

VENCENDO BARREIRAS: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Data de submissão: 10/04/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Joana Moreira Ferreira Teixeira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto (UP), Porto, Portugal; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Rede de Investigação em Saúde (CINTESIS@RISE), Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9237-8120>

Marta Veloso da Silva Robalo Nunes

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa, Portugal; Enfermeira em Voluntariado na Cruz Vermelha Portuguesa e na Instituição Altice Cuidados de Saúde, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0006-7458-3095>

Margarida Lucas Novo Monteiro Fonseca

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Enfermeira no Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0005-8423-8036>

Marta Maria Toureiro Padrão Teixeira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Enfermeira no Hospital CUF Cascais, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0005-2332-9268>

Carolina da Costa Madeira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Enfermeira no Hospital de Cascais, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0003-3391-3949>

Maria de Lurdes Sarmento Ribeiro

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, Alcabideche, Portugal
<https://orcid.org/0009-0008-4224-6806>

Maria Cândida Rama Da Costa Pinheiro Palmeiro Durão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9465-5280>

Helga Marília da Silva Rafael Henriques

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2946-4485>

Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz Batista

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Coimbra, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-6786-6069>

RESUMO: O enfarte agudo do miocárdio (EAM) retrata uma prevalência crescente e implica a vivência de transições de saúde-doença e situacional significativas, tanto para o cliente como para a família, pelo que a intervenção de enfermagem na nesta área encontra-se alicerçada na teoria das transições, desenvolvida por Meleis. Deste modo, o enfermeiro, tendo como alvo dos cuidados o cliente e família, deve ser um fator facilitador deste processo de transição, nomeadamente na educação para a saúde e na adesão ao regime terapêutico por forma a contribuir para a diminuição de reinternamentos por novo evento cardíaco isquémico. A pertinência deste capítulo reside na importância de conhecer o que a evidência refere como sendo a intervenção do enfermeiro na promoção do *empowerment* do cliente pós EAM na gestão da adesão ao seu regime terapêutico, que está diretamente relacionado com o seu conhecimento, capacitação e autonomia na tomada de decisão com consequente impacto positivo na qualidade de vida. Assim e tendo como metodologia uma revisão integrativa da literatura, a sua estrutura encontra-se organizada da seguinte forma: enquadramento teórico, percurso metodológico, resultados e discussão e por fim, a conclusão.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem, Adesão, Autogestão, Enfarte Agudo do Miocárdio

FACING BARRIERS: NURSING INTERVENTIONS FOR PATIENTS AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN ADHERENCE TO THE THERAPEUTIC REGIME

ABSTRACT: Acute myocardial infarction (AMI) is increasingly prevalent. It involves significant health disease and situational transitions for both the patient and the family, which is why nursing intervention in this area is based on the theory of transitions developed by Meleis. In this way, the nurse, with the client and family as the care target, must be a facilitator of this transition process, particularly in health education and adherence to the therapeutic regime, to contribute to reducing readmissions due to a new ischemic cardiac event. The importance of this chapter is underscored by the need to understand the evidence supporting the nurse's intervention in promoting the empowerment of post-AMI patients in managing adherence to their therapeutic regime. This empowerment, directly linked to their knowledge, autonomy in decision-making, and self-management, can profoundly impact their quality of life. Therefore, the structure of this chapter, using an integrative literature review as a methodology, is

organized as follows: theoretical framework, methodological path, results and discussion, and conclusion.

KEYWORDS: Nursing Care, Adherence, Self-Management, Myocardial Infarction

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As doenças cardiovasculares isquémicas são a principal causa de morte no mundo, nas quais se inclui o EAM. Em Portugal, os estudos mais recentes do Instituto Nacional de Estatística revelam que, a incidência de EAM representa 3,8% da mortalidade nacional e 60% das mortes causadas por doença isquémica cardíaca (Coimbra et al., 2021; Morais et al., 2021; Instituto Nacional de Estatística, 2021). Por conseguinte, importa definir a fisiopatologia deste evento isquémico. O EAM traduz-se na necrose do tecido do miocárdio, resultante da falta relativa ou absoluta de fornecimento de fluxo sanguíneo nesse tecido. A maioria é causada por aterosclerose, da qual resulta um estreitamento progressivo das artérias coronárias, formação de trombos e, por fim, obstrução do fluxo sanguíneo que determina a localização do EAM (Swearingen & Keen Hicks, 2001; Coimbra et al., 2021).

Aproximadamente 25% dos EAM são assintomáticos. Nos restantes, a sintomatologia presente e mais prevalente é a dor isquémica, presente na região torácica, de localização retrosternal, precordial, descrita como uma sensação de “aperto”. Esta é constante, ou seja, a sua intensidade não altera com a inspiração/expiração ou com o posicionamento. Poderá ou não irradiar para o ombro, membro superior (mais frequente no hemicorpo à esquerda), pescoço e mandíbula, dorso e região abdominal. Outros sinais e sintomas associados são as náuseas, vômitos, dispneia, ortopneia, ansiedade, diaforese, síncope, fadiga inexplicada, cianose periférica e palidez cutânea. Poderão ocorrer episódios de insuficiência cardíaca congestiva e dor em outras áreas do corpo (American Heart Association, 2021; Swearingen & Keen Hicks, 2001; Coimbra et al., 2021).

