



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

# Enfermagem de Reabilitação no *Empowerment* do doente com Insuficiência Cardíaca

Ana Sofia Teles Dias



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

Ana Sofia Teles Dias  
Estágio de Natureza Profissional  
com Relatório Final

**Enfermagem de Reabilitação no**  
***Empowerment* do doente com**  
**Insuficiência Cardíaca**

**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório efetuado sob a orientação de:  
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Junho de 2023

## **AGRADECIMENTOS**

Quero começar por agradecer à Professora Salomé Ferreira, pelo apoio, motivação e disponibilidade, perante as minhas dúvidas e incertezas.

Agradeço à minha orientadora de estágio, a Enfermeira Especialista em Reabilitação Licínia Aguiar, pela confiança, compreensão, sabedoria, companheirismo e disponibilidade, mesmo naqueles dias mais difíceis.

À minha amiga de longa data, excelente pessoa e profissional de Enfermagem, Patrícia Silva, pelo apoio, paciência, amizade e carinho.

Agradecer também à Prof.<sup>a</sup> Elisabete Lamy da Luz, Professora Adjunta Convidada na Escola de Saúde de Santarém pela disponibilidade em facultar a sua escala de *Empowerment Individual* no contexto da Doença Crónica.

Ao meu “companheiro de viagem”, António, por toda a paciência, amor e carinho que teve comigo nestes dias longos.

Aos meus pais por todo o apoio, segurança, disponibilidade, amor e paciência, sem vós não seria possível este Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

À minha irmã, Cláudia, pelo apoio, disponibilidade e suporte.

Os maiores agradecimentos vão para a minha filha, Cecília, que teve muita paciência, demonstrando sempre amor, dando-me força para continuar a lutar. Peço-te desculpa, por estes dias de ausências, agora vamos percorrer o caminho juntas, felizes e com esperança.

## PENSAMENTO

*“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importa quais são os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”*

Tenzin Gyatso (Dalai Lama)

## RESUMO

**Introdução:** O presente trabalho integra-se no âmbito do Estágio de Natureza profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESS-IPVC e à implementação, de um projeto de investigação no Serviço de Cardiologia/Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia num hospital da zona Norte.

**Objetivos:** Descrever as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, adquirindo e aprimorando as competências comuns e específicas do EEER, com uma componente de investigação, contribuindo para uma prática baseada na evidência. O objetivo geral deste projeto é avaliar o impacto das intervenções do EEER no *empowerment* do doente com IC, no local de estudo.

**Metodologia:** Foi utilizada uma abordagem metodológica de índole quantitativa, um estudo do tipo observacional descritivo longitudinal. A população do estudo era constituída por 33 doentes que foram submetidos a um plano de cuidados de reabilitação durante o internamento, com educação para a saúde, sobre a doença, o regime terapêutico, os fatores de risco cardiovasculares, os sinais e sintomas, os cuidados a ter e com mudanças no estilo de vida e de hábitos. O instrumento de colheita de dados utilizado foi através da aplicação do questionário a “Escala de *Empowerment* Individual” (Luz, Bastos, & Vieira, 2020), antes da intervenção do EEER e 20 a 40 dias após a alta hospitalar.

**Resultados:** Foi possível verificar que a capacidade de empowerment dos doentes internados com diagnóstico de IC era baixo. As dimensões em estudo (Autoperceção; Participação nas decisões em saúde; Mestria; Determinação; Identidade; Autonomia e Poder; Relação com os profissionais de saúde) apresentam valores positivos após a intervenção do EEER. Na análise das hipóteses e no impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável da escolaridade.

**Conclusões:** Verificamos que existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que a intervenção do EEER melhora o *empowerment* global dos doentes internados com diagnóstico de IC.

**Palavras Chave:** Insuficiência Cardíaca, *Empowerment*, Enfermeiro de Reabilitação.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The present work is part of the Professional Nature Internship of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing of the ESS-IPVC and the implementation of a research project in the Cardiology Service/Cardiology Intensive Care Unit in a hospital in the North zone.

**Objectives:** To describe the activities developed in the context of an internship, acquiring and improving the common and specific competencies of the EEER, with a research component, contributing to an evidence-based practice. The overall objective of this project is to evaluate the impact of EEER interventions on *HF* patient empowerment at the study site.

**Methodology:** A quantitative methodological approach was used, a longitudinal descriptive observational study. The study population consisted of 33 patients who underwent a rehabilitation care plan during hospitalization, with health education, about the disease, the therapeutic regimen, cardiovascular risk factors, signs and symptoms, care to be taken and changes in lifestyle and habits. The data collection instrument used was through the application of the questionnaire "Individual *Empowerment* Scale", before the intervention of the EEER and 20 to 40 days after hospital discharge. (Luz, Bastos, & Vieira, 2020)

**Results:** It was possible to verify that the empowerment capacity of hospitalized patients diagnosed with HF was low. The dimensions under study (Self-perception; Participation in health decisions; Mastery; Determination; Identity; Autonomy and Power; Relationship with health professionals) present positive values after the intervention of the EEER. In the analysis of the hypotheses and in the impact of the sociodemographic and clinical variables, only statistically significant differences were found in the schooling variable.

**Conclusions:** We found that there is statistically significant evidence to affirm that the EEER intervention improves the overall *empowerment* of hospitalized patients diagnosed with HF.

**Keywords:** Heart Failure, *Empowerment*, Rehabilitation Nurse.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

IC – Insuficiência Cardíaca

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

DGS – Direção Geral de Saúde

ENP – Estágio de Natureza Profissional

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca

CPC – Contexto de Prática Clínica

ER – Enfermagem de Reabilitação

RC – Reabilitação Cardíaca

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

EPICA – Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem

FEVE – Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

NYHA – New York Heart Association

ESC – Sociedade Europeia de Cardiologia

NT proBNP – Peptídeo Natriurético do tipo-B

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

FRCV – Fatores de Risco Cardio Vasculares

GEIC – Grupo de Estudo da Insuficiência Cardíaca

FC – Frequência Cardíaca

PA – Pressão Arterial

BAV – Bloqueio Aurículo Ventricular

ECG – Eletrocardiograma



# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	3
PENSAMENTO .....	4
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	6
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	7
ÍNDICE DE TABELAS.....	11
ÍNDICE DE FIGURAS .....	12
INTRODUÇÃO GERAL .....	13
CAPÍTULO I - CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EM ESTÁGIO .....	15
1.1 Serviço de Cardiologia / Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia .....	15
1.2 Descrição das Atividades Desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional.....	19
CAPÍTULO II - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O <i>EMPOWERMENT</i> DO DOENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	21
2.1 Fundamentação .....	21
2.2 Enquadramento Teórico.....	22
2.2.1 Insuficiência Cardíaca .....	22
2.2.2 A Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Cardíaca .....	31
2.2.3 O Papel do EEER no Empowerment do Doente com Insuficiência Cardíaca .....	34
2.2.4 Teoria das Transições de Alaf Meleis .....	40
2.3 Metodologia .....	43
2.3.1 Objetivos e Hipóteses da Investigação .....	44
2.3.2 Tipo de Estudo.....	45
2.3.3 População e Amostra.....	46
2.3.4 Procedimento de Recolha e Tratamento de Dados .....	47
2.3.5 Procedimentos Éticos .....	51
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	52
3.1 Apresentação de Resultados.....	52
3.2 Discussão dos Resultados .....	59
3.3 Conclusões do Estudo .....	62
CAPÍTULO IV - ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DO PROCESSO FORMATIVO.....	64
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	64
4.2 Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	72

CONCLUSÃO GERAL .....	76
BIBLIOGRAFIA .....	79
APÊNDICES .....	86
Apêndice 1 - Manual para o Cuidador do Doente com Insuficiência Cardíaca .....	87
Apêndice 2 - Pedido de Autorização para a Realização do Estudo à Enfermeira Gestora, ao Departamento Médico, à Diretora do Serviço de Cardiologia e ao Conselho de Administração .....	96
Apêndice 3 - Parecer da Comissão de Ética.....	100
Apêndice 4 - Autorização da Autora do Questionário .....	102
Apêndice 5 - Questionário .....	104
Apêndice 6 - Consentimento Informado .....	108
Apêndice 7 - Projeto Formativo .....	110
Apêndice 8 – Certificado de Presença .....	113
Apêndice 9 – Escala de Borg Modificada.....	115

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sinais e Sintomas da IC (ESC, 2021).....	23
Tabela 2 - Classificação da IC segundo classe funcional de NYHA e ACC/AHA.....	24
Tabela 3 - Classificação da IC segundo a FEVE.....	24
Tabela 4 - Guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2021). ....	30
Tabela 5 - Componentes Centrais de um Programa de Reabilitação. Fonte: Abreu et al. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. Revista Portuguesa de Cardiologia,37, (5), 363-373...	32
Tabela 6 - Termos descritivos utilizados para descrever o empowerment do doente (OUSCHAN R. e SWEENEY J. e JOHNSON L. (2000) .....	36
Tabela 7 - Modelo de Empowerment para a Enfermagem de Gibson (1991).....	36
Tabela 8 - Sinais de alarme que obrigam à interrupção do programa de reabilitação cardíaca intra-hospitalar (Fonte: GOBPER, 2020, p.146).....	49
Tabela 9 - Descrição sociodemográfica e clínica .....	52
Tabela 10 - Avaliação do Empowerment e das dimensões antes da intervenção do EEER	53
Tabela 11 - Teste de Mann-Whitney na comparação por género.....	54
Tabela 12 - Teste de Mann-Whitney na comparação por estado civil .....	54
Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por idade .....	54
Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por escolaridade.....	55
Tabela 15 - Teste de Mann-Whitney na comparação por área de residência .....	56
Tabela 16 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por tempo de diagnóstico .....	56
Tabela 17 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por etiologia da IC.....	56
Tabela 18 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por tipo de IC.....	57
Tabela 19 - Empowerment após intervenção do EEER .....	57
Tabela 20 - Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon na comparação do empowerment inicial e após a intervenção do EEER.....	58

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Algoritmo diagnóstico de insuficiência cardíaca. Fonte: ESC, 2021, p.6 .....	25
Figura 2 - Progressão da IC (Adaptado de Gheorghide M, et al. Pathophysiologic Targets in the Early Phase of Acute Heart Failure Syndromes. Am J Cardiol; 2005;96:11G-17G) 26	
Figura 3 - Esquematização da teoria das transições de Alaf Meleis (adaptado Meleis et al. 2000).....	40
Figura 4 - Níveis de empowerment nos diferentes graus de ensino .....	55
Figura 5 - Distribuição do empowerment antes e após a intervenção do EEE.....	58

## INTRODUÇÃO GERAL

No âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, inserido na unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional, foram propostos o desenvolvimento de um estudo de investigação e a realização de um relatório de estágio de natureza profissional.

O estágio decorreu no Serviço de Cardiologia/ Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia num hospital da zona Norte, no período de 04 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023, tendo duração de 24 semanas com 390 horas de contacto.

A orientação deste estágio esteve a cargo da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Licínia Aguiar, com a orientação e supervisão pedagógica da Doutora e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Professora Salomé Ferreira.

Este relatório de natureza profissional tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, adquirindo e aprimorando as competências comuns e específicas do EEER, com uma componente de investigação, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

É constituído por quatro capítulos: no capítulo I com a caracterização do contexto da prática clínica e das atividades desenvolvidas em estágio; no capítulo II, a fundamentação, o enquadramento teórico e o enquadramento metodológico, no capítulo III a apresentação, análise e discussão dos resultados, o capítulo IV a análise reflexiva e crítica do processo formativo ao longo estágio de natureza profissional, com referência ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER e por fim a conclusão geral.

As doenças cardiovasculares são, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), a principal causa de mortalidade, morbilidade, incapacidade e de invalidez. Assim, nas orientações 2017, a DGS define como missão “*Reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis com particular enfoque na hipertensão arterial e dislipidemia (que não são alvo de atuação de outros programas prioritários, como o tabagismo, a atividade física ou a diabetes Mellitus.*” (Saúde D. G., Programa Nacional para Doença Cérebro-cardiovascular, 2017)

Por isso, emerge a necessidade de implementar programas preventivos, englobando medidas de adoção de estilos de vida saudáveis, a adesão ao regime terapêutico, o controlo dos fatores de risco e a melhoria da capacidade funcional, apostando na prevenção primária e secundária

das doenças cardiovasculares, a principal causa de mortalidade e morbidade em Portugal (Silveira & Abreu, 2016).

Neste estágio de natureza profissional, foi desenvolvido um projeto de investigação subordinado ao tema, o *empowerment* do doente com Insuficiência Cardíaca (IC).

A IC constitui uma causa importante de mortalidade e morbidade em Portugal, acarretando elevados custos em tratamentos, tempo de internamento, diminuição da capacidade funcional da pessoa e, conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida.

O termo inglês *empowerment*, um neologismo que significa empoderamento e que adotaremos ao longo do trabalho, consiste num processo em que o doente adquire maior poder e autonomia sobre a sua saúde, através de um conjunto de conhecimentos e competências que lhe possibilitam uma tomada de decisão em relação ao seu estado de saúde/doença e na interação com o profissional de saúde.

O EEER tendo em conta o seu corpo próprio de conhecimentos e práticas, deve promover a saúde através da prevenção, tratamento e reabilitação, prevenindo complicações secundárias, através da conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e no potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros – regulamento n.º 392/2019).

Tendo como referência o *empowerment* nos cuidados, o EEER deve considerar o doente como um parceiro da equipa de saúde, assumindo um papel facilitador na participação e autonomia do doente sobre a sua vida.

Assim, o interesse por esta temática surge pelo elevado impacto que a IC tem nos recursos do SNS, causados essencialmente, pelo elevado número de internamentos, podendo estes serem diminuídos pela intervenção do EEER na capacitação do doente.

Para além disso, a avaliação do *empowerment* do doente com IC, na sua transição de saúde/doença, após a intervenção do EEER pode constituir um indicador de ganhos em saúde.

Tendo por referência o exposto, realizou-se o projeto de investigação: “O Enfermeiro Especialista em Reabilitação no *Empowerment* do Doente com Insuficiência Cardíaca”.

## **CAPÍTULO I - CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EM ESTÁGIO**

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) decorreu no Serviço de Cardiologia/Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia num hospital da zona Norte, entre 04 de outubro de 2022 até dia 31 de março de 2023, num total de 410 horas, no âmbito da unidade curricular de Seminário/Estágio de Natureza Profissional, com a elaboração de um trabalho de investigação desenvolvido na área de Enfermagem de Reabilitação.

### **1.1 SERVIÇO DE CARDIOLOGIA / UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIOLOGIA**

O Serviço Cardiologia integra-se no Departamento Médico de um hospital da zona Norte e é constituído pela Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) e pelo Serviço de Internamento de Cardiologia. Dispõe, ainda, de valências que colaboram em estreita relação entre si, nomeadamente, a Clínica de Insuficiência Cardíaca (CIC), o Laboratório de Hemodinâmica, o Laboratório de Implantação de Pacemakers, o Laboratório de Ecocardiografia e a Consulta de Enfermagem de Apoio à Cessação Tabágica.

Este Contexto da Prática Clínica (CPC) articula-se com todos os serviços da área clínica de forma a suprir as necessidades dos doentes.

Conta, também, com o apoio das equipas de suporte à prestação de cuidados de saúde ou de apoio clínico, nomeadamente, os serviços de apoio à gestão e logística e os serviços de apoio técnico.

O Serviço de Cardiologia é composto por:

- 4 enfermarias com casas de banho integradas e 1 quarto individual, num total de 17 camas, em que todos os doentes se encontram monitorizados para vigilância eletrocardiográfica;
- a UCIC possui 5 camas para monitorização e tratamento intensivo de doentes mais complexos;
- 1 sala de banhos assistidos;
- 2 gabinetes médicos;
- 1 sala de trabalho de Enfermagem;

- 1 gabinete da Enfermeira gestora;
- 1 sala de reuniões;
- 1 armazém com material do serviço;
- a CIC, com as valências de consulta médica e de Enfermagem e hospital de dia, dispondo de 3 cadeirões para monitorizar os utentes.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa é constituída por:

- 28 Enfermeiros;
- 7 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER);
- 1 Enfermeira gestora do serviço;
- 16 médicos (5 internos);
- 18 assistentes operacionais;
- 1 administrativa.

A equipa de Enfermagem é distribuída pelos turnos da manhã, tarde e noite, da seguinte forma:

- Turno da manhã:
  - 1 Enfermeira Gestora
  - 3 Enfermeiros no serviço de internamento;
  - 2 Enfermeiros na UCIC;
  - 1 EEER;
  - 1 Enfermeiro na CIC (de segunda a sexta-feira).
- Turno da tarde:
  - 2 Enfermeiros no serviço de internamento;
  - 2 Enfermeiros na UCIC;
  - 1 Enfermeiro na CIC (de segunda a quinta-feira);
  - 1 EEER na Consulta de Enfermagem de Apoio à Cessação Tabágica (terça e quinta-feira).
- Turno da noite:
  - 2 Enfermeiros no serviço de internamento;
  - 2 Enfermeiros na UCIC.

O Serviço de Cardiologia tem por missão a prestação de cuidados de Enfermagem diferenciados, individuais e globais à população inserida na área geográfica de influência. Sem prejuízo do direito de livre escolha dos clientes provenientes de outras áreas



geográficas, numa base de eficiência, eficácia e qualidade, promovendo a resposta às necessidades de saúde dos clientes e suas famílias, a continuidade de cuidados, o desenvolvimento e valorização pessoal e profissional dos profissionais de saúde do serviço, a colaboração em ensinos clínicos e estágios profissionais, a investigação e desenvolvimento científico no contexto de intervenção e através de parcerias estabelecidas com institutos de ensino e investigação (Guia do acolhimento do aluno, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, CHTS, 2021).

Os enfermeiros do Serviço de Cardiologia orientam-se pelos seguintes valores e princípios (Guia do acolhimento do aluno, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, CHTS, 2021):

**Valores:** Competência, aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, responsabilidade, compromisso, integridade, rigor, justiça, solidariedade, ambição, união, humanismo, igualdade, verdade, transparência, altruísmo e dignidade.

**Princípios:** Reconhecimento da dignidade humana e do carácter singular de cada pessoa; centralidade na Pessoa; postura e prática com elevados padrões éticos; cultura do conhecimento como um bem em si mesmo; cultura de excelência técnica e do cuidar, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado às pessoas; e cultura interna de interdisciplinaridade, bom relacionamento e cooperação no trabalho.

Por sua vez, a Enfermagem de Reabilitação (ER) contempla um corpo de conhecimentos específicos que permitem ajudar as pessoas na transição da doença aguda ou crónica, de forma a maximizar o seu potencial, independência, satisfação e permitir o regresso à atividade laboral e inserção na sociedade, o mais precocemente possível (Guia do acolhimento do aluno, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, CHTS, 2021).

Assim, a equipa de ER do serviço de Cardiologia tem como missão ser referência na prestação de cuidados diferenciados dirigidos a todos os doentes admitidos no serviço de Cardiologia sendo estes, na sua maioria, passíveis de serem divididos em três grupos, de acordo com a sua patologia, em doentes coronários, doentes com IC e doentes cirúrgicos (pré e pós cirurgia). O plano de trabalho de ER é realizado de acordo com protocolos elaborados, segundo as últimas orientações de Ambrosetti e colaboradores (2020).

Aos doentes fumadores é realizada uma intervenção breve de cessação tabágica pelo EEER, podendo os interessados ingressar na Consulta de Enfermagem de Apoio à Cessação Tabágica após a alta, com a duração de um ano, com contatos de Enfermagem presenciais e

não presenciais, conforme um algoritmo definido. Durante esta consulta é realizada Educação para a Saúde e, para isto, são utilizadas estratégias motivacionais que conduzam à gestão do regime terapêutico e consequente adesão aos comportamentos recomendados.

Os doentes com IC são seguidos pela equipa de ER no internamento e, caso apresentem Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE)  $\leq 40\%$ , de difícil controlo e com necessidade de intervenção diferenciada, são encaminhados para a CIC, uma estrutura multidisciplinar de seguimento de doentes com IC.

Os doentes cirúrgicos acompanhados pela equipa de ER são, essencialmente, pré- cirúrgicos, e a intervenção é estruturada conforme diagrama de treino respiratório já protocolado no serviço, que tem em conta a gravidade da doença coronária ou valvular. Também os doentes pós cirúrgicos são acompanhados tendo como vista a sua autonomia e regresso a casa o mais rápido possível.

No sentido de dar resposta à problemática das doenças cardiovasculares, e uma vez que os doentes dessa área geográfica não têm acesso a programas de Reabilitação Cardíaca (RC), foi desenvolvido um projeto de Enfermagem de Reabilitação, com início a 4 de novembro de 2019, com o objetivo de melhorar o controlo dos fatores de risco modificáveis, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis e tendo em conta as competências do EEER definidos no Regulamento n.º 392/2019, publicado em Diário da República.

O programa de ER do serviço de Cardiologia, de acordo com o Guia de Acolhimento do Aluno – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (2021), abrange as seguintes atividades:

- Avaliação inicial do doente e identificação de fatores de risco;
- Planeamento da alta desde a admissão;
- Intervenções de ER realizadas segundo protocolos definidos pela equipa para cada situação clínica (doentes coronários, com IC e doentes pré e pós cirúrgicos), tendo sempre em conta as últimas orientações nacionais e internacionais;
- Aconselhamento e avaliação da adesão ao regime medicamentoso;
- Aconselhamento e avaliação da adesão ao regime de exercício;
- Aconselhamento e avaliação da adesão ao regime dietético;
- Aconselhamento de limites no consumo de substâncias;
- Controlo do peso;
- Controlo de lípidos;

- Monitorização e controlo da tensão arterial;
- Gestão da diabetes;
- Aconselhamento e acompanhamento na cessação tabágica, no internamento e após a alta;
- Envolvimento dos prestadores de cuidados, para educação e aconselhamento sobre modificação de fatores de risco e cuidados de saúde;
- Gestão psicossocial;
- Aconselhamento sobre condução, viagens e desporto;
- Aconselhamento sexual;
- Aconselhamento e apoio ocupacional;
- Disponibilização de material audiovisual e de leitura sobre a doença e regime terapêutico (dietético, medicamentoso e de exercício), entre outras informações relevantes;
- Documentação dos cuidados de enfermagem de reabilitação no SClínico® e em folhas de registo criadas pela equipa para facilitar a transmissão de informação.
- Colheita de dados para investigações futuras em base de dados próprias elaboradas pela equipa;
- Criação de indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente no internamento e após a alta.

