



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A Pessoa com Intolerância à Atividade na Insuficiência Cardíaca - Andar Comprometido: Contributos da Enfermagem de Reabilitação



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Alexandra Cristina Nogueira Ferreira Vicente da Cunha

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

A Pessoa com Intolerância à Atividade na Insuficiência Cardíaca -
Andar Comprometido: Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Salete Soares

Julho 2024

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Salete Soares o meu profundo agradecimento pela orientação, por toda a sabedoria transmitida, pelo apoio, pela disponibilidade, pela enorme compreensão e acima de tudo pela paciência infinita que teve comigo.

À minha orientadora/supervisora de estágio, a Enfermeira Especialista em Reabilitação Fernanda Mourão pela sabedoria, compreensão e companheirismo transmitido nos dias mais difíceis, és um excelente exemplo do que um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve ser.

À Enfermeira Gestora Maria de Jesus Torres, pela disponibilidade, apoio e incentivo ao longo deste percurso.

A todos os que fazem parte da medicina E, a minha segunda família, em especial a Fátima Gomes, Sílvia Fonte, Diana Rodrigues, Cátia Neto, Adelaide Moreira, Vânia Ribeiro, Vanessa Silva, Ana Miranda, Joana Pacheco, Catarina Ramos por estarem sempre presentes quando eu mais precisei e terem contribuído para a finalização deste trabalho com todos os turnos que me fizeram.

A Maria João Silva por todos os momentos que tiveste comigo de partilha de conhecimento.

Aos meus companheiros de viagem Póvoa do Varzim - Viana do Castelo, em especial à Andreia Silva por todo o vosso apoio e incentivo.

A minha companheira de viagem Porto - Póvoa do Varzim, Tânia Silva pelo seu apoio e incentivo em todos os momentos menos bons e pela sua preciosa ajuda na reta final.

A minha família, em especial à minha mãe e ao meu “companheiro de vida” pela paciência, suporte incondicional e compreensão nas minhas ausências.

Aos meus amigos pelo suporte e encorajamento em todos os momentos que tive vontade de desistir.

O meu sincero

Agradecimento.

DEDICATÓRIA

A todos os doentes com IC, querer fazer mais e melhor por eles foi a minha motivação.

Aos meus filhos Pedro e Leonor para que se lembrem que nunca devemos desistir de nada na vida mesmo na adversidade, melhor ou pior, o importante é o foco e a persistência para chegar ao fim.

PENSAMENTO

“I’d made it this far and refused to give up because all my life I had always finished the race”

Louis Zamperini

RESUMO

Introdução: O presente relatório descreve o processo formativo desenvolvido durante o estágio de natureza profissional, bem como a implementação de um projeto de investigação na área da reabilitação cardíaca contribuindo para uma prática baseada na evidência.

Objetivos: Descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas, com o intuito de aprimorar as competências comuns e específicas inerentes ao exercício profissional do enfermeiro de reabilitação, integrando uma componente de investigação. O objetivo geral do projeto de investigação é identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação com um programa de reabilitação que vise melhorar a intolerância à atividade.

Metodologia: Trata-se de um estudo com abordagem de índole qualitativo, descritivo e exploratório tipo estudo de caso. O estudo define-se pela exposição do caso de três utentes com intolerância à atividade na insuficiência cardíaca com o andar comprometido onde será aplicado um programa de reabilitação tipo direcionado para a melhoria da intolerância à atividade e consequentemente a independência no andar. A amostra é constituída por três utentes com insuficiência cardíaca e intolerância à atividade, os seus cuidadores, a enfermeira de reabilitação do serviço e três enfermeiras de cuidados gerais. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram a entrevista semiestruturada, o teste de marcha dos 6 minutos e a escala de Borg modificada. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, segundo Bardin.

Resultados: De acordo com os dados obtidos nas entrevistas constatamos que todos os participantes se mostraram satisfeitos com a participação no programa de reabilitação tendo melhorado a sua capacidade e independência no andar e os seus conhecimentos sobre estratégias para manter o andar. Os prestadores de cuidados mostraram-se satisfeitos com a sua envolvimento no programa de reabilitação com um impacto positivo no apoio à atividade andar. Após a aplicação do programa de reabilitação definido verifica-se que todos os participantes reagiram positivamente ao teste de marcha dos 6 minutos (P1: 205m>290m; P2: 150m>232m; P3: 80m>130m) tendo aumentado o número de metros percorridos entre o primeiro e segundo teste e diminuído a percepção de dispneia pela escala de Borg.

Conclusão: No que diz respeito à atividade andar comprometida pela intolerância à atividade podemos concluir que a intervenção do enfermeiro de reabilitação através de um programa de reabilitação adequado a cada um dos utentes trouxe benefício e teve um impacto positivo, como comprovam os resultados obtidos quer nas entrevistas aos utentes e cuidadores quer no teste de marcha dos 6 minutos.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; autocuidado andar; reabilitação cardíaca

ABSTRACT

Introduction: This report describes the training process developed during the professional internship, as well as the implementation of a research project in cardiac rehabilitation contributing to evidence-based practice.

Objectives: To describe, analyze and reflect on the activities developed, with the aim of improving the common and specific skills inherent to the professional practice of rehabilitation nurses, integrating a research component. The general objective of the research project is to identify the gains sensitive to rehabilitation nursing care with a rehabilitation program that aims to improve activity intolerance.

Methodology: This is a study with a qualitative, descriptive and exploratory case study approach. The study is defined by the presentation of the case of three patients with activity intolerance in heart failure with compromised walking, where a rehabilitation program will be applied aimed at improving activity intolerance and consequently walking independence. The sample consists of three patients with heart failure and activity intolerance, their caregivers, the rehabilitation nurse and three practicing nurses. The data collection instruments used were the semi-structured interview, the 6-minute walk test and the modified Borg scale. The data was analyzed using content analysis, according to Bardin.

Results: According to the data obtained in the interviews, we found that all participants were satisfied with their participation in the rehabilitation program, having improved their ability and independence in walking and their knowledge about strategies to maintain walking. Caregivers were satisfied with their involvement in the rehabilitation program with a positive impact on supporting walking activity. After applying the defined rehabilitation program, it was verified that all participants reacted positively to the 6-minute walk test (P1: 205m>290m; P2: 150m>232m; P3: 80m>130m) having increased the number of meters covered between the first and second test and the perception of dyspnea decreased according to the Borg scale.

Conclusion: With regard to the walking activity compromised by intolerance to the activity, we can conclude that the intervention of the rehabilitation nurse through an appropriate rehabilitation program for each patients brought benefits and had a positive impact, as evidenced by the results obtained in both interviews with patients and caregivers and in the 6-minute walk test.

Keywords: Heart failure; self-care walking; cardiac rehabilitation

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AF - Atividade Física

AVD - Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EF - Exercício Físico

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Enfermeiro de Cuidados Gerais

ER - Enfermagem de Reabilitação

EEER - Enfermeira Especialista Em Enfermagem De Reabilitação

ENP - Estágio de natureza profissional

ESS - Escola Superior de Saúde

FC - Frequência Cardíaca

FEVE - Fração De Ejeção do Ventrículo Esquerdo

IC - Insuficiência Cardíaca

IC-FEmr - Insuficiência Cardíaca Com Fração De Ejeção Ligeiramente Reduzida

IC-FEp - Insuficiência Cardíaca Com Fração De Ejeção Preservada

IC-FEr - Insuficiência Cardíaca Com Fração De Ejeção Reduzida

ICN - International Council of Nurses

IPVC- Instituto Politécnico de Viana do Castelo

OE - Ordem Dos Enfermeiros

P – Participantes

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PC – Prestador de Cuidados

RC - Reabilitação Cardíaca

SPC - Sociedade Portuguesa de Cardiologia

TM6 - Teste de marca dos 6 minutos

UAVC - Unidade De Acidente Vascular Cerebral

ULS - Unidade Local De Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
DEDICATÓRIA	III
PENSAMENTO	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VII
 INTRODUÇÃO	 1
 CAPÍTULO I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	 3
 1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA.....	 4
 2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	 7
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	7
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	12
2.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	15
 CAPÍTULO II - A PESSOA COM INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE NA IC, O ANDAR COMPROMETIDO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO	 17
 1. A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E A INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	 18
 2. REABILITAÇÃO NA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PARA A ATIVIDADE ANDAR.....	 24
 3. METODOLOGIA	 27
3.1. TIPO DE ESTUDO	27
3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	28
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
3.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS	31

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
3.6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
3.6.1. Resultados da entrevista à pessoa com IC e prestador de cuidados antes e após a intervenção do EEER	35
3.6.2. Resultados das entrevistas aos Enfermeiros	56
 CONCLUSÃO.....	63
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
 APÊNDICES	71
 APÊNDICE I - AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO NA IC.....	72
APÊNDICE II – AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE TRAQUEOSTOMIA - CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	80
APÊNDICE III – GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	95
APÊNDICE IV – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	97
APÊNDICE V – PROGRAMA DE REABILITAÇÃO IMPLEMENTADO.....	100

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. - Áreas Temáticas e Categorias que emergiram das entrevistas realizadas.....	34
Quadro 2. - Área temática: Capacidade para andar da pessoa com IC antes da intervenção do EEER	36
Quadro 3. - Área temática: Independência no Andar da pessoa com IC antes da intervenção do EEER	38
Quadro 4. – Área temática: Capacidade para andar da pessoa com IC após a intervenção do EEER	40
Quadro 5. - Área temática: Independência no Andar da pessoa com IC após a intervenção do EEER	42
Quadro 6. - Área Temática: Apoio na atividade andar à pessoa com IC antes da intervenção do EEER	45
Quadro 7. - Área temática: Apoio na atividade andar da pessoa com IC após a intervenção do EEER	49
Quadro 8. - Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na atividade andar à Pessoa com IC	56
Quadro 9. - Intervenção do Enfermeiro de Cuidados Gerais na atividade andar à pessoa com IC	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. – Resultado do Teste de marcha dos 6min (TM6) ao P1.....	55
Tabela 2. – Resultado do Teste de marcha dos 6min (TM6) ao P2.....	55
Tabela 3. - Resultado do Teste de marcha dos 6min (TM6) ao P3	55

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) com relatório final do 2º ano do plano de estudos do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo-Escola Superior de Saúde (IPVC-ESS) e tem como finalidade relatar de uma forma fundamentada e reflexiva o trabalho desenvolvido e as competências profissionais adquiridas, dando particular destaque à investigação realizada. O presente relatório foi elaborado segundo as normas de trabalhos científicos preconizados pelo IPVC-ESS.

O contexto da prática clínica decorreu num serviço de medicina de um hospital da zona norte, que integra uma Unidade Local de Saúde no período de 11 de outubro de 2021 a 31 de março de 2022, sobre a orientação da Professora Doutora Salete Soares e Supervisão da Enfermeira Especialista em Reabilitação Fernanda Mourão.

Os objetivos de estágio, visam a aquisição, desenvolvimento e assimilação das competências comuns do enfermeiro especialista assim como as competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação tendo por base regulamento nº 140/2019 e o regulamento nº 392/2019 respetivamente.

Com este Estágio de Natureza Profissional (ENP) pretende-se também o desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem de reabilitação através da elaboração e participação num estudo de investigação que será na área da reabilitação cardíaca direcionada para o doente com insuficiência cardíaca (IC).

Foi escolhida esta temática por ser uma área de meu interesse e toda a minha atividade profissional ter sido desenvolvida num serviço onde diariamente se prestam cuidados a doentes cardíacos nomeadamente doentes com IC.

Em termos estruturais o presente relatório está dividido em dois capítulos o primeiro dedicado ao estágio de natureza profissional onde se engloba a contextualização da prática clínica, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e uma reflexão sobre as competências adquiridas. O segundo capítulo é composto pela investigação desenvolvida em contexto da prática clínica e contempla o enquadramento teórico, metodologia, apresentação, análise e discussão de dados. Por fim, a conclusão.

CAPÍTULO I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O hospital onde decorreu o ENP surge a 20 de março de 1997 em substituição do hospital distrital existente, sendo um espaço moderno e funcional que assumiu desde logo características inovadoras na prestação de cuidados e no atendimento aos seus utentes (Portugal 2023b).

Em 1999 nasce a unidade local de saúde, que reúne, pela primeira vez, numa experiência de gestão pioneira no país, os cuidados hospitalares e os cuidados primários tendo por base o mesmo conselho de administração com o objetivo de melhorar a assistência aos seus utentes (Matosinhos 2022).

Esta unidade serve os cerca de 175 mil habitantes do concelho assim como os habitantes de 2 concelhos limítrofes quando estes têm necessidade de cuidados diferenciados que não são possíveis de ser prestados no seu hospital da área (Portugal 2023b).

Tendo como missão” Promover a saúde com base na identificação das necessidades da comunidade, garantindo o acesso a cuidados de saúde integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital, criando um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores(as) e nos(as) utentes” (Portugal 2023a para.1).

O serviço onde decorreu a prática clínica encontra-se inserido no departamento de medicina e é composto por um total de 30 camas. Estas estão distribuídas por uma unidade de acidente vascular cerebral (UAVC) com 6 camas as quais estão associadas dispositivos de monitorização eletrocardiográfica e oximetria de pulso. As restantes 24 camas de “enfermaria geral” disponibilizam um conjunto de 20 telemetrias para os utentes que necessitem de vigilância cardíaca cuja monitorização é feita nos ecrãs colocados no balcão de enfermagem.

Devido à especificidade do serviço, pelas características descritas, e uma vez que o hospital, apesar de ter serviço de cardiologia, não tem serviço de internamento é aqui que se encontram os doentes cardíacos.

O serviço de cardiologia, integrado também no departamento de medicina, presta apoio clínico ao internamento e restantes serviços e departamentos da unidade local de saúde (ULS). Este serviço é composto por uma área de exames complementares não invasivos

assim como uma valência de pacemakers, com implantação e respetivo follow-up (Portugal 2023c).

A área de exames complementares, localizada nos exames especiais, é responsável pela realização de eletrocardiogramas; Ecocardiogramas trans torácicos, trans esofágicos e de stress farmacológico; Provas de esforço; Monitorização eletrocardiográfica ambulatoria contínua de 24,48 horas (Holters) e de eventos até 15 dias (Portugal 2023c).

Os pacemakers são implantados na sala de técnicas invasivas especiais (Portugal 2023c).

Em relação aos recursos humanos, a equipa é constituída por:

- 34 Enfermeiros de cuidados gerais;
- 13 Assistentes operacionais;
- 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER);
- 1 Enfermeira de referência (especialista em enfermagem médico-cirúrgica);
- 1 Enfermeira gestora do serviço;
- 1 funcionária administrativa;
- 6 Médicos de medicina interna;
- 2 Cardiologista;
- 2 Neurologistas;

De realçar que é uma equipa constituída maioritariamente por elementos jovens e bastante dinâmicos.

No contexto de enfermagem de reabilitação, o serviço de medicina em causa presta cuidados maioritariamente a pessoas com acidente vascular cerebral (AVC); Enfarte agudo do miocárdio (EAM); IC; Miopericardites; Endocardites. Os doentes com necessidade de cirurgia cardíaca ficam no serviço a aguardar transferência, ficando em média entre 20 a 40 dias no internamento, o que permite uma preparação cirúrgica personalizada e bem delineada. O utente após cirurgia cardíaca por norma tem alta diretamente do hospital central

onde decorre a cirurgia, no entanto, se houver alguma intercorrência ou complicação aumentando o número de dias que são os previstos o doente regressa ao hospital e serviço de origem para continuação de cuidados gerais e de reabilitação.

2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este capítulo tem como objetivo uma análise e reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem, sobre as competências específicas do EEER e sobre as competências de mestre.

As atividades realizadas ao longo do estágio e a elaboração do relatório de estágio assim como o desenvolvimento do estudo de investigação foram fundamentais para adquirir e aprimorar competências.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é aquele que possui competência científica, técnica e humana reconhecida para fornecer cuidados de enfermagem especializados na área específica para a qual recebeu o título de enfermeiro especialista (regulamento nº140/2019).

As competências comuns são as competências compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialização, são demonstrados pela sua habilidade avançada na conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo fornecimento de suporte eficaz ao exercício profissional especializado em atividades de formação, pesquisa e acessória (regulamento nº140/2019).

Estas competências comuns conferem ao enfermeiro especialista a responsabilidade nas dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e o dever de levar a cabo investigação relevante e de interesse com o objetivo de evoluir e melhorar continuamente a prática de enfermagem (regulamento 140/2019).

O conjunto de competências comuns engloba quatro domínios (regulamento nº 140/2019):

“Competência do domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal”

Dentro deste domínio as competências dizem respeito a capacidade de desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os principais éticos e a deontologia profissional (regulamento 140/2019).

O respeito pelos direitos humanos e a responsabilidade profissional tem de estar garantido em todos os cuidados prestados (regulamento 140/2019).

Segundo o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE), no exercício das suas funções estes deverão optar por uma conduta responsável e ética e agir no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos da população (artigo nº8, REPE).

A responsabilidade profissional foi uma constante ao longo do estágio, na discussão e troca de ideias com a enfermeira especialista acerca dos planos de cuidados de reabilitação a ser implementados aos utentes. Neste contexto, na sua elaboração tive presente os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes e religião.

Todos os utentes aos quais foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação tiveram salvaguardados os seus direitos: informação, proteção de dados, confidencialidade, privacidade e autodeterminação.

Os planos de cuidados foram personalizados direcionados ao utente e família. As intervenções planeadas tiveram em consideração as motivações dos utentes de forma a os capacitar para participar de uma forma ativa nos seus planos de cuidados com o objetivo de recuperar a sua autonomia e qualidade de vida.

A motivação das pessoas em contexto cardíaco é essencial no processo de reabilitação.

Por norma os utentes estão motivados, o grande desafio para o enfermeiro especialista acontece quando essa motivação não é constante ao longo dos dias, ela depende de fatores psicológicos, emocionais e físicos. Perante isto é necessário utilizar estratégias de negociação que respeitem a pessoa e a sua autodeterminação.

“Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.13).

A tomada de decisão foi sempre orientada pela deontologia profissional respeitando sempre as suas normas.

O projeto de investigação foi submetido a avaliação pela comissão de ética do hospital onde foi realizado o estágio, garantindo assim que todas as considerações éticas se encontrem presentes.

A entrega e preenchimento do consentimento livre e esclarecido, para participar no projeto, ao utente e cuidador assim como ao enfermeiro de cuidados gerais e enfermeiro especialista permitiu também uma responsabilização ética-deontológica.

“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).

“Competências do domínio de melhoria contínua da qualidade”

As competências que integram este domínio são: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em práticas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico seguro (Regulamento nº 140/2019).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados só é obtida através da atualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de enfermagem (Leprohon, 2002).

Segundo RIBEIRO et al. (2008) a formação contínua e em serviço juntamente com o acesso a mais informação, assenta em profundos conhecimentos científicos, vem proporcionar e desenvolver determinados aspetos que permitem suprir os défices de desempenho identificados, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

Tendo em conta que o início do estágio foi coincidente com o momento da elaboração do plano formativo, por parte da enfermeira de referência, consideramos pertinente a realização de uma formação sobre “Traqueostomias-cuidados de enfermagem” com o envolvimento de dois elementos da equipa de enfermagem.