A adoção de estilos de vida saudáveis poderá reduzir a incidência da doença coronária isquémica, entre eles: a alimentação desequilibrada, a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o *stress*, entre outros. O enfermeiro assume-se como um agente facilitador, não só na aquisição do conhecimento, mas também na promoção da mudança de comportamentos e desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, promovendo assim a adesão e autogestão do regime terapêutico por parte do cliente (Rillamas-Sun et al., 2013; Dennison & Sands, 1995).

Face ao exposto, foi eleita a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), com o intuito de analisar intervenções de enfermagem promotoras da adesão ao regime terapêutico da pessoa pós EAM, assim como trabalhar a intervenção do enfermeiro enquanto facilitador das transições saúde-doença e situacional, vivenciadas pelo cliente e família. Quando o enfermeiro intervém para a capacitação na tomada de decisão e autogestão da adesão, está a desenvolver o *empowerment* do cliente, sendo este definido como o processo

que representa o controlo, a autonomia e capacitação do cliente na tomada de decisão e construção do seu projeto de saúde, fazendo parte integrante da equipa de cuidados (Reveles et al., 2018; Cabete, 2021).

Importa, antes de mais, definir os conceitos de pessoa e família, neste caso em específico. Assim, segundo Afaf Meleis (2010), a pessoa define-se, como o cliente que está a vivenciar uma mudança significativa na sua vida, resultante da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença, neste caso, o EAM, denominando-se a isto, transição de saúde-doença. Já a família, à luz da teoria das transições, define-se não só como o conjunto dos membros que possuem laços de consanguinidade com o cliente, mas também as pessoas significativas. Neste contexto, poderá ser considerada como um recurso para facilitar o decorrer da transição vivenciada pela pessoa, experienciando ao mesmo tempo uma transição situacional, já que há uma alteração de papéis associada à vivência desta situação (Meleis, 2010). Relativamente ao conceito de enfermagem, esta, enquanto profissão, tem uma ação permanente na prevenção de complicações e promoção da segurança do cliente, família e população, tal como no autocuidado e readaptação funcional, sendo a intervenção no processo de transição enquanto facilitador, um meio para atingir esses resultados em saúde (Regulamento nº 361/2015, 2015).

Desta forma, o enfermeiro, reconhecendo os fatores inibidores que têm impacto na vivência das transições de saúde-doença e situacionais, na sua intervenção autónoma, deve ter a função de promover a utilização de mecanismos pessoais que permitam ultrapassá-las, nomeadamente preparar e informar o cliente e família, através de um processo de aquisição de novos conhecimentos e competências relacionadas com a experiência da transição vivenciada (Meleis, 2010; International Council of Nurses, 2021). Assim, o enfermeiro, poderá ser um agente ativo na promoção da saúde e prevenção de doenças, nomeadamente na adesão e autogestão do regime terapêutico da pessoa, pós EAM (Ordem dos Enfermeiros, 2012; Meleis, 2010).

A adesão ao regime terapêutico, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2016), é definida como uma ação autoiniciada para promover o bem-estar, seguindo as orientações sem desvios, cumprindo, desta forma, o regime de tratamento. O cliente cumpre o plano terapêutico definido, empenha-se num conjunto de ações e comportamentos, tais como altera o seu comportamento e estilos de vida, gere a terapêutica medicamentosa de acordo com o prescrito, interioriza o valor de um comportamento de saúde e cumprimento do plano de tratamento estabelecido. Esta mudança do comportamento está intimamente ligada às mudanças no estilo de vida, especificamente, no que diz respeito à dieta, ao exercício, à cessação tabágica e à gestão do *stress* que, por sua vez, impactam de forma positiva a saúde e seus *outcomes*. A adesão ao regime terapêutico é, frequentemente condicionada pela existência de apoio da família, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente e pela relação entre o profissional de saúde e cliente (Manuel & Silva, 2010). Para além do referido, é um processo multidimensional,

multifatorial e complexo, com repercussões sociais, económicas, ambientais e políticas, quando não existe adesão ao plano de tratamento definido, tanto farmacológico, quanto o relativo à mudança de estilos de vida. Esta não-adesão trará implicações para o tratamento, especificamente, o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida dos clientes e, ainda, a insatisfação dos mesmos (Manuel & Silva, 2010; Vinay Kini, 2018; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

Em suma, as intervenções de enfermagem têm como objetivo impactar positivamente e melhorar as transições saúde-doença e situacional dos clientes e família. Os enfermeiros possuem conhecimentos, capacidades e competências necessárias para participar ativamente no processo de acompanhamento dos clientes e, respetivas famílias, capacitando-os para a tomada de decisão (Cabete, 2021; Meleis, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Por fim, salientando Fox et al. (2010), o risco cardiovascular (RCV) dos clientes pós EAM permanece elevado para além do primeiro ano. De facto, um em cada cinco clientes com EAM, morre nos 5 anos após o evento agudo. Desta forma, é fundamental a intervenção nesta área temática, dada a forte influência das intervenções de enfermagem na adesão e autogestão do regime terapêutico, nomeadamente na promoção e na educação para a saúde, enfatizando o *empowerment* do cliente numa tentativa de aumentar a qualidade de vida do mesmo e diminuir a reincidência de EAM.

