam. Fumar de um a cinco cigarros por dia também aumenta o risco – em 40%.

Os efeitos nocivos do tabaco acumulam-se ao longo do tempo. O tabagismo *passivo* também é prejudicial à saúde.



“O consumo de charutos e do fumo de cachimbo também aumentam o risco de enfarte do miocárdio. O mesmo se aplica ao fumo de cigarros com filtro, fumo de cigarros ‘leves’ e ao fumo sem inalação.”

O fumo do tabaco possui mais de 4000 substâncias prejudiciais à saúde. Segundo a OMS, “todos os produtos do tabaco são nocivos para a saúde, não havendo um limiar seguro de exposição”. Algumas dessas substâncias são:

- Nicotina: altera o humor e causa dependência.
- Alcatrão: é fortemente cancerígeno.
- Monóxido de carbono: é tóxico para o organismo, reduz a capacidade do sangue de transportar oxigénio, aumenta a adesividade das plaquetas e predispõe à doença das coronárias.



É indispensável deixar de fumar imediatamente!

Ofereça obstáculos ao consumo do tabaco:

- Não tenha tabaco em casa.
- Evite estar ao pé de pessoas que fumam.
- Desassocie o consumo de tabaco de atividades diárias prazerosas: refeições, convívios sociais, entre outras.

Se necessitar de ajuda para deixar de fumar, fale connosco.

Há consultas de desabitação do tabaco neste hospital e nos centros de saúde.

Há medicamentos, pastilhas e rebuçados que podem ajudá-lo a desabituá-lo do tabaco.

Não deixe o tabaco “queimar” o seu coração!



Fontes: Cessação Tabágica – Programa-tipo de actuação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007); Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003); OMS (2006).

É preciso ter em atenção que o uso de algumas substâncias pode afetar a saúde do seu coração e o seu bem-estar. Listamos algumas a seguir:

Açúcar:

- Tenha cuidado com o consumo de açúcar especialmente se é diabético.
- O açúcar em excesso pode contribuir para o surgimento da diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares (EAM/AVC).
- Diminua o consumo de açúcar e/ou substitua-o por açúcar mascavado e adoçante.

Álcool:

- O álcool é muito calórico e pode aumentar a quantidade de gordura no sangue e contribuir para a obesidade e a hipertensão arterial. O álcool é tóxico para o miocárdio.
- O álcool e o tabaco são grandes inimigos do coração!



- O consumo de álcool com moderação não é considerado prejudicial à saúde. Um copo de

vinho tinto (10 dl = 100 cc) às refeições (almoço e jantar) não é desaconselhado.

Drogas:

- O uso de drogas, além da dependência e risco de malefício para as suas relações interpessoais e saúde mental, também pode prejudicar a saúde do seu coração e artérias.
- Tenha particular cuidado com os riscos associados aos esteroides anabolizantes.



Café e Chocolate:

- Muitos estudos apontam que o café não é prejudicial para a maioria das pessoas.
- Em alguns casos, o café aumenta o ritmo cardíaco e a ansiedade, contribuindo para a insónia (a cafeína é um excitante!). Se teve um EAM, deve reduzir o consumo de café a no máximo dois cafés expressos/dia.
- Evite associar o café com o açúcar (calorias) e não fume!

- O chocolate deve ser consumido com moderação dada a quantidade de açúcar que contém.
- Dê preferência ao chocolate amargo ou semi-amargo.
- Há estudos que apontam que o chocolate pode reduzir a ansiedade.



Pílula contraceptiva:

- O uso da pílula é relativamente seguro dado os atuais conhecimentos em saúde.
- Mas atenção! A associação da pílula com o tabaco pode aumentar consideravelmente o risco das doenças cardiovasculares sobretudo a partir dos 40 anos!
- Mulheres hipertensas, diabéticas, com dislipidemia e varizes têm riscos acrescidos com o uso da pílula.

Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003); Livro *Coração em Forma* (DECO PROTESTE, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, Portugal é o país da União Europeia em que menos se anda a pé.

É objetivo do Ministério da Saúde “aumentar a prevalência de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico”.