Apesar de ser um serviço onde os utentes admitidos são maioritariamente cardíacos por vezes recebemos doentes complexos com outro tipo de diagnóstico e necessidade de cuidados mais especializados e não sendo habitual prestarmos cuidados a doentes nestas circunstâncias notamos que a equipa ficou bastante ansiosa e apreensiva, pelo que consideramos que esta poderia ser uma forma de minimizar esta situação.

Realizei ainda uma segunda ação de formação que resultou de uma necessidade detetada aquando da recolha de dados, para o estudo que estávamos a desenvolver, através da entrevista semiestruturada.

O guião da entrevista estava dividido em quatro partes, a última era dirigida ao enfermeiro de cuidados gerais com o objetivo de perceber o seu contributo na sua prática clínica para a melhoria da intolerância a atividade no andar comprometido no doente com IC.

Após a aplicação do mesmo a três enfermeiras dos cuidados gerais e também da auscultação informal com outros elementos da equipa de enfermagem, percebemos que era notório a dificuldade em lidar com o doente com IC, sobretudo numa primeira fase em que a doença está descompensada. Percebemos que isso afetava o trabalho da enfermeira especialista uma vez que, por norma, os programas de reabilitação precisam muitas vezes da colaboração dos enfermeiros de cuidados gerais.

Fica assim demonstrada a importância que o enfermeiro especialista tem, enquanto pessoa com competências acrescidas, para a gestão da qualidade dos cuidados. Ele reflete e agiliza conhecimentos através de pesquisa para solucionar os problemas encontrados, mostrar os resultados e desta forma ajudar a equipa a prestar cuidados de excelência.

Em todas as intervenções realizadas foi proporcionado um ambiente terapêutico seguro de forma a satisfazer o utente e família.

“Competências do domínio da gestão dos cuidados”

As competências neste domínio dizem respeito à gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (regulamento nº140/2019).

O contexto de estágio mostrou a importância do papel do EEER na gestão dos cuidados.

O facto de exercer a minha atividade profissional há mais de 20 anos no local de estágio foi facilitador na gestão dos cuidados na equipa de enfermagem e na articulação com a equipa multiprofissional.

A troca de experiências, as intervenções a cada utente foram sempre debatidas na passagem de turno com os colegas. Os recursos humanos, físicos e materiais foram utilizados de forma adequada e eficiente otimizando a qualidade dos cuidados.

Nos utentes com patologia cardíaca é necessário, para promover a sua recuperação ou atingir e manter uma saúde melhor, incluir no seu plano de reabilitação três vertentes o exercício, educação para a saúde e intervenções psicológicas.

Ao elaborar o plano de reabilitação e tendo em conta estas três vertentes e a unicidade da pessoa muitas vezes é necessário articular com outras especialidades e é o EEER através da tomada de decisão, que articula as diferentes situações e necessidades, de forma a garantir os melhores cuidados a cada um dos utentes.

A participação do EEER nas reuniões de equipa multidisciplinar semanal também se constitui como uma mais-valia pela oportunidade de discutir os planos de reabilitação dos utentes com os diferentes profissionais e ouvir diferentes perspetivas, gerando momentos de aprendizagem.

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

Fazem parte desta competência desenvolver o autoconhecimento e a assertividade assim como basear a praxis clínica especializada em evidência científica (regulamento nº140/2019).

O sector da saúde está em constante mudança a nível tecnológico e científico o que leva a uma reciclagem contínua dos conhecimentos e saberes dos profissionais de saúde. Sendo o enfermeiro um profissional de saúde torna-se imperativo a aprendizagem ao longo da vida.

O autoconhecimento é fundamental para o desenvolvimento profissional e também pessoal pois permite uma compreensão das nossas habilidades, limitações, valores e propósitos, pois contribuem para mudar a visão sobre nós e o mundo que nos rodeia.

Apesar do local de estágio não ter sido a minha primeira escolha, pois o meu objetivo para este estágio final consistia num local de estágio que me permitisse adquirir experiência na reabilitação cardíaca, a pandemia por COVID19 não possibilitou e, portanto, tive que encontrar uma alternativa que me proporcionasse ter experiência com doentes cardíacos na área da reabilitação. Esta experiência veio a revelar-se uma mais-valia para a consolidação de saberes e crescimento pessoal e profissional.

A Enfermeira tutora, com os seus 42 anos de experiência, permitiu que o meu estágio se tornasse numa mais-valia para mim, poder articular com ela as minhas pesquisas

bibliográficas junto com toda a sua experiência profissional e refletir sobre os melhores cuidados a prestar ajudou-me a alargar os meus horizontes e a crescer profissionalmente.

Desenvolvi também o meu estudo de investigação no âmbito da Pessoa com Intolerância a Atividade no Doente com IC, o andar comprometido: contributos da Enfermeira de Reabilitação. Contribuindo assim para o conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada em enfermagem de reabilitação.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nº 392/2019, o EEER possui um leque de conhecimentos e procedimentos específicos que o possibilita de ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e desta maneira preservar a autoestima são os seus objetivos principais.

“O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação, diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.” (Regulamento 392/2019, p.13565)

O EEER tem de reunir um conjunto de competências criadas pela ordem dos enfermeiros, de acordo com o regulamento nº392/2019, 3 maio (artigo 4) estas são:

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 nº392/2019, 3 maio, p13566);

No contexto clínico onde decorreu o estágio as intervenções foram dirigidas à pessoa em idade adulta e terceira idade com doenças cardiovasculares neste sentido foi necessário recorrer a pesquisa bibliográfica para poder realizar uma boa avaliação da pessoa e desta forma planear e executar os programas de reabilitação mais adequados tendo em conta a singularidade de cada pessoa, a sua motivação e acima de tudo o seu contexto social e familiar. A existência de uma pessoa que preste apoio a estes utentes é essencial.

Muitas vezes após avaliação dos planos e programas aplicados temos de articular com outras especialidades ou consultas específicas como por exemplo consulta de nutrição e cessação tabágica de forma a traçar um plano eficaz com resultados positivos e ganhos em saúde.

Da minha prática clínica fazem parte os cuidados ao doente cardíaco, daí a minha vontade de aumentar os meus conhecimentos na abordagem a este tipo de doente pois considero essencial a reabilitação cardíaca na adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde/doença.

Quando iniciei a especialidade de reabilitação e à medida que ia adquirindo conhecimentos e quando realizei o meu estágio de enfermagem de reabilitação cardiorrespiratória percebi que havia muito a melhorar nos cuidados prestados aos nossos utentes, nomeadamente, aos utentes com IC. O estudo de investigação desenvolvido ao longo deste estágio, vai ao encontro desta necessidade.

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 visam a uma consciência social inclusiva.” (regulamento nº 392/2019, 3 de maio, p13566);

Uma grande parte do meu estágio foi dedicado ao doente com IC devido ao tema escolhido para o estudo de investigação.

Estes são os utentes cardíacos que por norma apresentam intolerância ao esforço ficando dependentes de outros para as atividades relativas aos autocuidados. Desta forma veem a sua qualidade de vida e autonomia alteradas.

É necessário incluir nos programas de reabilitação estratégias que promovam a capacidade para o autocuidado e processos de readaptação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sendo a IC uma síndrome crónica, que provoca intolerância à atividade devido aos seus sintomas clássicos (fadiga, dispneia e edema maleolar) a avaliação inicial de cada utente quando este é admitido é de extrema importância pois vai permitir traçar o plano de reabilitação incluindo as especificidades inerentes às necessidades da pessoa, assim sendo todos os planos realizados eram compostos por duas partes. A primeira era comum a todos os doentes com IC e era composto por exercícios de relaxamento e reeducação funcional respiratória, fortalecimento da musculatura respiratória, mobilização articular, treino de equilíbrio e força muscular, ensino de técnicas de conservação de energia e o treino do autocuidado higiene, vestir-se e andar. A segunda parte era elaborada tendo em conta as especificidades de cada utente. Notei que para as mulheres era de extrema importância, no regresso a casa, poder continuar a cuidar do seu lar para isso o ensino de estratégias para as capacitar fazia parte do plano. Para os homens era manter a autonomia nos cuidados de higiene.

Na avaliação inicial do utente era tido em conta as condições domiciliárias para identificar a existência ou não de barreiras arquitetónicas e orientar nesse sentido.

É necessária uma identificação das necessidades de adaptação ao domicílio e ensino de estratégias assim como a identificação de necessidades de produtos de apoio, ensino e treino.

Sempre que se verificou necessário foi feito o ensino e treino de técnicas de conservação de energia para promover a autonomia assim como ensino e treino do andar com auxiliares de marcha.

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 nº 392/2019, 3 de maio, p.13566)

Durante o estágio foi possível formular e executar programas de treino direcionados para o doente cardíaco. Para avaliar a efetividade dos programas foram utilizados instrumentos

sensíveis no âmbito da reabilitação cardíaca como a escala de Borg de esforço percebido, teste de marcha de seis minutos, alteração da frequência cardíaca com o esforço.

O utente pré cirúrgico também foi alvo de interesse neste estágio, pois como foi dito é um utente que aguarda no internamento, em média 20 a 40 dias, até a data da cirurgia, pelo que ao EEER lhe confere a possibilidade de executar um plano de reabilitação personalizado e estruturado e desta forma “ promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação quando implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório”(regulamento 392, 3 de maio, p13568).

Estes utentes também foram uma excelente oportunidade para “conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão” (regulamento 392,3 de maio, p13568).

O utente com IC apresenta alterações significativas no sistema muscular respiratório e o seu fortalecimento, treino e desenvolvimento, permite uma melhoria da função cardiorrespiratória, proporcionando melhoria dos sintomas de dispneia e intolerância ao esforço, maximizando as suas capacidades funcionais (Carvalho et al, 2020).

2.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

No que diz respeito às competências de mestre pretende-se que o enfermeiro seja capaz de desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos de maneira a poder aplicar, junto com a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (decreto-Lei nº65/2018, 2018).

Pretende-se ainda que seja capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, gerar soluções ou emanar juízos em situações de informação ilimitada ou incompleta, incluindo análise reflexiva sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (decreto-Lei nº65/2018, 2018).

Deve ainda elaborar e participar em projetos de investigação, assim sendo pretende-se adquirir estas competências através da investigação que foi desenvolvida ao longo deste estágio, que nos permitiu adquirir competências quer na elaboração de projetos, quer na sua

forma de concretização, no sentido de encontrarmos as melhores evidências e também, sustentadas nas já existentes, contribuindo assim para a praxis da enfermagem de reabilitação.

**CAPÍTULO II - A PESSOA COM INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE NA IC, O
ANDAR COMPROMETIDO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE
REABILITAÇÃO**

1. A INSUFICIENCIA CARDÍACA E A INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE

A IC está associada a mortalidade e morbidade elevadas, atingindo um elevado número de indivíduos, constituindo assim um problema grave de saúde pública (Fonseca et al, 2018).

Segundo o registo nacional de IC da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC, 2024)

“26 milhões de indivíduos em todo o mundo vivem atualmente com IC comparável com os 32 milhões que vivem com cancro e os 34 milhões com VIH/SIDA. A prevalência estimada da IC atualmente em Portugal é de 5,2%, correspondendo a cerca de 400 000 indivíduos adultos a sofrer da síndrome. A sua incidência aumenta abruptamente com a idade a partir da sétima década de vida e é a primeira causa de hospitalização após os 65 anos, nos países industrializados.” (para.1)

Devido maioritariamente ao envelhecimento da população bem como à melhoria dos tratamentos quer das doenças cardíacas que culminam em IC, quer da própria síndrome prevê-se um aumento do número de utentes com IC em 30% até 2034 (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2024).

A IC é uma doença debilitante caracterizada por sinais e sintomas cardinais como a dispneia, o edema maleolar e a fadiga, que podem condicionar e limitar a vida das pessoas que sofrem deste síndrome, por poder levar a uma incapacidade na realização das suas atividades de vida diária (AVD'S) e consequentemente a perda de autonomia associada a intolerância à atividade.

Neste sentido a enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental, pois constitui uma forma particular de cuidar uma vez que a sua ação e sentido visam prevenir incapacidade e/ou maximizar capacidades para o futuro da pessoa.

A reabilitação presume uma atuação precoce de forma a produzir menos dependência, menos complicações, diminuição do tempo de internamento, aumentar os ganhos em saúde e melhorar a qualidade de vida (Freitas,2017)

Tendo em conta o exposto este projeto surge no sentido de identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação com um programa de reabilitação que vise melhorar a intolerância a atividade assim como perceber as limitações efetivas dos utentes com IC e qual o seu reflexo no autocuidado andar.

Com o aumento da esperança média de vida aliado a melhoria nos tratamentos das doenças crónicas assistimos a um envelhecimento populacional, o que nos leva, por consequência a uma maior prevalência de doenças crónicas, sendo uma delas a IC.

Segundo a sociedade europeia de cardiologia (2021)

“A insuficiência cardíaca não é um simples diagnóstico patológico, mas uma síndrome clínica caracterizada por sintomas cardinais (e.g. dispneia, edema maleolar e fadiga) que podem ser acompanhados de sinais (e.g. pressão venosa jugular elevada, fervores pulmonares e edema periférico). Tal é devido a uma alteração estrutural e/ou funcional do coração que resulta em pressões intracardíacas elevadas e/ou num débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o esforço.” (p.4)

Segundo McDonagh et al. (2021) a IC pode ter origem em patologia valvular, do pericárdio e endocárdio, assim como em alterações no ritmo cardíaco e condução, mas por norma surge por disfunção miocárdica (sistólica, diastólica ou ambas).

No diagnóstico da IC a identificação da causa da disfunção cardíaca subjacente é fulcral uma vez que a patologia exata pode determinar o tratamento subsequente (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021).

Sabe-se que nos países desenvolvidos, a doença arterial coronária e a hipertensão são as causas mais associadas a IC. No entanto podem existir outras causas como: patologia valvular, arritmias, cardiomiopatias, patologia cardíaca congénita, infeções, fármacos, patologias infiltrativas, distúrbios de armazenamento, patologia endomiocárdica, patologia pericárdica, distúrbios metabólicos e patologia neuromuscular (McDonagh et al, 2021).

A IC pode ser classificada em IC do lado esquerdo e IC do lado direito.

Na IC do lado esquerdo, o lado esquerdo necessita de trabalhar com mais força para bombear a mesma quantidade de sangue isto significa que a força da câmara esquerda do coração, que bombeia o sangue pelo organismo, está reduzida (American Heart Association,2023).

A percentagem de sangue que o coração consegue bombear por cada batimento é medida por uma unidade chamada fração de ejeção. O normal funcionamento do ventrículo esquerdo ejeta 55% a 60% do sangue que contém (American Heart Association, 2023).

A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) é um dos parâmetros a ter em conta na estratificação e classificação da IC.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2021), a IC pode ser dividida em fenótipos distintos tendo por base a FEVE:

- FEVE maior ou igual a 50% - IC com fração de ejeção preservada (IC-FEP).
- FEVE entre 41 a 49% - IC com fração de ejeção ligeiramente reduzida (IC- FEmr).
- FEVE menor ou igual a 40% - IC com fração de ejeção reduzida (IC- FEr).

Por norma associava-se a disfunção diastólica à IC- FEP e a disfunção sistólica à IC- FEr. Atualmente sabe-se que não é assim tão simples, podendo as várias tipologias de IC ter compromisso sistólico e/ou diastólico e que são vários os mecanismos implicados (Altay, H., & Pehlivanoglu, S., 2017).

Na IC do lado direito, o ventrículo direito que bombeia o sangue para os pulmões, está comprometido pode dever-se a lesões nas válvulas do lado direito, enfarte do miocárdio localizado do lado direito ou ao comprometimento do lado esquerdo que afeta o lado direito (American Heart Association, 2023).

Do ponto de vista funcional a IC pode ser classificada segundo a severidade dos sintomas. A escala mais utilizada é a da New York Heart Association (NYHA) que a estratifica em 4 classes (New York Heart Association in Mc Donagh et al.,2021):

- Classe I - Sem limitação da atividade física. A atividade física normal não causa fadiga, dispneia ou palpitação.
- Classe II - Ligeira limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas algumas atividades físicas resultam em fadiga, dispneia e palpitações.
- Classe III - Marcada limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas esforços menores que as atividades comuns causam fadiga, palpitações ou dispneia.
- Classe IV - Impossibilidade de levar a cabo qualquer atividade física sem desconforto. Os sintomas podem existir em repouso. O desconforto aumenta se qualquer atividade física é realizada.

A IC é conhecida como uma síndrome crónica e irreversível e o tratamento farmacológico é essencial no seguimento destes doentes melhorando significativamente o prognóstico, sem esquecer o tratamento não farmacológico que inclui a capacitação do utente 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 rotinas diárias, desta forma, as *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia recomendam o seguimento dos utentes com IC de forma a diminuir as hospitalizações e a mortalidade (McDonagh et al., 2021).

Um dos graves problemas que afeta estas pessoas é a intolerância à atividade que segundo o International Council of Nurses (ICN, 2019) é definida como a “Falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades.”, já a North American Nursing Diagnosis Association (2018-2020) apresenta o conceito como a “Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.”

Para a North American Nursing Diagnosis Association (2018-2020) existem características definidoras do diagnóstico, são elas alteração no eletrocardiograma, desconforto e dispneia ao esforço, fadiga, fraqueza generalizada, resposta anormal da frequência cardíaca e da pressão arterial à atividade.

Carpenito (2005) refere que as características que definem a intolerância à atividade são a dispneia, respiração curta, polipneia, aumento excessivo do pulso, impossibilidade de retomar o pulso ao nível pré atividade após três minutos, fraqueza, palidez, e vertigem, diz ainda que o conhecimento insuficiente sobre técnicas de adaptação necessárias são fatores contribuintes para a intolerância a atividade.

A intolerância a atividade na IC está relacionada com os sintomas clássicos como a dispneia, edemas e cansaço fácil. Esta sintomatologia provoca limitação na realização das atividades de vida diária e consequentemente perda de autonomia funcional e instrumental. O utente torna-se progressivamente dependente e procura a inatividade como forma de preservar energia e evitar sintomas (Delgado, 2014).

No sentido de contrariar a incapacidade para a realização das atividades de vida diária (AVD) uma intervenção multi e interdisciplinar, na qual a Enfermagem de Reabilitação (ER) tem um papel fundamental, torna-se decisiva para permitir a adaptação funcional e a capacitação do utente ao seu estado de saúde (Delgado, 2014).

Além dos fatores fisiológicos que envolvem a diminuição da capacidade do indivíduo para realizar as atividades de vida diárias, existem os fatores psicológicos como o medo e a ansiedade, intrínsecos ao seu estado de saúde alterado, que levam o utente a momentos de reflexão e por consequência muitas vezes a depressão. Nesses momentos, o utente tende a permanecer a maior parte do tempo deitado e a diminuir todas as suas atividades do dia a dia (Soares et al, 2008).

Para além da terapêutica medicamentosa o exercício físico tem sido recomendado como terapêutica adjuvante no tratamento da IC de forma a promover a melhoria da tolerância ao esforço, além de reduzir as disfunções fisiopatológicas (Kahlow & Campos, 2013).

O principal objetivo do treino físico é aumentar a capacidade aeróbica destes utentes melhorando o aporte de oxigénio influenciado diretamente no prognóstico da doença, na diminuição da hipotrofia muscular esquelética e na melhoria da resposta endotelial periférica no retorno venoso (Kahlow & Campos, 2013).