Para tal, foi desenvolvida uma revisão integrativa de literatura (RIL), tendo como objetivo geral o de analisar as intervenções de enfermagem que promovem a adesão ao regime terapêutico da pessoa pós EAM.

PERCURSO METODOLÓGICO

Realizou-se uma RIL, segundo a metodologia de Whitemore & Knafelz (2005) e a análise dos documentos, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (2020). Este tipo de revisão tem como objetivo identificar, reunir e avaliar os resultados obtidos, através das seguintes etapas: 1) formular a questão de investigação; 2) definir critérios de inclusão e exclusão; 3) selecionar e aceder à literatura; 4) atender à elegibilidade dos artigos; 5) analisar, sintetizar e agregar os resultados provenientes da pesquisa realizada. Assim, com recurso à mnemónica PICO, foi formulada a seguinte questão de investigação - Quais as intervenções de enfermagem na adesão ao regime terapêutico (I) na pessoa pós EAM (P), com vista à diminuição da reincidência de eventos cardiovasculares (O)?

As pesquisas iniciais foram efetuadas no motor de busca EBSCO, entre o dia 7 e 18 de julho de 2023, utilizando as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, de acordo com a seguinte estratégia de pesquisa: [Critically ill patients OR Critical illness OR Acute coronary syndrome OR Heart failure OR Critical care OR Myocardial infarction] AND

[Nursing interventions OR Transitional care OR Medication compliance OR Physical activity OR Exercise OR Food habits OR Fat-restricted diet OR smoking OR Medication adherence OR Healthy diet] AND [Guideline adherence OR Patient compliance OR Treatment and procedures OR empowerment OR Health promotion OR Health behavior OR Behavioral changes OR Outcome assessment OR Treatment outcomes OR Nursing outcomes OR Adherence OR Patient participation OR Primary prevention OR Secondary prevention]. Teve-se igualmente em consideração outras fontes, como documentos não publicados e literatura cinzenta. Para eleger de modo criterioso os documentos obtidos, foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão, conforme a seguinte tabela:

critérios de seleção	critérios de inclusão
População	Pessoa em situação crítica, pós eam, maiores de 18 anos.
Intervenções	Estudos que abordem intervenções de enfermagem relacionadas com a terapêutica e com estilos de vida saudáveis, nomeadamente a alimentação, atividade física e tabagismo (chow et al., 2010).
Resultados	Documentos que incluam resultados relacionados com adesão ao regime terapêutico, empowerment e prevenção de novo eam (morais, 2014; sociedade europeia de cardiologia, 2017).
Data de publicação	Serão considerados os documentos publicados entre 2016 e 2022, a fim de cumprir o prazo recomendado entre 5 e 10 anos (cabete et al., 2021).
Idioma	Serão objeto de análise todos os documentos passíveis de serem compreendidos pelas investigadoras.
Disponibilidade do documento	Serão considerados todos os documentos disponíveis em texto integral.
Critérios de exclusão	
Documentos	Foram também excluídos todos os documentos que não cumpram os critérios de inclusão já referidos.

Table 2- Critérios de inclusão e exclusão

A obtenção de resultados finais, foi efetuada após leitura do título, resumo, leitura integral, através da aplicação dos critérios de elegibilidade, tal como descrito no fluxograma *Prisma Flow* (Page et al., 2021) que se encontra de seguida:

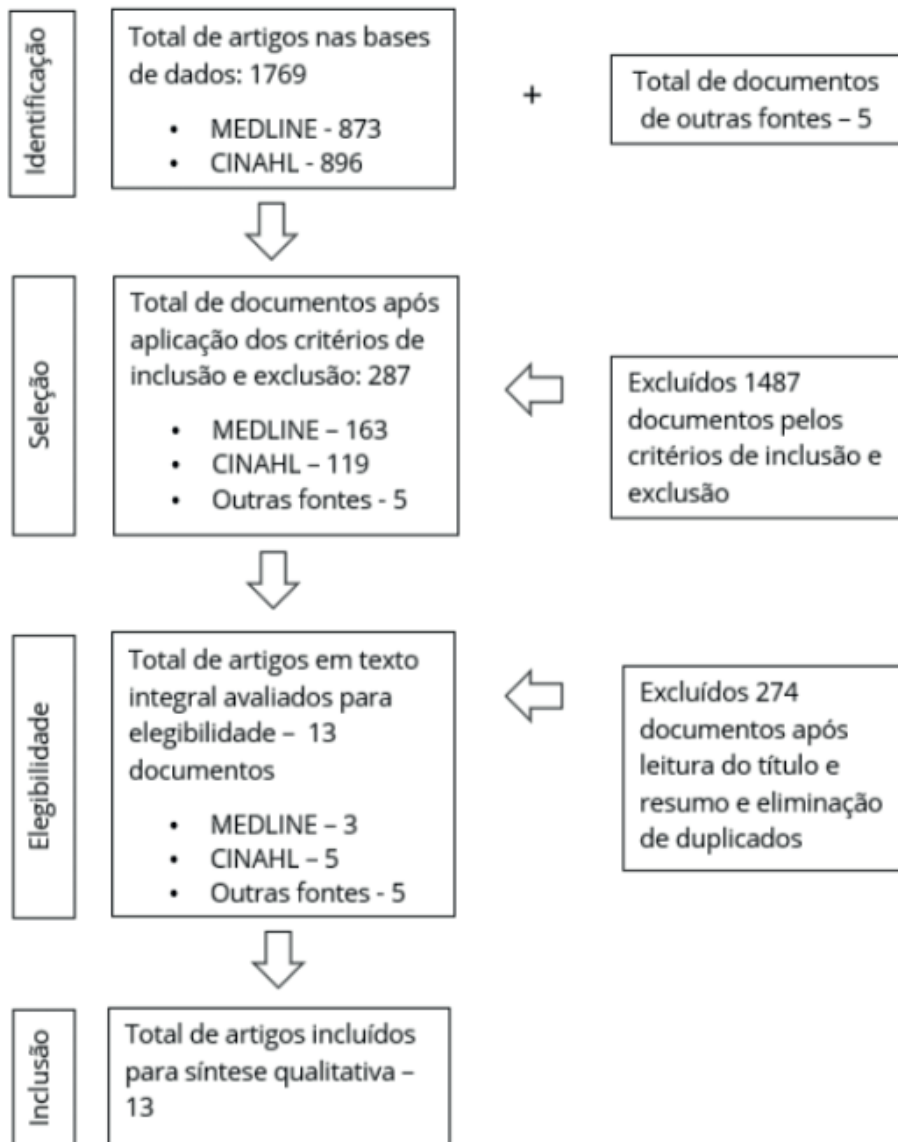


Figure 1- Prisma Flow Diagram de obtenção dos documentos finais. Adaptado de: Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

RESULTADOS

Após aplicação da estratégia de pesquisa e critérios de elegibilidade, foram obtidos 13 documentos finais, para análise, tendo como objetivo dar resposta à questão de investigação, assim como aos objetivos delineados. De acordo com os resultados obtidos e com base nos principais conceitos subjacentes ao tema, foram definidos dois subtemas: a adesão ao regime farmacológico e a adesão a estilos de vida saudáveis, ambos influenciados por fatores facilitadores e inibidores individuais, face à adesão ao regime terapêutico. A ideia subjacente é que cada cliente representa um ser multidimensional devendo ser encarado de forma holística, pois só assim se consegue promover níveis de literacia esperados e estabelecer um estilo de vida saudável com uma adesão efetiva ao regime terapêutico (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Reveles et al., 2018; Liu et al., 2021; Caetano et al., 2022).

Os documentos obtidos sugerem que, as intervenções de enfermagem devem ser personalizadas e adequadas à singularidade de cada cliente, indo ao encontro das suas dúvidas e necessidades, considerando as suas habilitações literárias, e o envolvimento da família (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Reveles et al., 2018; Liu et al., 2021; Caetano et al., 2022). Vahedian-Azimi et al. (2016), refere especificamente que, o suporte familiar pode ser utilizado como um recurso facilitador na transição saúde-doença vivenciada pelo cliente e, portanto, esta deve ser incluída. Acrescentando que, aquando do momento da transmissão de informação pertinente ao cliente ou sessões de educação para a saúde, a pessoa significativa deve estar presente, para que esta tenha oportunidade de agir em parceria nos cuidados no domicílio, assim como constituir um apoio emocional. De forma semelhante, a intervenção motivacional deve estar presente, já que promove a mudança de comportamento relativo à adesão ao regime terapêutico, tal como comprovado no estudo de Lee et al. (2018).

Durante a hospitalização, deve ser constituída uma relação terapêutica coesa, entre o profissional de saúde e cliente, de modo a conseguir-se alcançar os resultados delineados. É importante ainda realizar-se a articulação com a equipa multidisciplinar, pois este envolvimento demonstrou uma maior consistência no aumento da adesão ao regime terapêutico, na medida em que há uma articulação, otimização e uma continuidade dos cuidados prestados nesta área. No estudo de corte de Pietrzykowski et al. (2022), foi evidenciada a importância de ensinar o cliente sobre a patologia e o seu tratamento, devendo este aspeto ser considerado como o principal objetivo de educação para a saúde e um aspeto essencial da preparação para alta hospitalar, dado que estas têm impacto no aumento do conhecimento sobre a patologia e motivação para a mudança de um possível comportamento nocivo para a saúde. Da mesma forma, outros investigadores também corroboram esta ideia, acrescentando a importância de incentivar e empoderar o cliente, para que sejam um agente ativo na mudança de comportamento/transição (Pietrzykowski et al., 2022; Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016).