## **1.2 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

O Serviço de Cardiologia é constituído por uma equipa multidisciplinar que visa a prestação de cuidados diferenciados e individualizados de cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação à pessoa com doença do foro cardíaco.

Promove as respostas às necessidades dos doentes e famílias, com uma continuidade de cuidados, de natureza preventiva, curativa e reabilitadora, de forma a assegurar a transição de doença aguda ou crónica, para um estado de saúde, de independência, capacitação e autonomia, para permitir o regresso a casa e à sociedade.

Comecei com a integração das atividades desenvolvidas pelo EEER neste contexto e pela pesquisa das necessidades do Serviço de Cardiologia na área de Enfermagem de Reabilitação.

É feita uma avaliação inicial do doente, destacando os seus objetivos e capacidades físicas, psicológicas e emocionais e a sua situação clínica. Na educação para a saúde são identificados os FRCV e abordada a gestão do regime terapêutico (medicação, exercício, dieta e tabaco), envolvendo o doente e família, com o auxílio de material audiovisual (o filme “Passaporte para a vida”) e de leitura (panfletos sobre a doença, exercício, alimentação e medicação).

Assim, tive a oportunidade de exercer funções de ER no Serviço de Cardiologia em coordenação com a restante equipa, numa área que me motiva, que são os cuidados de ER ao doente do foro cardíaco, apesar de não estar integrado nenhum programa de RC, consegui desenvolver capacidades de competências na interação com doentes com EAM, IC, arritmias e no pré e pós cirurgia cardíaca, através da elaboração de um plano de cuidados individualizado, compreendendo as necessidades e objetivos do doente, ao vê-lo como um todo e integrando a família no plano de cuidados.

Desenvolvi o “Manual para o cuidador do doente com IC” (Apêndice 1), porque senti que a família tem um papel importante na motivação e capacitação do doente, tornando-se uma forte aliada na prestação de cuidados.

O meu projeto de investigação desenvolvido no Serviço de Cardiologia, está relacionado com as intervenções do EEER durante o internamento até á alta hospitalar e o impacto da intervenção do EEER na capacidade de *empowerment* do doente após a alta, dando a conhecer os ganhos em saúde de forma a contribuir para uma melhoria contínua dos cuidados de ER.

## **CAPÍTULO II - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O *EMPOWERMENT* DO DOENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

### **2.1 FUNDAMENTAÇÃO**

A doença cardiovascular continua a ser a principal causa de mortalidade e morbilidade em Portugal. Caracteriza-se por patologias relacionadas com o coração e vasos sanguíneos, que inclui a doença coronária, as doenças cerebrovasculares, a arteriopatia periférica, a cardiopatia reumática, a cardiopatia congénita, a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar (Saúde O. M., 2017).

Por sua vez, os fatores de risco que estão associados à presença de doenças cardiovasculares são: os hábitos alimentares, o IMC elevado, o tabagismo, o consumo de álcool e a inatividade física.

Assim, são necessárias medidas preventivas como a adoção de estilos de vida saudáveis, a adesão ao regime terapêutico, o controlo dos fatores de risco e a melhoria da capacidade funcional, de forma a prevenir as doenças cardiovasculares (Silveira & Abreu, 2016).

O EEER, tendo em conta o seu corpo próprio de conhecimentos e práticas, deve promover a saúde através da prevenção, tratamento e reabilitação, prevenindo complicações secundárias, através da conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e no potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros – regulamento n.º 392/2019).

Tendo como referência o *empowerment* do doente nos cuidados de Enfermagem, num processo em que o doente adquire maior autonomia e capacidade de decisão sobre a sua saúde, através da aquisição de conhecimentos e competências na interação com o profissional de saúde, o doente torna-se num parceiro da equipa de saúde, assumindo um papel facilitador na participação nos seus cuidados de saúde, tornando-se mais autónomo e motivado.

Tendo em conta o exposto, este trabalho surge pelo reduzido número de estudos no âmbito do *empowerment* do doente com doença crónica, nomeadamente a IC, relacionado com os cuidados de ER e na capacitação do doente gerir a sua doença e o seu quotidiano.

Para além disso, a avaliação do *empowerment* do doente com IC, na sua transição de saúde/doença, após a intervenção do EEER, pode constituir um indicador de ganhos em saúde.

Este trabalho pretende, assim, avaliar o impacto do contributo da intervenção do EEER no *empowerment* do doente com IC.

## **2.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.2.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

A IC é uma síndrome caracterizada por sintomas, como a dispneia e fadiga, que podem ser acompanhados de sinais, como crepitações pulmonares e edema periférico, causados por uma anormalidade estrutural e/ou funcional do coração, que resulta em pressões intracardíacas elevadas e/ou débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o exercício (McDonagh et al., 2021).

Segundo o estudo *EPICA* a IC crónica em Portugal “(...) em 4,36% atingiu 12,67% na faixa dos 70-79 anos e 16,14% acima dos 80 anos. O impacto económico dessa síndrome é muito elevado e em países desenvolvidos os custos diretos da IC representam cerca de 2% do orçamento total para a saúde. Em termos globais, estima-se que o valor tenha ascendido aos 102 mil milhões de euros em 2012, numa amostra que engloba 92,4% de todos os países e 98,7% da população mundial para esse ano. Com o envelhecimento da população, aliado ao aumento da sobrevivência de doentes com doença arterial coronária, é esperado que o impacto da síndrome aumente substancialmente.”

A estimativa de evolução da IC segundo FONSECA C. et al (2018), “(...) a presente projeção sugere que o número de doentes com IC em Portugal Continental aumentará cerca de 7% em 2018, 30% em 2035 e 33% em 2060 (...)”.

Com os avanços dos tratamentos para IC, existe uma melhoria do prognóstico, mas com a diminuição da qualidade de vida e uma taxa de mortalidade a 1 a 5 anos de 20 a 53%, devido ao aumento da população envelhecida, e conseqüentemente o aumento das comorbilidades que resultam do processo de envelhecimento. (McDonagh et al, 2021)

A IC é uma síndrome que leva à perda de anos de esperança média de vida (Stewart, MacIntyre, Buraco, Capewell, & McMurray, 2001). Traz conseqüências para o doente e prestadores de cuidados, levando à exaustão física e psicológica dos cuidadores, daí os

programas de reabilitação prestados após o primeiro episódio agudo, ajudam as famílias a lidar e a gerir melhor a IC do seu familiar. (Pattender, Roberts e Lewis, 2007)

Os sinais e sintomas típicos e não típicos da IC estão apresentados na tabela 1:

<b>Sinais e Sintomas típicos</b>	<b>Sinais e Sintomas não típicos</b>
Turgescência Venosa Jugular	Aumento de peso (2 kg/1 semana)
Auscultação cardíaca em galope	Diminuição do peso (IC avançada)
Dispneia	Caquexia
Cansaço	Edemas
Ortopneia	Taquicardia/ Taquipneia
Dispneia paroxística noturna	Ascite
Diminuição da tolerância ao exercício físico	Crepitações pulmonares
Aumento do tempo de recuperação após as atividades físicas	Anúria
	Tosse noturna
	Tonturas, palpitações, síncope
	Confusão, depressão
	Diminuição do apetite

*Tabela 1 - Sinais e Sintomas da IC (ESC, 2021)*

A classificação da IC segundo os sintomas, poderá ser realizada segundo duas escalas: a escalada da New York Heart Association (NYHA) e a escala da American Heart Association (AHA). A escala da NYHA categoriza a IC de acordo com a severidade dos sintomas, constituindo o meio de classificação mais utilizado para a IC tendo em conta o estado funcional do doente, enquanto a escala da AHA baseia-se na estrutura e no dano do músculo cardíaco, descritas na tabela 2 (McDonagh et al., 2021).

NYHA		ACC/AHA	
Classe	Descrição	Estádio	Descrição
<b>I</b>	Sem limitação da atividade física. A atividade física habitual não provoca fadiga, palpitações ou dispneia	<b>A</b>	Em elevado risco de desenvolver IC. Sem qualquer anormalidade estrutural e funcional, sem sinais e sem sintomas.
<b>II</b>	Ligeira limitação da atividade física. Confortável durante o repouso, mas a atividade física moderada provoca fadiga ou dispneia.	<b>B</b>	Doença cardíaca estrutural associada ao desenvolvimento de IC, mas sem sinais e sem sintomas.
<b>III</b>	Marcada limitação na atividade física. Confortável em repouso.	<b>C</b>	IC sintomática associada á doença cardíaca estrutural.
<b>IV</b>	Incapacidade para manter a atividade física sem desconforto. Apresenta sintomas em repouso.	<b>D</b>	Doença cardíaca estrutural avançada com presença marcada de sintomas durante o repouso.

Tabela 2 - Classificação da IC segundo classe funcional de NYHA e ACC/AHA

A IC pode ser caracterizada segundo a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE): FE reduzida, FE preservada ou FE ligeiramente reduzida, de acordo com a tabela 3, e quanto ao tempo de diagnóstico: IC de novo ou IC crónica.

Classificação da IC segundo a Fração de Ejeção Ventricular			
	<b>IC – FE<sub>r</sub></b>	<b>IC – FE<sub>i</sub></b>	<b>IC – FE<sub>p</sub></b>
<b>Denominação</b>	IC com Fração de Ejeção Reduzida	IC com Fração de Ejeção Intermedia	IC com Fração de Ejeção Preservada
<b>Função Ventricular</b>	FEVE < 40%	FEVE 40-49%	FEVE > 50%

Tabela 3 - Classificação da IC segundo a FEVE



São vários os fatores de risco para o desenvolvimento de IC, como o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade, o abuso de álcool, a hipertensão, a diabetes, a dislipidemia, as drogas cardioprotóxicas, a doença cardiovascular, as infecções e as radiações.

O diagnóstico de IC é feito através da presença de sinais e/ou sintomas típicos (tabela 1) e de objetiva disfunção cardíaca. O algoritmo de diagnóstico deve ser segundo a figura 1.

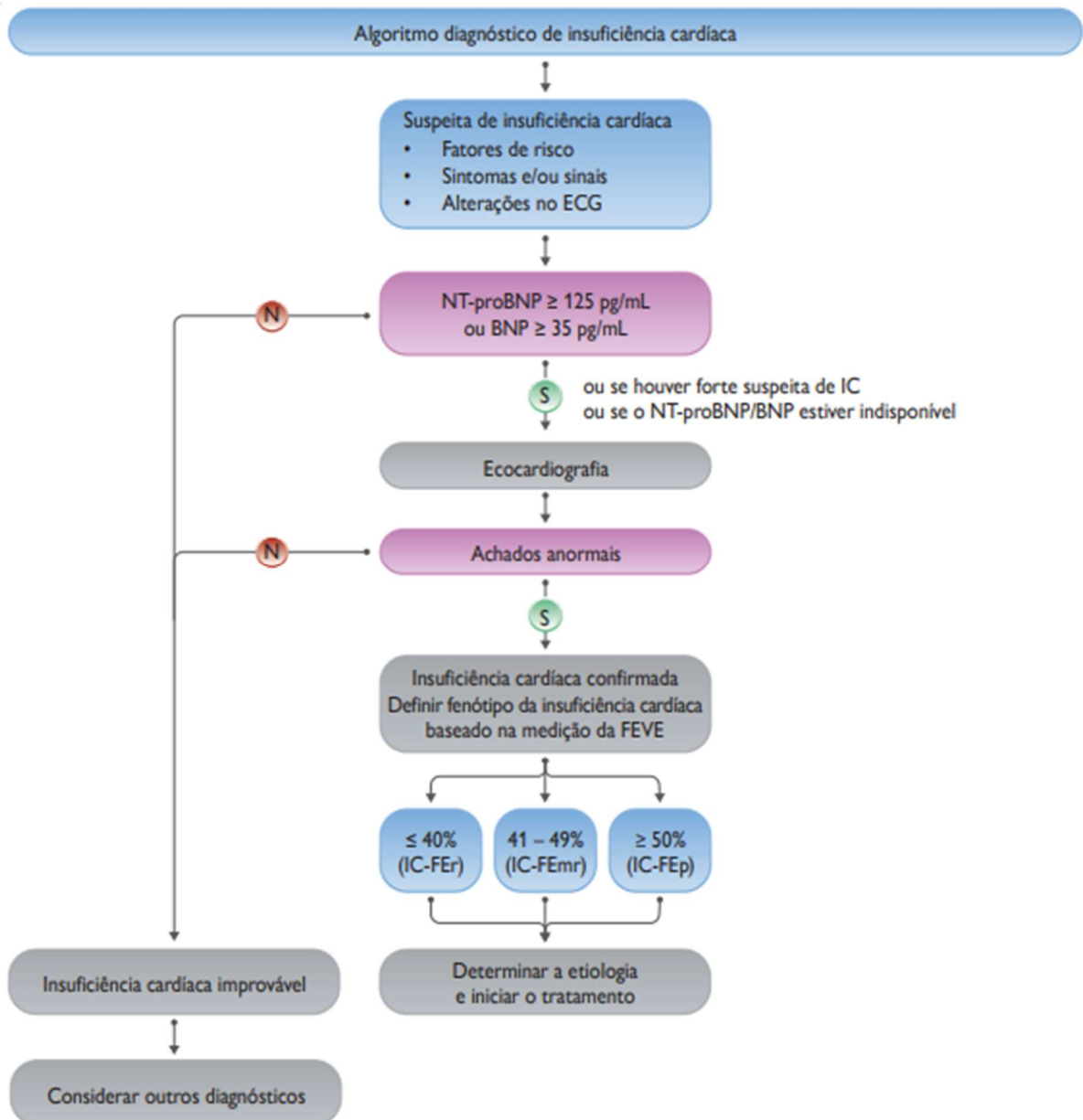


Figura 1 - Algoritmo diagnóstico de insuficiência cardíaca. Fonte: ESC, 2021, p.6

Para o diagnóstico de IC, primeiro temos de ter presentes os sinais e sintomas, que nos leva a suspeitar da síndrome.

Fundamentalmente, no diagnóstico é a avaliação clínica que deve ser complementada com exames de diagnóstico. O Peptídeo na Natriurético (NT proBNP) é um marcador de IC e no caso de apresentarem valores normais exclui a doença. No entanto, estes ainda não se encontram disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

O prognóstico da IC é pior que a maioria dos cancros com uma taxa de mortalidade aos 5 anos de 50%. Para além da elevada mortalidade, esta síndrome é caracterizada por elevados episódios de descompensação que levam não só a deterioração da função cardíaca progressiva, como a um declínio importante da qualidade de vida, como demonstrado na figura2.

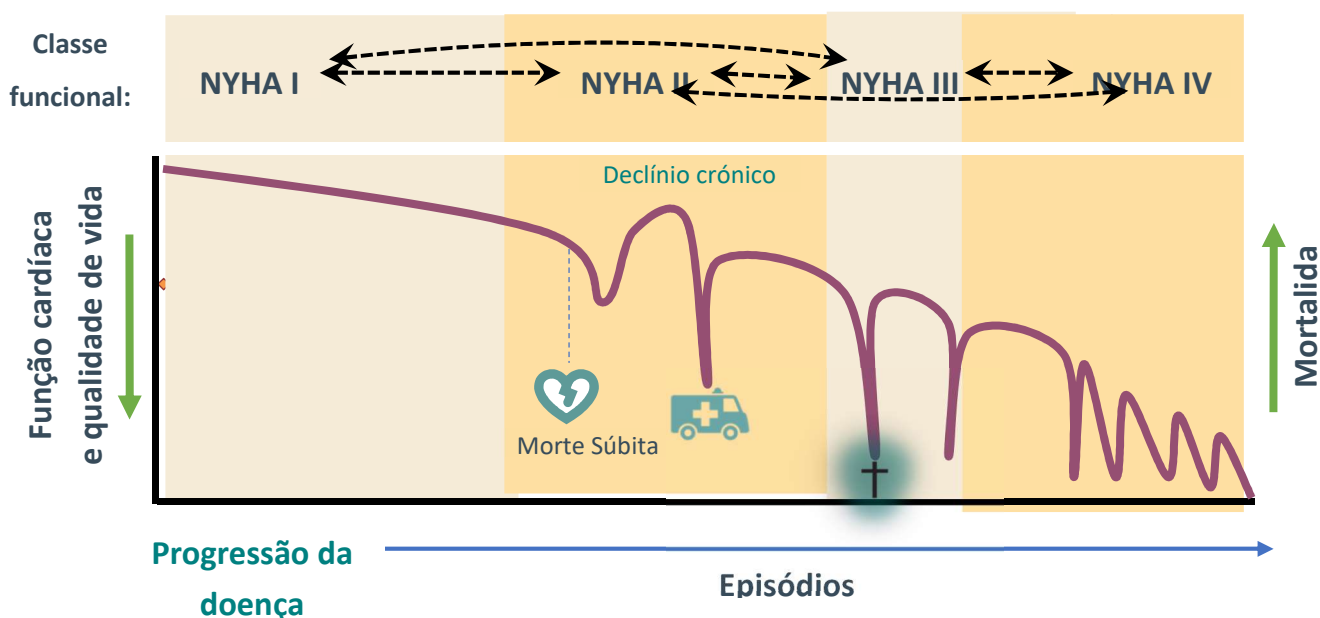


Figura 2 - Progressão da IC (Adaptado de Gheorghiane M, et al. Pathophysiologic Targets in the Early Phase of Acute Heart Failure Syndromes. Am J Cardiol; 2005;96:11G-17G)

A IC é considerada uma síndrome crónica e irreversível o tratamento farmacológico é uma pedra basilar no seguimento destes doentes podendo melhorar significativamente o prognóstico, nunca descurando do tratamento não farmacológico que engloba a capacitação do doente na gestão da sua doença, do regime terapêutico, na aquisição de competências para gerir o seu esforço e na adoção de técnicas de conservação de energia para realizar as suas atividades diárias, por isso, as *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia recomendam o seguimento dos doentes com insuficiência cardíaca de forma a reduzir as hospitalizações e a mortalidade (McDonagh et al., 2021).

O reconhecimento dos sinais de descompensação por parte do doente levam à procura de cuidados médicos atempadamente e, portanto, evita o internamento e a readmissão hospitalar.

Desde 2012 que as *Guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2021) descrevem as intervenções fundamentais no ensino do doente com IC, quais as habilidades que estes devem ter desenvolvidas e as intervenções dos profissionais de saúde de forma a as fornecerem, sistematizados na tabela 4.

<b>Tópicos de Educação</b>	<b>Habilidades a desenvolver pelos doentes</b>	<b>Comportamentos dos profissionais</b>
<b>Explicar a doença e a trajetória da IC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber o que é a IC e a sua causa, sintomas e trajetória da doença;</li> <li>• Tomar decisões realistas sobre tratamento e fim de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar informações orais e escritas sobre a doença;</li> <li>• Reconhecer a IC como uma barreira de comunicação e fornecer informação regularmente.</li> </ul>
<b>Tratamento farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender as indicações, dosagem e efeitos colaterais da medicação;</li> <li>• Reconhecer os efeitos colaterais e saber quando notificar a equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar informação escrita e oral sobre a dose, efeito e efeitos colaterais da medicação.</li> </ul>
<b>Dispositivos implantados e intervenções percutâneas/cirúrgicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender as indicações e objetivos dos procedimentos/dispositivos implantados;</li> <li>• Reconhecer as complicações comuns e saber quando notificar a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Reconhecer a importância e os benefícios dos procedimentos/dispositivos implantados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar informação escrita e oral sobre os benefícios e efeitos colaterais dos dispositivos.</li> <li>• Providenciar informação escrita e oral sobre o controlo regular do funcionamento dos dispositivos, juntamente com a documentação regular do check-up.</li> </ul>
<b>Dieta Fluidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar a ingestão excessiva de fluidos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualizar a informação sobre a ingestão de fluidos,</li> </ul>

<p><b>Álcool</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer a necessidade de alterar a ingestão de fluidos, tais como:</li> <li>• Aumentar a ingestão durante os períodos de grande calor e humidade, náuseas/vómitos;</li> <li>• Restringir os fluidos a 1,5 – 2 L/dia devem ser considerados em doentes com IC severa, para aliviar os sintomas e congestão.</li> <li>• Monitorizar o peso corporal e prevenir a desnutrição;</li> <li>• Comer saudavelmente, evitar a ingestão excessiva de sal (6 gr/dia) e manter um peso corporal saudável;</li> <li>• Abster ou evitar a ingestão excessiva de álcool, especialmente se for o álcool que induziu à cardiomiopatia.</li> </ul>	<p>tendo em conta o peso corporal, os períodos de grande calor e humidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar o aconselhamento durante os períodos de descompensação e considerar alterar estas restrições quando fim de vida;</li> <li>• Adaptar o conselho de álcool à etiologia da IC (ex.: abstinência alcoólica na cardiomiopatia);</li> <li>• Aplicar as diretrizes normais de álcool (duas unidades por dia para o homem e uma unidade por dia para a mulher). Uma unidade corresponde a 10 ml de álcool puro (ex.: 1 copo de vinho, meia caneca de cerveja (284 ml), uma medida de bebidas espirituosas);</li> <li>• Gerir a obesidade.</li> </ul>
<p><b>Exercício físico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exercício físico moderado (aeróbico e força muscular).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar para programas de reabilitação cardíaca;</li> <li>• Ensinar exercícios físicos ajustados à capacidade física e funcional do doente, tendo em conta a fragilidade e as comorbilidades.</li> </ul>
<p><b>Viagens e lazer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar viagens de lazer de acordo com a capacidade física;</li> <li>• Adaptar o aporte de líquidos de acordo com o clima e humidade;</li> <li>• Estar ciente de reações adversas à exposição ao sol de alguns</li> </ul>	

	<p>medicamentos (como amiodorona);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar o efeito de alta altitude na oxigenação;</li> <li>• Levar a medicação sempre na mala de mão;</li> <li>• Levar o relatório clínico sempre consigo.</li> </ul>	
<b>Sono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer os problemas de sono e relacioná-los com o seu estado de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer conselhos sobre o horário da toma de diuréticos, ambiente para dormir, dispositivos, apoio, suporte. Identificar apneia de sono e encaminhamento para a pneumologia.</li> </ul>
<b>Atividade sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falar com o parceiro/a sobre medos e mitos sobre a patologia e a atividade sexual. Discutir com os profissionais de saúde o problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer conselhos sobre a eliminação de fatores predisponentes para a disfunção erétil e se possível disponibilizar tratamento farmacológico disponível.</li> </ul>
<b>Tabaco e outras substâncias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parar de fumar e de tomar substâncias recreativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar para a consulta de cessação tabágica, remoção de substâncias recreativas e terapia de substituição;</li> <li>• Considerar encaminhamento para apoio psicológico.</li> </ul>
<b>Imunização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber a imunização contra o vírus influenza, pneumococo e COVID-19 e perceber a importância da vacinação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhar à prática da imunização.</li> </ul>
<b>Questões psicológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser capaz de ter uma boa qualidade de vida com IC;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falar regularmente sobre a doença, tratamentos e sobre</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser capaz de pedir ajuda quando tem algum problema como depressão ou ansiedade.</li> </ul>	<p>as atividades de vida diárias;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionar regularmente sobre a necessidade de apoio psicológico;</li> <li>• Referenciar para a especialidade.</li> </ul>
<b>Família e cuidador informal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer a importância da família no apoio e acompanhamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir sobre quem o doente quer envolver no seu processo de saúde. Respeitar as decisões do doente.</li> </ul>
<b>Reconhecimento dos sinais e sintomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer os sinais e sintomas de descompensação;</li> <li>• Antecipar e/ou detetar a descompensação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar individualmente ao doente informação de suporte sobre sinais de descompensação:</li> <li>• Aumento de peso 2/3 kg numa semana;</li> <li>• Aumento da dispneia para esforços;</li> <li>• Ortopneia;</li> <li>• Edemas periféricos e abdominal.</li> <li>• Uso flexível de diuréticos.</li> </ul>

Tabela 4 - Guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2021).