A intolerância à atividade tem um impacto direto no autocuidado, sendo que este é um conceito central na enfermagem e particularmente na enfermagem de reabilitação, o que nos remete para a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1971). Esta teoria de enfermagem é um pilar científico para a prática clínica, pois constitui um grande contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Teixeira et al, 2023).

Dorothea Orem (1991) definiu o autocuidado como

” (...) uma atividade aprendida pelos indivíduos, orientada para um objetivo. É uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigida pelas pessoas para si mesmas ou ao meio envolvente, para controlar os fatores que afetam o seu próprio funcionamento em benefício da sua vida, saúde e bem-estar” (p.71).

O Internacional Council of Nursing, em 2019, definiu autocuidado como uma série de atividades obrigatórias executadas pelo próprio para manter a sua vida e bem-estar, assim como orientar as AVD e as suas necessidades individuais. O autocuidado é intrínseco à pessoa e depende da sua singularidade.

Na sua prática profissional o EEER rege o seu trabalho tendo em conta três pilares: cuidar, capacitar e maximizar. Segundo esta premissa, ele pode substituir temporária ou definitivamente a pessoa na realização das AVD e/ou realizar intervenções que potenciem a

funcionalidade da pessoa para a realização do autocuidado, ensinando e treinando capacidades neste processo da pessoa e/ou dos cuidadores formais ou informais, para a realização de um autocuidado autónomo e independente (Teixeira et al, 2023).

2. REABILITAÇÃO NA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PARA A ATIVIDADE ANDAR

A enfermagem especializada em reabilitação fundamenta-se em evidências científicas e atua em parceria com a pessoa, seus familiares/cuidador e a comunidade para definir objetivos que visem recuperar a capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária; fortalecer comportamentos de adaptação positiva e contribuir para mudanças no caráter, na estrutura e na prestação de cuidados de saúde. (Hoeman, 2011)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2020, p141) a RC é definida como “uma intervenção multifatorial e abrangente na prevenção secundária concebida para limitar os efeitos fisiológicos e psicológicos da doença cardiovascular”. A atuação do EEER na área da RC é da maior importância no sentido de impulsionar o utente a alcançar o maior nível de autonomia possível. A RC tradicionalmente, dividida em três fases (a intra-hospitalar, a de ambulatório e a intervenção de longo prazo reconhecida, formalmente, como fases 1,2 e 3, respetivamente) na verdade, trata-se, de um processo que se estende ao longo da vida da pessoa, composta por etapas-chave que permitem um regresso à sua vida após um evento cardíaco. Desta maneira, a RC possui uma série de componentes essenciais que necessitam de ser incluídos em todos os programas. Estas componentes incluem: avaliação inicial, o controle de fatores de risco cardiovasculares (FRCV), o apoio psicossocial, a adesão ao regime medicamentoso, o aconselhamento sobre atividade física (AF) e o treino com exercício físico (EF) (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O programa de RC na fase 1 inicia-se no internamento à partida nas primeiras 24 a 48 horas, os principais objetivos são: estratificar o risco clínico para tomada de decisão sobre o início da atividade física na enfermaria (prevenir imobilidade); promover a autonomia no autocuidado e na marcha; implementar ensinamentos em relação a doença cardíaca, ao controlo de FRCV, aos programas de RC e orientações para a alta. Nesta fase iniciam-se, de forma progressiva, exercícios respiratórios, mobilizações em todos os segmentos de forma assistida ou autónoma dependendo do estado geral da pessoa, promoção de AVD’S promovendo a autonomia e por último o treino de marcha com início na enfermaria e mais tarde no corredor, de forma autónoma pelo menos duas vezes dia (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Com a progressão do programa é esperado que a pessoa passe para níveis mais exigentes de acordo com a sua tolerância. Esta expressa-se através de critérios de segurança clínica,

nomeadamente: existência de uma resposta hemodinâmica adequada à atividade e ao ortostatismo; aumento da FC entre 20-30 bpm relativamente ao repouso; aumento da pressão arterial sistólica (PAS) entre 10-40 mmHg relativamente ao repouso; ausência de alterações no eletrocardiograma (depressão ou elevação do ST, disritmias, distúrbios da condução); ausência de sintomas de angor, dispneia, palpitações, tonturas ou hipersudorese durante o EF ou em repouso (ACSM, 2019).

O treino de marcha, deverá ser iniciado numa superfície plana entre 25 a 50 metros, com um aumento de 10 a 15 metros/dia, até atingir 150-200 metros antes da alta clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A subida de escadas deverá ser iniciada com 5 degraus, com aumento gradual entre 3 a 5 degraus/dia, até atingir 20 degraus antes da alta clínica (Ordem dos enfermeiros,2020).

Relativamente ao EF há necessidade de monitorização eletrocardiográfica contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Tendo por base teórica o exposto foi elaborado um programa tipo (apêndice V) que foi aplicado aos três participantes ajustado às suas necessidades e individualidades.

Sendo reconhecido como um sinal vital funcional a capacidade para andar é um importante indicador de saúde. Vários estudos, nos últimos anos, têm encontrado relações significativas entre o desempenho na marcha e resultados como a mortalidade, morbilidade e qualidade de vida. Uma redução sustentada dos custos dos cuidados de saúde tem estado associada a uma melhor capacidade para andar (Sousa et al, 2024).

Delgado et al (2019) refere que “a habilidade da marcha é um indicador confiável de capacidade funcional.” (p.68)

Segundo Sousa et al (2024) “andar é uma atividade básica de vida e a capacidade para andar um fator chave para a independência funcional” (p.6).

Segundo a World Health Organization (WHO,2001) na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) o termo andar refere-se a “mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para a frente, para trás ou para o lado.”

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o andar é definido como “Mobilizar-se: Movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão do lento ao moderado ou rápido. Andar, subir e descer escadas e rampas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Podemos concluir que o andar é uma atividade de vida necessária para a concretização das várias tarefas de autocuidado, pelo que se relaciona com os níveis de independência pessoal. (Sousa et al,2023)

De acordo com Musculino (2008) citado por Abrantes (2020) para que a pessoa apresente um andar eficaz é necessário que o ciclo da marcha se realize de forma correta e o “o ciclo da marcha completo divide-se em diversas fases, sendo elas:

- Fase de apoio: Inicia-se quando o calcanhar toca o chão e termina com o afastamento dos dedos. Tem uma duração entre 51% a 60% do ciclo da marcha, ocorrendo o impulso. Aqui, os pés estão em contato com o solo.
- Fase de balanço: Dá-se início quando com o afastamento dos dedos e termina com o toque do calcanhar no solo. Tem uma duração entre 38% e 40% do ciclo da marcha e é aqui que se dá o avanço do membro.” (p.32)

O mesmo autor refere que “O ciclo da marcha é constituído por oito acontecimentos, cinco acontecem na fase de apoio, onde estão incluídos o apoio do calcanhar, apoio da planta do pé, apoio médio, afastamento do calcanhar, afastamento dos dedos, e os restantes ocorrem na fase de balanço que se constitui pela aceleração, balanço médio e desaceleração (Musculino, 2008 p. 32).

O andar é fundamental para as atividades de vida e depende do equilíbrio, mobilidade articular, resistência e força muscular ele é controlado por estruturas cerebrais superiores. Ao longo do ciclo de vida do ser humano podem ocorrer alterações no andar e, quando inesperadas, podem colocá-lo em circunstâncias de vulnerabilidade, pelo que se constitui como uma atividade complexa e desafiante (Vieira et al, 2016). Segundo a mesma autora o EEER centra a sua abordagem no desenvolvimento de competências no utente que são necessárias para voltar a desempenhar esta tarefa complexa, pelo que deve existir uma negociação com ele no que diz respeito ao planeamento das intervenções.

3. METODOLOGIA

A investigação científica é um processo que consiste na análise de fenómenos com vista a alcançar respostas a determinadas questões que se deseja aprofundar. Ela diferencia-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso. O carácter sistemático da investigação é dado pelo método (Fortin et al, 2009).

Segundo a mesma autora, a fase metodológica é a fase do processo de investigação que corresponde ao conjunto dos meios e das atividades próprias para dar resposta às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decorrer da fase conceptual.

Assim apresentamos o percurso metodológico deste estudo, desde o tipo de estudo aos participantes/amostra, o instrumento de colheita de dados, as considerações éticas bem como a apresentação/análise e discussão dos resultados.

3.1. TIPO DE ESTUDO

No sentido de responder à questão de investigação e tendo em consideração os objetivos formulados optou-se por um estudo exploratório e descritivo do tipo estudo de caso com uma abordagem qualitativa. Será utilizado o processo de enfermagem utilizando a linguagem da classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e recorrendo ao padrão documental dos cuidados da especialidade de enfermagem de reabilitação para fundamentação das intervenções implementadas.

O estudo define-se pela exposição de três utentes com intolerância à atividade na IC com o andar comprometido onde será aplicado um programa de reabilitação direcionado para a melhoria da intolerância à atividade e consequentemente a autonomia no andar.

Segundo Yin (2003, citado por Fortin et al, 2009) o estudo de caso é um tipo de estudo descritivo adequado quando se dispõe de poucos dados sobre o acontecimento ou o fenómeno considerado e pode também servir para certificar a eficácia de uma intervenção e para formar hipóteses na base dos resultados obtidos. Este tipo de estudo tem como objetivo ampliar o conhecimento que se tem de um indivíduo ou de um grupo e formular hipóteses a este propósito ou estudar as mudanças capazes de se produzirem ao longo do tempo no

indivíduo ou no grupo. Os estudos de caso são úteis porque podem preparar o terreno para estudos mais amplos.

O estudo tem uma abordagem qualitativa porque “o investigador interessa-se mais pela significação das experiências vividas pelos próprios indivíduos do que por juntar dados, tendo em vista outros estudos ou uma generalização” (Fortin et al, 2009).

3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Uma questão de investigação é uma interrogação, uma pergunta explícita relativa a um tema de estudo que se pretende examinar com o objetivo de desenvolver o conhecimento existente (Fortin, 2009).

Já o objetivo da investigação, segundo a mesma autora, indica de forma clara e concisa qual o fim que o investigador procura.

O tema em estudo “A Pessoa com Intolerância à Atividade na Insuficiência Cardíaca, o Andar Comprometido” surgiu de uma preocupação resultante das minhas vivências profissionais juntamente com a frequência do mestrado em enfermagem de reabilitação.

Sendo a IC, do ponto de vista funcional, uma patologia que provoca limitação na realização das atividades de vida diária e consequentemente perda de autonomia e estando esta associada à presença de intolerância à atividade o EEER tem um papel fundamental no que diz respeito à capacitação da pessoa de forma a possibilitar a sua adaptação funcional ao seu novo estado de saúde, contribuindo assim para a promoção do autocuidado e a autonomia da pessoa e família e melhoria da sua qualidade de vida.

Neste sentido, e tendo por base o tema em estudo, o problema de investigação traduz-se na seguinte questão: “Qual o contributo da intervenção do EEER à pessoa com intolerância à atividade na IC, no andar comprometido?”

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

- Identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação com um programa de reabilitação que vise melhorar a intolerância à atividade e ao andar

Os objetivos específicos traçados foram:

- Descrever o impacto das intervenções de enfermagem de reabilitação na capacidade funcional dos utentes com intolerância à atividade e o andar comprometido
- Desenvolver e implementar um programa de reabilitação personalizado baseado nas necessidades individuais dos utentes com intolerância à atividade.
- Investigar as estratégias de enfermagem de reabilitação mais valorizadas pelos utentes para a melhoria da intolerância à atividade.
- Explorar as perceções dos cuidadores sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação recebidos pelos utentes para melhorar a intolerância à atividade e o andar comprometido.
- Perceber o contributo da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e dos enfermeiros de cuidados gerais, na sua prática clínica para a melhoria da intolerância a atividade no andar comprometido.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin et al (2009, p.311) a população alvo “é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”. Segundo a mesma autora a fração da população sobre a qual se faz o estudo corresponde a amostra e esta deve ser representativa da população.

A nossa população alvo serão os utentes e seus cuidadores, a enfermeira de reabilitação e os enfermeiros de cuidados gerais do serviço onde foi realizado o estudo. Desta população foi selecionado uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 3 utentes com IC e os seus cuidadores assim como 1 enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e 3 enfermeiras de cuidados gerais, atribuídas aos utentes no momento da primeira entrevista.

Para Fortin (2009, p.321), a “amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra”. A amostragem foi acidental ou de conveniência pois “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondam a critérios de inclusão precisos”.

Neste estudo os critérios de inclusão são:

- Utentes admitidos com o diagnóstico médico de IC e o diagnóstico de enfermagem de intolerância à atividade e andar comprometido.
- Utentes que aceitem participar no estudo assinando a declaração de consentimento informado, livre e esclarecido.
- Utentes com mais de 65 anos e que apresentem condições físicas para andar.
- Utentes com capacidade cognitiva e que aceitem responder ao instrumento de colheita de dados.
- Utentes que façam parte do plano de cuidados de reabilitação.

Passaremos apresentar uma breve caracterização da amostra, no que se refere a alguns dados sociodemográficos.

Dos utentes com IC que participaram no estudo dois são do género masculino e um do género feminino. As idades dos participantes são, respetivamente, 65, 69 e 73 anos. A participante do género feminino é viúva e os do género masculino são casados. No que concerne às habilitações académicas os três têm a 4ª classe.

Os prestadores de cuidados são todos do género feminino. Relativamente ao grau de parentesco com os utentes dois são filhas e uma é cônjuge. No que diz respeito às habilitações académicas uma das filhas tem o 9º ano e a outra o 12º ano. A cônjuge tem a 4ª classe.

Os enfermeiros são no total 4, todas do género feminino e têm 65, 45, 32 e 25 anos. No que diz respeito à formação académica todas têm licenciatura e uma é especialista em enfermagem de reabilitação. Relativamente aos anos de experiência profissional no serviço têm 5, 20, 9 e 3 anos respetivamente.

3.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS

A colheita de dados foi realizada num hospital da zona norte, num serviço de medicina direcionado para a cardiologia.

De acordo com os objetivos traçados para este estudo, considerou-se que a entrevista seria o método mais adequado para a recolha dos dados. De acordo com Fortin et al (2009) “A entrevista é o principal método de colheita de dados na investigação qualitativa” (p.375).

Os métodos da entrevista, segundo Quivy e Champenhoudt (2017) “distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais da comunicação e de interação humana” (p.191).

Igualmente para Fortin et al (2009) a entrevista é uma maneira específica de comunicação verbal estabelecida entre o investigador e os participantes, com a finalidade de recolher dados pertinentes às questões de investigação.

Os dados foram recolhidos utilizando como instrumento um pequeno questionário sociodemográfico aos participantes visando a sua caracterização e uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas (Apêndice III).

Esta entrevista é aplicada em dois momentos ao utente e ao cuidador (no momento da admissão e no momento da alta) de maneira a avaliar o efeito do programa.

À enfermeira especialista e à enfermeira de cuidados gerais a entrevista foi aplicada no momento da admissão do utente.

A análise de dados foi efetuada através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Segundo esta autora (2018) a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p.44).

De forma assegurar a fiabilidade e a validade do estudo a análise de conteúdo foi realizada através de diversas operações que segundo a mesma autora são quatro: A organização da análise, a codificação, a categorizarão e a inferência.

Relativamente a organização da análise esta contempla três etapas “1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação” (Bardin, 2018, p.121).

Na primeira etapa foi realizada uma leitura exploratória das entrevistas com o objetivo de compreender e analisar o conteúdo tendo sido feita a transcrição na íntegra.

Na segunda etapa o material foi revisto de forma a identificar as várias unidades de codificação (unidades de registo e de contexto) de maneira a simplificar os dados para uma melhor compreensão do conteúdo das respostas.

Na terceira etapa pretende-se dar um significado às unidades de registo e de contexto.

Segundo a mesma autora a codificação corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto é o que vai permitir uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

A categorização é um processo que envolve a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e por reagrupamento conforme as suas similaridades (analogia). As categorias são grupos ou classes que reúnem unidades de registo sobre um título genérico, com base nas características comuns desses elementos.

O critério de categorização adotado foi o semântico (categorias temáticas) que resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos à medida que estes vão surgindo.

A inferência, corresponde à dedução lógica de informações sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu contexto.

Desta forma emergiu um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que se encontram expressas num quadro síntese que será apresentado na análise e discussão dos resultados.

Para prescrever exercícios, é fundamental realizar uma avaliação prévia da capacidade funcional de cada pessoa. Esta avaliação pode ser realizada através de um teste de esforço.

Assim, recorreremos ao teste de marcha de 6 minutos que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2020) é o mais utilizado na reabilitação cardíaca. Este teste consiste em o utente percorrer, a máxima distância que for capaz, a uma velocidade determinada por ele, durante 6 minutos, numa superfície dura e plana preferencialmente um corredor.

O teste foi aplicado no início do programa, tendo em conta as medidas de segurança recomendadas para o início do exercício físico e no momento de preparação para a alta.

A escala de Borg modificada também foi utilizada para avaliar a percepção objetiva do esforço dos participantes durante o teste de marcha dos 6 minutos. Esta escala consiste em avaliar a intensidade da sensação de esforço por parte do participante traduzido por meio de números aos quais está associada uma descrição, que vai de 0 “muito, muito leve” até 10 “muito, muito forte” (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Ao participante foi pedido que indique a sensação de esforço percebida no início e no fim do teste ou sempre que se justifique.

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo Streubert e Carpenter (2011) os investigadores devem conduzir as suas ações respeitando certos princípios éticos de maneira a não prejudicar os seus participantes. Assim para Fortin et al (2009) são sete os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana:

“1 - o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2 - o respeito pelos grupos vulneráveis; 3 - o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4 - o respeito pela justiça e pela equidade; 5 - o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6 - a redução dos inconvenientes e 7 - a otimização das vantagens” (p.186).

Em relação aos direitos que devem ser tidos em consideração nos sujeitos que participam num projeto de investigação, segundo a mesma autora, são cinco: direito a autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

Tendo em consideração o mencionado, todos os procedimentos necessários foram considerados de maneira a garantir os direitos, a liberdade e a dignidade das pessoas incluídas no estudo. Assim depende apenas da pessoa a decisão de participar ou não numa investigação, tendo o direito de desistir em qualquer momento do estudo, todos os participantes assinaram o consentimento informado. Foi assegurado aos participantes, a confidencialidade dos dados e a possibilidade de não responderem a alguma questão colocada se assim o desejassem. As entrevistas foram codificadas de forma a manter o

anonimato. Foram informados sobre a natureza, finalidade, metodologia e a duração do estudo.

As entrevistas não foram gravadas pois todos os participantes recusaram. Portanto foi usado suporte de papel e caneta.

No início do ENP foi realizado um projeto de investigação e apresentado à Comissão de Ética, que emitiu parecer favorável à realização deste estudo de investigação (parecer nº 158/CES/JAS de 17/12/2021).

Após a emissão da autorização por parte da Comissão de Ética e da Comissão Local De Proteção e Segurança de Informação (ref.^a 49/CLPSI/2022) foi dado início à recolha de dados.