Os resultados obtidos demonstram também que, o atraso no seguimento do cliente após alta hospitalar, resulta numa adesão diminuída ao regime terapêutico a curto e a longo prazo, pelo que, umas das intervenções importantes é incentivar a marcação de consultas após a alta, com a maior brevidade, tendo as mesmas por base uma comunicação eficaz e comprometimento para com o processo, que simplifique as indicações relativas ao regime terapêutico. Desta forma, é promovida uma tomada de decisão consciente, sendo implementada uma monitorização do processo e *feedback*, de forma sistemática (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017).

Assim, e de acordo com as subcategorias identificadas, apresentamos de seguida as intervenções de enfermagem recomendadas tendo por base uma prática baseada em evidência (PBE).

Intervenções de enfermagem na adesão ao regime farmacológico

A adesão ao regime farmacológico representa uma das formas de prevenção secundária de um novo evento de EAM. Por sua vez, o regime farmacológico correspondente ao tratamento da pessoa pós EAM, contempla a utilização de antiagregantes plaquetários (99%), antihipertensores inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) + antihipertensores antagonistas do recetor da angiotensina II (ARA II) (99%) antidislipídicos (97%), e, por fim, os antihipertensores betabloqueadores (89%) (Osteresch et al., 2021). No estudo de Lee et al. (2018), a adesão à medicação encontra-se associada à modificação no estilo de vida, sugerindo-se uma possível relação entre a presença de um estilo de vida mais saudável quanto maior for a adesão à medicação. De acordo com o artigo, um número considerável de pessoas que sofreram EAM apresentaram baixa adesão à medicação. Por exemplo, após 6 semanas do evento coronário, aproximadamente 29%, demonstraram uma baixa adesão aos medicamentos cardiovasculares prescritos, e mais de 25% não adquiriram a medicação prescrita após a alta, resultando num aumento da taxa de mortalidade, após 1 ano, consequência destes comportamentos.

Deste modo, Liu et al. (2021) defende que, a adesão ao regime medicamentoso constitui um fator determinante a avaliar em indivíduos pós EAM, uma vez que, a terapêutica farmacológica é essencial para minimizar riscos de reincidência de eventos cardiovasculares. Como tal, é importante a identificação dos fatores inibidores, que interferem na adesão ao regime medicamentoso. Liu et al. (2021) e Lee et al. (2018) afirmam que, um dos fatores inibidores que justifica a baixa adesão ou até mesmo a descontinuação do regime farmacológico após a alta hospitalar, são o alívio dos sintomas, nos quais se inclui a diminuição da dor precordial, diminuição da hipertensão arterial (HTA) e o aumento da capacidade de realizar certas atividades. Para além deste, Liu et al. (2021) acrescenta a faixa etária, o baixo nível de educação e as dificuldades financeiras como fatores inibidores à adesão ao regime terapêutico. A população idosa tende a cingir-se a antigas crenças,

apresentando uma maior resistência em conceber novos conhecimentos em saúde e aceitar novos conceitos. O mesmo autor justifica que este comportamento tem por base o nível de literacia, considerando que pessoas com nível de literacia baixo, têm uma menor capacidade e facilidade em aceder a fontes de informação fidedignas, comparativamente a pessoas com um nível de literacia superior. Por fim, as dificuldades financeiras, traduzem-se, por vezes, na não aquisição de medicamentos, o que condiciona a adesão.

Assim, Siudak et al. (2016), Caetano et al. (2022) e Lee et al. (2018) sugerem que, na prática clínica poderão ser adotadas estratégias e intervenções de enfermagem de educação para a saúde, com o intuito de diminuir os comportamentos referidos anteriormente. Contudo, deverá avaliar-se primeiramente o conhecimento e a adesão medicamentosa, através da Escala de Morisky Modificada e só depois intervir nesse sentido. De entre as intervenções, destacam-se os materiais educacionais ou folhetos informativos com as seguintes informações: indicações e o propósito de cada terapêutica medicamentosa prescrita, dosagem e efeitos farmacológicos no cliente; efeitos secundários comuns de cada medicamento prescrito, reforçando a necessidade do cumprimento do plano de tratamento. Na hipótese de o cliente ser idoso, a pessoa significativa deverá acompanhar o cliente às sessões de educação para a saúde, para que no domicílio esta consiga ser um apoio neste processo (Vahedian-Azimi et al., 2016; Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016).

Rojas-Reyes & Flórez-Flórez (2016) ainda sugere a criação de dispositivos portáteis geridos pelos profissionais de saúde destinados a emitir avisos para lembrar o cliente da toma da medicação ou mesmo da criação de métodos inovadores de aprendizagem (*websites* e aplicações). Estes permitem a consulta de conhecimentos sobre o regime medicamentoso, tendo como fim o empoderamento do cliente e família, para uma tomada de decisão mais informada e consciente a longo prazo.