A capacitação do doente leva-o a assumir a responsabilidade pelas decisões sobre o seu estado de saúde.

O EEER assume, assim, um papel preponderante na conceção de estratégias com vista à promoção da saúde, à prevenção da doença e à sua reabilitação, através de um programa educacional ao doente e família/cuidador sobre a patologia, o controlo de fatores de risco cardiovascular, a adoção de um estilo de vida saudável e a prática de exercício físico de acordo com o nível de risco cardiovascular do doente.

### 2.2.2 A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REABILITAÇÃO CARDÍACA

A RC é um método em que os doentes com patologia cardíaca são acompanhados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, que motivam os doentes a alcançar e manter um estado ideal de saúde física e psíquica, envolvendo a família e cuidadores neste processo (Gomes, 2013).

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, a reabilitação cardíaca é definida como o “(...) *processo de intervenção multifatorial, através do qual o indivíduo mantém ou recupera a sua condição física, psicológica, social e laboral de forma satisfatória, após um evento cardíaco ou no contexto de doença crónica. Baseia-se na prática de exercício físico adaptado e na mudança de comportamentos, orientada para desencadear mudanças benéficas no estilo de vida, reduzir e controlar os fatores de risco, intervir em fatores psicológicos, com o objetivo de reverter ou atrasar a progressão da doença cardiovascular subjacente*” (Despacho n. °8597/2017 de 29 de setembro, p. 21828).

São incluídos nos programas de reabilitação cardíaca os doentes com (Abreu, et al., 2018):

- Síndrome coronário agudo;
- Insuficiência cardíaca crónica;
- Pós – cirurgia valvular;
- Pós – intervenção percutânea.

Os objetivos de um programa de reabilitação cardíaca são: diminuir o risco de reinternamento hospitalar, controlar os fatores de risco cardiovasculares, diminuir a morbidade e mortalidade, melhorar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida. Deve ser definido de acordo com as características individuais e necessidades do doente e deve incluir os seguintes componentes descritos na tabela 5:

<b>Componentes Centrais de um Programa de Reabilitação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação médica do doente e estratificação de risco cardiovascular</li> <li>• Aconselhamento sobre atividade física e prescrição de exercício físico</li> <li>• identificação e controle de fatores de risco</li> <li>• Avaliação e aconselhamento nutricional</li> <li>• Avaliação e intervenção psicológica</li> <li>• Educação e Informação</li> <li>• Apoio socioeconômico</li> <li>• Estratégias de manutenção a longo prazo</li> <li>• Avaliação do paciente após realização programa reabilitação cardíaca</li> <li>• Avaliação da qualidade do programa</li> </ul>

*Tabela 5 - Componentes Centrais de um Programa de Reabilitação. Fonte: Abreu et al. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. Revista Portuguesa de Cardiologia, 37, (5), 363-373.*

Os programas de reabilitação cardíaca dividem-se em três fases (Abreu et al, 2018):

- Fase I (Intra-hospitalar) - com início nas primeiras 24-48 horas após evento cardíaco agudo ou agudização/descompensação de uma patologia cardíaca, e engloba:
  - A mobilização precoce, com exercícios de baixa intensidade;
  - Educação para a saúde para a adoção de um estilo de vida saudável, com controlo dos fatores de risco e motivação do doente para a adesão ao programa de reabilitação cardíaca.
  
- Fase II (Ambulatório) - início entre duas semanas a seis meses após alta hospitalar. Inclui exercício físico (aeróbico e fortalecimento muscular), com vigilância e monitorização de acordo com o estado de saúde do doente e a gravidade da doença. Os objetivos são:
  - Melhorar a função cardiovascular e a capacidade funcional;
  - Adesão e otimização do regime terapêutico;
  - Detetar alterações eletrocardiográficas que surjam durante a prática de exercício físico;
  - Promover um estilo de vida saudável, com a adesão ao regime terapêutico e ao exercício físico;
  - Melhorar o estado psicológico do doente.



São incluídas nesta fase todos os doentes que passaram pela Fase I, doentes com risco cardiovascular elevado, com hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo. A prescrição do exercício deve ser individualizada e precedida de exames complementares de diagnóstico.

- Fase III (Intervenção a longo prazo) – ocorre em meio extra-hospitalar e mantém-se ao longo de toda a vida do doente. Os objetivos desta fase são:
  - Incentivar à autorregulação do doente;
  - Fomentar o controlo dos fatores de risco;
  - Adesão ao regime terapêutico.

A atividade física do doente nesta fase é realizada de forma autónoma em qualquer local (ginásios, ar livre, domicílio), devendo ser avaliado periodicamente pelos profissionais de saúde.

A intervenção do EEER no programa de reabilitação cardíaca tem como finalidade implementar cuidados e intervenções específicas com o objetivo de:

- Promover a saúde;
- Prevenir a doença e a sua reabilitação;
- Estabelecer um programa educacional com o doente e a família sobre a patologia, o controlo dos fatores de risco, a adoção de um estilo de vida saudável e a prática de exercício físico;
- Monitorizar os resultados obtidos de acordo com os objetivos estabelecidos para o doente e com o doente e família, e adaptar o programa às necessidades do doente.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) da Ordem dos Enfermeiros definem que a ER “*tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas*” (PQCEER, 2011, p. 3).

O EEER planeia e implementa intervenções de ER na abordagem do doente com patologia cardíaca desde o primeiro contacto com o doente em meio hospitalar e que se prolonga após a alta hospitalar, com vista à otimização do estado de saúde, através de ações de prevenção que assegurem a manutenção da capacidade funcional do doente e através de ações

terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, bem como assegurar a manutenção da independência e autonomia na realização das atividades de vida diárias e a reinserção social. Estas intervenções e cuidados do EEER ao doente com patologia cardíaca, que vê a sua vida limitada pela doença, leva a uma melhor qualidade de vida que é definida pela OMS como, “(...) a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998).

### **2.2.3 O PAPEL DO EEER NO EMPOWERMENT DO DOENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

A promoção da saúde é uma área de excelência dos cuidados de Enfermagem pois permite capacitar as pessoas e melhorar o controlo sobre a sua saúde e mudar estilos de vida. É através do *empowerment* que o doente/família assumem o controlo e responsabilização na tomada de decisão consciente.

Uma pessoa empoderada é uma pessoa mais capacitada para tomar decisões. O conhecimento sobre a sua condição de saúde/doença e a percepção que está capacitada para controlar a sua vida e gerir o seu regime terapêutico vai diminuir o número de internamentos, das complicações ou morbilidades associadas à doença.

O *empowerment* está definido como “...um conjunto de mecanismos através dos quais as pessoas, as organizações e as comunidades adquirem domínio sobre as suas vidas.” (Kendall, 1998)

Schultz (1995) refere que o *empowerment* é “...um conjunto de mecanismos de compreensão e influência sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas, com impactos diversos de vida do indivíduo, grupo ou comunidade.” (Schulz, Israel, Zimmerman, & Checkoway, 1995)

De acordo com PINTO, C. (2011) o *empowerment* desenvolve-se em três contextos: individual, comunitário e organizacional. (Pinto, 2011, pp. 67-68)

O *empowerment* individual revela-se na interação de diferentes planos que engloba a autoestima e a consciência crítica, as competências e a participação:

- Autoestima: consiste na redefinição da identidade e o sentimento de competência pessoal e de confiança em si mesmo.

- Consciência crítica: formação de uma consciência coletiva, social e política e requer uma capacidade de análise social e de reflexão;
- Competências: capacidades que permitem a participação e a execução das ações, que pode envolver a aquisição de competências novas ou uma redefinição de competências que os sujeitos já adquiriram;
- Participação: consiste na expressão do indivíduo, com ênfase no crescente envolvimento nos processos de decisão, e no assumir das consequências da participação.

O *empowerment* comunitário envolve quatro planos, nomeadamente, a comunicação, capital comunitário, competências e participação:

- Comunicação: interação positiva, expressão de diferentes pontos de vista, circulação de informação relevante, transparência dos processos de decisão;
- Capital comunitário: sentimento de pertença e consciência de cidadania, que está por detrás da entreajuda, e a ação coletiva;
- Competências: identificação e reconhecimento das forças da comunidade, criar e manter sinergias, usar recursos, cooperação;
- Participação: laços que permitem aos elementos da comunidade participarem efetivamente nela, nos seus sistemas e recursos.

Por fim, o *empowerment* organizacional é o meio, o contexto, no qual o indivíduo e as comunidades entram em processo de *empowerment*. Engloba quatro planos, particularmente, o reconhecimento, consciência crítica, competências e participação:

- Reconhecimento: passa pelo modo como os seus elementos a percebem, mas também como seu meio envolvente a percebe e se relaciona com ela;
- Consciência crítica: capacidade de análise da organização;
- Competências: trazidas pelos seus elementos, com posições decisórias ou não;
- Participação: da organização, na comunidade e em outras organizações.

Como podemos perceber, o conceito de *empowerment* encaixa-se em vários contextos, daí a dificuldade na sua definição e que está a ser desenvolvido em vários países, principalmente na área da saúde, mas devido à escassez de estudos realizados nesta área é difícil medir e implementar na promoção da saúde.

No contexto de Enfermagem, Elliot e Turrel (1996) descreveram o *empowerment* do doente num conjunto de termos e atitudes apresentados na tabela 6:

<b>Elliot e Turrel (1996)</b>
<b>Contexto: Enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igualdade de acesso a cuidados;</li> <li>• Resposta rápida às queixas;</li> <li>• Direito de ser representado;</li> <li>• Participação em auditorias e no desenvolvimento dos serviços;</li> <li>• Respeito pela autonomia do doente nas decisões sobre cuidados de saúde;</li> <li>• Máxima disponibilidade de informação sobre o cuidar.</li> </ul>

Tabela 6 - Termos descritivos utilizados para descrever o *empowerment* do doente (OUSCHAN R. e SWEENEY J. e JOHNSON L. (2000))

Por seu lado, Gibson (1991) descreveu o processo de *empowerment* como promotor de uma maior capacitação e satisfação dos cidadãos, com a resolução dos seus problemas através da utilização dos recursos necessários, de forma a controlarem a sua vida, como apresentado na tabela 7.

<b>Domínio do doente</b>	<b>Interação doente-enfermeiro</b>	<b>Domínio do Enfermeiro</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autodeterminação;</li> <li>• Autoeficácia;</li> <li>• Sentimento de controlo;</li> <li>• Motivação;</li> <li>• Autodesenvolvimento;</li> <li>• Aprendizagem;</li> <li>• Crescimento;</li> <li>• Sentimento de mestria;</li> <li>• Sentimento de pertença;</li> <li>• Melhoria da qualidade de vida;</li> <li>• Melhoria da saúde;</li> <li>• Sentimento de justiça social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiança;</li> <li>• Empatia;</li> <li>• Tomada de decisão participativa;</li> <li>• Estabelecimento de objetivos mútuos;</li> <li>• Cooperação;</li> <li>• Colaboração;</li> <li>• Negociação;</li> <li>• Ultrapassar as barreiras organizacionais;</li> <li>• Organização;</li> <li>• Legitimidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudante;</li> <li>• Apoiante;</li> <li>• Conselheiro;</li> <li>• Educador;</li> <li>• Recurso para consulta;</li> <li>• Mobilizador de consulta;</li> <li>• Facilitador;</li> <li>• Advogado.</li> </ul>

Tabela 7 - Modelo de Empowerment para a Enfermagem de Gibson (1991)

Por sua vez, Oushan et al (2000), citado por Ramos, A. (2001), define o *empowerment* como um processo, dividido em três dimensões:

- Percepção de controlo sobre a situação de saúde, por parte da pessoa;
- Participação no processo de decisão;
- Percepção de educação por parte da pessoa.

Estas dimensões levam à necessidade de os profissionais de saúde desenvolverem uma comunicação eficaz com o doente/família, com o objetivo de motivar e incentivar as pessoas na aprendizagem e desenvolver capacidades de controlo da sua doença.

A intervenção de Enfermagem para empoderar o doente/família deve, para além de impor o seu conhecimento, avaliar as necessidades do doente/família, tendo em conta o seu todo e as relações familiares, desenvolvendo competências e conhecimentos adequados e adaptados à sua transição doença/saúde, através da promoção da tomada de decisão, na continuidade de cuidados em contexto de parceria com o doente/família.

Towle, citado por Elwyn (1999), propôs algumas competências para envolver as pessoas neste processo num modelo de decisão partilhada:

- Desenvolver uma relação de ajuda com a pessoa;
- Fornecer informação à pessoa de acordo com as suas preferências;
- No processo de partilha de decisão, ter em atenção as preferências da pessoa;
- Respeitar as escolhas e responder às questões relacionadas com as ideias, expectativas e preocupações da pessoa;
- Avaliar e identificar as escolhas feitas pela pessoa;
- Ajudar a pessoa a refletir e avaliar o impacto das suas escolhas e decisões, tendo em conta os seus valores e estilo de vida;
- Fazer ou negociar uma decisão em partilha, gerindo os conflitos;
- Concordar com um plano de ação e estabelecer uma vigilância e avaliação na continuação do que foi iniciado.

O *empowerment* conduz à promoção da autonomia do doente/família, a partir da sua capacitação para gerir o seu regime terapêutico, farmacológico, alimentar e estilos de vida saudáveis.

A intervenção do EEER na educação para a saúde visa a capacitação do doente e a sua autonomia através da aquisição de conhecimentos, capacidades e treinos para desenvolver competências e desempenhar as suas atividades de vida diária, resolução de problemas, tomada de decisão, atividades que requerem competências comunicativas e organizacionais e cuidados antecipatórios e de vigilância (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

A educação para a saúde tem como objetivo capacitar as pessoas nas suas escolhas, com aquisição de conhecimentos para a tomada de decisão e de estratégias para melhorar a sua condição de saúde e facilitar a sua transição doença/saúde. A capacitação da pessoa envolve conhecimento, decisão e ação. O conhecimento é o conjunto de saberes construídos e modificados ao longo da vida, influenciados por fatores sociais, culturais e religiosos. Por sua vez, a autonomia é a liberdade da pessoa gerir a sua vida através das escolhas que faz. Portanto, o *empowerment* envolve conhecimento e autonomia da pessoa na tomada de decisão (Ramos, 2001).

O EEER “*capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania*” (Ordem dos Enfermeiros, regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, art.º 4.º), tem como focos de atenção o “conhecimento” e a “aprendizagem de capacidades” onde o EEER prescreve intervenções relacionadas com a aquisição de conhecimentos sobre a sua situação de doença para adquirir capacidades para a execução das atividades de vida diária, de forma a tornar-se mais confiante, motivada e consciente de que é capaz, conduzindo ao *empowerment* nas suas tomadas de decisão.

Na gestão da doença e do regime terapêutico, o EEER deve monitorizar os resultados obtidos em concordância com os objetivos estabelecidos com o doente/família e, sempre que se justificar, reajustar o plano em função das reais necessidades do indivíduo.

Hernández, P. (2017) defende que compete ao EEER efetuar a avaliação do doente, aconselhamento nutricional, identificação e controle dos fatores de risco cardiovascular, apoio psicossocial e, ainda, aconselhamento sobre atividade e exercício físico (Hernández, et al., 2017).

Em suma, a atuação do EEER junto dos doentes com IC visa a implementação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação que favoreçam a otimização do seu estado de saúde, que vai desde a promoção de ações preventivas de reabilitação, que assegurem a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, até proporcionar-lhes intervenções

terapêuticas cujo objetivo é melhorar as funções residuais, visando a manutenção da independência na realização das atividades de vida diária e na sua reinserção socioprofissional.

Sendo assim, os enfermeiros devem adequar as intervenções de Enfermagem às necessidades e ao ambiente em que o doente e família vivem, ajudando-os a desenvolver e adquirir competências durante todas as fases da doença, auxiliando-os a reconhecer os sinais e sintomas de descompensação da doença, contribuindo para garantir uma melhor qualidade de vida.

Ao implementar estratégias que permitam ao doente desenvolver competências, de forma a tornarem-se mais autónomos e capacitados na gestão do regime terapêutico e nas atividades de vida, o enfermeiro contribui para a melhoria e controlo da condição de saúde e para a satisfação do doente.

O EEER desempenha um papel crucial na promoção da adesão ao regime terapêutico, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda e educação para a saúde. O doente adquire uma maior consciencialização sobre a doença, o seu controlo e tratamento, conduzindo a uma melhoria da qualidade de vida, tendo sempre em atenção incluir a família/cuidador neste processo terapêutico.

O Enfermeiro é um profissional de saúde de referência pela proximidade ao doente e família e o EEER desenvolve um processo de capacitação da pessoa privilegiando o seu *empowerment*, a sua tomada de decisão consciente e o desenvolvimento de competências e habilidades que capacitam a pessoa a lidar com o dia a dia.

Assim, *“pode-se afirmar que o foco de atenção conhecimento e aprendizagem desenvolvida pelos enfermeiros de reabilitação transcende a intervenção do cliente enquanto pessoa, mas também, se desenvolve no sentido do cliente, família e comunidades”* (Sousa, Martins, & Novo, 2020, p. 69).

## 2.2.4 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE ALAF MELEIS

A Teoria das Transições de Alaf Meleis, é considerada uma teoria de médio alcance, em que o conceito central desta teoria é o cuidar e inclui os fatores que desencadeiam a transição, as propriedades das transições, as condições de mudança, os padrões de resposta às transições e as intervenções de enfermagem que promovem as transições. (Sousa, Novo, Ferreira, & Marques-Vieira, 2021)

Esta teoria leva-nos ao paradigma da transformação:

*“(...) a transição é uma passagem de um estado estável para outro estável a partir de um processo que emerge a partir de uma mudança, por isso as transições tornam-se dinâmicas, mas também marcos de viragem, podendo ser caracterizadas a partir deste processo ou de resultados finais.”* (Sousa, Martins e Novo, 2020, p.66)

A esquematização da Teoria das Transições de Alaf Meleis está representada na figura 3:

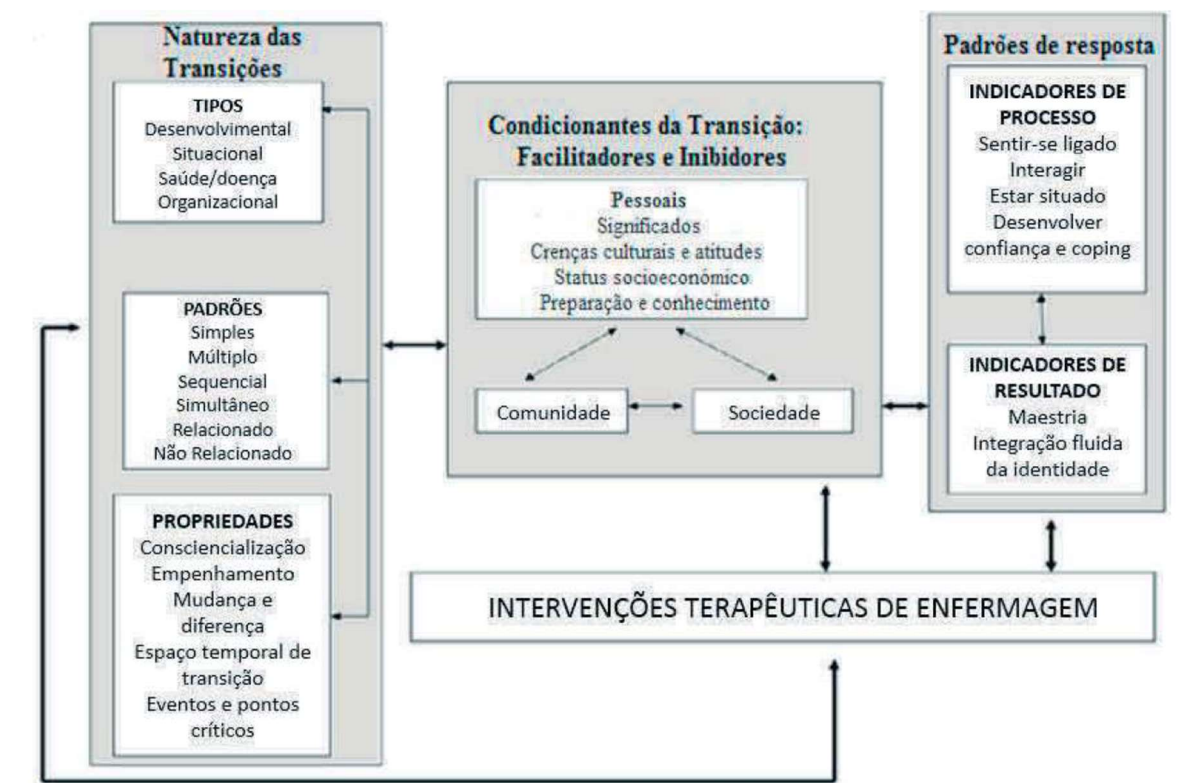


Figura 3 - Esquematização da teoria das transições de Alaf Meleis (adaptado Meleis et al. 2000)

Meleis (2010), considera que uma alteração na saúde da pessoa e família/cuidador desencadeia uma mudança na vida da pessoa, alterando a sua autopercepção, vivenciando um processo de transição que está estruturado em três componentes: natureza das transições,



condições para a transição e padrões de resposta. Requer por parte das pessoas a aquisição de conhecimentos, que levam a alteração de comportamento e mudança na definição de si próprio (Meleis, 2010).