3.6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Das entrevistas realizadas aos participantes do estudo surgiram um conjunto de dados que foram agrupados em quatro áreas temáticas: Capacidade para andar; Apoio na atividade andar; Intervenção da Enfermeira de Reabilitação; Intervenção da Enfermeira de Cuidados Gerais.

No que se refere a participação do utente com IC e respetivo cuidador a apresentação, a análise e discussão dos resultados será organizada em dois momentos distintos. O primeiro momento refere-se à aplicação da entrevista antes da intervenção do EER com o programa de reabilitação implementado e após intervenção. Esta análise e discussão será conduzida de acordo com as áreas temáticas e as categorias que emergiram das entrevistas como se pode observar no quadro 1.

Quadro 1. - Áreas Temáticas e Categorias que emergiram das entrevistas realizadas

Áreas temáticas e Categorias		
Participantes	Área Temática	Categorias
A Pessoa com	Capacidade para Andar	Importância atribuída ao andar

Insuficiência Cardíaca Antes e Após intervenção		Influência do andar na qualidade de vida
	Independência no andar	Estratégias de adaptação
		Educação para a saúde.
Prestador de Cuidados Antes e Após intervenção	Apoio na Atividade andar	Sentimentos
		Ensino/treino
		Estratégias adotadas
		Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia
Enfermeiros	Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	Avaliação
		Relação pessoal
		Estratégias
	Intervenção dos Enfermeiros de Cuidados Gerais	Sentimentos face à prestação de cuidados
		Participação no ensino e treino na atividade andar
		Áreas de educação para a saúde face à intolerância à atividade

Para uma apresentação mais clara e organizada, os dados das entrevistas foram dispostos em quadros por áreas temáticas e categorias com as referidas unidades de registo. O capítulo será dividido em 2 subcapítulos: resultados das entrevistas à pessoa com IC e prestadores de cuidados (PC) antes e após a intervenção do EEER e resultados da entrevista aos Enfermeiros.

3.6.1. Resultados da entrevista à pessoa com IC e prestador de cuidados antes e após a intervenção do EEER

Das entrevistas realizadas às pessoas com IC antes da intervenção do EEER emergiram duas áreas temáticas: A capacidade para andar (quadro 2) e a Independência no andar (quadro 3).

Quadro 2. - Área temática: Capacidade para andar da pessoa com IC antes da intervenção do EEER

Área Temática - Capacidade para andar	
Importância atribuída ao andar	“O andar é das coisas mais importantes para mim porque eu gosto de ser autónoma” P1 “Sou uma pessoa muito ativa habituada a acordar e fazer as minhas rotinas de casa...” P1 “Ser uma pessoa independente” P2 “...perderia a minha autonomia e depois a minha esposa tinha que me fazer tudo” P3
Influência do andar na Qualidade de vida	“...fui perdendo capacidades e neste momento fico muito cansada quando caminho durante algum tempo” P1 “fico triste e com medo de deixar de poder fazer as minhas coisinhas, tomar banho, ir as compras, sair para passear” P1 “O andar influência a minha qualidade de vida porque me permite fazer as coisas sozinho, ir a casa de banho, conduzir, cuidar da esposa.” P2 “Se eu perder o andar vou deixar de poder conduzir, ir passear com a minha esposa, tomar banho sozinho, ir a casa de banho...” P3

Da análise das entrevistas nesta área temática resultaram as categorias: importância atribuída ao andar e influência do andar na qualidade de vida.

As entrevistas revelam que, relativamente à categoria importância atribuída ao andar dois dos participantes tem um forte sentimento de valor pessoal e necessidade de manter a autonomia e a independência como está expresso nas seguintes afirmações:

“O andar é das coisas mais importantes para mim porque eu gosto de ser autónoma.” (P1); “ser uma pessoa independente.” (P2).

Um dos participantes destaca que andar lhe permite manter a sua rotina diária sem depender de outros, algo que é essencial para o seu bem-estar emocional como se pode observar na afirmação: “sou uma pessoa muito ativa habituada a acordar e fazer as minhas rotinas de casa.” (P1).

A perda da capacidade de andar é vista negativamente no que se refere à dependência de outros especificamente de conjugues, filhos ou cuidadores, sugerindo que um dos

participantes teme pela perda de independência e pela carga adicional que tal acarretaria sobre os seus familiares como se pode observar na seguinte unidade de registo: “...perderia a minha autonomia e depois a minha esposa tinha que me fazer tudo.” (P3).

A capacidade de andar é tida pelos participantes como uma componente para a autonomia, independência e qualidade de vida. As entrevistas revelam a valorização dada a esta capacidade de andar, pois ela permite-lhes manter as rotinas diárias, evitar a dependência de cuidadores e preservar a sua dignidade e bem-estar emocional. Estes resultados permitem-nos refletir sobre a importância dos programas de reabilitação que visem melhorar a capacidade de andar.

Em relação a categoria influência do andar na qualidade de vida para um dos participantes tem um impacto emocional e psicológico, está associado a sentimentos de medo e tristeza: “fico triste e com medo de deixar de poder fazer as minhas coisinhas, tomar banho, ir as compras, sair para passear.” (P1)

Dois dos participantes enfatizam a importância da realização das atividades de vida diária e como a perda da habilidade do andar é percebida como uma ameaça à qualidade de vida: “O andar influencia a minha qualidade de vida porque me permite fazer as coisas sozinha, ir a casa de banho, conduzir, cuidar da esposa.” (P2)

Se eu perder o andar vou deixar de poder conduzir, ir passear com a minha esposa, tomar banho sozinho, ir a casa de banho” (P3)

Sousa et al (2023) corrobora estes resultados:

“A capacidade de andar é um importante indicador em saúde, tendo sido já proposto por vários autores, desde 2009, como o sexto sinal vital funcional. Tal como foi possível verificar nesta revisão, a literatura tem evidenciado importantes correlações entre a capacidade de marcha e os resultados em saúde como a mortalidade, morbilidade, complicações e qualidade de vida. O andar é uma atividade básica, necessária para a concretização das diversas tarefas de autocuidado, pelo que se relaciona com os níveis de independência individual” (p.12).

Quadro 3. - Área temática: Independência no Andar da pessoa com IC antes da intervenção do EEER

Área Temática- Independência no Andar	
Estratégias de Adaptação	“quando fico cansada paro e agarro-me ao que estiver à mão porque sinto que vou desfalecer e já não consigo fazer mais nada fico muito aflita” P1 “Caminhava 1h por dia ... levava uma bengala para me ajudar, a minha filha às vezes vinha comigo quando estava mais em baixo” P2 “Não eram caminhadas muito rápidas porque senão ficava muito cansado...” P2 “... às vezes tinha que parar um bocadinho para descansar.” P2 “Ultimamente já não conseguia fazer estas caminhadas e a minha filha tinha que me ajudar” P2 “Costumo parar/descansar quando sinto que estou a ficar sem força...” P3 “...Tento respirar com calma para não me descontrolar nem ficar ansioso” P3
Educação para a saúde	“...Não em nenhuma consulta” P1 “Não, em nenhuma consulta” P2 “Tive que fazer muitos exercícios para recuperar, com pesos.” P3 “Fiz bicicleta e caminhadas no corredor.” P3 “Primeiro com andarilho, depois com a enfermeira ao meu lado para me dar apoio” P3 “Ela (enfermeira de reabilitação) é que me disse que se parasse para descansar e controlasse a respiração ficaria melhor e ficava com mais força para continuar” P3

Relativamente à área temática independência no andar surgem duas categorias: Estratégias de adaptação e Educação para a Saúde.

Da análise das unidades de registo nestas duas categorias verificamos que na categoria estratégias de adaptação os participantes para lidar com a intolerância à atividade utilizam algumas estratégias para manter o andar.

Os três participantes referem o descanso como estratégia:

“Quando fico cansada paro e agarro-me ao que estiver à mão porque sinto que vou desfalecer e já não consigo fazer mais nada fico muito aflita.” P1

“...as vezes tinha que parar um bocadinho para descansar.” P2

“Costumo parar/descansar quando sinto que estou a ficar sem força...” P3

Um dos participantes relata a utilização do controlo respiratório como estratégia:

“...tento respirar com calma para não me descontrolar nem ficar ansioso.” P3

Um dos participantes menciona a utilização de auxiliar de marcha como estratégia de adaptação e a diminuição da intensidade da marcha:

“Caminhava 1h por dia...levava uma bengala para me ajudar, a minha filha às vezes vinha comigo quando estava mais em baixo” P2

“Não eram caminhadas muito rápidas porque senão ficava muito cansado...” P2

Um dos participantes evidencia a importância do suporte familiar:

“Ultimamente já não conseguia fazer estas caminhadas e a minha filha tinha que me ajudar” P2

Na categoria educação para a saúde dois dos participantes referem não ter recebido nenhum tipo de ensino nas consultas relativamente a estratégias para manter o andar.

“Não em nenhuma consulta” P1

“Não em nenhuma consulta” P2

Um dos participantes refere que, por ter passado por uma Unidade de Média Duração, recebeu ensino relativamente a estratégias para manter o andar:

“Tive que fazer muitos exercícios para recuperar, com pesos.”P3

“Fiz bicicleta e caminhadas no corredor.” P3

“Ela [enfermeira de reabilitação] é que me disse que se parasse para descansar e controlasse a respiração ficaria melhor e ficava com mais força para continuar.” P3

Um dos objetivos dos cuidados da ER é a de maximizar a mobilidade de modo a evitar complicações que advêm de todo o processo de alterações da funcionalidade e doença. Segundo Sousa et al (2023) os programas de reabilitação que incluem a marcha são estratégias pouco dispendiosas fáceis de aplicar em ambiente hospitalar e que melhoram níveis de mobilidade e funcionalidade.

Na prescrição de exercício na fase hospitalar, no doente com IC, há um consenso de que os focos devem incidir na mobilização precoce e na otimização da capacidade pulmonar e da força muscular (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Após a aplicação do programa de ER, emergiram as áreas temáticas capacidade para andar e independência para andar, tal como antes da intervenção.

Quadro 4. – Área temática: Capacidade para andar da pessoa com IC após a intervenção do EEER

Área Temática - Capacidade para andar	
Importância atribuída ao andar	“...nos primeiros dias eu senti muita falta de ar, não conseguia fazer nada sozinha, percebi que se perder o andar deixo de ser quem sou.” P1 “Tudo o que falamos da outra vez é importante. Mantenho tudo o que disse.” P2 “O andar influencia muito a minha qualidade de vida por tudo o que lhe disse da outra vez.” P3 “...com a falta de ar e ter precisado que me façam tudo experimentei como é importante podermos andar “P3 “... sem andar não se faz nada.” P3
Influência do andar na Qualidade de vida	“...deixo de poder fazer as coisas que gosto: limpar a minha casinha, ir as compras, dar um passeio.” P1 “Eu quero fazer tudo direitinho (os treinos) para continuar a viver sem precisar de ajuda para as minhas coisinhas...” P2 “...como é importante controlar a doença para se poder fazer as coisas pelo menos as do dia a dia ...” P3

Da análise do quadro 4 verificamos que após a intervenção do EEER na categoria importância atribuída ao andar as respostas dos participantes confirmam a importância que atribuem a esta atividade, pela sua influência para a sua independência e autonomia.

Um dos participantes associa a capacidade de andar à sua independência e a perda de capacidade para andar à perda de identidade:

“...nos primeiros dias eu senti muita falta de ar, não conseguia fazer nada sozinha, percebi que se perder o andar deixo de ser quem sou.” P1

Um dos participantes mantém a resposta dada na primeira entrevista, portanto considera a independência como o mais importante:

“Tudo o que falamos da outra vez é importante. Mantenho tudo o que disse.” P2

O terceiro participante considera a capacidade de andar como essencial para a qualidade de vida:

“O andar influência muito a minha qualidade de vida por tudo o que lhe disse da outra vez.” P3

“... sem andar não se faz nada.” P3

“.... com a falta de ar e ter precisado que me façam tudo experimentei como é importante podermos andar.” P3

Em relação a categoria influência do andar na qualidade de vida os três participantes referem que manter a capacidade para andar é crucial para manter a independência nas atividades de vida:

“...deixo de poder fazer as coisas que gosto: limpar a minha casinha, ir as compras, dar um passeio.” P1

“Eu quero fazer tudo direitinho (os treinos) para continuar a viver sem precisar de ajuda para as minhas coisinhas...” P2

“...como é importante controlar a doença para se poder fazer as coisas pelo menos as do dia a dia.” P3

O participante P3 enfatiza a adesão ao tratamento como importante para manter a capacidade para andar.

De acordo com as competências específicas o EEER desempenha um papel fundamental na reabilitação cardíaca uma vez que elabora, implementa e avalia planos e programas especializados, tendo em conta a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade, elabora e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório (regulamento 392/2019).

Na área da reabilitação cardíaca a atuação do EEER é de maior importância no sentido de orientar a pessoa a alcançar o maior nível de autonomia para isso pretende-se que a pessoa maximize a sua capacidade aeróbia e funcional de forma a contrariar as limitações provocadas pela doença (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Quadro 5. - Área temática: Independência no Andar da pessoa com IC após a intervenção do EEER

Área Temática - Independência no Andar	
Estratégias de Adaptação	“Antes de fazer estes treinos de andar e os exercícios com a enfermeira não sabia muito bem como fazer...” P1 “Agora sei que é ao contrário, não posso é ficar parada tenho que fazer exercício pelo menos três vezes por semana e pelo menos 30 min.” P1 “...escolhi as caminhadas porque gosto muito” P1 “...tenho que ir acompanhada para me sentir mais segura...” P1 “...escolher uma altura do dia que não esteja muito frio ou muito calor.” P1 “...Não devo ir depois de comer tenho que esperar duas horas.” P1 “Os exercícios respiratórios também ajudaram muito.” P1 “...com os exercícios que aprendi, foi bom perceber que para andar tenho que ter força nos músculos.” P2 “Treinar com aquela máquina que tem pedais fez-me bem, já pedi a minha filha para ir ver se é muito cara queria ter uma em casa. Assim, quando estiver chuva posso treinar em casa para não ficar fraco.” P2 “Já tinha experimentado aquela bengala, dos três pés, mas depois deixei de precisar. Aqui a enfermeira voltou a dar-ma e agora quero uma igual lá para casa para usar sempre fico mais seguro.” P2 “Vou fazer as minhas caminhadas na mesma, mas sei que já não posso ir sozinho, mas a minha filha já disse que vamos os dois pelo menos 2 vezes por semana.” P2 “Sei que tenho que planear o dia para não me cansar e poder fazer as minhas coisas como quero, sem precisar de ninguém.” P2 “agora quando ficar cansado vou sentar-me porque aqui com os treinos percebi que fico melhor se me sentar do que ficar parado a tentar recuperar.” P3 “... sentado e com os exercícios de respiração que treinamos fico muito melhor.” P3

Educação para a saúde	“eu não tive nenhuma consulta, mas agora já sei muita coisa (risos).” P1 “Aprendi aqui, consigo e vou muito mais confiante para a operação.” P1 “Aprendi aqui consigo desde que estou internado.” P2 “A pedaleira também ajuda para reforçar os músculos.” P3 “Sim, como lhe disse da outra vez a enfermeira no centro de recuperação ensinou as estratégias e aqui reforcei isso tudo outra vez.” P3
-----------------------	--

Após a intervenção do EEER verificamos que os participantes se encontram mais confiantes e adotaram várias estratégias de adaptação para manter a independência no andar que resultou do ensino de estratégias de adaptação e técnicas de conservação de energia:

“...escolher uma altura do dia que não esteja muito frio ou muito calor.” P1

“Não devo ir depois de comer tenho que esperar duas horas.” P1

“Sei que tenho que planejar o dia para não me cansar e poder fazer as minhas coisas como quero, sem precisar de ninguém.” P2

“Agora quando ficar cansado vou sentar-me porque aqui com os treinos percebi que fico melhor se me sentar do que ficar parado a tentar recuperar.” P3

Um dos participantes fez referência a utilização de auxiliares de marcha como estratégia:

“Já tinha experimentado aquela bengala, dos três pés, mas depois deixei de precisar. Aqui a enfermeira voltou a dar-ma e agora quero uma igual lá para casa para usar sempre fico mais seguro.” P2

Dois dos participantes fizeram referência aos exercícios respiratórios que fizeram parte do programa de reabilitação implementado:

“Os exercícios respiratórios também ajudaram muito.” P1

“... sentado e com os exercícios de respiração que treinamos fico muito melhor.” P3

Um dos participantes fez referência ao uso de pedaleira para reforço muscular:

“Treinar com aquela máquina que tem pedais fez-me bem, já pedi a minha filha para ir ver se é muito cara queria ter uma em casa. Assim, quando estiver chuva posso treinar em casa para não ficar fraco.” P2

Dois dos participantes fazem referência ao treino e instrução de exercícios de força muscular:

“...com os exercícios que aprendi, foi bom perceber que para andar tenho que ter força nos músculos.” P2

“Antes de fazer estes treinos de andar e os exercícios com a enfermeira não sabia muito bem como fazer...” P1

Um dos participantes refere a importância do exercício físico para manter a independência:

“Agora sei que é ao contrário, não posso é ficar parada tenho que fazer exercício pelo menos três vezes por semana e pelo menos 30 min.” P1

“...escolhi as caminhadas porque gosto muito” P1

Dois dos participantes referem a importância de ir acompanhado aquando da realização da atividade física:

“...tenho que ir acompanhada para me sentir mais segura...” P1

“Vou fazer as minhas caminhadas na mesma, mas sei que já não posso ir sozinho, mas a minha filha já disse que vamos os dois pelo menos 2 vezes por semana.” P2

No que respeita a educação para a saúde os três participantes referem que apesar de não terem feito nenhuma sessão de educação para a saúde em consultas com o internamento a educação para a saúde fornecida pelo EEER foram uma mais-valia:

“eu não tive nenhuma consulta, mas agora já sei muita coisa (risos).” P1

“Aprendi aqui, consigo e vou muito mais confiante para a operação.” P1

“Aprendi aqui consigo desde que estou internado.” P2

“A pedaleira também ajuda para reforçar os músculos.” P3

“Sim, como lhe disse da outra vez a enfermeira no centro de recuperação ensinou as estratégias e aqui reforcei isso tudo outra vez.” P3

Segundo o estudo de Pestana et al (2023) um programa de reabilitação cardíaca e ensino a pessoa com IC tem como objetivos prevenir sequelas da imobilidade e/ou melhorar a capacidade funcional; garantir educação para a saúde; promover a adesão à realização de exercício físico e autogestão da doença.

O EEER funciona como agente facilitador na adesão a comportamentos de autocuidado e autogestão, bem como agente promotor da prática de exercício físico regular uma vez que detém um conjunto de competências na área da readaptação, ensino e treino com exercício físico (Pestana et al, 2023).

As entrevistas aos prestadores de cuidados (PC) antes e após a intervenção do EEER evidenciou a importância do apoio na atividade andar (quadro 6), que passaremos a analisar.