Estas estratégias que envolvem alta tecnologia, poderão não ser as mais adequadas à população idosa, já que poderá existir um declínio da capacidade de cognição e da compreensão. Portanto, é aqui que a família surge novamente como recurso para facilitar a transição vivenciada (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016).

Intervenções de enfermagem na adesão a estilos de vida saudáveis

Segundo os documentos analisados, os estilos de vida saudáveis contemplam a dieta equilibrada, a prática de exercício físico e a cessação tabágica (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Rosado et al., 2018; ; Liu et al., 2021; European Society of Cardiology, 2021; Caetano et al., 2022; Pietrzykowski et al., 2022).

Relativamente aos fatores inibidores na adesão a um estilo de vida saudável os documentos relatam os seguintes: ausência de motivação do cliente, baixa literacia em saúde, falsas crenças e condições financeiras precárias (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016; Reveles et al., 2018; Pietrzykowski et al., 2022).

Com base nas recomendações dos profissionais de saúde e nos resultados de adesão à prevenção de doença cardiovascular (DCV) diminuída, na Polónia foi criado um programa *Patient Club*. Este, evidencia que as intervenções de enfermagem passam por sessões de educação para a saúde com o objetivo de combinar as mesmas com a reabilitação e alcançar uma adesão a hábitos alimentares saudáveis. Assim, as sessões de educação para a saúde, devem manifestar-se através do fornecimento de materiais educacionais e *websites*. Para além disso, poder-se-á utilizar como estratégia, interações ativas através da socialização entre clientes, que partilham a mesma situação. Assim, esta partilha de sentimentos, resulta no aumento da motivação para adotar comportamentos saudáveis, gerados por um sentimento de pertença e empatia demonstrada no grupo. De acordo com o estudo verificou-se que, este tipo de acompanhamento resulta num impacto positivo na adesão a uma dieta saudável (Siudak et al., 2016). Por outro lado, o estudo de Steca et al. (2017), demonstrou que, ao fim de 6 meses pós EAM, houve uma melhoria do estilo de vida dos clientes ao mobilizar instrumentos de autorrelato, nomeadamente a escala da dieta mediterrânica. Assim sendo, outra abordagem possível consiste na realização de uma primeira consulta em que se solicita aos clientes a reflexão sobre a sua alimentação e nas duas consultas subsequentes, o relato dos seus comportamentos até ao momento, avaliando-se a dieta através da mesma escala. Esta escala consiste num questionário de 9 itens que avalia o consumo semanal de 9 alimentos, usando uma escala de *likert* de 6 pontos (de 1 = nunca a 6 = mais de três vezes por dia). O consumo de alimentos saudáveis, isto é fruta, vegetais, cereais integrais, azeite, nozes, lacticínios, ovos, peixe e carne branca (frango, peru, coelho, pato, ganso e codorniz) e, alimentos não-saudáveis, isto é, carnes vermelhas (vaca, boi, porco, vitela, veado, borrego e cordeiro), doces e bebidas fermentadas (cerveja e vinho). Quanto maior o *score*, mais saudável será a dieta. Um *score* igual ou superior a 4, traduz uma adesão à dieta mediterrânica eficaz, e, tem sido associado a resultados de saúde positivos. De igual forma, Rosado et al. (2018), conclui que uma dieta considerada saudável, deve incluir um maior consumo de carnes brancas ou peixe comparativamente ao consumo de carnes vermelhas, devendo ainda evitar-se a ingestão de gorduras e óleos.

Tal como os estudos anteriormente referidos, Lee et al. (2018) e Caetano et al. (2022), consideram igualmente a dieta com baixo teor em sal e gordura um aspeto fulcral a avaliar, e onde se deve incidir na adesão a estilos de vida saudáveis. Lee et al. (2018) afirma que, o controlo da dieta e do peso, associado aos comportamentos referidos, foram considerados como um ponto de melhoria para o prognóstico dos clientes. Já Caetano et al. (2022), no *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*, sugere como atividades educativas a desenvolver, especificar ao cliente que deve evitar a ingestão de gorduras, praticando uma alimentação saudável, à base de cozidos e grelhados.

Conforme evidenciado no estudo de Steca et al. (2017), assim como nas *guidelines* do European Society of Cardiology (2021), os resultados das intervenções para a adaptação a uma dieta saudável, segundo a dieta mediterrânica são evidentes nos primeiros 6 meses pós EAM. As *guidelines* sugerem que, as intervenções de enfermagem que promovem uma dieta saudável são o incentivo de uma dieta rica em vegetais (tais como: alface, cebola, agrião, espinafres, rúcula cenoura, couve, beterraba, nabo, brócolos e abóbora), fruta (maçã, pêra, banana, morangos, abacate, laranja, tangerina, tomate, melancia, uvas, melão e ananás), cereais integrais (aveia, arroz, quinoa), laticínios, leguminosas (feijão, lentilhas, grão de bico, ervilhas), nozes e peixe e o uso limitado de hidratos de carbono refinados, carnes vermelhas, gordura saturada (queijo, manteiga, gordura animal nomeadamente enchidos e óleo) como também, a ingestão de bebidas alcoólicas: 1 a 2 copos por dia.