A natureza das transições (Meleis et al, 2010) podem ser:

- De desenvolvimento: que estão relacionadas com as mudanças ao longo do ciclo vital;
- Situacionais: que estão associadas a alteração de papéis previamente adquiridos e desempenhados;
- Saúde/doença: quando ocorre mudança de um estado saudável para um estado de doença;
- Organizacional: relacionado com mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas e intraorganizacionais.

A transição pode apresentar diversos padrões (Meleis et al, 2010) como:

- Simples (uma única transição), ou múltipla;
- Sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneos;
- Relacionadas ou não relacionadas.

Existem propriedades que definem as experiências de transição (Meleis et al, 2010):

- *Conhecimento/consciência*: relacionado com a consciencialização que a pessoa tem sobre a experiência que está a vivenciar, é esperado que a pessoa demonstre conhecimento sobre as alterações que está a sentir e a experienciar.
- *Ajustamento*: é influenciado pelo conhecimento que a pessoa tem sobre o seu processo de transição, relacionado com o nível de envolvimento da pessoa nos processos inerentes à transição.
- *Mudança e diferença*: uma transição envolve sempre uma mudança, é inerente à transição. É importante perceber os significados que a pessoa atribui à mudança, através da explicação de algumas das suas dimensões, como a natureza, a temporalidade, a percepção da importância ou severidade, as expectativas pessoais, familiares e sociais.
- *Eventos ou acontecimentos críticos*: a mudança e a transição estão relacionadas com acontecimentos marcantes na vida da pessoa, associadas a uma consciencialização e a um ajustamento para lidar com a experiência de transição.

- *Período de experiência*: é caracterizado por movimentos ao longo do tempo, que devem ser acompanhados, no sentido de atingir os objetivos e ganhos.

As condicionantes da transição podem ser facilitadoras ou inibidoras e dividem-se em três tipos (Meleis, 2010):

- *Condições pessoais*: identificam-se os *significados* aos acontecimentos e ao próprio processo de transição. As *crenças e atitudes culturais* são uma componente que influencia a forma como a pessoa vivencia a sua experiência de transição. O *baixo nível socioeconómico* pode ser um fator inibidor, porque potencia a sua manifestação e a experiência de sintomas psicológicos. A *preparação e conhecimento* são fatores influenciadores e estão relacionados com o conhecimento adquirido, e pode reduzir fatores de *stress* associados à transição.
- *Condições comunitárias*: assumem os recursos que uma comunidade possui para facilitar ou inibir o processo de transição.
- *Condições sociais*: encontra-se como fatores inibidores no contexto social a *marginalização*, os *estigmas* e os *papeis socialmente definidos*.

Para compreendermos e valorizarmos o processo de transição e a experiência vivida pela pessoa temos os *padrões de resposta* que se dividem em dois tipos (Meleis, 2010):

- *Indicadores de processo*: indicam a necessidade que a pessoa tem em *sentir-se e manter-se integrado*, no contexto em que se encontra inserido, demonstrando um conhecimento aprofundado e uma maior compreensão sobre a experiência vivida, existindo um *desenvolvimento da confiança e Coping*.
- *Indicadores de resultado*: a *mestria* que está relacionada com o desenvolvimento e aquisição de competências ao longo de todo o processo de transição. As *identidades flexíveis e integradoras* são a aquisição e assimilação de novos conhecimentos que levam a alteração de comportamentos ajustados à mudança do estilo de vida.

A transição saudável é resultado dos padrões de resposta durante o processo de transição, através dos indicadores de processo e de resultado.

Esta teoria sugere e reconhece nas pessoas a capacidade de tomar decisões nas questões relacionadas com a sua saúde (Sousa, Novo, Ferreira, & Marques-Vieira, 2021).

*“Para a enfermagem, o entendimento das mudanças vividas pelos indivíduos e os recursos por eles utilizados facilitam a elaboração de estratégias de enfrentamento mais saudáveis.*

*Assim, as transições pertencem ao domínio da disciplina de enfermagem, ao se relacionarem com saúde e doença, ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados à saúde.”* (Lima, Santos, Magalhães, Erdmann, & Santos, 2016).

O EEER é um dos principais responsáveis pela promoção do processo de transição saúde/doença, das pessoas e família, através da sua capacitação, com a promoção da aprendizagem e desenvolvimento de capacidades e competências que são adquiridas pela pessoa e família neste processo de adaptação à nova situação, recorrendo ao empoderamento da pessoa e família (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

## **2.3 METODOLOGIA**

Um dos desafios para este estágio de natureza profissional foi delinear e desenvolver um projeto de investigação que desenvolvesse competências de investigação e que fosse ao encontro das necessidades do Serviço de Cardiologia, e contribuir para o desenvolvimento de aprendizagens no âmbito dos cuidados à pessoa com necessidades na área de enfermagem de reabilitação, no tempo disponível e com os recursos materiais e humanos disponíveis no Serviço de Cardiologia.

Deparei-me com alguns estudos que estavam a ser desenvolvidos no serviço, relacionados com o autocuidado, o tabagismo, a qualidade de vida e a satisfação do utente.

Uma das preocupações dos Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Cardiologia centrava-se na capacitação do doente, através da educação para a saúde em relação aos fatores de risco cardiovasculares, à alimentação, ao conhecimento sobre a doença, ao exercício físico e ao regime terapêutico, daí ter surgido uma investigação em relação à capacitação do doente após a intervenção do EEER.

Então surgiu a questão: “Como é que o EEER pode capacitar a pessoa com IC?”

Comecei por utilizar o termo *empowerment*, porque uma pessoa empoderada é capaz de tomar decisões, com conhecimentos sobre a sua condição de saúde/doença, capaz de controlar a sua vida e gerir o seu regime terapêutico. (Sousa, Martins, & Novo, 2020)

Dado ao tempo de estágio e pela existência de uma CIC no serviço, optei pelos doentes com IC, visto que é uma síndrome crónica, que requer que o doente esteja capacitado em relação à sua condição, para ter uma melhor qualidade de vida.

Optei por propor à equipa, estudar o contributo da intervenção do EEER no *empowerment* do doente com IC.

A proposta foi aceite pela equipa e partiu da seguinte questão de investigação:

“Qual o contributo da intervenção do EEER no *empowerment* nos doentes admitidos com diagnóstico de IC no Serviço de Cardiologia?”

### 2.3.1 OBJETIVOS E HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

Tendo em consideração o conhecimento que se pretende analisar e aprofundar, este projeto teve como questão de partida:

“Qual o contributo das intervenções do EEER no *empowerment* nos doentes admitidos com o diagnóstico de IC no Serviço de Cardiologia?”

Com esta questão de investigação definiu-se como objetivo geral:

- Avaliar o contributo da intervenção do EEER no *empowerment* do doente com IC.

Os objetivos específicos delineados foram:

- Avaliar o *empowerment* nos doentes internados no Serviço de Cardiologia com o diagnóstico de IC;
- Avaliar se a intervenção do EEER interfere no *empowerment* do doente com IC.
- Identificar o contributo das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no *empowerment* do doente com IC na gestão do seu processo saúde/doença;
- Identificar a variação do *empowerment* após a intervenção da equipa de enfermagem de reabilitação;
- Reconhecer o *empowerment* como um indicador de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Tendo em conta os objetivos do estudo, foram colocadas as seguintes hipóteses:

- H1: A avaliação do *empowerment* dos doentes com IC do serviço de cardiologia é sensível aos fatores pessoais,
- H2: A avaliação do *empowerment* dos doentes com IC do serviço de cardiologia é sensível aos fatores clínicos;

- H3: A avaliação do *empowerment* dos doentes com IC do serviço de cardiologia é influenciada pela intervenção da equipa de Enfermagem de Reabilitação.

### 2.3.2 TIPO DE ESTUDO

Para este tipo de estudo, tendo em consideração o problema formulado, os objetivos e as hipóteses formuladas, optou-se por um estudo de índole quantitativa, longitudinal, observacional e descritiva, no sentido de responder à questão de investigação.

Fortin (2009) refere que,

*“A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. O objeto da investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina.”* (Fortin M.-F. , 2009, p. 31)

Para Polit, Beck e Hungler (2004), um estudo quantitativo parte de uma questão de procura obter uma resposta, através de uma sequência de passos, que nos leva à compreensão de um fenómeno, ao decompor os seus elementos e identificar a ligação entre eles. (Pollit, Beck, & Hungler, 2004)

De acordo com Fortin (1999):

*“O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.”* (Fortin M.-F. , 2009, p. 21)

Sendo assim, optou-se por uma investigação quantitativa, porque pretendemos a explicação de um fenómeno e o estabelecimento de relações de causa-efeito, procurando resultados e posterior generalização. (Fortin M.-F. , 2009)

Através da medição de fenómenos e obtenção de dados numéricos, com utilização de procedimentos estatísticos para o tratamento de dados. (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007)

É um estudo observacional e descritivo, com dois momentos de avaliação, sem manipulação do objeto em estudo por parte dos investigadores, com o objetivo de estudar a *“(...) situação como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma*

*população (...), de compreender fenómenos ainda mal elucidados (...) ou conceitos que foram pouco estudados (...)*” (Fortin M.-F. , 2009, p. 236).

Optou-se por um estudo longitudinal, porque permite estabelecer relações de causa e efeito e analisar fenómenos de Enfermagem ao longo de um período de tempo, podendo fornecer aos enfermeiros conhecimentos numa prática baseada na evidencia. Avaliou-se a capacitação e *empowerment* do doente com IC em dois momentos distintos: o primeiro antes da intervenção do EEER e o segundo depois da intervenção do EEER após alta hospitalar, 20 a 40 dias. (Fortin M.-F. , 2009)

### **2.3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população para o estudo em questão, foram os doentes internados no Serviço de Cardiologia de um hospital da zona Norte. Desta população foi selecionada uma amostra por conveniência, que cumpram os critérios de inclusão e exclusão para o estudo.

Critérios de inclusão:

- Doentes admitidos no Serviço de Cardiologia com diagnóstico de IC;
- Doentes que integram o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação;
- Doentes com idade igual ou maior de 18 anos, que apresentem condições físicas e/ou mentais e que aceitem responder aos instrumentos de recolha de dados.

Critérios de exclusão:

- Doentes com défices cognitivos e que não apresentem condições físicas e/ou mentais que permitam a capacidade de decisão para o preenchimento do questionário.

Após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão para a participação no estudo, chegamos a uma amostra de 33 doentes com IC, e todos aceitaram fazer parte do estudo após apresentação da sua finalidade, tendo assinado o consentimento informado (Apêndice 1).

#### 2.3.4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Num primeiro momento, foi elaborado um projeto de investigação, e apresentado à Comissão de Ética, com o pedido de autorização para a realização do estudo à Enfermeira Gestora, ao Departamento Médico, à Diretora do Serviço de Cardiologia e ao Conselho de Administração (Apêndice 2).

O parecer da Comissão de Ética foi emitido no dia 06 de janeiro de 2023, após reunião com o Conselho de Administração no dia 29 de dezembro de 2022, tendo sido autorizado com o número 65/2022 (Apêndice 3).

Relativamente à recolha de dados, no que se refere aos dados sociodemográficos, que caracterizam os doentes internados, estes, foram recolhidos das folhas de registo, na base de dados e junto do doente (idade, género, habilitações literárias, situação profissional, estado civil e área de residência).

Os dados clínicos foram recolhidos através do programa informático SClínico®, como a FEVE e a etiologia da IC.

Tendo em conta a questão de investigação, os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas, foi utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário “**Escala de Empowerment Individual**” no contexto de doença crónica, construído e validado para a população portuguesa, com a respetiva autorização das autoras (Apêndice 4) (Luz, Bastos, & Vieira, 2020).

Este instrumento foi construído e validado “*para o contexto da doença crónica de forma global*” (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 2) para que seja possível “*avaliar o empowerment enquanto resultado é importante para a investigação, mas também para a prática, pela sua utilidade para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Porque pessoas mais empoderadas serão pessoas mais capacitadas na tomada de decisão em relação ao seu regime terapêutico e autocuidado, no contexto da doença crónica.*” (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 2)

Na avaliação dos 28 itens em relação ao seu conteúdo foram excluídos três itens, resultando numa escala de 25 itens “*em que a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach foi de 0,803, considerada com boa (Marôco, 2014) que foi submetida de novo à análise fatorial considerando os critérios supracitados.*” (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 5)

O estudo para a construção da “Escala de *Empowerment* Individual” no contexto da doença crónica (Luz, Bastos, & Vieira, 2020) teve como objetivo avaliar o *empowerment* da pessoa com doença crónica em diferentes dimensões como: Autoperceção, Participação nas decisões em saúde, Mestria, Determinação, Identidade, Autonomia e Poder, e Relação com os profissionais de saúde. A finalidade do estudo prendeu-se em ajudar o profissional de saúde a avaliar o impacto das suas intervenções, através da autonomia e capacitação do doente na autogestão da sua saúde, doença e regime terapêutico.

*“A seleção das dimensões teve como objetivo identificar as necessárias para avaliação do resultado empowerment nas pessoas com doença crónica.”* (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 5)

Estas dimensões demonstram as competências e capacidades que o doente adquire durante a intervenção do EEER que permite o doente capacitar-se com autoconfiança e capacidade de decisão em relação ao seu processo de saúde/doença, com perceção e controlo sobre a sua situação, participa no regime terapêutico e estabelece objetivos com o EEER através de uma relação de confiança, empatia, cooperação, colaboração, capaz de ultrapassar as barreiras transmitidas pelo doente e sentidas pelo EEER que passa a ser um apoiante, ajudante, conselheiro e educador.

*“Verificou-se que a escala discrimina níveis de empowerment e que esta variável está relacionada com outras variáveis. Apesar da construção da escala ter por objetivo principal a sua utilização na investigação e no processo de avaliação dos cuidados de saúde, a discriminação que permite por níveis de empowerment tem utilidade clínica na identificação do potencial empowerment individual e de maior vulnerabilidade.”* (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 12)

A escolha desta escala para a realização do nosso estudo deve-se ao facto de ser uma *“escala válida e fiável que avalia o nível de empowerment no contexto da doença crónica, (...), poderá ajudar os profissionais de saúde a explorar o impacto deste resultado na autogestão do regime terapêutico, nos indicadores de controlo da doença e na qualidade de vida.”* (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 1)

No nosso estudo, avaliamos a consistência interna através do cálculo do Alfa de Cronbach que foi de 0,883, acima do valor da versão original, considerada como boa (Marôco, 2010).

A recolha dos dados foi efetuada, após consentimento do doente em participar no estudo, com a aplicação do questionário em dois momentos distintos: antes da intervenção da equipa



de Enfermagem de Reabilitação, efetuada pela investigadora e por três elementos da equipa de enfermagem de reabilitação do serviço de cardiologia preparados para isso, e posteriormente entre 20 a 40 dias após a alta em consulta não presencial.

A intervenção da EEER segue um plano estruturado que consiste:

- Na explicação da doença, o que é, a sua evolução, o reconhecimento dos sinais e sintomas, a importância do cumprimento do tratamento farmacológico, a compreensão dos efeitos de cada fármaco e a compreensão e reconhecimento da importância e da necessidade, por vezes, de intervenções percutâneas/cirúrgicas;
- Na importância de mudança de hábitos, da adoção de estilos de vida saudáveis em relação, à dieta, à ingestão de fluidos e álcool, ao tabaco, à prática de exercício físico, à qualidade do sono e à importância da imunização em relação ao vírus Influenza, pneumococo e COVID 19;
- Ensinar/ instruir/ treinar exercícios respiratórios como: controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, abertura costal global com uso de bastão e técnicas de correção postural;
- Ensinar/ instruir/treinar exercícios dos membros superiores e inferiores;
- Ensinar/instruir/treinar técnicas de conservação de energia, com o treino de AVD's;
- Ensinar/instruir/treinar o treino de marcha com início nos 25 a 50 metros, progredindo conforme tolerância do doente;
- O doente encontra-se monitorizado em todo o processo, de forma a interromper para evitar complicações. Os sinais de alarme para a interrupção do exercício são:

<b>Sinais de Alarme</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento da FC &gt; 30 bpm</li><li>• Aumento da PA sistólica &gt; 40 mmHg</li><li>• PA diastólica <math>\geq</math> 110 mmHg</li><li>• Decréscimo PA sistólica &gt; 10 mmHg com a realização do exercício</li><li>• Presença de disritmias auriculares ou ventriculares (com ou sem sintomas)</li><li>• BAV de 2º e 3º grau</li><li>• Presença de sinais/sntomas de intolerância ao exercício (dor isquémica; dispneia acentuada; alterações ECG sugestivas de isquemia)</li></ul>

Tabela 8 - Sinais de alarme que obrigam à interrupção do programa de reabilitação cardíaca intra-hospitalar (Fonte: GOBPER, 2020, p.146)

Os ensinamentos são reforçados diariamente pelo EEER durante o internamento, ao doente e à família/cuidador, até ao dia da alta hospitalar.

A gestão do regime terapêutico e da doença engloba educação para a saúde, onde o doente é o centro de cuidados e a família/cuidador constitui um elo de ligação importante neste programa, que deve ser adequado, personalizado e flexível de acordo com as características do doente e as suas capacidades físicas e cognitivas, tendo a família um papel importante na transição saúde-doença. É realizado por uma equipa multidisciplinar, onde é abordado o diagnóstico, as causas e o tratamento da doença, a sua prevenção com otimização terapêutica e controlo dos sintomas, com o objetivo do doente adquirir capacidades, competências e técnicas que facilitem a sua transição no processo doença/saúde, levando ao seu *empowerment*, através da sua capacitação e autonomia na tomada de decisão em relação à sua doença, saúde e vida.

Após a recolha de dados, estes foram inseridos numa base de dados e posteriormente foi feita a análise estatística.

Para a análise de dados foi utilizado o programa informático software *Platform Offers Advanced Statistical Analysis* (SPSS) versão 28, que segundo Marôco (2007) é o programa de eleição dos investigadores das ciências sociais.

Para a análise de variáveis e confirmação das hipóteses, foram utilizados os testes de *Kruskal-Wallis*, *Mann-Whitney* e *Wilcoxon*. Foram avaliados os pressupostos da normalidade das variáveis pelo teste *Shapiro-Wilk* e verificamos que não há normalidade com  $p < 0,05$  pelo que optamos por utilização de testes não paramétricos.

Foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis* para as variáveis de grupos superior a 2 e o teste de *Mann-Whitney* para comparar 2 grupos. O teste *Wilcoxon* foi utilizado para comparar grupos emparelhados, de acordo com o estudo em causa, foi utilizado para comparar o *empowerment* inicial, antes da intervenção do EEER, com o *empowerment* após a intervenção dos EEER.

### 2.3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A Enfermagem enquanto profissão tem definido na sua Deontologia Profissional e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, os princípios éticos e deontológicos a cumprir no exercício profissional e na investigação, como:

O princípio geral da “*defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana*” (artigo 99º, nº1):

- Os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de “*respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes*” (artigo 99º, nº3, alínea b);
- Os deveres de informação (artigo 105º) em que se revela “*respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*” (alínea b);
- Os deveres de sigilo (artigo 106º) “*manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situação de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados*” (alínea e);
- Os deveres de “*respeito pela intimidade*” (artigo 107º), protegendo a vida privada da pessoa e da sua família. (Nunes, 2020, p. 15)

Durante a elaboração do projeto tem-se em consideração que a participação da população pressupõe um consentimento livre e esclarecido, e os dados colhidos devem ser tratados de forma a manter o anonimato e a preservar a confidencialidade.

Foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato, através da atribuição de um número a cada colheita de dados. Os doentes serão convidados à participação de forma voluntária no estudo de investigação através do seu consentimento por escrito (Apêndice 6), após explicação clara do objetivo pretendido com o estudo, dando-se assim ênfase ao princípio da autonomia

## CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo descreve os dados recolhidos dos questionários de acordo com os objetivos do estudo, através da análise estatística dos 33 questionários resultantes do período de estágio clínico, destacando as dimensões e os itens que o compõem baseado na *Escala de Empowerment Individual* no contexto da doença crónica. (Luz, Bastos, & Vieira, 2020)

### 3.1 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A amostra é constituída por 33 doentes maioritariamente do género masculino (54,5%), casados ou em união de facto (69,7%) com média de idade de 67,5, variando entre os 61 e os 70 anos. Sobretudo residentes em área rural 75,8% dos indivíduos e com baixa escolaridade sendo que 75,8% da amostra frequentou apenas o 1º ciclo.

Quanto aos dados clínicos relativamente ao tempo de diagnósticos é inferior a 1 ano (57,6%), de etiologia valvular e com FE preservada.

Os dados sociodemográficos e clínicos estão sistematizados na tabela 9.

		Frequência Absoluta (n 33)	Frequência Relativa (%)
<b>Género</b>	Masculino	<b>18</b>	<b>54,5%</b>
	Feminino	15	45,5%
<b>Idade</b>	<50 anos	3	9,1
	50-60	5	15,2
	61-70	<b>14</b>	<b>42,4</b>
	71-80	5	15,2
	>81	6	18,2
<b>Estado civil</b>	Solteiro/divorciado/viúvo	10	30,3
	Casado / união de facto	<b>23</b>	<b>69,7</b>
<b>Escolaridade</b>	Não sabe ler ou escrever	2	6,1
	1º ciclo do ensino básico	<b>25</b>	<b>75,8</b>
	2º ciclo de ensino básico	4	12,1
	3º ciclo do ensino básico	1	3,0
	Ensino secundário	1	3,0
<b>Área de residência</b>	Urbana	8	24,2
	Rural	<b>25</b>	<b>75,8</b>
<b>Etiologia da IC</b>	Isquémica	8	24,2
	Valvular	<b>20</b>	<b>60,6</b>
	Alcoólica	2	6,1
	Outras	3	9,1
<b>Classificação quando à FEVE</b>	FEVE reduzida	11	33,3
	FEVE intermédia	2	6,1
	FEVE preservada	<b>19</b>	<b>57,6</b>
<b>Tempo de diagnóstico</b>	≤1 anos	<b>19</b>	<b>57,6</b>
	1 a 5 anos	8	24,2
	5 a 10 anos	4	12,1
	>10 anos	2	6,1
<b>Mortalidade</b>		3	9%

Tabela 9 - Descrição sociodemográfica e clínica

A taxa de mortalidade aos 40 dias foi de 9%, valor que vai ao encontro do descrito na literatura, que a taxa de mortalidade aos 30 dias é de cerca de 10%.