Quadro 6. - Área Temática: Apoio na atividade andar à pessoa com IC antes da intervenção do EEER

Área Temática - Apoio na atividade andar	
Sentimentos	“Uma pressão muito grande” PC1 “Sinto uma responsabilidade muito grande ...” PC1 “Sinto ... medo de não ser capaz de zelar pela segurança dela e que possa cair.” PC1 “Sinto-me desamparada porque estou sozinha nisto, não tenho ninguém com quem partilhar os meus medos e inseguranças” PC1 “As vezes era difícil porque ela queria fazer tudo de uma vez” PC1 “Medo e preocupação que o meu pai caísse...” PC2 “Era uma responsabilidade muito grande e eu sinto muito essa pressão” PC2 “Angústia e ansiedade que o meu marido caísse quando ficava cansado” PC3 “Senti que estava sozinha, que não tinha ninguém a quem recorrer se tivesse dúvidas” PC3

Ensino/Treino	“Nenhuma” PC1 “Nenhuma” PC2 “Nenhuma. Quando estive no centro de recuperação ninguém falou comigo nesse sentido.” PC3
Estratégias adotadas	“Fui fazendo o que achava melhor e respeitava o que a minha mãe dizia” PC1 “quando eu já percebia que estava cansada [Mãe] ... quase que tinha que a arrastar ou ir buscar uma cadeira” PC1 “Tentava transmitir confiança” PC2 “Só andava na cadeira de rodas e eu (filha cuidadora) e a minha irmã na hora da visita é que puxávamos pelo meu pai para andar uma de cada lado” PC2 “Quando passou para o tripé eu incentivava a andar e foi assim que começou a ganhar confiança” PC2 “Fazemos uma voltinha no corredor e eu levo uma cadeira para ele se sentar se for preciso” PC3
Conhecimento sobre Técnicas Conservação Energia	“Não.” PC1 “Não, nem nunca ouvi falar” PC2 “Não” PC3

Constatamos que relativamente ao apoio na atividade andar na categoria sentimentos, dois dos prestadores de cuidados expressaram sentir pressão e responsabilidade:

“Uma pressão muito grande.” PC1

“Sinto uma responsabilidade muito grande ...” PC1

“Era uma responsabilidade muito grande e eu sinto muito essa pressão.” PC2

Dois participantes relataram medo relacionado com quedas e preocupação relacionada com a segurança da pessoa:

“Sinto ... medo de não ser capaz de zelar pela segurança dela e que possa cair.” PC1

“As vezes era difícil porque ela queria fazer tudo de uma vez.” PC1

“Medo e preocupação que o meu pai caísse...” PC2

Dois dos participantes referiram desamparo e solidão relacionado com a partilha de preocupações e dúvidas:

“Sinto-me desamparada porque estou sozinha nisto, não tenho ninguém com quem partilhar os meus medos e inseguranças.” PC1

“Senti que estava sozinha, que não tinha ninguém a quem recorrer se tivesse dúvidas.” PC3

Um participante expressou angústia e ansiedade relacionado com a possibilidade de queda:

“Angústia e ansiedade que o meu marido caísse quando ficava cansado.” PC3

Estes sentimentos refletem a necessidade que os cuidadores apresentam de suporte emocional e profissional, ensino e treino para desempenhar a sua função de forma eficaz e segura.

Na **categoria ensino/treino** todos os prestadores de cuidados expressaram não ter recebido nenhum tipo de ensino ou treino sobre como ajudar o utente na atividade andar:

“Nenhuma” PC1

“Nenhuma” PC2

“Nenhuma. Quando estive no centro de recuperação ninguém falou comigo nesse sentido.” PC3

O facto de os enfermeiros não envolverem os prestadores de cuidados no apoio à atividade andar pode contribuir para sentimentos de insegurança e medo e desconhecimento de estratégias de apoio aos utentes.

Na categoria **estratégias adotadas** um dos prestadores de cuidados refere que respeitar e seguir a orientação do utente é uma estratégia:

“Fui fazendo o que achava melhor e respeitava o que a minha mãe dizia” PC1

Dois dos prestadores de cuidados relatam que uma relação de confiança com o utente também pode ser benéfica assim como proporcionar apoio unilateral ou bilateral no andar:

“Quando eu já percebia que estava cansada [Mãe] ... quase que tinha que a arrastar ou ir buscar uma cadeira.” PC1

“Tentava transmitir confiança.” PC2

“Só andava na cadeira de rodas e eu (filha cuidadora) e a minha irmã na hora da visita é que puxávamos pelo meu pai para andar uma de cada lado.” PC2

Um dos prestadores de cuidados também refere que utilizar auxiliares de marcha e incentivar o seu uso, bem como, planear pausas, também pode ser uma estratégia:

“Quando passou para o tripé eu incentivava a andar e foi assim que começou a ganhar confiança.” PC2

“Fazemos uma voltinha no corredor e eu levo uma cadeira para ele se sentar se for preciso.” PC3

Após a análise podemos auferir que apesar de não terem nenhuma formação sobre ensino e treino na atividade andar eles foram capazes de desenvolver as suas próprias abordagens, de uma forma prática, para auxiliarem os utentes na mobilidade.

Na categoria **conhecimento sobre técnicas de conservação de energia** nenhum dos prestadores de cuidados tinha conhecimento:

“Não.” PC1

“Não, nem nunca ouvi falar” PC2

“Não” PC3

A falta de conhecimento sobre técnicas de conservação de energia pode limitar a capacidade dos cuidadores de ajudar os utentes a gerir melhor a doença e evitar a fadiga influenciando negativamente a qualidade de vida. Os sentimentos negativos que surgem estão relacionados com a falta de conhecimentos e apoio psicossocial assim como o desenvolvimento de estratégias.

A evidência mostra-nos que programas multidisciplinares coordenados por enfermeiros são mais eficazes do que os cuidados habituais no que toca a redução do risco cardiovascular

pois possuem competências de ensino e comunicação que influenciam os comportamentos de adesão dos utentes (Pestana et al, 2023)

Quadro 7. - Área temática: Apoio na atividade andar da pessoa com IC após a intervenção do EEER

Área Temática - Apoio na atividade andar	
Sentimentos	“Agora que tenho estado aqui no hospital a acompanhar a minha mãe sinto-me mais segura...” PC1 “Sinto-me mais confiante para apoiar a minha mãe na sua doença.” PC1 “Já sei que aqui no hospital é diferente temos sempre alguém com quem falar e isso dá conforto” PC1 “Quando formos para casa vai ser mais complicado não há acompanhamento e isso assusta.” PC1 ” Agora sinto-me mais segura, pude estar sempre presente quando a enfermeira fazia as caminhadas com o meu pai” PC2 “...muito importante para mim me ter deixado participar e corrigir o que era preciso. Fiquei com mais confiança e aprendi coisas.” PC2 ”...mas continuo a ter medo que aconteça alguma coisa e eu não saiba resolver sabe como é aqui é tudo mais seguro.” PC2 “Continuo a sentir angústia e ansiedade que o meu marido caía principalmente depois dos médicos dizerem que a insuficiência cardíaca já está numa fase terminal” PC3 “Continuo a sentir-me sozinha, acho que não tenho ninguém a quem recorrer se tiver dúvidas. Acho que nestes casos devia haver um apoio de alguém a quem se pudesse ligar.” PC3
Ensino/Treino	“Com o internamento a senhora enfermeira ensinou alguns exercícios fáceis para fazer em casa para ajudar a fortalecer as pernas e para os dias que não queira ir caminhar para não ficar enferrujada.” PC1 “Combinar com ela os dias de caminhada para não ir sozinha.” PC1 “é importante dividir as tarefas ao longo do dia. Escolher as que precisa de se esforçar mais no período do dia que se sinta melhor.” PC1 “Nunca fazer caminhadas sem passar pelo menos uma hora depois de comer.” PC2 “Você combinou comigo nos dias que vinha e isso foi muito importante porque no centro de recuperação ninguém falou comigo.” PC3 “já sei andar ao lado dele e como colocar o braço para ser o seu apoio.” PC3

	“...como treinei com ele com a enfermeira a ver sinto-me mais segura.” PC3
Estratégias adotadas	“Pesar e controlar os líquidos porque se os pés incharem é sinal que pode ficar mais cansada e estar atenta e se tiver dúvidas falo com o médico de família.” PC1 “As caminhadas na rua deve ir acompanhado, escolher locais com bancos para poder descansar.” PC2 “...é importante incentivar.” PC2 ” Já tirei os tapetes de casa para ele não se atrapalhar, já tenho um andarilho para quando for necessário.” PC3
Conhecimento sobre Técnicas Conservação Energia	“Agora sim(risos). Importante ter períodos de pausa e atividade ao longo do dia.” PC1 “Fazer as coisas mais importantes primeiro e se necessário fazer algumas coisas sentada como lavar os dentes e pentear o cabelo.” PC1 “Descansar depois de comer uma hora ou duas conforme se sentir.” PC1 “Agora conheço.” PC2 “O meu pai tem que fazer períodos de repouso durante as caminhadas.” PC2 ” Se estiver cansado deve parar para deixar o coração recuperar e só depois recomeçar.” PC2 ” Agora conheço.” PC3 “Vou ler as mais importantes: sentar em vez de ficar em pé para tomar banho, lavar os dentes, fazer a barba;” PC3 “Quando for fazer alguma atividade descansar 5 min para permitir que o coração recupere.” PC3 “...interromper a atividade se ocorrer cansaço, aumento dos batimentos do coração mais que o habitual, falta de ar ou dor no peito; “PC3 “Fazer períodos de repouso durante o dia.” PC3

Da análise da área temática apoio na atividade andar no que diz respeito aos **sentimentos** relatados por parte dos prestadores de cuidados podemos auferir que dois dos prestadores de cuidados referiram que estar presente durante o treino de marcha no hospital aumentou a sensação de segurança e confiança:

“Agora que tenho estado aqui no hospital a acompanhar a minha mãe sinto-me mais segura...” PC1

“Sinto-me mais confiante para apoiar a minha mãe na sua doença.” PC1

“Agora sinto-me mais segura, pude estar sempre presente quando a enfermeira fazia as caminhadas com o meu pai.” PC2

“...muito importante para mim me ter deixado participar e corrigir o que era preciso. Fiquei com mais confiança e aprendi coisas.” PC2

Todos os prestadores de cuidados demonstram preocupação, medo e solidão relacionado com a transição hospital /domicílio devido à inexistência de apoio na comunidade por parte de profissionais de saúde direcionada para estes doentes:

“Quando formos para casa vai ser mais complicado não há acompanhamento e isso assusta.” PC1

“Já sei que aqui no hospital é diferente temos sempre alguém com quem falar e isso dá conforto.” PC1

“mas continuo a ter medo que aconteça alguma coisa e eu não saiba resolver sabe como é aqui é tudo mais seguro” PC2

“Continuo a sentir-me sozinha, acho que não tenho ninguém a quem recorrer se tiver dúvidas. Acho que nestes casos devia haver um apoio de alguém a quem se pudesse ligar.” PC3

Um dos prestadores de cuidados referiu sentir medo e angústia relacionado com quedas:

“continuo a sentir angústia e ansiedade que o meu marido caia...” PC3

Relativamente à **categoria sentimentos** nota-se uma diferença no que concerne aos sentimentos transmitidos antes da intervenção e após a intervenção do EEER.

Antes da intervenção os sentimentos eram de angústia, ansiedade preocupação, medo, mas relacionados com a segurança do utente e o risco de queda.

Após a intervenção do EEER com o programa de reabilitação implementado verifica-se que dois dos prestadores de cuidados se sentem mais seguros e confiantes, no entanto também referem sentimentos de medo, preocupação e solidão, mas agora relacionados com a transição hospital /domicílio. Possivelmente a tomada de consciência por parte dos prestadores de cuidados sobre a doença levou-os a esta mudança.

Um dos prestadores de cuidados refere manter os sentimentos de angústia e medo relacionados com a queda. Sentimentos de desamparo e solidão também continuam presentes relacionados com a falta de apoio no domicílio para a continuidade de cuidados.

Relativamente à categoria ensino/treino antes da intervenção do EEER nunca tinha sido feito nenhum tipo de ensino aos prestadores de cuidados.

Depois da intervenção do EEER os prestadores de cuidados revelam ter retido alguma da informação fornecida na educação para a saúde a qual foi realizada ao utente e prestador de cuidados. Relativamente ao ensino/ treino relacionado com o apoio no andar os prestadores de cuidados participavam no treino de marcha e escadas.

Cada prestador de cuidados parece ter retido a informação que considerou mais importante para apoiar o utente.

Um dos prestadores de cuidados focou-se nos exercícios de fortalecimento muscular e nas caminhadas:

“Com o internamento a senhora enfermeira ensinou-me alguns exercícios fáceis para fazer em casa para fortalecer as pernas e para os dias que não queira ir caminhar para não ficar enferrujada.” PC1

O mesmo participante referiu a importância na repartição das tarefas que impliquem andar ao longo do dia:

“É importante dividir as tarefas ao longo do dia. Escolher as que precisa de se esforçar mais no período do dia em que se sinta melhor” PC1

Outro participante referiu a importância de as caminhadas serem fora do período de início da digestão de maneira a conservar energia:

“Nunca fazer caminhadas sem ter passado pelo menos uma hora depois de comer.” PC2

Dois dos participantes demonstram a importância atribuída à participação no ensino/treino da atividade andar ao utente de forma a poder dar apoio nesta atividade:

“Você combinou comigo os dias que vinha e isso foi muito importante porque no centro de recuperação ninguém falou comigo. PC3

“Já sei andar ao lado dele e como colocar o braço para ser o seu apoio.” PC3

“Como treinei com ele com a enfermeira a ver sinto-me mais segura.” PC3

Em relação à **categoria estratégias adotadas** podemos auferir que um dos participantes valoriza a monitorização de edemas e retenção de líquidos:

“Pesar e controlar os líquidos porque se os pés incharem é sinal que se pode ficar mais cansada e estar atenta e se tiver dúvidas falar com o médico de família” PC1

Um dos participantes referiu a adaptação ao ambiente como estratégia:

“Já tirei os tapetes de casa para ele não se atrapalhar, já tenho um andarilho para quando for necessário.” PC3

Um outro participante referiu a importância do incentivo e da segurança:

“É importante incentivar.” PC2

“Às caminhadas na rua deve ir acompanhado, escolher locais com bancos para poder descansar.” PC2

Relativamente a **categoria conhecimento sobre técnicas de conservação de energia** antes da intervenção nenhum prestador de cuidados tinha conhecimento.

Após a intervenção do EEER todos os prestadores de cuidados demonstraram conhecimentos tendo cada um destacado o que era mais importante para si:

“Agora sim (risos). Importante ter períodos de pausa e atividade ao longo do dia.” PC1

“Fazer as coisas mais importantes primeiro e se necessário fazer algumas coisas sentado como lavar os dentes e pentear o cabelo.” PC1

“Descansar depois de comer uma hora ou duas conforme se sentir.” PC1

“O meu pai tem que fazer períodos de repouso durante a caminhada.” PC2

“Se estiver cansado deve parar para deixar o coração recuperar e só depois recomeçar.” PC2

“Vou ler as mais importantes: sentar em vez de ficar em pé para tomar banho, lavar os dentes fazer a barba.” PC3

“Quando for fazer alguma atividade descansar 5min para permitir que o coração recupere.” PC3

“...interromper a atividade se ocorrer cansaço, aumento dos batimentos do coração mais do que o habitual, falta de ar ou dor no peito,” PC3

“Fazer períodos de repouso durante o dia.” PC3

Segundo Wingham et al (2015) os prestadores de cuidados têm necessidade de saber como gerir a pessoa sobre os seus cuidados e quando devem agir, se necessário para reduzir o atraso na busca por ajuda. Parte do papel do cuidador inclui a comunicação com os profissionais de saúde, no entanto, estes não são incluídos nas consultas. A sua inclusão é importante pois eles podem aumentar a adesão dos utentes com IC à gestão da sua doença.

Foi constatado que os prestadores de cuidados dos doentes com IC têm uma qualidade de vida pior à medida que a pessoa com IC piora, o ajuste do papel do cuidador é um processo contínuo. Como foi demonstrado neste estudo os cuidadores necessitam de uma ampla rede de apoio formal e informal.

Neste estudo também foi evidente uma atitude positiva em relação à atividade física tendo, no entanto muitos dos cuidadores relatado que precisavam de informações mais específicas sobre o tipo e o nível de atividade necessário. O que vai de encontro aos resultados encontrados.

Durante a aplicação do programa de cuidados de enfermagem de reabilitação, também, recorreremos ao Teste de marcha de 6min (TM6) de forma a termos um dado mais objetivo, que pudesse corroborar os resultados percecionados pelos utentes.

Iremos apresentar esses resultados, através de tabelas e de forma individualizada, para uma melhor análise.

Tabela 1. – Resultado do Teste de marcha dos 6min (TM6) ao P1

P1	DISTANCIA (m)	TA inicial	FC inicial	BORG inicial	FC máxima	TA final	BORG final
1º T6MM (6º dia)	205	113/57	58	0	70	120/65	3
2ºT6MM (25º dia)	290	110/46	47	0	65	115/50	2

Tabela 2. – Resultado do Teste de marcha dos 6min (TM6) ao P2

P2	DISTANCIA (m)	TA inicial	FC inicial	BORG inicial	FC máxima	TA final	BORG final
1ºT6MM (5º dia)	150	120/76	82	0	100	127/78	4
2ºT6MM (20º dia)	232	108/76	88	0	95	115/75	2

Tabela 3. - Resultado do Teste de marcha dos 6min (TM6) ao P3

P3	DISTANCIA (m)	TA inicial	FC inicial	BORG inicial	FC máxima	TA final	BORG final
1ºT6MM (5º dia)	80	114/64	87	2	115	128/65	6
2ºT6MM (10º dia)	130	101/71	65	1	83	110/62	4

Pela análise das tabelas podemos verificar que todos os participantes reagiram positivamente ao teste de marcha dos 6 minutos tendo aumentado o número de metros percorridos entre o primeiro e o segundo teste e diminuído a percepção de dispneia pela escala de Borg.

Em termos de tensão arterial e frequência cardíaca verificamos que se encontram dentro dos limites de segurança.

Embora se trate de um estudo de caso com apenas 3 participantes e não possamos generalizar resultados os participantes referiram sentir-se muito melhor, tal como expressam nas entrevistas, e o programa ter sido benéfico para reduzir a intolerância a atividade, melhorar a capacidade funcional e consequentemente aumentar a qualidade de vida isto é corroborado pelo estudo de Pestana et al (2023) que faz referência à prática de exercício físico regular na pessoa com IC estar associada a melhoria da capacidade funcional e constitui uma recomendação nível de evidência IA.

Em relação à capacidade funcional a diferença encontrada entre o número de metros percorridos entre o primeiro e o segundo teste, nos três participantes, traduzem uma melhoria considerável que segundo Bohannon e Crouch (2017) podemos classificar como clinicamente significativa.

3.6.2. Resultados das entrevistas aos Enfermeiros

Da análise da entrevista aos enfermeiros emergiram duas áreas temáticas, nomeadamente, a intervenção do enfermeiro de reabilitação na atividade andar à pessoa com IC com três categorias: Avaliação, Relação Pessoal, Estratégias (quadro nº 8) e intervenção do enfermeiro de cuidados gerais na atividade andar à Pessoa com IC, com as seguintes categorias: Sentimentos face à prestação de cuidados; Participação no ensino e treino na atividade andar e Áreas de educação para a saúde face à intolerância à atividade (quadro nº 9).