É de igual importância referir que, para além da educação para a saúde já descrita, o estudo de Reveles et al. (2018), traz-nos um programa de ensino estruturado com intervenções que permitem validar conhecimento e avaliar os seguintes parâmetros: índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), glicemia capilar (GiC), colesterol total (CT) e a literacia acerca da sua situação clínica. Os autores consideram e demonstram que, um programa desta estrutura é um método eficaz para melhorar o IMC, o PA e a literacia acerca da sua situação clínica, e, por conseguinte, poderá conduzir à prevenção de novos eventos cardiovasculares e redução de reinternamentos.

Assim, conclui-se que as intervenções de enfermagem devem consistir em consultas mensais durante 6 meses. Na primeira consulta, o cliente deve receber folhetos informativos acerca dos fatores de RCV, nomeadamente sobre IMC e PA superiores aos valores de referência, HTA, GiC e CT alterados. Assim é possível identificar-se défices de conhecimento relativos aos mesmos. Posteriormente, deve averiguar-se a adesão do cliente ao regime terapêutico e determinar-se as lacunas de conhecimento que o mesmo teve relativamente à sua situação clínica. Com base nos défices de conhecimento identificados na primeira consulta, as consultas seguintes devem consistir em estabelecer, juntamente com o cliente um plano de ação e metas específicas a serem atingidas até à consulta seguinte. Em cada consulta deverá avaliar-se a TA, a frequência cardíaca, o PA, o IMC e a GiC. Já o CT, a cada 3 meses. Desta forma, é possível avaliar as metas alcançadas pelo cliente *versus* metas estabelecidas.

No que diz respeito à prática de exercício físico pode comprovar-se, segundo as *guidelines* do European Society of Cardiology (2021) que a adesão à prática de exercício físico diminui, significativamente, o risco de reincidência de eventos cardiovasculares, a mortalidade, e aumenta a prevenção secundária adequada.

De acordo com as mesmas *guidelines*, podem-se considerar como intervenção de enfermagem, o incentivo a uma atividade física moderada, entre 30 a 60 minutos, 5 dias por semana. Steca et al (2017) sugere o acompanhamento por via do desenvolvimento de um questionário de avaliação rápida de atividade física, com 7 questões, cujo avalia o tipo

e a quantidade de atividade física relatada, utilizando uma escala dicotômica de sim/não e que abrange uma gama de níveis de atividade física que vai de sedentário a atividade física vigorosa regular. O *score* total varia de 1 (sedentário) a 7 (ativo regular e vigoroso). *Scores* superiores indicam uma quantidade de atividade física mais adequada.

De acordo com o *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular* de Caetano et al. (2022), o exercício físico adequado deve ser gradual e adaptado a cada pessoa, deve ser ainda implementado um plano com objetivos progressivos de exercícios de baixa a moderada intensidade, salvaguardando os sinais de alarme, como palpitações, dor precordial, náuseas e lipotimia durante o mesmo por meio da educação para a saúde feita à pessoa, que é alvo dos cuidados. Assim, de modo a intervir pertinentemente neste aspeto dos estilos de vida saudáveis as intervenções de enfermagem adequadas são, segundo Osteresch et al. (2021) e Vahedian-Azimi et al. (2016), a monitorização e avaliação da gestão da atividade física através de consultas telefónicas e o incentivo da supervisão da pessoa significativa do cliente durante a atividade física. Estas intervenções retratam uma melhor gestão do esforço exercido aquando da atividade física, favorecem uma prática mais regular da mesma, e por consequência, traduzem-se numa maior motivação por as metas estabelecidas *a priori* terem sido alcançadas.

No que concerne à cessação tabágica, segundo as *guidelines* do European Society of Cardiology (2021) pode comprovar-se, igualmente, que este comportamento diminui o risco de eventos cardiovasculares subsequentes e a mortalidade e, ainda, complementa uma prevenção secundária adequada. Em concordância, Lee et al. (2018) e Caetano et al. (2022) consideram o tabagismo como um tópico a abordar numa consulta pós EAM, que deverá ser tido em conta como intervenção para avaliar a adesão a estilos de vida saudáveis. Após avaliado, deve personalizar-se intervenções e implementar estratégias de cessação tabágica.

Os investigadores Steca et al. (2017) reforçam a importância do uso de instrumentos de autorrelato para avaliar o comportamento tabágico, através da seguinte questão: quantos cigarros fuma por dia? -. As classificações da escala, 0 = “sem cigarros”, 1 = “10 cigarros ou menos por dia”, 2 = “11-20 cigarros por dia”, 3 = “21-30 cigarros por dia” e 4 = “31 ou mais cigarros por dia”, permitem a avaliação do comportamento.