A avaliação do *empowerment* dos doentes internados no serviço de cardiologia com diagnóstico de IC está descrita na tabela 10. A amostra apresenta globalmente um valor de *empowerment* de  $M= 2,98$  e  $SD= 0,36$ , numa escala de 1 a 4. Sendo que a dimensão que mais contribui para o *empowerment* é a da Relação com os profissionais de saúde e a dimensão mais negativa é a Mestria.

Segundo a autora da escala (Luz, E. 2020) são considerados empoderados indivíduos com valor superior 3,58, verificando-se assim, que a amostra analisada não possui valores de empoderamento adequados.

<b>Empowerment antes da intervenção do EEER</b>					
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Empowerment global</b>	33	2,36	3,80	<b>2,9830</b>	0,36373
<b>Autoperceção</b>	33	1,71	4,00	2,9048	0,56882
<b>Participação nas decisões em saúde</b>	33	2,00	4,00	3,1152	0,62054
<b>Mestria</b>	33	1,67	3,67	<b>2,5354</b>	0,67154
<b>Identidade</b>	33	2,00	4,00	3,2020	0,55864
<b>Relação com os profissionais de saúde</b>	33	3,00	4,00	<b>3,6061</b>	0,46364
<b>Determinação</b>	33	1,00	4,00	3,1515	0,60576
<b>Autonomia e poder</b>	33	2,00	3,33	2,6465	0,33270

Tabela 10 - Avaliação do Empowerment e das dimensões antes da intervenção do EEER

Para o teste das hipóteses: a hipótese 1 diz, se o *empowerment* dos doentes com IC é sensível aos fatores pessoais. Foram utilizados os testes Mann-Whitney para as variáveis de género, área de residência e estado civil e Teste de Kruskal-Wallis para as variáveis de idade e escolaridade, apresentando de seguida os resultados, para um nível de significância de 0,05.

Quanto à variável género temos um nível de significância de 0,486 pelo que retemos a hipótese nula, isto é, não há diferenças estatisticamente significativas no *empowerment* global entre o género masculino e feminino, demonstrado na tabela 11:

<b>Género</b>				
	<b>Hipótese nula</b>	<b>Teste</b>	<b>Sig.<sup>a,b</sup></b>	<b>Decisão</b>
<b>1</b>	A distribuição de Empowerment é igual nas categorias de Género.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	<b>,486</b>	Reter a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				
<b>b. A significância assintótica é exibida.</b>				

Tabela 11 - Teste de Mann-Whitney na comparação por género

Quanto à variável estado civil, temos um nível de significância de 0,051, pelo que, apesar do valor muito perto do 0.05, não se verificam diferenças estatisticamente significativas no *empowerment* global entre os indivíduos casados ou união de facto e os solteiros, divorciados ou viúvos, como verificamos na tabela 12:

<b>Estado civil</b>				
	<b>Hipótese nula</b>	<b>Teste</b>	<b>Sig.<sup>a,b</sup></b>	<b>Decisão</b>
<b>1</b>	A distribuição de Empowerment é igual nas categorias de Estado civil.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	<b>,051</b>	Reter a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				
<b>b. A significância assintótica é exibida.</b>				

Tabela 12 - Teste de Mann-Whitney na comparação por estado civil

A variável idade foi agrupada de forma a facilitar a análise. Não foi demonstrada evidência estatisticamente significativa no *empowerment* global nas diferentes idades, sendo mais uma vez retida a hipótese nula, verificada na tabela 13:

<b>Idade Agrupada</b>				
	<b>Hipótese nula</b>	<b>Teste</b>	<b>Sig.<sup>a,b</sup></b>	<b>Decisão</b>
<b>1</b>	A distribuição de Empowerment é igual nas categorias de Idade agrupada.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<b>0,162</b>	Reter a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				
<b>b. A significância assintótica é exibida.</b>				

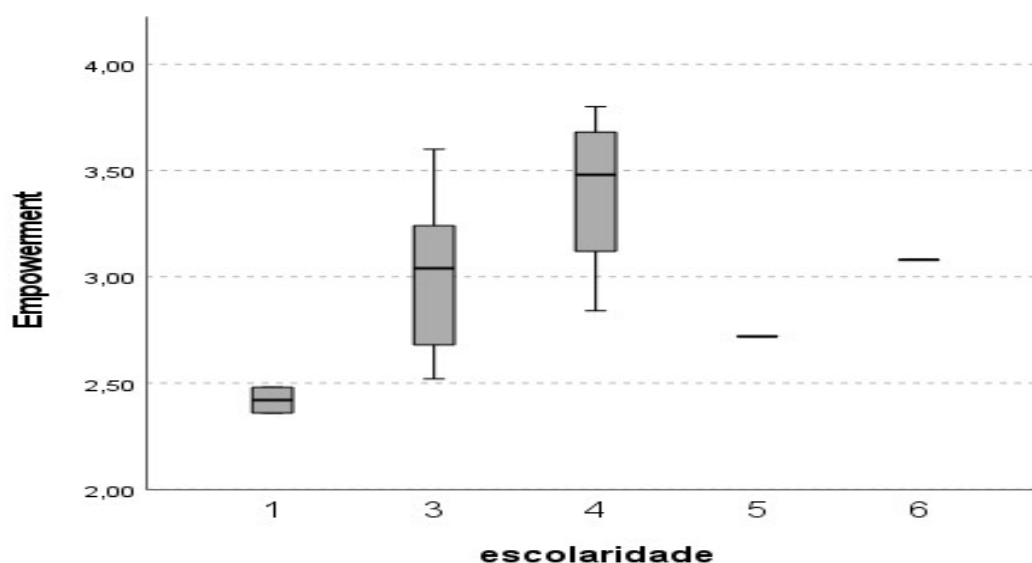
Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por idade

Quanto à escolaridade verificamos um nível de significância 0,04 pelo que há evidência estatisticamente significativa entre os níveis de escolaridade e o *empowerment* global, rejeitando a hipótese nula, verificada na tabela 14:

Escolaridade				
	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Empowerment é igual nas categorias de escolaridade.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<b>0,040</b>	Rejeitar a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				
<b>b. A significância assintótica é exibida.</b>				

Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por escolaridade

Pela análise da figura 4 podemos constatar que quanto maior o nível de escolaridade maior a capacidade de *empowerment* da amostra.



**Legenda:** 1- Não sabe ler ou escrever; 3- 1º ciclo do ensino básico; 4- 2º ciclo de ensino básico; 5- 3º ciclo do ensino básico; 6- Ensino secundário

Figura 4 - Níveis de *empowerment* nos diferentes graus de ensino

Na tabela 15 verificamos que com um nível de evidência de 0,726 não se verificam diferenças estatisticamente significativas do *empowerment* dos doentes residentes na área rural ou urbana.

Área de residência				
	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Empowerment é igual nas categorias de residência.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	,726	Reter a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				
<b>b. A significância assintótica é exibida.</b>				

Tabela 15 - Teste de Mann-Whitney na comparação por área de residência

Quando à análise da hipótese 2, se o *empowerment* dos doentes com IC é sensível aos fatores clínicos, foi utilizada um nível de significância de 0,05 e o teste utilizado foi o Kruskal-Wallis para todas as variáveis.

Como demonstrado nas tabelas 16, 17 e 18 não se verificam diferenças estatisticamente significativas do *empowerment* global com tempo de diagnóstico da IC, etiologia ou tipo de IC quanto à FEVE.

Tempo de diagnóstico				
	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Empowerment é igual nas categorias de Tempo de diagnóstico agrupado.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	0,391	Reter a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				

Tabela 16 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por tempo de diagnóstico

Etiologia da IC				
	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a</sup>	Decisão
1	A distribuição de Empowerment é igual nas categorias: Isquémica, Valvular, Alcoólica ou outras.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	0,580	Reter a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				

Tabela 17 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por etiologia da IC



Tipo de IC				
	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisão
1	A distribuição de Empowerment é igual na IC preservada, intermedia ou reduzida.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<b>0,284</b>	Reter a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				

Tabela 18 - Teste de Kruskal-Wallis na comparação por tipo de IC

Na análise da hipótese 3: se a avaliação do *empowerment* dos doentes com IC é influenciada pela intervenção da equipa de Enfermagem de Reabilitação, foi utilizado o teste Wilcoxon para amostra emparelhadas.

Quando avaliamos o *empowerment* após a intervenção do EEER verificamos os resultados sistematizados na tabela 19:

Empowerment após intervenção do EEER					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Empowerment global após intervenção EEER</b>	30	3,24	3,88	<b>3,6573</b>	0,15463
<b>Autoperceção após intervenção EEER</b>	30	2,86	4,00	3,7333	0,36515
<b>Participação nas decisões em saúde após intervenção EEER</b>	30	3,00	4,00	3,7600	0,30354
<b>Mestria após intervenção EEER</b>	30	2,67	4,00	3,5333	0,31073
<b>Determinação após intervenção EEER</b>	30	3,00	4,00	3,7833	0,33946
<b>Identidade após intervenção EEER</b>	30	3,33	4,00	3,8889	0,20216
<b>Autonomia e poder após intervenção EEER</b>	30	2,33	3,33	<b>2,9333</b>	0,23813
<b>Relação com os profissionais de saúde após intervenção EEER</b>	30	3,00	4,00	<b>3,9333</b>	0,25371

Tabela 19 - Empowerment após intervenção do EEER

Verificamos que existe uma melhoria no *empowerment* global que segundo a autora da escala é considerado bom em valores superiores a 3,58 e a amostra apresenta um valor de 3,66. Quanto às dimensões que mais contribuem para o *empowerment* são a Relação com os profissionais de saúde e a Identidade e as com valores mais negativos a de Autonomia e Poder.

Quando a análise da hipótese verificamos que existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que a intervenção do EEER melhora o *empowerment* global dos doentes internados com diagnóstico de IC, como podemos observar na tabela 20 e figura 5:

<b>Comparação do Empowerment inicial e após intervenção EEER</b>				
	<b>Hipótese nula</b>	<b>Teste</b>	<b>Sig.<sup>a,b</sup></b>	<b>Decisão</b>
<b>1</b>	A mediana de diferenças entre Empowerment inicial e Empowerment final é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	<b>0,001</b>	Rejeitar a hipótese nula.
<b>a. O nível de significância é ,050.</b>				
<b>b. A significância assintótica é exibida.</b>				

Tabela 20 - Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon na comparação do empowerment inicial e após a intervenção do EEER

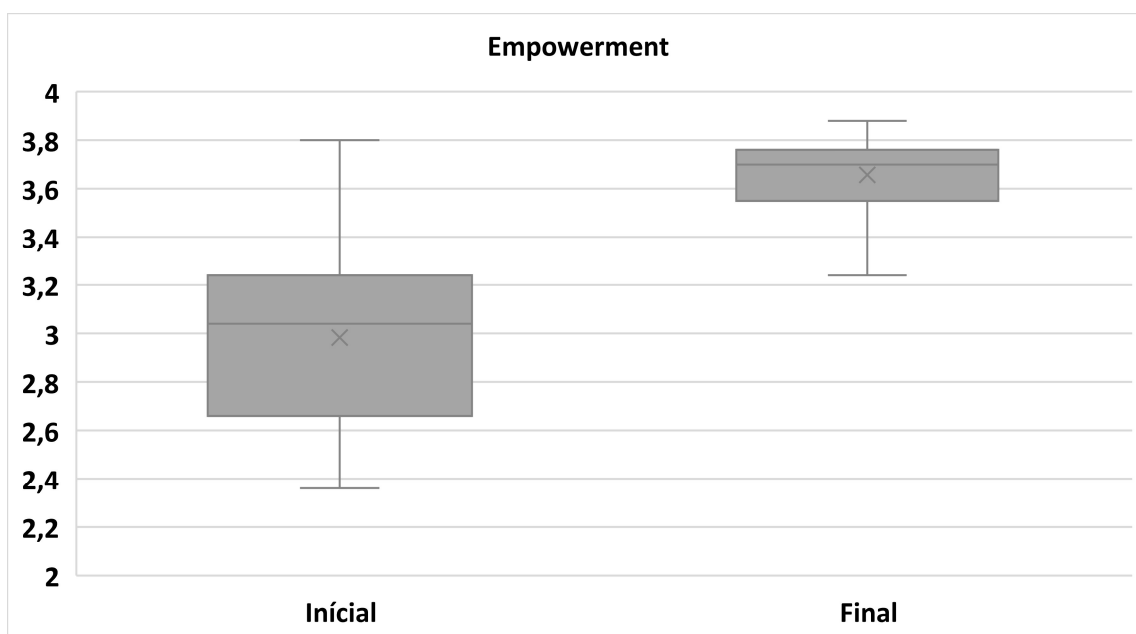


Figura 5 - Distribuição do empowerment antes e após a intervenção do EEER

### 3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em relação aos objetivos propostos para este estudo e após a análise da amostra, avaliamos que a capacidade de *empowerment* dos doentes internados com diagnóstico de insuficiência cardíaca era baixo, com valor de 2,98. Segundo a autora da escala de Luz, et al., (2020) os sujeitos mais empoderados encontram-se no 4º quadril, com uma média maior ou igual a 3,58.

No estudo de Luz, Bastos & Vieira, 2020, é possível verificar que a dimensão com o valor mais elevado é a Participação nas decisões e as dimensões com os valores mais baixos são a Mestria e Autonomia e Poder. No nosso estudo quase todas as dimensões apresentam valores positivos após a intervenção do EEER, destacando-se a Relação com os profissionais de saúde (M=3,93) e a Identidade (M=3,88). As dimensões com resultados abaixo do considerado como valor positivo de *empowerment* encontramos as dimensões de Autonomia e Poder (M=2,93) e a Mestria (M= 3,53). Apesar de a dimensão de Mestria ter um aumento significativo antes e após a intervenção do EEER.

A dimensão Relação com os profissionais de saúde tem o valor mais elevado e reflete a importância de estabelecer uma relação terapêutica com doente e da importância da educação para a saúde de forma a que este adquira conhecimentos e competências que o permitem lidar com a sua doença e a sua nova condição de saúde. Significa que a intervenção do EEER interfere com a capacidade de *empowerment* do doente.

Ao adquirir esses conhecimentos e competências o doente melhora a capacidade de gestão do novo regime terapêutico, integra a doença na sua nova identidade e nas suas atividades de vida, sendo capaz de o gerir e de o cumprir, demonstrado no valor apresentado na dimensão Identidade (Luz, Bastos, & Vieira, 2020), que verificamos uma melhoria de 3,20 para 3,88 após a intervenção do EEER. Nesta avaliação conseguimos demonstrar o contributo das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no *empowerment* do doente com IC na gestão do seu processo saúde/doença.

A dimensão Mestria antes da intervenção do EEER apresenta uma M = 2,53 e após a intervenção do EEER apresenta uma M=3,53 o que demonstra, apesar dos seus valores significarem baixo empoderamento, foi a dimensão com maior aumento a nível estatístico, isto porque o doente adquire conhecimento sobre a sua doença, sobre os sinais e sintomas, reconhece quando está a ficar pior e o que fazer quando piora, mas apesar desse conhecimento, necessita de recorrer de imediato ao médico ou ao enfermeiro e tem

dificuldade na transmissão de conhecimento a outros doentes com o mesmo problema. (Luz, Bastos, & Vieira, 2020)

Assim, reconhecemos o *empowerment* como um indicador de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, sendo resultado da transmissão de conhecimento e aquisição de competências relacionadas com a compreensão da doença, na promoção do autocuidado e na gestão eficaz do regime terapêutico.

*“Um investimento na promoção do empowerment contribui para melhorar indicadores como o número de internamentos e diminuição das complicações ou morbilidades associadas, contribuindo desta forma para a diminuição no consumo dos serviços e cuidados de saúde.”* (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 2)

Na análise das hipóteses e no impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas, relacionadas com a hipótese 1 e 2, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável da escolaridade, o que significa que quanto maior o nível de escolaridade, maior é a capacidade de *empowerment*. Este resultado vai ao encontro dos resultados da validação da escala, e com a literatura que refere que doentes com baixo nível educacional tendem a demonstrar menor nível de participação nas decisões em saúde por se sentirem menos competentes na obtenção e interpretação da informação. (Luz, Bastos, & Vieira, 2020)

Nas restantes variáveis sociodemográficas e clínicas, na amostra estudada não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, contrário ao descrito pela autora, que encontrou diferenças quanto à gravidade da doença e suporte familiar. (Luz, Bastos, & Vieira, 2020) Este resultado pode dever-se ao tamanho da amostra.

Em relação à hipótese 3, verificamos que existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que a intervenção do EEER melhora o *empowerment* global dos doentes internados com diagnóstico de IC. Avaliamos a variação da capacidade de *empowerment* do doente antes e após a intervenção do EEER, e notamos uma variação positiva, o *empowerment* global antes da intervenção do EEER era de 2,98 e após a intervenção do EEER era de 3,65, o que significa doentes com melhor capacidade de empowerment, de acordo com os valores apresentados pelo estudo de Luz, Bastos & Vieira, 2020.

O facto da amostra e dos doentes com IC serem mais idosos faz com que a variação do *empowerment* com o avançar da idade seja menos significativo, porque o envelhecimento é um dos fatores de desmotivação, o doente sente que já não consegue fazer as coisas sozinho,

devido à deterioração gradual, contínua e irreversível das suas capacidades físicas, psicológicas e cognitivas.

*“O envelhecimento faz parte do ciclo da vida e como tal, é lógico valorizá-lo, até porque constitui uma oportunidade para uma sociedade mais enriquecida. Amiúde, o envelhecimento, é relacionado com o declínio das faculdades físicas e mentais, aspeto que o associa a uma imagem pejorativa, que a todo custo deve ser evitada, similarmente associado a doenças, perda de autonomia e independência e ao conseqüente afastamento dos papeis sociais.”* (Pires, Martins, Gomes, Monteiro, & Ribeiro, 2019, p. 91)

A motivação do doente para a sua recuperação e reabilitação é muito importante, porque estão disponíveis para a aquisição de conhecimento e competências que ajudam a ultrapassar barreiras e a facilitar o seu quotidiano na convivência com a IC, de forma a melhorar a qualidade de vida e autonomia. Assim os doentes,

*“(…) que têm maior funcionalidade física, a confiança para realizar tarefas físicas e não se sentem limitados clinicamente, podem se adaptar mais rapidamente à reabilitação cardíaca e progredir mais rapidamente.”* (Frank, McConell, Rawson, & Fradkin, 2011, p. 223)

O facto de a maioria dos doentes desta amostra terem IC há menos de 1 ano, influencia este fator, pois são doentes com diagnóstico recente e sentem-se motivados para cumprir o regime terapêutico e recuperar a sua autonomia, visto que o risco de terem um episódio de IC de novo é grande. Com a evolução da doença, que se torna crónica e irreversível, torna-se mais difícil para o doente adquirir a capacidade de *empowerment*, porque

*“(…) o nível de empowerment está relacionado com a gravidade da doença crónica; decorre daqui que a promoção de empowerment não é um objetivo para todos os clientes.”* (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 12)

O que nos permite dizer que as características pessoais, individuais, de personalidade e de comportamento influenciam o nível de *empowerment*,

*“(…) o empowerment é um conceito mensurável tal como a qualidade de vida, e igualmente difícil, dada a diversidade de fatores que a influenciam e o carácter pessoal do conceito.”* (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 13)

### 3.3 CONCLUSÕES DO ESTUDO

O objetivo deste estudo foi avaliar o contributo da intervenção do EEER ao doente com IC e o seu *empowerment*, e concluímos que antes da intervenção do EEER o *empowerment* global do doente é menor, em todas as dimensões, onde o doente sente-se incapaz e com pouca confiança em si mesmo e na sua reabilitação e futuro, pois ainda não apresenta competências e conhecimentos sobre a doença. Depois da intervenção do EEER, com um plano de cuidados de reabilitação com educação para a saúde, sobre a doença, o regime terapêutico, os fatores de risco cardiovasculares, os sinais e sintomas e os cuidados a ter, com mudanças no estilo de vida e de hábitos, em relação, à alimentação, ao tabaco, ao álcool e ao exercício físico, com ensino, treino e instrução de exercícios respiratórios, de força muscular e de resistência e técnicas de conservação de energia, para reduzir a sensação de dispneia e fadiga para realizar as suas atividades de vida diárias, os doentes demonstraram um aumento do *empowerment*, principalmente, nas dimensões da Relação com os profissionais de saúde e na Identidade, porque sentem-se capazes e com valor, com capacidade de decisão, devido às competências adquiridas e ao conhecimento transmitido e reforçado diariamente pelo EEER.

Considero que este estudo foi importante para perceber os fatores que influenciam a intervenção do EEER, para a capacitação do doente com IC. Com o ensino, treino e instrução o doente vai sentir-se mais empoderado, torna-se mais autónomo e com capacidade de decisão sobre a sua situação de saúde/doença, possui conhecimento e competências, o que implica ganhos em saúde, com redução dos internamentos e idas ao serviço de urgência. Apesar de tratar-se de uma doença crónica os ganhos em saúde tornam-se mais difíceis de serem avaliados, porque com a evolução da doença o estado de saúde tende a manter-se ou agravar-se. Durante o estágio clínico não houve nenhum reinternamento, dos doentes que entraram nesta amostra.

Após este trabalho, sinto que devia ser uma área mais abordada na investigação em enfermagem, porque os estudos existentes são escassos ou antigos. O nível de *empowerment* do doente demonstra o impacto da intervenção do EEER na vida do doente e família, através da educação para a saúde, com melhoria da qualidade de vida e a capacitação do doente e família em relação à doença, aos cuidados a ter e à gestão do regime terapêutico, pois está “(...) associado à percepção do impacto da doença crónica, autogestão do regime terapêutico e estilo de gestão do mesmo.” (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 13)

Em Portugal não se fala muito no *empowerment*, principalmente na área da saúde, e considero que deveria ser mais estudado nas várias patologias crónicas e iriam demonstrar os ganhos em saúde e a qualidade dos cuidados.