Iniciaremos, pelos resultados referentes à intervenção do enfermeiro de reabilitação

Quadro 8. - Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na atividade andar à Pessoa com IC

Área Temática - Intervenção do ER na atividade andar à Pessoa com IC	
Avaliação	“...Capacidade no andar, limitações, seus objetivos e condição física” “Utilizar saturímetro e controlar a frequência cardíaca através da telemetria”.

Relação Pessoal	“Transmitir confiança e empatia “falando com ela brincando” provando à doente que vai ser capaz” “Aproveitando a força de vontade que demonstra em melhorar a sua condição” “Aproveitar que se trata de um utente com um espírito muito positivo e determinado.”
Estratégias	“Traçar objetivos para levar a doente a aumentar a sua capacidade.” “Começar com objetivos pequenos e reais adaptados a situação” “Treinar técnicas respiratórias para melhorar o desempenho no andar” “Promover mobilizações ativas.” “Promover as AVD`S traçando pequenos objetivos para chegar à autonomia” “Traçar objetivos curtos e adaptados a situação para que acredite na sua recuperação” “Traçar objetivos curtos para evitar a frustração” “A medida que for evoluindo aumentar o tempo de caminhada” “Utilizar andarilho numa fase inicial para promover a confiança e a segurança”

Da análise do quadro podemos auferir que relativamente à **categoria Avaliação** é importante diagnosticar alterações que determinem limitações, avaliar a condição física, a capacidade no andar e ter em conta os objetivos da pessoa: “...capacidade no andar, limitações, seus objetivos e condição física”.

A utilização de dispositivos como oxímetro e a telemetria são essenciais no doente cardíaco para avaliação hemodinâmica de maneira a permitir que o treino da marcha seja seguro e permitindo ajustar a intensidade e a duração do treino com o objetivo de melhorar a tolerância do utente ao esforço: “utilizar saturímetro e controlar a frequência cardíaca através da telemetria”.

Relativamente à **categoria relação pessoal** pelas unidades de registo percebemos que para a EEER uma relação de confiança e empatia entre a enfermeira e o doente é fundamental para o sucesso do programa de reabilitação: “Transmitir confiança e empatia “falando com ela brincando” provando à doente que vai ser capaz”.

Para a EEER a motivação e o apoio emocional estão diretamente relacionados com à adesão ao programa aumentando à autoestima e confiança: “Aproveitar que se trata de um utente com um espírito muito positivo e determinado”.

Na categoria Estratégias pela análise das unidades de registo verificamos que para a EEER é essencial a adaptação das intervenções às condições individuais da pessoa para melhorar a tolerância à atividade. De forma a manter a motivação e evitar frustração o estabelecimento de objetivos realistas torna-se essencial: “Traçar objetivos para levar a doente a aumentar a sua capacidade”; “À medida que for evoluindo aumentar o tempo de caminhada”; “Começar com objetivos pequenos e reais adaptados à situação”; “Traçar objetivos curtos para evitar a frustração”; “Traçar objetivos curtos e adaptados a situação para que acredite na sua recuperação”

Também, considera que a implementação de exercícios respiratórios e mobilizações ativas no programa de reabilitação contribui para melhorar o desempenho no andar: “Treinar técnicas respiratórias para melhorar o desempenho no andar”; “Promover mobilizações ativas”, realça ainda a importância de promover as AVD`S de forma progressiva para atingir a independência no andar: “Promover as AVD`S traçando pequenos objetivos para chegar à autonomia”. O recurso a auxiliares de marcha também é considerado uma estratégia importante na promoção da independência: “Utilizar andador numa fase inicial para promover a confiança e a segurança.”

Na intervenção do EEER na atividade andar na pessoa com IC verificamos que a literatura faz referência a que a reabilitação cardíaca inclua um conjunto de componentes essenciais que devem ser incorporados em todos os programas. Esses componentes incluem: Avaliação inicial, controle dos fatores de risco cardiovascular, apoio psicossocial, adesão ao regime medicamentoso, aconselhamento sobre atividade física e treino com exercício físico (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A abordagem realizada pelo EEER deve ser centrada no desenvolvimento das competências necessárias para o restabelecimento do autocuidado. Os planeamentos das intervenções de enfermagem devem ser negociados com o utente e a sua família levando em consideração os hábitos e valores pessoais de cada indivíduo (Hoeman, 2011).

É fundamental que antes de iniciar o treino de marcha, sejam estabelecidas metas realistas com a pessoa. As condições de segurança devem ser avaliadas de maneira a eliminar possíveis obstáculos e definir pontos de repouso (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Já relativamente aos Enfermeiros de Cuidados Gerais (ECG) constatamos que realçaram os Sentimentos face à prestação de cuidados; Participação no ensino e treino na atividade andar; Área de educação para a saúde face à intolerância à atividade.

Quadro 9. - Intervenção do Enfermeiro de Cuidados Gerais na atividade andar à pessoa com IC

Área Temática - Intervenção do Enfermeiros de Cuidados Gerais na atividade andar à Pessoa com IC	
Sentimentos face à prestação de cuidados	“Medo de agravar a situação clínica ao tentar promover as AVD’S.” ECG1 “Preocupação em não identificar os sinais e sintomas precocemente de agravamento do estado do utente.” ECG1 “Medo de prejudicar a situação clínica ao tentar promover as AVD’S” ECG2 “Medo de descompensar o utente uma vez que se trata de uma insuficiência cardíaca em fase terminal.” ECG3 “Insegurança sobre os momentos adequados para incentivar o utente nas suas AVD’S.” ECG3 “Não ser capaz de detetar sinais importantes de possibilidade de agravamento da situação clínica.” ECG3
Participação no ensino e treino na atividade andar	“Não desenvolvo, porque não tenho tempo e acho que é uma função da enfermeira de reabilitação” ECG1 “Não me meto nisso, acho que é função da enfermeira de reabilitação” ECG2 “Acho que é função da enfermeira de reabilitação por isso não desenvolvo intervenções.” ECG3
Áreas de educação para a saúde face à intolerância à atividade	“importância da adesão a medicação prescrita para controlar a doença.” ECG1 “importância do controle do peso e da monitorização dos sinais vitais para evitar complicações e descompensação da doença” ECG1 “A importância da adesão a medicação prescrita para controlar a doença” ECG2 “A importância do exercício físico e os sinais de descompensação da doença” ECG2

	“Não abordo nenhum aspeto acho que deve ser a enfermeira de reabilitação e a enfermeira de referência a abordar esses assuntos e eu reforçar.” ECG3
--	---

Da análise do quadro, no que se refere aos sentimentos face à prestação de cuidados os dados sugerem uma falta de confiança por parte dos enfermeiros para lidar com os pacientes com IC. A forma como o medo é relatado pode estar relacionado com a falta de formação especializada e ao mesmo tempo o entendimento insuficiente da doença e as suas complicações.

Os três participantes referem medo e insegurança relativamente à promoção do autocuidado nos utentes com IC:

“Medo de agravar a situação clínica ao tentar promover as AVD’S.” ECG1

“Medo de prejudicar a situação clínica ao tentar promover as AVD’S.” ECG2

“Medo de descompensar o utente uma vez que se trata de uma insuficiência cardíaca em fase terminal.” ECG3

Dois dos participantes referem preocupação na identificação de sinais de agravamento da situação clínica:

“Preocupação em não identificar os sinais e sintomas precocemente de agravamento do estado do utente.” ECG1

“Não ser capaz de detetar sinais importantes de possibilidade de agravamento da situação clínica.” ECG3

Um dos participantes fez referência à insegurança relativamente aos momentos adequados para incentivar o doente nas suas AVD’S:

“Insegurança sobre os momentos adequados para incentivar o utente nas suas AVD’S.” ECG3

No que concerne à participação no ensino e treino na atividade andar os dados indicam uma divisão clara de responsabilidades entre os enfermeiros de cuidados gerais e o EEER:

“Não desenvolvo, porque não tenho tempo e acho que é uma função da enfermeira de reabilitação.” ECG1

“Não me meto nisso, acho que é função da enfermeira de reabilitação” ECG2

“Acho que é função da enfermeira de reabilitação por isso não desenvolvo intervenções.” ECG3

Os enfermeiros de cuidados gerais acreditam que no ensino e treino do andar é uma atividade apenas da responsabilidade do EEER.

Relativamente às áreas de educação para a saúde face à intolerância à atividade da análise dos dados concluímos que os aspetos abordados na educação para a saúde são: a adesão à medicação, controle de peso, monitorização de sinais vitais e exercício.

Dois dos participantes referem a importância da medicação:

“Importância da adesão à medicação prescrita para controlar a doença.” ECG1 e ECG2

Um participante refere a importância do exercício físico e sinais de alarme:

“A importância do exercício físico e os sinais de descompensação da doença.” ECG2

Um dos participantes refere a importância do controle de peso e monitorização de sinais vitais:

“Importância do controle do peso e da monitorização dos sinais vitais para evitar complicações e descompensação da doença.” ECG1

Um dos participantes demonstra uma divisão clara de papéis:

“Não abordo nenhum aspeto acho que deve ser a enfermeira de reabilitação e a enfermeira de referência a abordar esses assuntos e eu reforçar.” ECG3

Os enfermeiros que participaram nesta entrevista relatam uma separação estanque entre o que são cuidados gerais e cuidados especializados, mas a literatura diz-nos que ambos fazem parte da equipa multidisciplinar sendo um elo da cadeia e como tal devem trabalhar em conjunto:

“A sociedade europeia de cardiologia recomenda medidas educacionais sustentadas, para garantir mudanças no estilo de vida dos utentes com patologia cardiovascular, e é neste contexto que a enfermagem assume um papel preponderante. Cabe ao enfermeiro capacitar o utente para o seu estado de saúde, assim como para a consciencialização da relação entre o estilo de vida e a progressão da sua doença cardiovascular, assegurando assim um adequado processo de transição saúde /doença do utente e sua família.” (Ordem dos Enfermeiros, 2022, p.3).

Em síntese, sendo a insuficiência cardíaca uma doença crónica os ganhos em saúde são difíceis de serem avaliados pois a tendência é a evolução da doença e por consequência o agravamento do estado de saúde. No que diz respeito à atividade andar comprometida pela intolerância à atividade podemos concluir que a intervenção do enfermeiro de reabilitação através de um programa de reabilitação tipo adequado a cada um dos utentes trouxe benefício e teve um impacto positivo, como comprovam os resultados obtidos quer nas entrevistas aos utentes e cuidadores, quer no teste de marcha dos 6 minutos.

O fato de se tratar de um estudo de caso implica que não podemos estabelecer uma generalização dos resultados obtidos, mas permite-nos refletir sobre a importância de mais estudos nesta área de forma a melhorar os cuidados de enfermagem prestados, tanto a nível de cuidados gerais como de enfermagem de reabilitação.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório possibilitou uma análise crítica detalhada do percurso realizado durante o estágio. Foram adquiridas competências gerais do enfermeiro especialista assim como competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre através do projeto de investigação desenvolvido. Tive oportunidade de prestar cuidados especializados através da concessão de planos de intervenção com o objetivo de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrole e autocuidado na transição dos processos saúde /doença e/ou incapacidades. A implementação das intervenções assim como a sua avaliação também fizeram parte do processo de maneira a maximizar as capacidades, promovendo a independência e a reintegração na sociedade. A oportunidade da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas disciplinas e estágios do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação foram uma mais-valia.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram maioritariamente na área cardiorrespiratória, destacando a importância de mobilizar conhecimentos e competências adquiridas em ensinos clínicos realizados ao longo do curso de mestrado.

Relativamente ao papel do enfermeiro especialista foi possível perceber a importância que a diferenciação tem para a humanização, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

As atividades de formação e de gestão também desempenham um papel fundamental contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento contínuo da profissão. O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de aprimorar as suas competências, bem como as da equipa de enfermagem. Através de iniciativas de formação promove o desenvolvimento contínuo dos profissionais e assegura que as melhores práticas sejam baseadas em evidência científica e realizadas com elevado padrão de qualidade. É da responsabilidade do enfermeiro especialista identificar lacunas de conhecimento na equipa e implementar sessões de formação com vista à sua superação.

No papel de gestor, o enfermeiro especialista é responsável por coordenar e supervisionar a equipa sempre com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne ao projeto de investigação implementado permitiu desenvolver as competências de mestre. Apesar das dificuldades e limitações encontradas relacionadas com a minha inexperiência no que toca a esta área penso que os objetivos foram atingidos.

O tema de estudo “A Pessoa com Intolerância à Atividade na Insuficiência cardíaca - O Andar Comprometido: Contributos da Enfermagem de Reabilitação.” surgiu do meu interesse pela área cardíaca aliada à minha experiência profissional como enfermeira de

cuidados gerais. A revisão da literatura no âmbito do projeto mostrou não existir muitos estudos de investigação que relacionem o andar e a insuficiência cardíaca, sendo que consideramos esta área de extrema importância e onde o enfermeiro de reabilitação tem um papel bastante relevante. O meu conhecimento empírico aponta para a importância dada a esta atividade pelos utentes e a maior parte das quedas a nível hospitalar surgem do andar comprometido e da intolerância à atividade.

Podemos concluir que um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação implementado aos utentes e seus respetivos prestadores de cuidados contribuem para a diminuição dos níveis de ansiedade e tem impacto positivo e melhoria nas atividades de autocuidado.

Também, foi possível constatar os receios e dificuldades dos enfermeiros de cuidados gerais em cuidar de Pessoas com IC e seus cuidadores, pelo que consideramos que a formação em serviço sobre estes cuidados é fundamental e que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem que se constituir como um elemento fulcral na implementação da formação e articulação com toda a equipa de enfermagem, para que sejam encontradas formas de cuidar estes utentes e seus cuidadores com a máxima qualidade.

Como já referido, os resultados que emergem deste estudo não podem ser generalizados, mas permitem perceber as dificuldades sentidas quer pelos utentes e seus cuidadores, quer pelos enfermeiros de cuidados gerais, pelo que consideramos que constitui um forte contributo para a melhoria dos cuidados a estes utentes e seus cuidadores e nos alertam para a necessidade de serem realizados mais estudos, com amostras maiores e que congreguem estudos quantitativos e qualitativos, onde englobem os diferentes atores que influenciam a excelência dos cuidados de enfermagem e aporte ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, C.A.M. (2020). Ganhos no autocuidado andar um caminho para a funcionalidade. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre- Escola Superior de Saúde. Tese de mestrado.

Altay,H.,& Pehlivanoglu, S.(2017). Heart Failure with Preserved Ejection Fraction.

Alves Marques-Vieira, C.M.,Mota de Sousa, L.M.,Ribeiro de Sousa,L.M.,Alves Caldeira Berenger, S.M.(2016). O diagnóstico de enfermagem “andar comprometido”nos idosos: revisão sistemática da literatura. Texto& Contexto Enfermagem, 25(3), 1-10.DOI: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71446759023>.

American Heart Association. Types of Heart Failure. DOI:[http://www.heart.org/HEARTORG/health_topics/Heart Failure/ Types of heart failure](http://www.heart.org/HEARTORG/health_topics/Heart_Failure/Types_of_heart_failure).

Bohannon, R.W.,Crouch, R. (2017). Minimal clinically important difference for change in 6-minute walk test distance of adults with pathology: a systematic review.J Eval Clin Pract. 23(2): 377-81 DOI:10.1111/jep 12629.

Carpenito, L. J. - Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica. 10a ed. Porto Alegre: Artmed, 2005 ISBN: 0-7817-4354-0.

Carvalho, T., Milani M.,Ferraz AS, Silveira AD., Herdy,AH.,Hossri, CAC, et al. (2020) Diretriz Brasileira de reabilitação Cardiovascular. Arquivo brasileiro cardiologia 114(5),943-987.

Decreto de lei nº 65/2018. capítulo III. Mestrado, Pub.L. nº.Diario da República,1.a série nº157- 16 de agosto de 2018,4162 (2018).<https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Delgado, B., M. (2014). Reabilitação Funcional no doente com Insuficiência cardíaca descompensada. Bragança: Escola superior de Saúde de Bragança. Tese de mestrado.

Delgado, B., Lopes, I., Mendes, E., Preto, L., Gomes, B., &Novo, A. (2019). Modulação Cardíaca pelo exercício físico na pessoa com Insuficiência Cardíaca descompensada - Relato de Caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 2 (2), 65-73.

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., Ceia,F.(2018).Heart failure in numbers: estimates for the 21st century in Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia, 37, 97-104.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010> | [Medline](#)

Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.

Hoeman, S.P. (2011). Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados. (4ª edição). Lusodidacta.

Kahlow, D. & Campos, R. (2013). Os efeitos do exercício físico nos pacientes com insuficiência cardíaca. Revista inspirar- movimento & saúde, 5(6), 28-32. DOI: <https://www.inspirar.com.br/revista/os-efeitos-do-exercicio-fisico-nos-pacientes-com-insuficiencia-cardiaca/>.

Leprohon, J. (2002) - Revista da Ordem, nº5, p.26

Matosinhos, C. de. (2022). Hospital Pedro Hispano 25º aniversário assinalado a pensar no futuro. Página da web do Município de Matosinhos. <https://www.cm-matosinhos.pt/servicos-municipais/accao-social-e-saude/noticia/hospital-pedro-hispano-de-parabens-89>

McDonagh, Theresa et al.-2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368. Vol.42, nº 36 (2021), p. 3599-3726

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual Enunciados descritivos. Divulgar. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/classificacao-internacional-para-a-pratica-de-enfermagem-cipe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Enfermagem de Reabilitação- instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação. Lisboa: Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca. Lisboa: Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>.

Ordem dos Enfermeiros (2022). Manual de Apoio á consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>

Portugal M. da S.(2023a). Missão, Atribuições e Legislação. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.ulsm.min-saude.pt/category/institucional/missao/>

Portugal, M. da S.(2023b). Sessão comemorativa do 25º aniversário do Hospital Pedro Hispano. Página da Web do portal SNS. <https://www.ulsm.min-saude.pt/noticias/sessao-comemorativa-do-25o-aniversario-do-hospital-pedro-hispano/>

Portugal, M da S.(2023c). Serviços, serviços clínicos, serviço de cardiologia. Serviço nacional de saúde. <https://www.ulsm.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>

Quivy, Raymond; Campenhoudt Luc Van- Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Edição Gradiva, 2017.ISBN 978-972-662-275-8

Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2a série - nº 26 4744 (2019)

Regulamento nº 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação, Diário da República 2ª série- nº 85 13565 (2019).

Saúde,O.,M.,(2001) - Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). Obtido de World Health Organization: <http://iris.who.int>.

Soares, D., Toledo, J., Santos, L., Lima, R., Galdeano, L (2008). Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. Acta Paulista de Enfermagem, 21(2), 243-248. <http://doi.org/10.1590/S0103-21002008000200002>.

Sociedade Europeia de Cardiologia (2021) - Recomendações de bolso da ESC: Recomendações de 2021 da ESC para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2024) – Registo Nacional de Insuficiência Cardíaca. <https://spc.pt/profissional-de-saude/registos/insuficiencia-cardiaca/>

Sofia Vistas Rodrigues, Margarida Vieira, PhD, Zaida Charepe, PhD e Manuel Luis Capelas (2012). Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida-Adaptação e validação da escala de Jefferson. cadernos de saúde, vol5 nº1e 2 p.71-77. <http://revistas.ucp.pt/article/view>

Sousa, S.S.; Valente, S.; Lopes, M.; Ribeiro, S.; Abreu N.; Alves E. (2023). O impacto de programas de reabilitação da marcha no tempo de internamento hospitalar - Scoping Review. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 6(1), 2-18. DOI: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/313>.