“O exercício físico regular favorece a mobilidade das articulações; fortalece os ossos e músculos; previne a osteoporose, as dores nas costas e artroses; melhora a postura e a pele; diminui o excesso de peso e a diabetes; diminui o colesterol, a tensão arterial e a frequência cardíaca; mantém o coração mais saudável; melhora a eficiência dos pulmões; combate a ansiedade, a insónia, a depressão e o stress; promove as relações sociais e a comunicação”.



Consulte o seu enfermeiro e médico acerca da sua atividade sexual. Poderá regressar à sua atividade sexual sem grandes condicionantes. Deve ter em conta o estado em que se encontra o seu coração (função ventricular, extensão do enfarte) e procure aconselhamento.

Todo o esforço deve ser interrompido se tiver dor no peito!

Conselhos úteis:

- *Faça mais caminhadas! Entre 20 e 30 minutos de exercícios moderados três vezes por semana (no mínimo) é considerado satisfatório.*
- **Utilize as escadas em vez do elevador.**
- *Dê preferência a andar em vez de utilizar o automóvel e/ou transportes públicos em curtas distâncias.*
- **Adira à prática desportiva especialmente se é jovem!**
- *Evite estar muito tempo parado, sentado ou à frente do televisor e do computador.*



Sozinho ou acompanhado; em casa, na rua ou no ginásio; a andar, a correr ou a nadar; o importante é não parar!

Se necessitar de ajuda, poderemos ajudá-lo a identificar um programa de exercício físico que seja mais adequado para si.

Poderá recorrer a especialistas no sentido de conseguir aderir ao programa de exercício físico.

Não pare!

Mantenha o seu coração em forma!

A sua saúde depende de si.



Fontes: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Publicações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2003); Livro *Coração em Forma* (DECO PROTESTE, 2011).

APÊNDICE 7: Quadro de Medicação

Quadro de Medicação

Cumpra rigorosamente com o esquema de medicação. Tome os seus medicamentos na hora certa e na dose prescrita pelo seu médico.



HORA: Jejum

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis



HORA: Pequeno-almoço

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

HORA: Almoço



Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

HORA: Lanche



Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

HORA: Jantar



Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

HORA: Ceia



Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

Medicamento	Dose	Como fazer	Grupo	Finalidade	Efeitos possíveis

APÊNDICE 8: Informação para Referenciação Intra/Extra-Hospitalar

Informação para Referenciação Intra/Extra-hospitalar

» *Neste Hospital*, existem as seguintes valências com possibilidade de referenciação após contacto telefónico:

- Consulta de Tabagismo (multidisciplinar): Extensão: ****
- Consulta de Obesidade (multidisciplinar): Extensão: ****
- Consulta de Dietética (dietistas): Extensão: ****
- Consulta de Diabetes (multidisciplinar): Extensão: ****
- Assistência Social (assistente social do serviço de cardiologia): Extensão: ****
- Consulta de Psicologia: Extensão: ****

NOTA: Possibilidade de reativação do Programa de Reabilitação Cardíaca do serviço de cardiologia. Equipa de fisioterapia e fisioterapia e enfermeiros especialistas em reabilitação disponíveis para colaborar. Necessidade de intervenção de enfermagem junto à direção do serviço de cardiologia (médico responsável) nesse sentido.

NOTA: Há outras valências *neste hospital* (ver *site* do hospital) para onde as pessoas poderiam ser encaminhadas (ex.: consulta de infecciologia, consulta da dor, etc.).

» Na região metropolitana de Lisboa, existem as seguintes valências, para referenciação, de entre outras:

- Consulta de Desabituação do Tabaco
- Consulta de Nutrição
- Consulta de Diabetes
- Consulta de Hipertensão Arterial

NOTA: Necessidade de contactar previamente as unidades relacionadas no sentido de validar a manutenção/realização das consultas.

» *Sites* de apoio na Internet:

– Portal da Saúde (secção SERVIÇOS » Centros de Saúde):

<http://www.min-saude.pt/portal>

– Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES):

<http://www.arslvt.min-saude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/UnidadesDeSaude/Paginas/CentrosdeSaude.aspx>

– Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS):

<http://www.acss.min-saude.pt/>

» Linha SOS Deixar de Fumar (Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva). Presta apoio, aconselhamento e informação a quem quer deixar de fumar. Funciona todos os dias entre as 13h00 e as 21h00. Telefone: **808 208 888**.

APÊNDICE 9: Apresentação educativa – Aprendendo a Cuidar do Coração