*“A avaliação do nível do empowerment nas pessoas com doença crónica permite-nos medir o impacto dos cuidados de saúde na autogestão do regime terapêutico, sendo um indicador da qualidade dos cuidados e serviços de saúde.”* (Luz, Bastos, & Vieira, 2020, p. 13)

Senti que uma das limitações estava relacionada com a zona geográfica, onde o fator cultural em relação à alimentação, o álcool e o sedentarismo está muito vincado, porque a maior parte dos doentes mantinham hábitos alimentares não saudáveis, como o uso de sal em excesso, quando já existem FRCV, como a HTA. O uso de álcool nesta região é muito comum, faz parte do seu dia a dia, principalmente nas zonas rurais, daí a mudança de hábitos ser mais difícil, porque trata-se de uma questão cultural.

*“Capacitar, no contexto da educação para a saúde, é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. Os conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados nos valores da pessoa, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa.”* (Sousa, Martins, & Novo, 2020, p. 65)

Outra limitação deste estudo é o facto de a amostra ser pequena, o que implica mais investigação nesta área, de forma a ter efeito em resultados, porque estes resultados são relativos aquela amostra, não podendo ser generalizados, sendo importante mais estudos nesta área de forma a melhorar a intervenção e os cuidados prestados na enfermagem de reabilitação.

## **CAPÍTULO IV - ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DO PROCESSO FORMATIVO**

O meu estágio profissional tinha como objetivo o desenvolvimento de atividades em contexto real que promovessem a prática de competências adquiridas ou aprimoradas, mas também com uma componente de investigação, de acordo com o projeto formativo elaborado no início do estágio com os meus objetivos e atividades para atingir e adquirir as competências (Apêndice 7).

### **4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O *“Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”* (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4744)

O enfermeiro especialista, partilha um conjunto de competências comuns, independente da área de especialização, que engloba quatro domínios (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745):

- A- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- B- Melhoria contínua da qualidade;
- C- Gestão de cuidados;
- D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste subcapítulo descrevo atividades/experiências vividas, com respetiva fundamentação e reflexão, que permitiram desenvolver cada um destes domínios, com os objetivos específicos e atividades desenvolvidas, em contexto de prática clínica e que levaram ao desenvolvimento e a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista.

#### **Domínio A: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

O enfermeiro na sua prática clínica e na investigação obedece a um conjunto de princípios éticos e deontológicos que estão definidos no Código Deontológico e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem.



**A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.**

Esta competência permite uma prática de cuidados *“seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.”* (Diário da República, 2ª série-nº 26-6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4746)

Os enfermeiros são diariamente confrontados com situações novas, diferentes e de difícil solução. Devem possuir conhecimentos atualizados e competências adquiridas, pois cada vez mais a Enfermagem possui intervenções autónomas. Não devem,

*“(...) prestar cuidados idênticos a pessoas com patologias similares nem aplicar simplesmente planos de cuidados tipo, de acordo com os diagnósticos feitos pela Enfermagem. Neste sentido, é fundamental que sejam capazes de prestar cuidados personalizados e apropriados em cada caso particular, ou seja, de gerir os mesmos de modo a que tenham qualidade, sejam eficazes e conduzam à satisfação dos clientes, das famílias e da sociedade em geral.”* (Pacheco, 2011, p. 4)

As competências necessárias para a prestação de cuidados gerais de acordo com o Conselho de Enfermagem da OE são:

- A prática profissional ética e legal;
- A prestação e gestão de cuidados;
- O desenvolvimento profissional.

A Ética é interpretada como a moralidade da consciência, estuda o comportamento humano, a forma de agir e a conduta do ser humano na sociedade, através dos princípios universais, sobre a moralidade dos atos humanos.

A competência ética é fundamental, porque o enfermeiro vai ser capaz de ser responsável pelos seus atos, desempenha as suas funções com respeito pela Deontologia e pela Lei, desempenha a sua prestação e gestão de cuidados com qualidade, tem necessidade de valorizar-se profissionalmente através da aquisição de novos conhecimentos e competências, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

*“O enfermeiro é uma pessoa com um quadro de valores próprio e cuida de outras pessoas, também elas com os seus valores, crenças, sentimentos e emoções únicas e singulares. Por isso, deve agir sempre no respeito pelas diferenças e pela singularidade de cada pessoa,*

*pele que não se pode pautar apenas pelo estrito cumprimento das normas e deve ter a preocupação de adotar sempre um comportamento ético.” (Pacheco, 2011, p.6).*

A Deontologia Profissional permite a autorregulação e controlo da prática profissional de Enfermagem, de forma a que os enfermeiros respeitem e promovam cuidados de enfermagem com qualidade à pessoa humana, tendo em conta os valores universais que são:

- A igualdade;
- A liberdade responsável;
- A verdade e a justiça;
- O altruísmo e a solidariedade;
- A competência e o aperfeiçoamento profissional.

Para desenvolver uma prática segura, aumentei os meus conhecimentos teóricos e práticos em relação ao doente do foro cardíaco, através da realização de pesquisa bibliográfica, da consulta de protocolos para conhecer normas e rotinas do serviço e aquisição de conhecimento sobre os trabalhos a serem desenvolvidos para conhecimento científico, numa prática baseada na evidência de forma a planear e implementar cuidados especializados, tendo sempre em atenção os princípios éticos e deontológicos da profissão.

## **A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**

Esta competência *“demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.”* (DR, 2ªserie – nº26 – 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4746)

A nossa prática de cuidados é baseada no Código Deontológico de Enfermagem que no artigo 78º diz:

*“As intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”* (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.38).

O respeito pela dignidade humana é um princípio ético e moral porque,

*“Ser pessoa deve encarar-se como um processo, o que nos coloca perante uma realidade dinâmica e não perante um estado fixo. É a pessoa que consubstancia as dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia. O ser humano, com sujeito moral, possui uma dignidade absoluta.”* (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.38).

Os enfermeiros devem ter em atenção o que doente quer, pensa, sente e precisa, porque para além da doença, é um ser único, com sentimentos, emoções, consciência e liberdade que vê a sua autonomia e dignidade em causa devido à sua situação de doença. Por isso, o plano de cuidados deve ser personalizado e único, dirigido ao doente e à família, com intervenções que capacitam e motivam o doente a participar no seu plano de cuidados e recuperação de forma contínua, para que recupere a sua autonomia e qualidade de vida com o mínimo de sequelas físicas, psicológicas, emocionais e sociais.

No Serviço de Cardiologia dado à área geográfica onde está inserido, a maior parte das doenças cardiovasculares são provocadas pela má alimentação e abuso de álcool. Na educação para a saúde, temos que ter em conta ao meio em que a pessoa está inserida e respeitar as crenças e os valores dos doentes e família, como por exemplo, muitos doentes referem que bebem uma garrafa de vinho à refeição, que para eles é normal, e nós como enfermeiros não nos compete julgar ou fazer juízos de valor, mas sim mostrar que aquele hábito conduz a um agravamento da doença e ensinar e educar opções e soluções para a mudança de comportamento.

Respeitando sempre o direito à informação, à sua confidencialidade, à sua privacidade e às suas escolhas em relação ao tratamento, doença e saúde.

A prestação de cuidados ao doente e à família devem ser cuidados de excelência, através da formação, mas nunca esquecer as ciências humanas, ver o doente e a família como alguém que precisa de cuidados diferenciados, mas também de apoio emocional, temos que ver o doente a família como um todo, por isso está descrito no Código Deontológico da OE,

*“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.”* (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.205).

## **Domínio B: Melhoria da Qualidade**

As doenças cardiovasculares causam grande impacto a nível social, económico e cultural, daí a importância no investimento na prevenção, promoção da saúde e reabilitação, de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas. (Despacho nº8597/2017, p.21827)

### **B1 – Garante um ambiente terapêutico e seguro**

Esta competência “*considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativa/promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.*” (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4747)

Neste local de estágio um dos pontos importantes é o envolvimento do doente no plano de cuidados, ao compreender a sua doença e o seu tratamento, passando pela prevenção, com a adoção de hábitos saudáveis e mudança de estilos de vida, com ensinamentos diários, com a ajuda de panfletos e de filmes, facilitando o processo de transição doença/saúde.

Neste processo a família é inserida no plano de cuidados, porque a família é uma extensão do doente e uma aliada no processo de cuidar e por isso, deve estar informada sobre a doença, o plano de reabilitação e seus objetivos.

Reparei que a maior parte dos panfletos existentes no serviço eram dirigidos ao doente, por isso elaborei um Manual para o Cuidador do doente com Insuficiência Cardíaca (Anexo 6), que explica o que é a IC, o que pode fazer para ajudar o seu familiar na mudança da alimentação, no estilo de vida e na gestão do regime terapêutico, qual o seu papel como cuidador e como cuidador não se esquecer de si, das suas necessidades e emoções, para evitar a exaustão. Desta forma, ajuda-se o cuidador a lidar com a doença do seu familiar, reduzindo o risco de este ficar doente, promovendo o bem-estar para que continue a prestar cuidados ao seu familiar, de forma a prevenir complicações relacionadas com a doença.

## **Domínio C: Gestão de Cuidados**

O papel do enfermeiro na gestão e organização dos cuidados de saúde é cada vez mais preponderante e a organização e intervenção do EEER numa equipa multidisciplinar é uma “(...) combinação de diferentes conhecimentos, capacidades e competências fundamentais

*para o processo de reabilitação individual, de cada pessoa.”* (Santos, 2016 in Machado, 2021)

### **C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação da equipa multidisciplinar**

Nesta competência o enfermeiro especialista “(...) realiza a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.” (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4748)

Durante o meu estágio clínico, tive a oportunidade de intervir nas passagens de turno, onde o EEER e os enfermeiros do serviço trocam experiências e intervenções em relação a cada doente individualmente, onde se “*otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*” (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4748)

Como os doentes do foro cardíaco têm que mudar hábitos e estilos de vida, como a alimentação, deixar de fumar e a prática de exercício físico, muitas vezes referiam que não iam conseguir, principalmente na alimentação, porque moravam sozinhos, não sabem cozinhar e recorriam a restaurantes, então o EEER apresenta estratégias e tenta perceber e conhecer o meio em que o doente está inserido de forma a arranjar alternativas e comunica ao nutricionista, de forma a complementar a informação dada, de modo a que o doente após a alta hospitalar, consiga manter uma alimentação adequada dentro das suas possibilidades. Outro ponto difícil para os doentes do foro cardíaco era deixar de fumar, a maior parte fumadores de mais de um maço por dia. Inicialmente o EEER tenta perceber a motivação do doente para deixar de fumar, depois encaminhava o doente para a consulta de cessação tabágica e a partir daí era avaliado se o doente precisa da ajuda de um psicólogo para redução da ansiedade ou uso de medicação receitada pelo seu médico, para ajudar neste processo.

Estas trocas de informações eram feitas nas reuniões da equipa ou nas passagens de turno, sendo momentos importantes para solucionar problemas, de forma a garantir o processo de reabilitação do doente. Foi durante estas reuniões e passagens de turno que transmiti o que me preocupava no doente, como a redução da ansiedade devido à doença e à mudança de hábitos que estão enraizados, salientando a importância ao doente das vantagens que essa mudança de comportamentos faz à sua qualidade de vida, reconhecendo quando devo

“referenciar para outros elementos da equipa multidisciplinar.” (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4748)

## **Domínio D: Domínio de Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Considero que esta uma das competências mais importantes a serem adquiridas, porque propõe o autoconhecimento, conhecer as nossas limitações e facilidades e uma consciência de nós próprios enquanto pessoas e profissionais, de forma a prestar melhores cuidados através do estabelecimento de relações terapêuticas para a transmissão de conhecimento e ensino.

### **D1 – Desenvolve o conhecimento e assertividade**

Esta competência adquirida pelo enfermeiro especialista “*demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional.*” (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento 140/2019, p.4749)

A minha maior dificuldade neste estágio foi estabelecer uma relação terapêutica com o doente e família, visto que trabalho num serviço de urgência, onde a relação com o doente e família é curta, porque tratamos e cuidamos o doente numa fase aguda, e depois tem alta ou fica internado, enquanto num internamento senti que se estabelece uma relação terapêutica, conhecemos o doente, conseguimos interpretar o que ele diz ou sente, através da linguagem verbal e não verbal, sobre os seus medos e as suas dúvidas, visto que se trata de uma doença cardíaca, que mexe com a “máquina do corpo”, e muitos deles são pessoas novas, que trabalham e têm família que precisa deles a nível familiar, social e económico, por isso, senti que para além de transmitir a informação sobre a doença, os FRCV, a mudança de estilos de vida, também teria que estabelecer uma comunicação assertiva e empática, de modo a garantir que essa comunicação e transmissão de conhecimento fosse eficaz.

Esta reflexão sobre as minhas dificuldades e limitações, desenvolveu o meu sentido crítico em relação à minha intervenção perante situações diferentes do meu dia-a-dia profissional, como o doente que está internado, que está comigo num dia e no dia seguinte continua comigo até à alta hospitalar, permitindo estabelecer uma comunicação e diferentes experiências na prestação de cuidados, conduzindo à aprendizagem e desenvolvimento de

capacidades e competências para suprimir os meus limites e dificuldades profissionais no estabelecimento de uma relação terapêutica.

Senti necessidade de recorrer à pesquisa bibliográfica, visto que é um serviço específico, com doentes do foro cardíaco, de forma a adquirir conhecimentos, e comunicar com o doente e transmitir a informação de forma segura e com confiança.

Tive a oportunidade de assistir à Reunião GEIC – Heart Team 2023 da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, e foi muito gratificante, porque adquiri o conhecimento de estudos mais recentes relacionados com a IC (Apêndice 8).

Perante isto, sinto que fui capaz de otimizar o autoconhecimento através da identificação dos fatores que dificultavam ou interferiram na relação com o doente, do reconhecimento dos meus recursos e limitações pessoais e profissionais, do reconhecer as necessidades formativas e da aplicação de novos conhecimentos na prestação de cuidados.

## **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica**

Nesta competência o enfermeiro especialista *“alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação.”* (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4749)

Este estágio clínico centra-se na educação para a saúde, porque os doentes do foro cardíaco precisam de ensino sobre FRCV e mudança de estilos de vida, que os colocou nessa situação de doença. Desenvolvi a minha capacidade de *“formador oportuno em contexto de trabalho”* (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4749), onde transmito ao doente o conhecimento de modo a capacitá-lo até ao momento da alta, para evitar um novo internamento.

Neste contexto desenvolvi o meu projeto de investigação, que visa o *empowerment* do doente com IC antes e após a intervenção do EEER, de forma a reconhecer a importância dos ensinamentos do EEER para o dia a dia do doente, de modo a melhorar a sua qualidade de vida e autonomia, *“visando ganhos em saúde dos cidadãos.”* (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4749) e *“Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.”* (DR, 2ªserie – nº26- 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 140/2019, p.4749)

Outra necessidade que senti foi a realização do Manual para o Cuidador do Doente com Insuficiência Cardíaca, de forma a transmitir os conhecimentos sobre a doença e os cuidados a ter com o seu familiar e consigo próprio como cuidador.

## **4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Neste estágio clínico tive como objetivo desenvolver as competências específicas ao exercício do EEER, para isso foram determinados objetivos e atividades a desenvolver para atingir esses objetivos.

No decorrer do estágio clínico, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, junto de pessoas com doença cardíaca, seja em episódio inicial ou relacionado com o agravamento da doença. Estes doentes estão perante uma doença que obriga a modificações no seu estilo de vida e hábitos, verificando-se, por vezes, intolerância ao esforço, ficando dependentes de terceiros para a satisfação das atividades que compõem o autocuidado e conseqüentemente uma diminuição da qualidade de vida e autonomia.

A Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2015), define que a missão da Enfermagem de Reabilitação tem o foco na pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, com o intuito de, através de um diagnóstico e intervenção precoce, promover a qualidade de vida, o autocuidado, o aumento da funcionalidade, prevenindo complicações e evitando ou minimizando a incapacidade, reproduzindo ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista, para além das competências do enfermeiro de cuidados gerais, é detentor de competências específicas para intervir ao longo de todo o ciclo vital e nos processos de doença, nomeadamente, na adequação de um programa de exercícios terapêuticos que vão de encontro ao princípio da individualidade e às necessidades da pessoa a quem direciona os seus cuidados, de maneira a atingir a máxima funcionalidade e independência. Desta forma, tem a autonomia para prescrever exercícios terapêuticos adequados a cada indivíduo e situação, contribuindo deste modo para o restabelecimento da independência da pessoa ou recuperação do nível de função pré-lesão ou de pré-incapacidade, atendendo sempre à importância da segurança e do respeito pelos intervalos de descanso (Hoeman, 2011).



Para que tal se suceda, emergiram um conjunto de competências criadas pela Ordem dos Enfermeiros, que o enfermeiro especialista em reabilitação tem que reunir. De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio (artigo 4º), estas são:

1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:

*“Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.”* (Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13566);

2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

*“Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.”* (Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13566);

3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

*“Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.”* (Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13566).

Durante o meu estágio clínico tive que realizar pesquisa bibliográfica pertinente, com maior enfoque nas intervenções ao doente do foro cardíaco, de forma a aprofundar conhecimentos, para conseguir delinear um plano de cuidados, porque o EEER *“avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade.”* (J1.1; Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13566) e *“concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados*

*nos processos de saúde/doença e ou incapacidade.”* (J1.2; Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13567).

Neste período de estágio estive mais em contato com doentes com IC que estavam relacionados com o meu projeto de investigação, sendo doentes com uma síndrome crónica, que limita as atividades de vida diárias, devido aos sintomas como a dispneia e a fadiga, que conduz a uma intolerância ao esforço e conseqüentemente à perda de autonomia e qualidade de vida. O EEER do Serviço de Cardiologia apresenta um plano de cuidados para doentes com IC e está relacionado com o fortalecimento da musculatura respiratória, com ensino da correção postural, exercícios de relaxamento e de RFR, como a dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de reeducação diafragmática e de reeducação costal seletiva e global, exercícios de treino de equilíbrio, de mobilização articular e de treino de força muscular, principalmente ao nível dos membros superiores. Era feita uma avaliação inicial, durante e após os exercícios utilizando a Escala de Borg modificada (Apêndice 9). Ao mesmo tempo tentava perceber nos doentes qual era a sua maior dificuldade, o que o preocupava, o que causava mais ansiedade, tentando perceber quais as barreiras que teria quando tivesse alta, como por exemplo, se a casa tem escadas, ensinava e treinava com o doente estratégias para ultrapassar essa barreira, como o treino de descer e subir escadas com controlo dos tempos respiratórios. Tive uma doente com IC que a sua maior preocupação era, se iria conseguir arrumar a casa como antes, porque agora ficava cansada “mais depressa”, e para além destes exercícios de controlo da respiração para reduzir o cansaço fácil, foi sugerido à doente a limpeza da casa por divisões, dedicando-se a uma divisão da casa em dias diferentes, respeitando os períodos de descanso. Estas situações fizeram perceber que o plano de cuidados deve ser adaptado às necessidades e objetivos do doente, devendo ser único e individualizado. Isto é feito através do ensino, treino e instrução de estratégias de conservação de energia, que visam a realização das atividades de vida diárias, com o uso de menor dispêndio de energia e de consumo de oxigénio, de forma a conseguir realizar as suas atividades, como por exemplo, realizar atividades relacionadas com o autocuidado sentado, uma correta postura corporal, utilizar as técnicas de descanso e relaxamento, os exercícios respiratórios e exercícios de adequação da respiração ao esforço.

Assim, *“implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.”* (J1.3, Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13567) e *“Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da*

*mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida.”* (J2.1., Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13567)

Posso concluir, que os doentes durante os dias de internamento, com a execução deste plano de cuidados, melhoravam da dispneia, da fadiga e da intolerância ao esforço, o que me levou a desenvolver o meu projeto de investigação para perceber se depois da alta hospitalar, o doente continua a executar os exercícios, se conseguia realizar as suas atividades de vida, com as estratégias transmitidas, se fica menos dependente de terceiros e com melhor qualidade de vida, pois é uma pessoa autónoma, com capacidade de decisão e capacitada. Por isso, *“avalia os resultados das intervenções implementadas.”* (J1.4. Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13567)

Durante o estágio percebi que é importante a preparação do doente para a alta hospitalar, desde o primeiro dia de internamento, com a avaliação inicial, a educação para a saúde e o ensino, treino e instrução de exercícios adaptativos à nova condição de saúde/doença. Essa preparação depende da adaptação do doente, a sua motivação e os seus objetivos daí, *“avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.”* (J3.2. Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13568), sendo importante a reinserção social do doente, de forma a sentir-se capacitado e autónomo, envolvendo a família no seu plano de reabilitação, ficando com conhecimentos e capacitada para ajudar na recuperação, reabilitação e reinserção do doente, de forma a garantir a sua autonomia. O EEER *“promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.”* (J2.2. Regulamento n.º 392/2019, 3 de Maio, p.13567)

Para estes doentes cada dia que passa é uma conquista e todos os pormenores, que parecem insignificantes numa pessoa saudável, como por exemplo, ter uma refeição sem ficar cansado e terminar a refeição sem ajuda de terceiros, é uma vitória, devido à intervenção do EEER, com ensinamentos e técnicas adaptativas à nova condição de vida do doente e família.

## CONCLUSÃO GERAL

A elaboração do presente relatório permitiu descrever, através de uma reflexão crítica o percurso realizado durante o estágio clínico no Serviço de Cardiologia de um hospital da zona Norte, onde foram desenvolvidos e prestados cuidados a pessoas com doença do foro cardíaco, permitindo pôr em prática os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares e estágios decorridos no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, através de atividades e intervenções de cariz formativo e de investigação junto do doente e família.

Este estágio foi muito gratificante para mim, porque para além de ser uma área de interesse, a reabilitação cardíaca, senti-me parte da equipa dos EEER, com muito apoio e com muita colaboração no desenvolvimento do meu projeto de investigação, com oportunidades na aquisição de conhecimentos e competências gerais do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação.