Sousa, S.S, Valente, S., Lopes, M., Abreu, N., Alves, E. (2024)- Intervenção de enfermagem e o autocuidado andar no adulto em contexto hospitalar: um estudo descritivo e correlacional. Revista portuguesa de enfermagem de reabilitação 7(1), 2-9. DOI:10.33194/rper.2024.366.

Streubert, H.J & Carpenter, D.R (2011). Investigação qualitativa em Enfermagem-Avançando o Imperativo Humanista (A.P.S Santos trad) (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Teixeira, F., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., Mesquita, C., Ferreira, D (2023) - Indicadores preditivos do autocuidado - Revisão Sistemática da Literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação 6(2), 2-18. DOI:10.33194/rper.2023324.

Wingham, J., Frost J., Britten, N., Jolly, K., Greaves, C., Abraham, C., Dalal, (2015) H., REACH-H research investigators. Needs of caregivers in heart failure management: A qualitative study. DOI: 10.1177/1742395315574765.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO NA
IC**

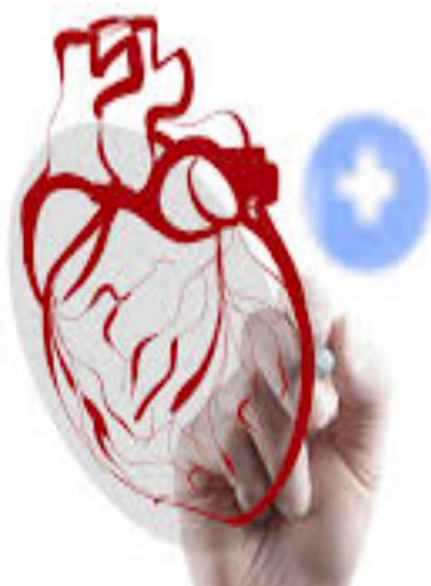
PAPEL DO ENFERMEIRO NO INTERNAMENTO



Legenda

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ALEXANDRA CUNHA MARÇO/2021

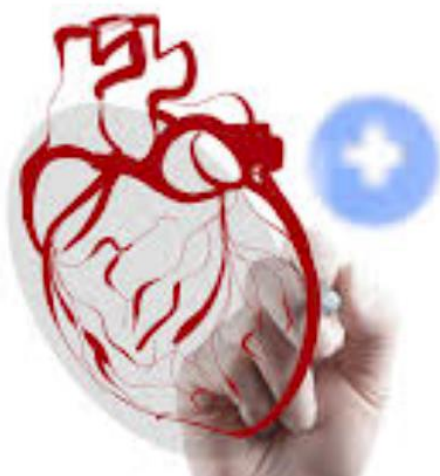


INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

"A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA(IC) É DEFINIDA, CLINICAMENTE COMO UM SÍNDROME NO QUAL OS CLIENTES TÊM SINTOMAS TÍPICOS E SINAIS RESULTANTES DE UMA ANOMALIA NA FUNÇÃO OU ESTRUTURA CARDÍACA QUE CONDUZ A FALHA DO CORAÇÃO PARA PROPORCIONAR OXIGÊNIO A UMA TAXA COMPATÍVEL COM AS EXIGÊNCIAS METABÓLICAS"

2021).

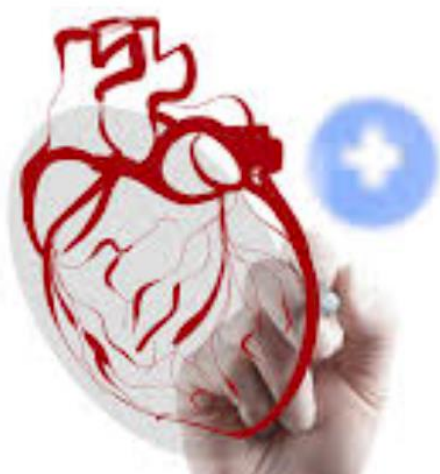
(European Society of Cardiology,



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA

"A Insuficiência cardíaca (IC) é um problema crescente de saúde pública. Cerca de 26 milhões de indivíduos em todo o mundo vivem actualmente com IC comparável com os 32 milhões que vivem com cancro e os 34 milhões com VIH/SIDA. A prevalência estimada da IC actualmente em Portugal é de 5,2%, correspondendo a cerca de 400 000 indivíduos adultos a sofrer da síndrome. A sua incidência aumenta abruptamente com a idade a partir da sétima década de vida e é a primeira causa de hospitalização após os 65 anos, nos países industrializados."

(SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2021).



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SINTOMAS

DISPNEIA EM ESFORÇO.

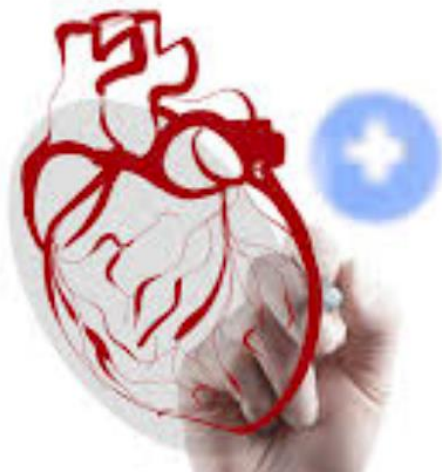
ORTOPNEIA .

DISPNEIA NOCTURNA.

TOSSE SECA IRRITATIVA.

FADIGA.

(SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2021).



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

SINAIS

FERVORES

TERCEIRO SOM CARDÍACO

INGURGITAÇÃO HEPÁTICA

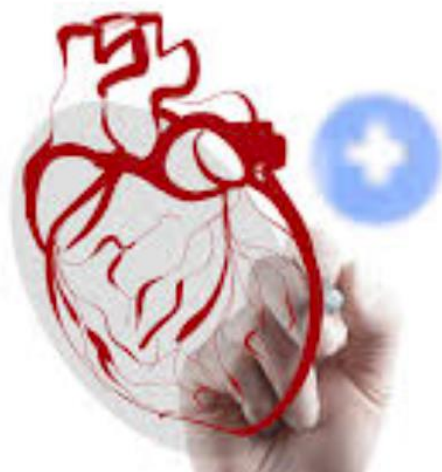
EDEMA PERIFÉRICO

ASCITE

DISTENÇÃO VENOSA JUGULAR

AUMENTO DE PESO INEXPLICÁVEL

AGRAVAMENTO DA DISPNEIA



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

FATORES DE RISCO

ETILISMO

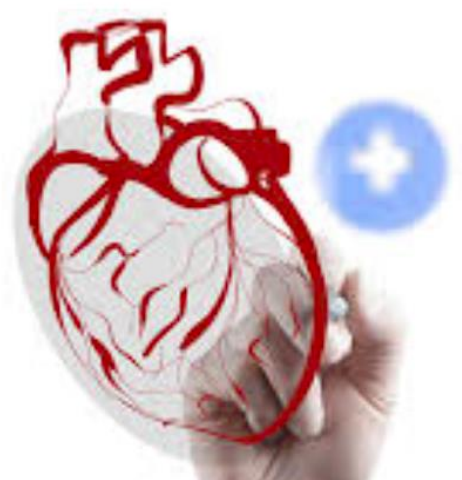
DISLIPIDEMIA

TABAGISMO

DIABETES MELITUS

HTA

HISTÓRIA FAMILIAR



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ESCALA DE NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA, 2021).

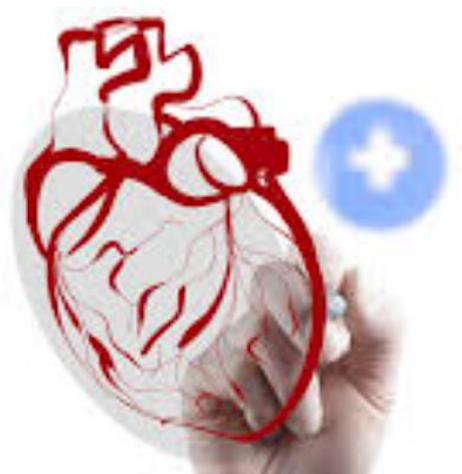
Escala utilizada para classificar a IC segundo a funcionalidade, a severidade dos sintomas e a atividade física.

Classe I - Sem limitação da atividade física. A atividade física normal não causa fadiga, palpitação ou dispneia.

CLASSE II- Discreta limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas algumas atividades físicas resultam em fadiga, dispneia ou palpitações

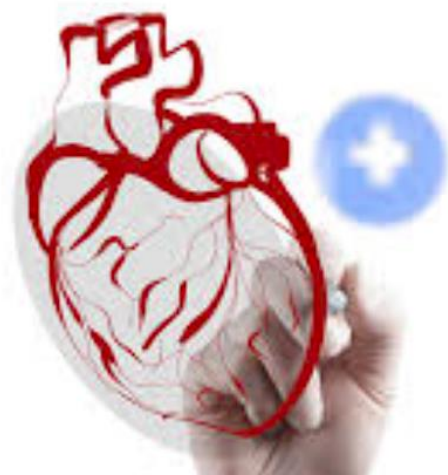
CLASSE III- Marcada limitação de atividade física. Confortável em repouso, mas esforços menores que as atividades comuns causam fadiga, palpitação ou dispneia.

CLASSE IV- Não é possível realizar qualquer atividade física sem desconforto.



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CLASIFICAÇÃO DE IC SEGUNDO A FRACÇÃO DE EJEÇÃO DO VENTRÍCULO ESQUERDO

- Fração de ejeção preservada - FEVE $\geq 50\%$
- Fração de ejeção levemente reduzida - FEVE 41-49%
- Fração de ejeção reduzida - FEVE $\leq 40\%$

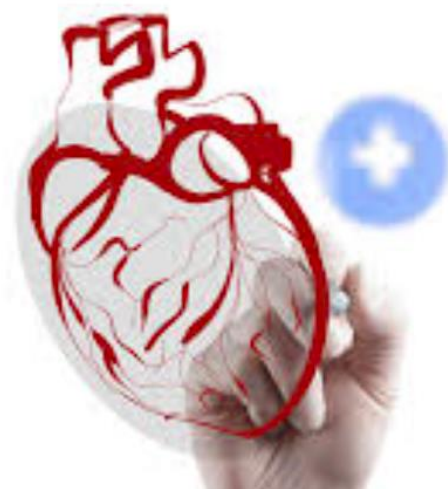


INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ETIOLOGIA

DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA (DAC);
 HTA;
 DOENÇA VALVULAR;
 CARDIOMIOPATIAS;
 DOENÇAS SISTÊMICAS;
 PERICARDITE

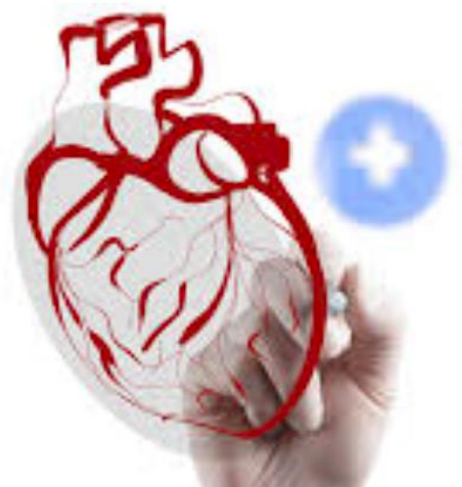
EAM;
 DIABETES MELLITUS;
 DEFEITOS CARDÁCOS CONGÊNITOS;
 ARRITMIAS;
 ALCOOLISMO E TOXICODEPENDÊNCIA;



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

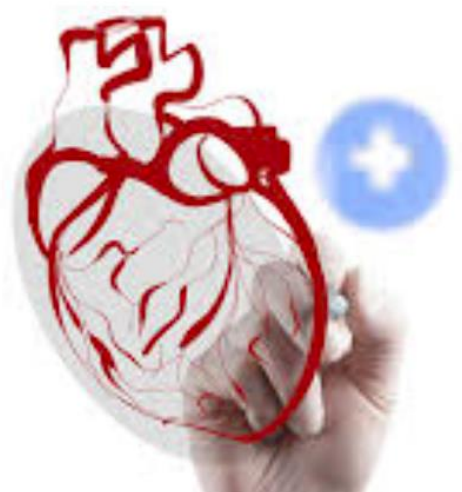
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO





INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

- O QUE É A DOENÇA;
- TABAGISMO;
- ALCOOLISMO;
- ALIMENTAÇÃO;
- ACTIVIDADE FÍSICA;
- SONO E REPOUSO;
- TERAPÊUTICA;
- PROMOÇÃO /GESTÃO DO AUTOCUIDADO;
- COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS - IMUNIZAÇÃO;



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA TECNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA .

- EQUILIBRAR PERÍODOS DE ACTIVIDADE /REPOUSO;
- MANTER A BOA POSTURA;
- EVITAR LEVANTAR E SEGURAR PESOS,
- REPOUSAR POR UM MÍNIMO DE 60 MIN APÓS AS REFEIÇÕES;
- TRABALHAR EM AMBIENTES BEM VENTILADOS E COM ILUMINAÇÃO ADEQUADA.
- DELEGAR E ELIMINAR TAREFAS DESNECESSÁRIAS.
- GESTÃO DE ANSIEDADE;



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

OBRIGADA

É DE PEQUENOS FEITOS QUE SÃO FEITAS GRANDES OBRAS

Para uma equipa que veste de alma e coração

**APÊNDICE II – AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE TRAQUEOSTOMIA -
CUIDADOS DE ENFERMAGEM**



TRAQUEOSTOMIA

Cuidados de enfermagem

Alexandra Ferreira, [redacted]

Formação em Serviço – [redacted]
Novembro 2021

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

→ **Objetivo Geral:**

- Contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências nos cuidados de enfermagem à pessoa traqueostomizada.

→ **Objetivos Específicos:**

- Identificar as indicações para a realização de traqueostomia;
- Distinguir os vários tipos de cânulas;
- Reconhecer as complicações possíveis de uma traqueostomia;
- Aprofundar os cuidados de enfermagem à pessoa com traqueostomia.

CONCEITO - TRAQUEOSTOMIA

- Presença de um orifício para o exterior, caracterizando-se pela fixação da traqueia à pele, permitindo a abertura das vias aéreas para o exterior.



INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

- Manutenção e proteção da via aérea (obstrução da via aérea, via aérea difícil, alterações do estado de consciência);
- Toilete brônquica (gestão inadequada de secreções brônquicas, tosse ineficaz)

- Infecção local grave;
- Coagulopatia moderada a severa;
- Anatomia difícil;
- Proximidade com local de cirurgia recente ou trauma;
- Disfunção respiratória grave;
- Idade (< 12 anos).

TIPO DE TRAQUEOSTOMIAS



TIPOS DE CÂNULAS

- Internas / externas
- Com cuff / sem cuff
- Fenestradas / não fenestradas



COMPLICAÇÕES

- **Imediatas:** hemorragia, mau posicionamento, pneumotórax, obstrução da cânula, enfisema;
- **Pós-operatório precoce (< 7 dias):** obstrução da cânula, mau posicionamento, infecção do estoma, pneumonia, ulceração ou necrose da traqueia, fístula traqueo-esofágica, hemorragia;
- **Tardias:** granulomas, estenose traqueal, formação de cicatrizes, obstrução da cânula, hemorragia.



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

□ CUIDADOS AO ESTOMA

- Avaliar e higienizar o estoma, pelo menos uma vez por dia, com NaCL 0,9%, utilizando técnica asséptica;
- Colocar compressa de traqueostomia, sendo que esta deve ser trocada sempre que necessário de forma a manter a pele circundante limpa e seca.



Secreções respiratórias

Risco de infecção

Presença de dispositivo

Maceração

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

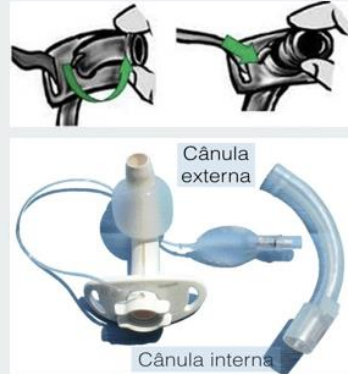
□ MUDANÇA E LIMPEZA DA CÂNULA INTERNA

- A cânula interna deve ser trocada diariamente e sempre que obstruída;
- A limpeza da cânula faz-se com água corrente e com o auxílio de um escovilhão - deverá adicionar-se água oxigenada ao soro se existirem secreções aderentes à cânula;
- Confirmar permeabilidade de 6 em 6h.

É importante ter sempre uma cânula preparada para qualquer eventualidade!

□ MUDANÇA DA CÂNULA EXTERNA

- A troca da cânula externa deve ser realizada a cada 30 dias.
- Em doentes com secreções abundantes e/ou com infeção respiratória pode ser trocada com mais frequência – geralmente, a cada 15 dias.



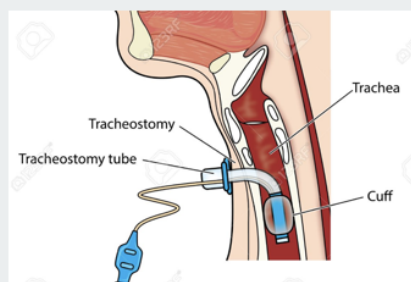
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

□ MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO DO CUFF

- Os valores recomendados para os níveis de pressão do balão exercidos na parede da traqueia devem situar-se entre 20 a 30 cmH₂O.

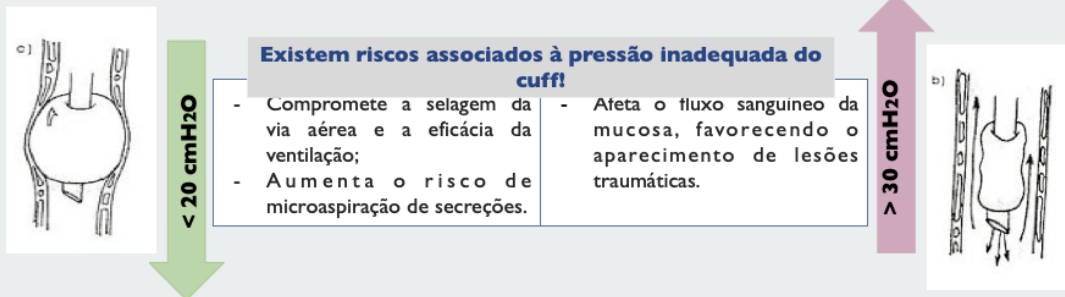


- É necessário verificar os níveis de pressão pelo menos duas vezes no turno e após cuidados de enfermagem - higiene oral, elevação da cabeceira, mudança de decúbitos, aspiração de secreções e nos cuidados de higiene no leito.



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

□ MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO DO CUFF



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

□ COMUNICAÇÃO

- Ensinar técnicas alternativas de comunicação (linguagem gestual, mímica facial, escrita, fala murmurada);
- Se possível, utilizar válvula fonatória;
- Seguimento pelo terapeuta da fala.

“O doente não tem dificuldade em nos perceber, nós é que temos dificuldade em o entender!”



□ DEGLUTIÇÃO

- A dificuldade em deglutir é inevitável devido à elevação da laringe e insuflação do cuff;
- Numa fase inicial deve-se recorrer à alimentação por SNG para otimizar a nutrição e assegurar o reforço hídrico de forma a promover a fluidificação das secreções e a hidratação;
- Para avançar para a alimentação oral, o doente tem que cumprir alguns critérios.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

❑ ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES ATRAVÉS DE TRAQUEOSTOMIA

Objetivos	Indicações	Complicações
- Manter a permeabilidade das vias aéreas; - Remover as secreções da traqueia e brônquios; - Evitar ou reverter atelectasias; - Facilitar as trocas gasosas e a ventilação pulmonar.	- Cânula parcial ou totalmente obstruída com secreções; - Aumento do esforço respiratório; - Tosse frequente, produtiva mas ineficaz; - Ruídos respiratórios audíveis; - Indicação pelo doente que necessita de ser aspirado; - Inexplicável falta de ar; - Diminuição da saturação de oxigênio.	- Hipoxemia; - Infecção; - Arritmia; - Atelectasias; - Broncoespasmo; - Traumatismo das vias aéreas; - Aumento da PIC; - Vômito.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

❑ ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES ATRAVÉS DE TRAQUEOSTOMIA



Procedimento

- 1) Avaliar o doente e explicar o procedimento ao mesmo;
- 2) Reunir o material e utilizar os EPI's necessários;
- 3) Posicionar o doente;
- 4) Se o doente tiver cânula fenestrada deve-se trocar a cânula interna por uma não fenestrada;
- 5) Preparar sonda de aspiração e, de seguida, calçar luva esterilizada na mão dominante;
- 6) Segurar sonda de aspiração com a mão dominante e retirar o invólucro protetor com a mão não dominante;



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

□ ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES ATRAVÉS DE TRAQUEOSTOMIA



Procedimento

- 7) Aspirar secreções à entrada da cânula e, posteriormente, inserir a sonda na inspiração profunda do doente, sem sucção, até sentir resistência;
- 8) Aspirar secreções enquanto se retira a sonda lentamente, com movimentos rotativos entre o dedo indicador e polegar;
- 9) Aspirar cavidade nasal e, por fim, a cavidade oral;
- 10) Vigiar aspeto e cor das secreções;
- 11) Limpar tubuladura da fonte de vácuo;
- 12) Desconectar sonda de aspiração, enrolar a mesma, e retirar a luva da mão dominante envolvendo-a.



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

□ COUGH ASSIST



Técnica não invasiva de eliminação de secreções das vias aéreas, que consiste em aplicar uma pressão positiva nas vias aéreas da pessoa e da variação rápida para uma pressão negativa que produz um fluxo expiratório idêntico ao da tosse.

FINALIDADES:

- Promover um elevado fluxo inspiratório;
- Promover a aceleração do fluxo expiratório;
- Diminuir a aderência das secreções à parede brônquica;
- Destacar as secreções;
- Mobilizar secreções para as vias aéreas superiores;
- Eliminar das secreções;
- Promover a limpeza das vias aéreas prevenindo complicações do foro respiratório, como obstruções brônquicas e infeções.



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

☐ COUGH ASSIST

INDICAÇÕES

Está indicada em pessoas com incapacidade de tossir ou eliminar eficazmente as secreções devido a um fluxo expiratório reduzido, tais como:

- Alterações neuromusculares;
- Fadiga grave associada a doença pulmonar intrínseca;
- Lesões medulares;
- Desmame ventilatório;
- Pós-operatório;
- DPOC.

CONTRA-INDICAÇÕES

Esta técnica está contra-indicada em pessoas:

- Com enfisema bolhoso, susceptibilidade a pneumotórax ou pneumomediastino ou se tiver tido barotrauma;
- Sempre que a pressão abdominal ou torácica for prejudicial.

VÁLVULA FONATÓRIA

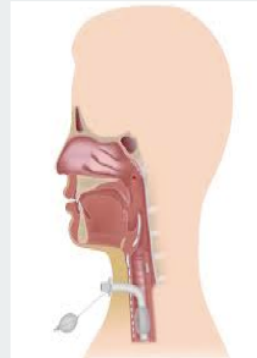
OBJETIVOS

- Restabelecer a fisiologia normal da pessoa com traqueostomia melhorando os mecanismos de proteção das vias aéreas;
- Promover a comunicação oral;
- Melhorar a deglutição reduzindo o risco de aspiração;
- Melhorar olfato, paladar e apetite;
- Promover uma tosse mais eficaz, promovendo a limpeza das vias aéreas;
- Prevenir / Diminuir infecções;
- Manter a P.E.E.P. fisiológica melhorando a perfusão alveolar;
- Facilitar a descanulação bem como o desmame ventilatório;
- Melhorar a performance respiratória.



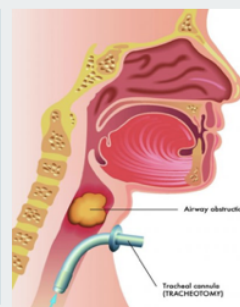
INCONVENIENTES DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

- A cânula de traqueostomia provoca alterações profundas na deglutição, comunicação (disfonia, afonia), olfato e paladar, bem como alterações na perfusão do oxigênio, humidificação, aquecimento e filtragem do ar;
- É responsável por limitações mecânicas e neurofisiológicas da função laríngea, os mecanismos normais de proteção das vias aéreas ficam abolidos;
- Há uma diminuição da elevação da laringe e do encerramento da epiglote;
- As cordas vocais permanecem abertas com ausência da pressão subglótica fisiológica positiva (importante para expulsar restos de alimentos ou secreções que eventualmente tenham passado através da epiglote);
- O fluxo aéreo expiratório no final da deglutição para limpeza da região glótica é inexistente;
- Não existe reflexo da tosse espontânea;



INCONVENIENTES DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

- O tempo de encerramento das cordas vocais e a abertura do esfíncter esofágico é menor;
- A pressão do cuff comprime o esôfago, diminui o seu lúmen e dificulta a passagem do bolo alimentar. Favorece, também, o acúmulo de materiais acima do cuff, beneficiando a colonização de bactérias e infecções;
- Diminuição da PEEP fisiológica e da perfusão alveolar;
- Existe uma disfagia neurofisiológica que se traduz por uma dessensibilização da laringe e cordas vocais (o ar é um constante estímulo de proteção das vias aéreas), não existindo sensibilidade para detectar as secreções ou outro material, estes não serão eliminados.



BENEFÍCIOS DA VÁLVULA FONATÓRIA

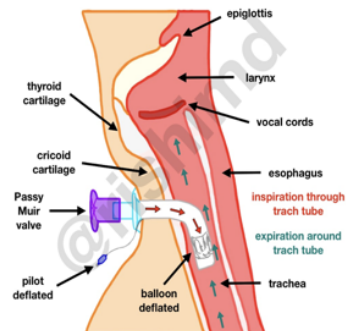
- Restaura um sistema respiratório fechado e permite criar uma pressão positiva nas vias aéreas sem necessidade de oclusão manual da cânula, promovendo a comunicação oral, tão importante para o doente.

- Melhora a eficácia da deglutição e reduz a aspiração. O restabelecimento do fluxo de ar durante a expiração promove o aumento da sensação faringe/laringe e restaura a pressão subglótica. A melhoria do olfato melhora também o paladar, o apetite e a ingestão calórica.

- Permite ao doente produzir uma tosse mais eficaz, promovendo uma melhor higiene brônquica e mobilização/eliminação das secreções, diminuindo a necessidade de aspiração e o risco de infecção;

- Diminui o risco de atelectasias brônquicas e melhora a perfusão alveolar e, como tal, a oxigenação.
- Melhora a "performance" respiratória, facilitando a reabilitação dos músculos respiratórios.

PASSY MUIR VALVE



VÁLVULA FONATÓRIA

INDICAÇÕES

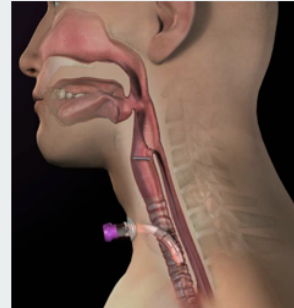
- Promover a descanulação sempre que o encerramento da cânula não seja possível;
- Restabelecer a fisiologia normal da pessoa traqueostomizada com cânula de traqueostomia;
- Pessoas em ventilação espontânea, ventilação invasiva ou não invasiva (de acordo com o tipo de válvula);
- Melhorar a performance respiratória, sendo fundamental para a reeducação respiratória;
- Doentes com patologia respiratória, neurológica degenerativa, traumática, estenose traqueal, entre outros.

CONTRA-INDICAÇÕES

- Em pessoas com cânula de traqueostomia com disfunção grave das cordas vocais, estenose traqueal ou laringea grave;
- Em doentes laringectomizados;
- Obstrução grave das vias aéreas superiores que possam impedir a adequada exalação ou cuff desinsuflado;
- Em doentes com secreções muito espessas e abundantes;
- Redução severa da elasticidade do pulmão com aprisionamento de ar;
- Doentes inconscientes ou em estado comatoso;
- Risco elevado de aspiração.

VÁLVULA FONATÓRIA NO PROCESSO DE DESCANULAÇÃO

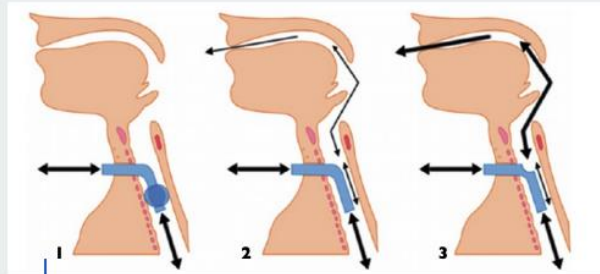
- Permite ao doente começar a adaptar-se a um **padrão respiratório "mais normal"**, através da expiração pelas vias aéreas superiores, aumentando a confiança do doente e permitindo uma avaliação da permeabilidade das vias aéreas;
- A válvula fonatória é usada como **alternativa à oclusão da cânula** nos doentes que não toleram tal oclusão por razões fisiológicas ou emocionais ou que toleram a oclusão apenas por pequenos períodos de tempo;
- A válvula fonatória tem **baixo custo e fácil praticabilidade**;
- A válvula fonatória resulta numa **melhoria da qualidade de vida** do doente e **diminui o tempo de internamento**.



VÁLVULA FONATÓRIA NO PROCESSO DE DESCANULAÇÃO

- Para se iniciar os treinos com válvula fonatória, **não é obrigatório a troca de cânula de traqueostomia não fenestrada por uma fenestrada** desde que haja boa tolerância da pessoa. Se ocorrer esforço expiratório, estridor, dessaturação ou dificuldade respiratória da pessoa devemos ponderar a troca. A fenestra aumenta o lúmen do ar expirado podendo ser facilitadora para a adaptação à válvula fonatória. Tem a desvantagem de formar granulomas na parede interna da traqueia sempre que o seu uso é prolongado.
- Pode ser colocada **48 a 72 horas após a realização da traqueostomia** desde que o edema traqueal e/ou secreção recorrentes do acto cirúrgico tenham regredido. Pode necessitar de pausa aquando da troca de cânula se produzir edema traqueal ou broncoespasmo. Antes de colocar a válvula fonatória deve-se testar a exalação de ar em redor da cânula.

PROCESSO DE DESCANULAÇÃO



Representação da passagem do ar em doente portador de cânula de traqueostomia:
1- cânula não fenestrada com cuff insuflado, 2- cânula não fenestrada com cuff desinsuflado, 3- cânula fenestrada sem cuff



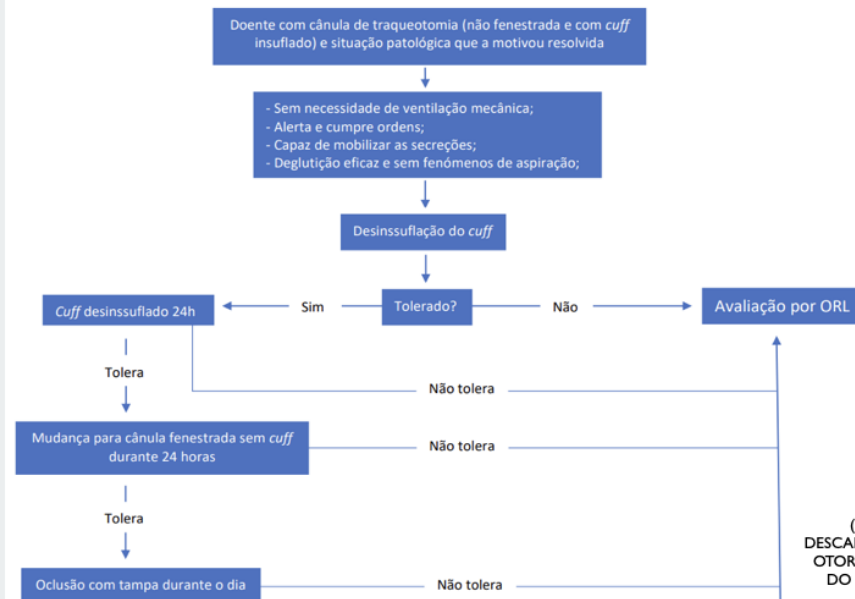
Cânula de traqueostomia fenestrada



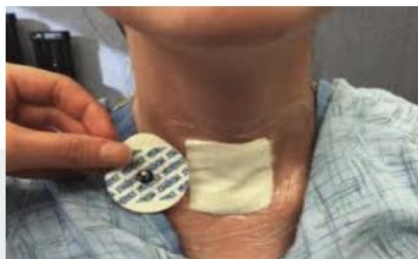
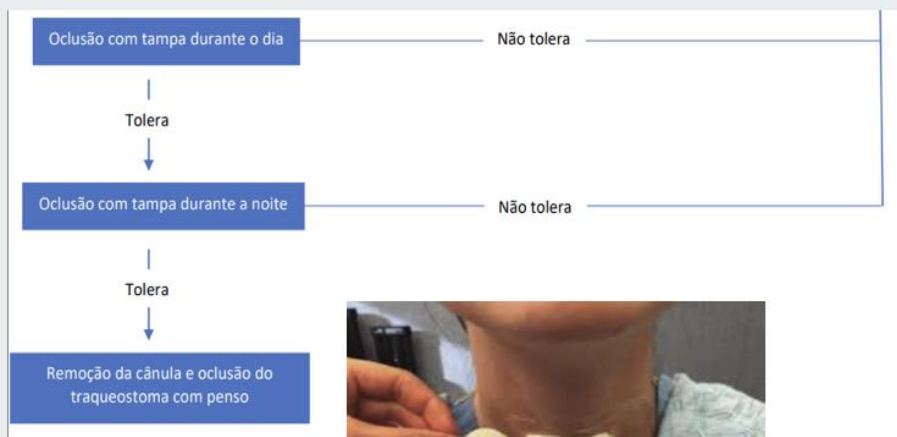
Dispositivo utilizado para encerramento do orifício externo da cânula de traqueostomia

(PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CHVNG/E, EPE, 2020)

Síntese



(PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CHVNG/E, EPE, 2020)



(PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA)

APÊNDICE III – GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PARTE I - ENTREVISTA AO UTENTE

- Idade:
- Sexo:
- Nível de escolaridade:
- Estado civil:
- Grau de parentesco com o seu cuidador, caso se aplique:

Questões:

- Que importância atribui ao andar e de que forma esta influência a sua qualidade de vida?
- Que estratégias de adaptação utiliza para melhorar a sua autonomia no andar?

PARTE II- PRESTADOR DE CUIDADOS.

Questões:

- Quais os sentimentos e as dificuldades experienciadas durante o apoio na atividade andar?
- Que tipo de formação recebeu para apoiar a pessoa na atividade andar?
- Quais as técnicas de conservação de energia a utilizar para realizar esta atividade de vida diária?

PARTE III- ENFERMEIRA DE REABILITAÇÃO.

Questões:

- Da sua experiência, qual seria a estratégia a utilizar para melhorar a autonomia no andar neste utente?
- Que tipo de intervenções de enfermagem promove para desenvolver competências no autocuidado andar?

PARTE IV - ENFERMEIRA(O) GENERALISTA.

Questões:

- Quais os seus receios na prática clínica ao lidar com estes utentes?
- Como deve intervir na promoção da atividade de vida andar?
- Quais os principais aspetos a abordar na área de educação para a saúde para promover a tolerância a atividade?

APÊNDICE IV – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO.

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, por favor queira assinar este documento.

Título do estudo: A pessoa com intolerância a atividade na insuficiência cardíaca, o andar comprometido: contributos da Enfermagem de reabilitação.

Enquadramento: Este estudo está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado de enfermagem de Reabilitação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo pela mestrandia Alexandra Cristina Nogueira Ferreira Vicente da Cunha. Esta investigação tem como objetivo identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação com um programa de reabilitação que vise melhorar a intolerância à atividade.

Explicação do estudo: Este é um estudo qualitativo tipo estudo de caso pelo que o seu contributo, se for utente, consiste em aderir ao programa de reabilitação instituído assim como participar numa breve entrevista semiestruturada no início e no fim do programa que terá como objetivo perceber se o programa teve impacto na melhoria da sua qualidade de vida.

Se for cuidador pretende-se apenas que responda a duas questões em entrevista no início do internamento do utente e no momento da alta.

Se for enfermeiro generalista a sua participação consiste em uma breve entrevista que terá como

objetivo perceber o seu contributo na sua prática clínica para a melhoria da intolerância à atividade no andar comprometido. Se for a enfermeira de reabilitação do serviço a sua participação na entrevista visa contribuir com os seus conhecimentos para melhoria do programa de intervenção.

Condições de participação: A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se do estudo a qualquer momento sem que esse facto acarrete qualquer prejuízo para si bastando para tal contactar o responsável pelo estudo. Não estão contemplados quaisquer riscos para os participantes deste estudo. Mais informamos que o presente estudo mereceu um parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Confidencialidade e anonimato: A informação fornecida para este estudo é anónima e confidencial. Os resultados do programa serão analisados anonimamente e serão enviadas para uma base de dados confidencial a que só a investigadora e orientadora terão acesso. As entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas, assegurando que não contém nenhuma informação que permita a identificação do participante. A informação será utilizada no âmbito deste projeto e os resultados do estudo poderão ser utilizados para divulgação científica, em eventos e periódicos científicos.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para participar neste estudo.

Atentamente,

Alexandra cunha.
Alex.n.ferreira@gmail.com
Tel.: 913459259

Eu declaro, (nome completo) _____, que compreendi a informação deste 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. Assim, 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 pela investigadora.

Assinatura: Data:/...../.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

APÊNDICE V – PROGRAMA DE REABILITAÇÃO IMPLEMENTADO

Educação para a saúde:	A patologia Regime terapêutico (alimentação, exercício e regime medicamentoso) Sinais e sintomas de alarme Hábitos de alcoólicos Técnicas de conservação de energia
Reeducação Funcional Respiratória	Ensino, instrução e treino de exercícios respiratórios
Reeducação Funcional Motora	Ensino, instrução e treino de exercícios musculares - Aquecimento (5min) - Exercício (series e repetições; 5 a 10min) - Alongamento (5min) Treino de marcha e escadas (5 a 10 min)
Treino de atividades de vida diária, quando se verificava ser necessário	

Adaptado do Guia Orientador da Boas Práticas na Reabilitação Cardíaca da Ordem dos Enfermeiros (2020)