Considero que a equipa de enfermagem de reabilitação do Serviço de Cardiologia desenvolve um trabalho de referência junto dos doentes com patologia cardíaca, desde a elaboração de um plano de cuidados específico, de acordo com a patologia do doente, através da sua avaliação inicial, com educação para a saúde e um planeamento da alta desde o primeiro dia de internamento, de modo a capacitar o doente e família à nova condição de vida.

O trabalho desenvolvido pelos EEER do serviço de cardiologia em relação a um dos principais fatores de risco cardiovasculares, o tabagismo, é a existência de uma consulta de apoio à cessação tabágica, onde o doente é acompanhado durante o ano.

Tal como os doentes com IC com FEVE < 40% de difícil controlo, são acompanhados na Clínica de insuficiência cardíaca, com um programa estruturado.

Os doentes cirúrgicos são acompanhados pelos EEER do serviço de cardiologia, principalmente no pré-operatório, com implementação de intervenções que permitem ao doente no período pós-cirúrgico aumentar a sua autonomia e prevenir complicações relacionadas com a cirurgia.

A existência de um grupo de trabalho que contribui com trabalhos e estudos de investigação e que é desenvolvido pela equipa de enfermagem de reabilitação, como forma de adquirir competências e conhecimentos para melhorar a qualidade de cuidados prestados.

Durante o meu período de estágio senti companheirismo por parte dos EEER do serviço de cardiologia e em relação à restante equipa multidisciplinar, ao mostrar disponibilidade para ensinar e ajudar.

Gostei muito da iniciativa e considero importante, a disponibilidade no início do turno da manhã, de realizar com a restante equipa de saúde multidisciplinar, exercícios de respiração e alongamentos, de modo a reduzir o stress e as lesões músculo-esqueléticas e promover o bem-estar, para uma melhor prestação de cuidados.

Neste serviço, depois de uma fase inicial de conhecimento e interiorização dos protocolos de serviço, deparei-me com a necessidade de avaliar o contributo das intervenções do EEER na capacitação do doente com IC, sendo o projeto de investigação desenvolvido e aceite, desenvolvendo competências na área de investigação, orientada para a prática baseada na evidência, no sentido de apurar o que pode mudar e melhorar na intervenção do EEER na capacitação do doente.

O meu projeto de investigação estava relacionado com os cuidados prestados pelo EEER ao doente com insuficiência cardíaca, na sua capacitação e empoderamento, antes e após a intervenção do EEER, através da aquisição de conhecimentos e competências transmitidas, ensinadas e reforçadas pelo EEER do Serviço de Cardiologia.

A IC é uma síndrome crónica com elevado risco de complicações. A intervenção do EEER, na prevenção, tratamento e reabilitação, assume um papel importante no *empowerment* do doente com IC, em que o indivíduo/família é visto como parceiro da equipa de saúde e responsável pela sua transição doença/saúde, através da aquisição de conhecimentos e competências que possibilitam uma tomada de decisão e autonomia sobre a sua vida.

Devido à existência de poucos estudos nesta área, com poucos instrumentos de avaliação e mensuração do *empowerment* do doente nos cuidados hospitalares, surgiu a pertinência deste projeto, com a finalidade de obter dados que permitam identificar o impacto das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no *empowerment* do doente com IC na gestão do seu processo saúde/doença, bem como identificar o *empowerment* como um indicador de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Acreditamos que este projeto se irá traduzir numa mais valia para a consolidação do conhecimento e para o desenvolvimento de novas práticas que contribuam para a melhoria dos cuidados e da qualidade de vida do doente.

Apesar das dificuldades e limitações que estiveram relacionadas com a conciliação dos turnos no local de trabalho com os do local de estágio, os objetivos foram atingidos e por todas as atividades, intervenções e reflexões junto do doente, família e equipa de saúde multidisciplinar, foram adquiridas e aprimoradas as competências comuns e específicas do EEER, consagradas pela Ordem dos Enfermeiros, tornando-se uma experiência desafiadora e enriquecedora, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., . . . Morais, J. (6 de Fevereiro de 2018). Revista Portuguesa de Cardiologia. *Crítérios obrigatórios para programas de reabilitação cardíaca: diretrizes de 2018 da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*, pp. 363-373.
- Cardiologia, S. E. (s.d.). *Informações práticas sobre a insuficiência cardíaca para doentes, familiares e prestadores de cuidados*. Obtido de Heartfailurematters.org: <http://www.heartfailurematters.org>
- Cardiologia, S. P. (2021). *Diretrizes da ESC para o diagnóstico e tratamento da Insuficiência Cardíaca aguda e crónica*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Cardiologia: <http://www.escardio.org/guidelines>
- Cardiology, E. S. (2019). *Guidelines on Chronic Coronary Syndromes*. Obtido de European Society of Cardiology: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/chronic-coronary-syndromes>
- Costa, M., Rebelo, C., Marques, F., Pestana, S., & Ferreira, V. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca Trabalho desenvolvido por Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Craenenbroeck, E. (12 de Abril de 2017). *Exercise training as therapy for chronic heart failure*. Obtido de European Society of Cardiology: <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-ofCardiology-Practice/Volume-14/Exercise-training-as-therapy-for-chronic-heart-failure>
- Delgado, B., Lopes, I., Mendes, E., Preto, L., Gomes, B., & Novo, A. (2019). Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, nº2, vol.2. *Modulação Cardíaca pelo Exercício Físico na pessoa com Insuficiência Cardíaca descompensada-Relato de Caso*, pp. 65-73.
- E.P.E, C. H. (2021). *Guia de Acolhimento do Aluno - Especialidade em Enfermagem de Reabilitação*. Penafiel: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
- Elliot, M., & Turnell, A. (1996). *Dilemmas for the empowering nurse*. Obtido de Journal of Nursing Management: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1996.02303.x>

- Elwyn, G., Edwards, A., Gwyn, R., & Grol, R. (18 de Setembro de 1999). *National Library of Medicine*. Obtido de Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc28229>
- Enfermeiros, O. d. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-30-1.
- Enfermeiros, O. d. (2015). *Padrão Documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Enfermeiros, O. d. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Enfermeiros, O. d. (2019). *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, nº26, p. 4144-4750.
- Enfermeiros, O. d. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-50-9.
- Enfermeiros, O. d. (3 de Maio de 2019). *Regulamento nº392 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Diário da República, 2ª série, nº85.
- Fernandes, R. F. (2018). *O exercício físico na gestão da doença cardíaca: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Mestrado.
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). *Revista Portuguesa de Cardiologia. Insuficiência Cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal*, pp. 97-104.
- Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., França, F., Rodrigues, T., & Cardoso, J. (2017). *Revista Portuguesa de Cardiologia. Pela melhoria do tratamento da Insuficiência Cardíaca em Portugal: documento de consenso*, pp. 1-8.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10X.



- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-10-7.
- Frank, A. M., McConell, T. R., Rawson, E. S., & Fradkin, A. (2011). Clinical and functional predictions of health-related quality of life during cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, v.31, n°4, 223-229. DOI: 10.1097/HCR.ObO13e31820333b3.
- Gheorghide, M., De Luca, L., Fanarow, G. C., Filippatos, G., Metra, M., & Fracis, G. S. (19 de Setembro de 2005). *National Library of Medicine*. Obtido de Pathophysiologic targets in the early phase of acute heart failure syndromes: <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> DOI:10.1016/j.amjcard.2005.07.016
- Gomes, A. (2013). Tipos de programas de Reabilitação Cardíaca. Em A. Abreu, C. Aguiar, M. Mendes, & H. Santa-Clara, *Manual de Reabilitação Cardíaca*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Hernández, P., Castellanos, T., Pardo, J. A., Maseda, M. T., Carbonell, M., & Garcia, A. (2017). *Posicionamento sobre los estándares básicos en recursos humanos, perfil e competencias profesionales, materiales, actividades y categorización de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca en Espana*. Espanha: Asociación Espanola de Enfermaria en Cardiologia (AEEC).
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-31-4.
- Kendall, S. (1998). *Health and Empowerment: Research and Practice*. London: London: Arnold.
- Lima, C. F., Santos, J., Magalhães, C., Erdmann, A., & Santos, I. d. (9 de outubro de 2016). *Integrando a teoria das transições e a teoria fundamentada nos dados para pesquisa/cuidado de Enfermagem*. Obtido de Revista de Enfermagem UERJ: <http://dx.doi.org/10.12957/reverj.2016.19870>
- Lima, J. G., Corrêa, B. M., Carvalho, T. d., Santos, B. R., Araújo, M. S., Franco, I. M., . . . Monteiro, F. C. (4 de julho de 2022). *Assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca: uma revisão integrativa da literatura*. Obtido de Research, Society and Development, v.11, n.9: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31696>

- Luz, E. L., Bastos, F., & Vieira, M. M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto de doença crónica. *Revista de Enfermagem*, n<sup>o</sup>3, vol. V, pp. 1-15.
- Machado, M. (2021). *Intervenção de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Insuficiência Cardíaca*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação de Mestrado.
- Machado, M. A. (2021). *Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à pessoa com Insuficiência Cardíaca*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Mestrado.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística: com utilização do SPSS. 3<sup>a</sup> edição, revista e aumentada*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-452-2.
- McDonagh, T., & Metra, M. (2021). *Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica*. Sociedade Europeia de Cardiologia.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation - specific theories in research and nursing*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Moura, S. (2015). *A avaliação do impacto da Insuficiência Cardíaca na tolerância à atividade e na dependência para o autocuidado*. Porto: ICBAS. Dissertação de Mestrado.
- Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., & Loureiro, M. (Abril 2020). *Reabilitação Cardíaca - Evidência e Fundamentos para a prática*. Lusodidacta.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação em Enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem, ISBN: 978-989-54837-0-9.
- Oliveira, F. D. (julho,2021). *Reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca descompensada: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação*. Porto: Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Tese de Mestrado.
- Ouschan, R., Sweney, J., & Johnson, L. (2000). *Dimensions of patient empowerment: implications for professional services marketing*. Obtido de National Library of Medicine: <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11184439/> DOI: 10.1300/J026v18n01\_08

- Pacheco, S. (2011). *Desenvolvimento da Competência ética dos estudantes de Enfermagem. Uma teoria explicativa*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Doutoramento.
- Papa, V., Guizilini, S., Bublitz, C. B., Rocco, I. S., Bertini, C., Xavier, V. B., . . . Reis, M. S. (2020). *Reabilitação Cardiovascular baseada em exercício físico na insuficiência cardíaca- Fase hospitalar e ambulatorial*. Obtido de Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203002264-72>
- Paulo, M. (2019). *Efetividade dos programas de reabilitação cardíaca: Revisão sistemática da literatura*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu-Escola Superior de Saúde de Viseu. Tese de Mestrado.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS. 5ª edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, H. d., Santos, V. M., Santos, K. C., Farias, M. S., Pessoa, V. L., & Silva, L. d. (20 de fevereiro de 2022). *Aplicação da teoria de médio alcance para enfermagem de reabilitação cardiovascular de pacientes com insuficiência cardíaca*. Obtido de Research, Society and Development, v.11, n.3: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26579>
- Pinto, C. C. (2011). *Representações e Práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- Pires, C. (2020). *Enfermagem de reabilitação na pessoa com patologia cardíaca*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo-Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Tese de Mestrado.
- Pires, R., Martins, M. M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (25 de junho de 2019). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada - Programa TEIA*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, v2, n<sup>o</sup>1, pp. 90-101.
- Pollit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.

- Prata, C., Coelho, P., & Aguila, J. (2020). Reabilitação Cardíaca no Enfarte Agudo do Miocárdio: Fatores associados ao sucesso. *Revista Contexto e Saúde, n°41, Vol.20*, pp. 170-177.
- Ramos, A. (2001). Empoderamento em Saúde: o papel do enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration, n°2, Vol.1*, pp. 26-31.
- Ribeiro, M., Martins, M. D., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). *O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem*. Obtido de Texto e Contexto - Enfermagem: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Rocha, J. (2011). *Efetividade de um programa de reabilitação cardíaca*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Tese de Mestrado.
- Rodrigues, A. R. (2021). *A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas transições da pessoa em programa de Reabilitação Cardíaca*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Mestrado.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (24 de junho de 2015). O cuidado humano transicional como foco de enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium, n°49 (jun/dez)*, pp. 153-171.
- Saúde, D. G. (2015). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Saúde, D. G. (2017). *Programa Nacional para Doença Cérebro-cardiovascular*. Lisboa: DGS.
- Saúde, M. d. (29 de Setembro de 2017). *Diário da República n°189/2017, Série II, p.21827-21828*. Obtido de Constituição do Grupo de Trabalho para a definição dos critérios a observar nos Programas de Reabilitação Cardíaca: <https://dre.pt/application/file/a/108231668>
- Saúde, O. M. (2017). *10 facts on Ageing and Health*. Obtido de World Health Organization: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-healths>
- Schulz, A., Israel, B., Zimmerman, M., & Checkoway, B. (setembro de 1995). *Empowerment as a multi-level construct: Perceived control at the individual,*

*organizational and community level*. Obtido de Health Education Research, vol.10, nº3: <https://www.jstor.org/stable/45108711>

- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., . . . Bettencourt, M. (Fevereiro de 2019). Revista Investigação em Enfermagem. *Contributos do referencial teórico de Alaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação*, pp. 35-44.
- Silveira, C., & Abreu, A. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia, nº12, Vol.35*, pp. 659-668.
- Sousa, J. (2019). *Autocuidado em pessoas com Insuficiência Cardíaca*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Doutoramento.
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, nº1, Vol.3*, pp. 64-69.
- Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R., & Marques-Vieira, C. (2021). Avaliar para gerir a doença aguda: propriedade clinicométricas dos instrumentos e avaliação económica em Enfermagem. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp. 31-39). Sabooks Lusodidacta.
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. (junho de 2007). *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem. Parte I: desenhos de pesquisa quantitativa*. Obtido de Revista Latino-Americana de Enfermagem: <https://doi.org/10.1590/SO104-11692007000300022>
- Stewart, S., MacIntyre, K., Buraco, J., Capewell, S., & McMurray, J. (2001). More "malignant" than cancer? Five year survival following a first admission for heart failure. *European Journal for Heart Failure*, 315-322.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, 5ª edição. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-74-6.
- Vermelho, A., & Pestana, S. (2021). Programa de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca intra-hospitalar. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e práticas* (pp. 576-599). Lisboa: LIDEL-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-752-723-4.

## APÊNDICES

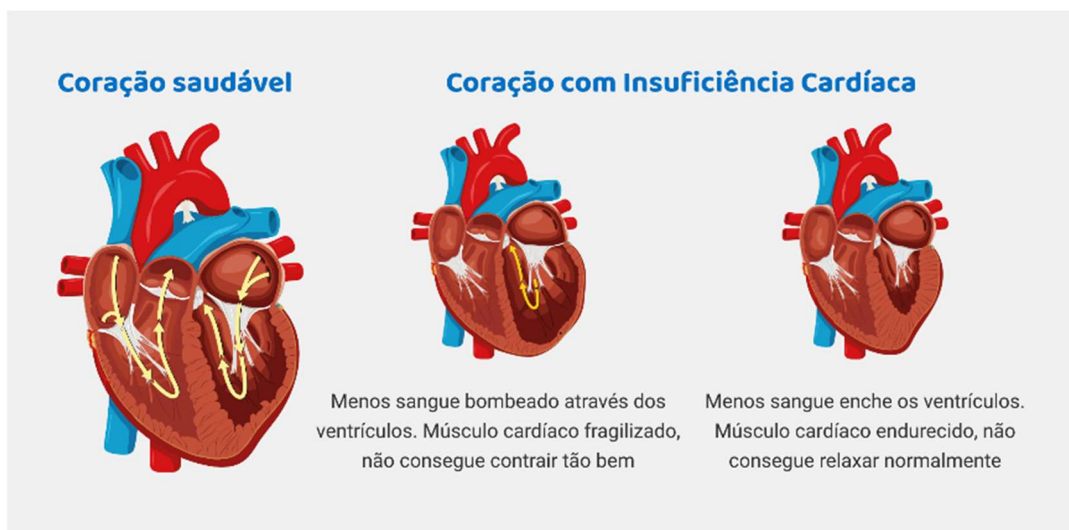
## **APÊNDICE 1 - MANUAL PARA O CUIDADOR DO DOENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

# Manual para o Cuidador do Doente com Insuficiência Cardíaca



## O que é a Insuficiência Cardíaca?

- É uma doença grave em que o coração não bombeia o sangue suficiente para o corpo, não consegue fornecer os nutrientes e o oxigénio suficientes, o que significa que o coração tem dificuldade em funcionar para corresponder às necessidades do organismo.



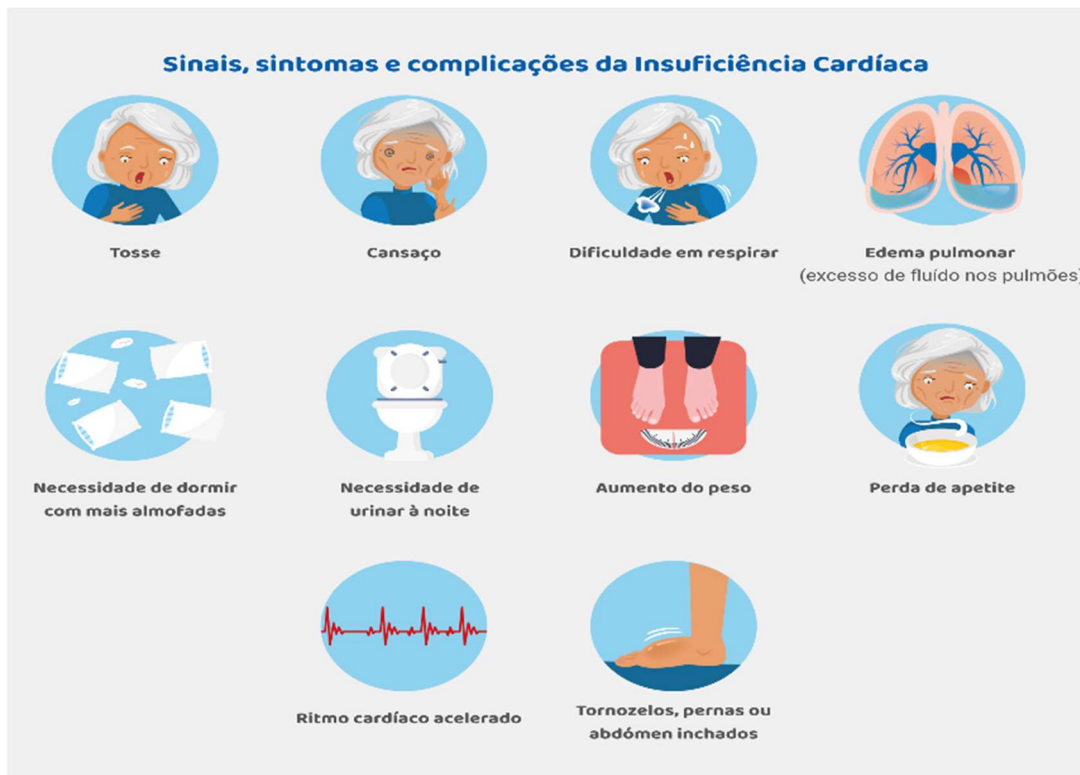


## Causas da Insuficiência Cardíaca:

- Obstrução total ou parcial das artérias coronárias;
- Enfarte Agudo do Miocárdio (Enfarte do coração);
- Hipertensão arterial;
- Valvuloplastia;
- Doenças do músculo cardíaco;
- Arritmias.

## Sintomas da Insuficiência Cardíaca:

- Falta de ar;
- Tosse/respiração ofegante;
- Aumento de peso;
- Tornozelos, pernas ou abdómen inchados;
- Cansaço/fadiga;
- Tonturas;
- Frequência cardíaca rápida;
- Perda de apetite;
- Necessidade de urinar à noite;
- Depressão e ansiedade.



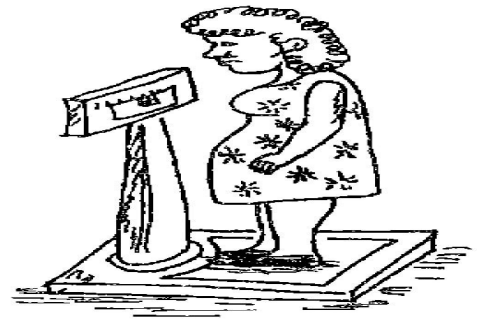
## O que pode fazer para ajudar

- Lidar com a insuficiência cardíaca do seu familiar pode ser um desafio, as mudanças na alimentação, no estilo de vida e a quantidade de medicamentos receitados podem gerar confusão e medos.
- Pode ajudar o seu familiar a **controlar os medicamentos que toma**. Sugestões:
  - Crie uma tabela de parede com os nomes dos medicamentos, a dose e a hora do dia que tem de os tomar;
  - Compre uma caixa de comprimidos, com etiquetas dos dias da semana e das horas do dia;
  - Programe um alarme para se lembrar de tomar um medicamento a uma determinada hora;
  - Crie um hábito ou uma rotina ao tomar o medicamento para o ajudar a lembrar-se, por exemplo, depois de lavar os dentes, tomar o pequeno almoço ou ao jantar;
  - Leve os medicamentos consigo quando sair de casa, e se for de férias leve-os na mala de viagem, junto com a receita médica;
  - Peça novas receitas com antecedência, para não deixar acabar a medicação;
  - Se tiver dúvidas na organização dos medicamentos, peça ajuda ao enfermeiro.

	Amanhecer	Café	Intervalo 1	Almoço	Intervalo 2	Jantar	Dormir
Horário							
Medicamento							

- Uma **alimentação equilibrada**, ajuda o seu familiar a sentir-se melhor, a controlar os sintomas e melhorar o seu nível de energia. É importante:
  - **Manter um peso saudável:**
    - Consumir mais frutas e legumes, alimentos não processados, produtos lácteos com baixo teor de gordura, gorduras polinsaturadas (como o azeite), cereais, peixe e carne branca (como frango, peru ou coelho);
    - Para temperar as refeições utilize ervas aromáticas ou sumo de limão ou lima;
    - Retire o saleiro da mesa;

- Evite refeições congeladas, legumes enlatados, queijo, carnes processadas (como charcutaria, salsichas e fiambre), cereais embalados, pão, tomate processado (como ketchup, polpa de tomate);
- Verifique sempre o rótulo dos alimentos em relação à quantidade de sal;
- Tenha em atenção o que come em restaurantes.



○ **Controlar a ingestão de líquidos:**

- Utilize chávenas pequenas;
- Tente dividir a quantidade diária pelo dia todo;
- Tente que o seu familiar beba líquidos muito frescos ou muito quentes para demorar mais tempo;
- Se estiver calor ou se o seu familiar tiver febre ou diarreia, deve beber mais 100 a 300 ml;
- Se o seu familiar tiver sede pode: chupar um cubo de gelo; usar no seu familiar cotonetes bucais à base de limão e glicerina; mascar pastilhas; comer frutos congelados;
- Faça com que reduza o consumo de bebidas com cafeína;
- Deve limitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Pode adicionar sumo de limão ao chá ou à água mineral.



- O consumo excessivo de álcool aumenta os batimentos cardíacos e a tensão arterial. Aconselhe-se com o seu enfermeiro em relação à **quantidade de álcool que o seu familiar pode ingerir**, mas recomenda-se que não exceda de uma ou duas bebidas alcoólicas por dia (uma dose de bebida corresponde a um copo de cerveja ou vinho). Se apresentar sintomas graves, é aconselhado a evitar totalmente o consumo de álcool.



- É importante **adaptar a alimentação à ingestão de Potássio**, porque devido à toma de diuréticos, o corpo perde algum potássio, que é um mineral essencial para o bom funcionamento do nosso organismo. Os seguintes alimentos são ricos em potássio:

- Bananas;
- Laranjas;
- Ameixas;
- Soja;
- Melão;
- Peixe como solha ou alabote;
- Batatas.

## O seu papel como cuidador do seu familiar com insuficiência cardíaca



- **Ajudar e apoiar o seu familiar**, a ajustar o seu estilo de vida ao novo plano de tratamento;
- Para o seu familiar, **o seu cuidador é a pessoa mais importante** na gestão da sua doença;
- **Não deve ser demasiado protetor** em relação ao seu familiar, mas deve ajudar o seu familiar a aprender e aceitar que a autogestão da vida com insuficiência cardíaca depende dele, implica que deve ser o treinador e não deve sentir-se obrigado a fazer as coisas pelo seu familiar;
- **Ajudar o seu familiar a fazer mudanças de estilo de vida, hábitos e nas necessidades médicas** como:
  - Realizar exames e tratamentos e tomar os medicamentos;
  - Como cuidador deve participar nas consultas, fazer perguntas e tirar notas, mas sem dominar a conversa;
  - Ajude o seu familiar a seguir os conselhos do médico e do enfermeiro, dando apoio moral e prático, como por exemplo, ajude-o a gerir a medicação, na prática de exercício físico, compre ou cozinhe refeições saudáveis, se fumar evite fumar ou deixe de fumar e ajude-o a controlar os sintomas como, pesar-se diariamente, avaliar a frequência cardíaca e tensão arterial duas vezes por semana;
  - Incentive o seu familiar a vacinar-se contra o vírus da gripe e da pneumonia;
  - Ajudar o seu familiar a adaptar as atividades, praticar exercício físico regularmente, descansar com mais frequência, reduzir o stress, prestar mais atenção ao corpo e mudar a alimentação;
  - Esteja atento ao progresso do seu familiar, porque frequentemente os médicos e enfermeiros recorrem ao cuidador para obter informações sobre o estado de saúde do doente, sintomas e progresso em relação às recomendações da prática de exercício físico e alimentação.

## Dar apoio emocional



- O apoio emocional é extremamente importante para o seu familiar, que está a passar por diferentes sentimentos e desafios:
  - **Tranquilize o seu familiar**, assegurando que a mudança leva o seu tempo;
  - **Incentive e elogie** a adoção de novos hábitos e o progresso alcançado;
  - **Não faça julgamentos** quando o seu familiar tem um deslize e volta a hábitos antigos, deve ser solidário e ajudar para que volte ao caminho certo;
  - **Envolve a família e amigos próximos**, pode sugerir passeios com familiares e amigos ou preparar refeições saudáveis em conjunto;
  - Incentive outros familiares a adotar hábitos saudáveis para minimizar o risco de doença cardíaca;
  - **Não faça as tarefas pelo seu familiar**, apesar de apresentar limitações físicas, precisa de se manter ativo e de praticar exercício físico. O seu familiar pode sentir que é um fardo quando sente que a sua independência acabou, ao fazer tudo por ele.
- Os doentes com insuficiência cardíaca têm tendência a ficar tristes, se verificar alguns destes sintomas no seu familiar de forma constante e durante mais de duas semanas pode indicar um **estado de depressão**:
  - Mau humor, tristeza ou nostalgia;
  - Mais irritável do que o habitual;
  - Alterações no apetite;
  - Perda de interesse nas coisas de que antes gostava;
  - Isolamento;
  - Sonolência em excesso ou acordar demasiado cedo;
  - Sempre cansado e sem energia;
  - Sentimento de inutilidade ou culpa;
  - Sentimento de desespero;
  - Pensamentos sobre morte e suicídio.
- O seu familiar também pode **sentir-se mais ansioso** e pode verificar um dos seguintes sintomas durante mais de 2 semanas:
  - Preocupação excessiva;
  - Medo;
  - Mais tenso que o habitual;
  - Inquieto;
  - Nervoso ou com tremores.



- Se reconhecer **sintomas de depressão ou ansiedade** no seu familiar, existem medidas que podem ajudar:
  - **Pode falar com o seu familiar** sobre o que ele está a sentir;
  - **Envolva os seus familiares e amigos** para que o seu familiar mantenha o contacto com outras pessoas, planear atividades para que ele saia de casa e evitar o isolamento;
  - Incentive o seu familiar a obter mais informações sobre a autogestão da sua doença;
  - Ajude-o a compreender o plano de tratamento e dê apoio prático para que o consiga cumprir;
  - Ajude-o a aumentar a atividade e o exercício físico, de forma regular;
  - Ajude o seu familiar a dormir o suficiente;
  - Incentive-o a participar em atividades novas, de forma a manter o interesse na vida, ao aprender coisas novas;
  - Procure ajuda junto do seu médico, enfermeiro ou procure ajuda psicológica.

## Valorize os seus sentimentos

- Como cuidador deposita a sua energia, esforço e atenção nos cuidados ao seu familiar, esquecendo-se de si, das suas necessidades e emoções:
  - Poderá sentir que tem que estar sempre positivo, alegre e otimista, mesmo quando enfrenta as dificuldades;
  - Poderá ter tendência a não mostrar o que sente, a reprimir as suas emoções, levando a estados de depressão;
  - Poderá existir alguma ansiedade em relação à doença do seu familiar, porque não sabe o que pode acontecer-lhe e sente-se responsável pela sua saúde;
  - Pode sentir ressentimentos, sentir-se frustrado devido às mudanças na sua vida e sentir-se ressentido com o seu familiar por ser a “causa” dessas mudanças. E se o seu familiar estiver irritado e não colaborar devido à sua doença, pode não dar valor aquilo que está a fazer;
  - Pode sentir-se zangado com a vida, ao perguntar porque é que o seu familiar tem insuficiência cardíaca, porque é que isto aconteceu. Pode sentir-se zangado com o seu familiar por não ter evitado esta doença, se tivesse deixado de fumar ou se tivesse seguido os conselhos dos profissionais de saúde. Ao sentir estes sentimentos de raiva e ressentimento, sente-se culpado;
  - Pode sentir que tem que ser forte pelos dois;
  - Estas emoções podem surgir todas num curto espaço de tempo. Num dia está otimista e que a situação está controlada e no dia seguinte sente-se deprimido, inseguro e isolado porque ninguém compreende aquilo por que está a passar.
- Enquanto prestador de cuidados também precisa de muito apoio:
  - **Fale com alguém.** Se não conseguir falar com o seu familiar sobre o que sente, fale com outro familiar, um amigo de confiança, um médico ou enfermeiro ou um profissional de acompanhamento psicológico;
  - **Procure ajuda** junto dos seus familiares e amigos, grupo de voluntários ou serviços de saúde locais. Não pode fazer tudo sozinho. Fale com o seu médico ou

enfermeiro para saber que tipo de ajuda é disponível para si na sua área de residência;

- **Informe-se e procure saber** mais sobre a insuficiência cardíaca, vai ajudar a sentir-se com mais controlo;
- **Tire tempo para si** e para as atividades que gosta.

**Cuide da sua saúde**, como pessoa, cuidador, amigo/a, marido/esposa, filho/a, pai/mãe. A Insuficiência Cardíaca é uma doença para o resto da vida e, se não cuidar de si, pode ficar exausto e doente, o que vai condicionar a recuperação do seu familiar e o vosso bem-estar.



Elaborado por:

Ana Sofia Teles Dias, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da EES-IPVC

Bibliografia:

Cardiologia, S. E. (s.d.). *Informações práticas sobre a insuficiência cardíaca para doentes, familiares e prestadores de cuidados*. Obtido de Heartfailurematters.org: <http://www.heartfailurematters.org>

**APÊNDICE 2 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À ENFERMEIRA GESTORA, AO DEPARTAMENTO MÉDICO, À DIRETORA DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA E AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**



Exma. Sra. Enfermeira Madalena Meira, Enfermeira Gestora do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E.,

Eu, Ana Sofia Teles Dias, portadora do número de identificação civil 12077527, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), com o número de aluno 28909, a realizar Estágio de Natureza Profissional no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E no período de 04/10/2022 a 31/03/2023, pretendo desenvolver o trabalho de investigação "O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca".

A recolha de dados será realizada durante o internamento, sendo a amostra, doentes admitidos com o diagnóstico de insuficiência cardíaca no serviço de cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E.

O instrumento de recolha de dados para o estudo será o questionário Escala de Empowerment Individual no contexto de doença crónica. Os doentes serão convidados à participação de forma voluntária através do seu consentimento informado por escrito, garantindo a confidencialidade dos dados e anonimato.

Certa de que este estudo poderá dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, agradeço antecipadamente a Vossa colaboração e disponibilidade.

Eu, Stacia Madalena dos Santos Teles

Enfermeira Gestora do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E., autorizo/não autorizo a realização do estudo de investigação "O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca", uma vez que reúne as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Penafiel, 13 de Novembro de 2022

A Responsável: Madalena Meira

Exma. Sra. Enfermeira Elsa Pinto, Enfermeira Gestora do Departamento Médico do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E.,

Eu, Ana Sofia Teles Dias, portadora do número de identificação civil 12077527, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), com o número de aluno 28909, a realizar Estágio de Natureza Profissional no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E no período de 04/10/2022 a 31/03/2023, pretendo desenvolver o trabalho de investigação "O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca".

A recolha de dados será realizada durante o internamento, sendo a amostra, doentes admitidos com o diagnóstico de insuficiência cardíaca no serviço de cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E.

O instrumento de recolha de dados para o estudo será o questionário Escala de Empowerment Individual no contexto de doença crónica. Os doentes serão convidados à participação de forma voluntária através do seu consentimento informado por escrito, garantindo a confidencialidade dos dados e anonimato.

Certa de que este estudo poderá dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, agradeço antecipadamente a Vossa colaboração e disponibilidade.

Eu, Elsa Judite Mendes Pinto

Enfermeira Gestora do Departamento Médico Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E., autorizo/~~não autorizo~~ a realização do estudo de investigação "O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca", uma vez que reúne as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Penafiel, 23 de Novembro de 2022

A Responsável: Elsa Judite Mendes Pinto

Exma. Sra. Dra. Aurora Andrade, Diretora do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E.,

Eu, Ana Sofia Teles Dias, portadora do número de identificação civil 12077527, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), com o número de aluno 28909, a realizar Estágio de Natureza Profissional no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E no período de 04/10/2022 a 31/03/2023, pretendo desenvolver o trabalho de investigação "O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca".

A recolha de dados será realizada durante o internamento, sendo a amostra, doentes admitidos com o diagnóstico de insuficiência cardíaca no serviço de cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E.

O instrumento de recolha de dados para o estudo será o questionário Escala de Empowerment Individual no contexto de doença crónica. Os doentes serão convidados à participação de forma voluntária através do seu consentimento informado por escrito, garantindo a confidencialidade dos dados e anonimato.

Certa de que este estudo poderá dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, agradeço antecipadamente a Vossa colaboração e disponibilidade.

Eu, AURORA ANDRADE

Diretora do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa E.P.E., autorizo/não autorizo a realização do estudo de investigação "O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca", uma vez que reúne as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Penafiel, 05 de Dezembro de 2022

A Responsável:

Aurora Andrade

## **APÊNDICE 3 - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

Exmo. (a) Senhor(a)

Enfª Ana Sofia Teles Dias

[ana\\_dias82@hotmail.com](mailto:ana_dias82@hotmail.com)

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA PROC. Nº: 65/2022	DATA 06/01/2023
----------------	--------------------	---------------------------------------	--------------------

ASSUNTO: ***“O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca”***

Exma Senhora Enfª Ana Sofia Teles Dias,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo ***“O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca”***.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do estudo no CHTS. Contudo de acordo com o parecer, deve ser alterado sexo por género no questionário.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 29/12/2022 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), **o relatório final, sendo este de carácter obrigatório**.

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,

  
(Eliana Pereira, Dra)

## **APÊNDICE 4 - AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DO QUESTIONÁRIO**

Exma. Sr. <sup>a</sup> Enfermeira Ana Dias  
Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
Escola Superior de saúde

**Assunto: Autorização para utilização da Escala de *Empowerment Individual***

Eu, Elisabete Lamy da Luz, Professora Adjunta convidada na Escola Superior de Saúde de Santarém, venho por este meio conceder autorização à Sr<sup>a</sup> Enfermeira Ana Dias para a utilização da Escala acima referenciada para aplicação no contexto da realização do Metrado de Enfermagem de Reabilitação; cuja a temática é “*O impacto da Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca.*” Devendo referenciar o artigo: “Elisabete L.; Bastos, Fernanda; Vieira, Margarida M. (2020).” Construção e validação da Escala de *Empowerment Individual* no contexto da doença crónica. Revista Referência. 5(3): 1-10.6”.

Ao dispor,

Santarém, 18 Outubro de 2022

Elisabete Lamy da Luz

Elisabete Lamy da Luz, PhD,MSc, RN

Professora Adjunta

elisabete.luz@essaude.ipsantarem.pt

CIEQV

Centro de Investigação em Qualidade de Vida  
Saúde Individual e Comunitária



## APÊNDICE 5 - QUESTIONÁRIO



Por favor, leia e responda às seguintes questões. Não existem perguntas certas ou erradas. Marque a resposta que melhor se aplica a si. Por favor tente responder o melhor que puder.

Por favor coloque um e **só um X** no quadrado em cada alínea das seguintes questões:

	1 Discordo completa mente	2 Discordo	3- Concordo	4 Concordo completa mente
1. Eu sinto-me uma pessoa de valor, igual aos outros, nem mais nem menos.				
2. Eu vejo-me como uma pessoa capaz.				
3. Eu sinto que sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
4. Eu sinto que tenho qualidades positivas.				
5. Consigo sempre ultrapassar as barreiras.				
6. Sou capaz de fazer tudo sozinho.				
7. Sinto-me feliz com a minha vida, apesar de tudo.				
8. Os profissionais de saúde informam-me sobre os cuidados a ter.				
9. Os profissionais de saúde valorizam os meus medos, dúvidas, anseios em relação aos cuidados e explicam o que me vão fazer e porquê.				
10. Os profissionais de saúde envolvem-me nos cuidados e estabelecem comigo os objetivos do meu regime terapêutico.				
11. Os profissionais de saúde ouvem a minha opinião e valorizam-na em relação ao meu regime terapêutico.				
12. Os profissionais de saúde acreditam nas minhas capacidades.				
13. Sou capaz de identificar sinais e sintomas da minha doença e sei o que fazer, não necessito de ir a correr ao médico.				
14. Sei precisamente o que fazer quando estou pior da minha doença.				
15. Sou capaz de informar e educar outras pessoas com o mesmo problema que eu.				
16. Eu tenho o direito de tomar as minhas decisões, mesmo que estas não favoreçam a melhoria da minha saúde/doença.				
17. Eu tenho o direito de viver a minha própria vida da forma como quero.				

18. Quando faço planos, em relação à minha saúde e tratamento, quase sempre tenho a certeza que os consigo cumprir.				
19. Sou capaz de gerir o meu regime terapêutico com serenidade.				
20. O meu regime terapêutico faz parte da minha vida.				
21. Quando preciso de ajuda para gerir o meu regime terapêutico, peço.				
22. Estou otimista com o futuro.				
23. Sentir-me irritado sobre alguma coisa é frequentemente o primeiro passo para a mudança.				
24. Eu confio nos profissionais de saúde que transmitem a informação.				
25. Eu acredito nos profissionais de saúde.				

Dados Sociodemográficos e clínicos:

Leia com atenção as questões seguidamente expostas.

Por favor, assinale com uma cruz no , na questão que melhor expressa a sua situação.

1 - Sexo: Masculino  Feminino

2 - Idade \_\_\_\_\_ anos

3 - Estado Civil:

Solteiro/ Divorciado/ Separado/ Viúvo .....

Casado/ União de facto .....

4 - Nível de Instrução:

Não sabe ler e escrever

Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino

1º ciclo do ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe)

2º ciclo do ensino básico (6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório)

3º ciclo do ensino básico (9º ano/antigo 5º ano do curso geral dos liceus)

Ensino Secundário (12º ano/7º, ano do curso complementar dos liceus)

Ensino pós-secundário (curso especializado, tecnológica ou outro não conferente a grau)

Ensino superior

5 - Área de Residência: Urbana.  Rural

6- A quanto tempo foi diagnosticada IC \_\_\_\_\_

7- Etiologia da IC \_\_\_\_\_

8. Tipo de IC \_\_\_\_\_

Muito obrigado(a) por ter preenchido este questionário

## **APÊNDICE 6 - CONSENTIMENTO INFORMADO**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. “O Impacto da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Empowerment do doente com Insuficiência Cardíaca”. Sou aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação e pretendo efetuar um projeto de investigação, que tem como objetivo: Avaliar o impacto das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no empowerment do doente com IC.*

Este questionário é dirigido aos doentes admitidos com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, no Serviço de Cardiologia, durante o período de novembro de 2022 a março de 2022.

Para a realização deste trabalho torna-se necessário a recolha de colheita de dados através do questionário.

A participação no estudo é de carácter voluntário e, caso não queira participar, não terá quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros. Será garantido o anonimato, a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para este estudo.

Agradeço desde já a disponibilidade.

A aluna de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação,

**Assinatura:**

---

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome:

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2\\_008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2_008.pdf) 2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

## **APÊNDICE 7 - PROJETO FORMATIVO**

## COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
<p><b>A. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b>  <b>A1.</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;  <b>A2.</b> Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B. Melhoria da qualidade</b>  <b>B3.</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.</p> <p><b>C. Domínio da gestão de cuidados</b>  <b>C1.</b> Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;  <b>C2.</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p><b>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  <b>D1.</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;  <b>D2.</b> Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar os conhecimentos técnicos e científicos na área de prestação de cuidados de reabilitação ao doente com patologia cardíaca;</li> <li>• Compreender qual o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na dinâmica e organização do serviço;</li> <li>• Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação relacionadas com a reabilitação da pessoa/família;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardíaca que facilitem o seu processo de transição.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar protocolos para conhecer as normas e rotinas do serviço;</li> <li>• Utilizar conhecimentos científicos e outros saberes adquiridos para intervirem conjuntamente com equipas multidisciplinares no planeamento e implementação dos cuidados especializados;</li> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica pertinente;</li> <li>• Caracterizar a transição ou transições vivenciadas pela pessoa/família;</li> <li>• Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do local de estágio, de modo a perceber a sua mobilização na prestação de cuidados de reabilitação, de modo a utilizá-los de forma adequada e eficiente;</li> <li>• Analisar os recursos disponíveis na comunidade para promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa/família.</li> </ul>

## COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES
<p><b>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</b></p> <p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;</p> <p><b>J1.2.</b> concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidados nos processos de saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p><b>J1.3.</b> Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p><b>J1.4.</b> avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:</b></p> <p><b>J2.1.</b> Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;</p> <p><b>J2.2.</b> Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;</b></p> <p><b>J3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, nomeadamente no âmbito dos cuidados à pessoa com patologia cardíaca;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardíaca;</li> <li>• Planear, prestar e avaliar intervenções e enfermagem, relativas aos programas de reabilitação cardíaca;</li> <li>• Capacitar a pessoa com patologia cardíaca a a sua família, de forma a reconhecer sinais e sintomas de complicações e da doença de forma a minimizar riscos;</li> <li>• Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, incluindo assegurar os conhecimentos da pessoa e/ou familiares de referência, indispensáveis aos cuidados de saúde após alta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica pertinente, com maior enfoque na reabilitação cardíaca;</li> <li>• Aprofundar conhecimentos de reabilitação cardíaca à pessoa com patologia cardíaca;</li> <li>• Analisar a prestação de cuidados realizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardíaca;</li> <li>• Colaborar nos cuidados prestados e atividades desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Refletir e discutir com o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e a restante equipa casos clínicos;</li> <li>• Colaborar na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de programas de reabilitação implementados à pessoa/família;</li> </ul>



## **APÊNDICE 8 – CERTIFICADO DE PRESENÇA**



**26, 27 e 28**  
**Janeiro 2023**  
Porto Palácio, Porto



## **CERTIFICADO DE PRESENÇA**

*Certifica-se para os devidos efeitos que*

**Ana Sofia Teles Dias**

*esteve presente na reunião do Grupo de Estudo de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia – Heart Team 2023, que teve lugar nos dias 26, 27 e 28 de Janeiro de 2023 no Centro de Congressos do Porto Palácio, Porto.*

Porto, 28 de Janeiro de 2023

  
**José Silva Cardoso**

  
**Aurora Andrade**

  
**Marisa Peres**



## **APÊNDICE 9 – ESCALA DE BORG MODIFICADA**

---

## **Escala de Borg Modificada**

---

<b>0</b>	Nenhuma
<b>0.5</b>	Muito, muito, leve
<b>1</b>	Muito leve
<b>2</b>	Leve
<b>3</b>	Moderada
<b>4</b>	Um pouco forte
<b>5</b>	Forte
<b>6</b>	
<b>7</b>	Muito forte
<b>8</b>	
<b>9</b>	Muito, muito, forte
<b>10</b>	Máxima

---