As *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (2017), revelam como intervenções para a cessação tabágica as seguintes: identificação dos fumadores e aconselhamento sobre a cessação tabágica com fornecimento de apoio no acompanhamento, com terapêuticas para esse fim. Já as *guidelines* do European Society of Cardiology (2021), acrescentam como intervenções: questionar sobre o tabagismo, avaliar a vontade do cliente em querer cessar e aconselhar para tal, utilizar estratégias comportamentais e ferramentas de autocontrolo para facilitar a cessação tabágica, nomeadamente evitar que o cliente seja fumador passivo e auxiliar na construção de mecanismos de *coping*, através do autoconhecimento, identificando as potencialidades e fragilidades do cliente e como este pode agir em função das mesmas, empoderando-o de forma autónoma no processo de cessação tabágica.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos, sugerem que as intervenções de enfermagem descritas nos diferentes estudos trazem benefícios significativos na qualidade de vida da pessoa pós EAM, gerando mudanças de comportamento positivas que se traduzem num aumento da adesão ao regime terapêutico, levando à prevenção de um novo evento cardíaco. À luz da teoria das transições de Afaf Meleis (2010), estes benefícios na qualidade de vida do cliente traduzem-se numa transição vivenciada positiva, pois ao conseguiram apropriar-se das competências e capacidades necessárias para a prevenção de um novo EAM, revelando um nível de mestria na integração das mesmas na autogestão do seu dia-a-dia, gera uma percepção de autoeficácia com impacto na motivação. Posto isto, a integração desta nova circunstância no seu autoconceito e a forma de lidar com a nova condição permite afirmar o fim da transição (Meleis 2010). Contudo, a continuidade no processo pode ser influenciada por vários os fatores. Segundo Rojas-Reyes & Flórez-Flórez (2016), Sociedade Europeia de Cardiologia, (2017), Liu et al., 2021, Caetano et al. (2022), os principais fatores inibidores da não adesão ao regime terapêutico compreendem: o alívio dos sintomas de DCV, a faixa etária do cliente, o seu nível de escolaridade, a baixa condição socioeconómica e a baixa literacia em saúde. Os fatores identificados traduzem-se frequentemente num mau prognóstico no tratamento de EAM, gerando uma maior prevalência de abandono do regime terapêutico.

De modo a aumentar a adesão ao regime terapêutico, e evitando um reinternamento, Afaf Meleis (2010), sugere uma possível abordagem à pessoa a vivenciar uma situação pós EAM, isto é, uma transição do tipo saúde-doença, evidenciado as seguintes intervenções de enfermagem:

Intervenções de enfermagem: durante o internamento

Uma das primeiras etapas a ser desenvolvida pelo enfermeiro é a avaliação acerca da consciencialização que o cliente possui da sua situação clínica. O ideal será o cliente reconhecer que algo mudou na sua vida após a ocorrência do evento crítico de EAM. Meleis (2010), inclui a consciência como uma propriedade da transição, já que esta se traduz num maior envolvimento durante o processo de transição associado a um maior empenho e vontade em alterar certos comportamentos. Esta propriedade, por sua vez, compreende a alternância dos papéis da identidade e nos padrões de conhecimento, sendo fundamentais para uma visão de si mesmo e do mundo. Atendendo à singularidade e à forma holística como encaramos o cliente, é necessário averiguar os significados atribuídos à doença, as suas crenças culturais e os seus recursos comunitários e sociais (onde surge a família). É possível constatar que, a família é um recurso facilitador determinante no processo de transição, conferindo apoio ao cliente, devendo ser incluídas no plano de cuidados de enfermagem (Vahedian-Azimi et al., 2016).

Assim, é expectável que as intervenções de enfermagem passem por uma educação para a saúde eficaz, colmatando a falta de literacia em saúde do cliente e da família, levando a um aumento do conhecimento e modificação de comportamentos de RCV. Por conseguinte, promove-se a qualidade de vida da pessoa pós EAM através do seu *empowerment*, que irá possibilitar a negociação e a respetiva adesão ao regime terapêutico mais eficaz e, conseqüentemente, diminuir a taxa de reincidência de EAM e a sua taxa de mortalidade (Pietrzykowski et al. 2022; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016; Reveles et al., 2018; Liu et al., 2021; Caetano et al., 2022).

Surgem, assim, as seguintes intervenções que são dirigidas ao cliente e família:

- estabelecer uma relação terapêutica coesa com a pessoa alvo dos cuidados e respetiva família de forma sistemática e permanente, através da comunicação verbal e não verbal. No que respeita à comunicação verbal, deve ser fornecido feedback e declarações empáticas, isto é, disponibilidade e aceitação incondicional. Por outro lado, no que concerne à comunicação não verbal, deve ser utilizado o toque terapêutico, a escuta ativa e o contacto visual (Chalifour, 2008);
- otimizar a comunicação, transmitindo informação de forma clara e de fácil compreensão de acordo com os graus de literacia e habilitações da pessoa. Para além disso deve ir-se ao encontro das suas dúvidas e necessidades, crenças e expectativas e, em simultâneo, incluir a família;
- negociar e facilitar os regimes de tratamento, utilizando técnicas adequadas a cada cliente e que facilitem a adesão à medicação e estilos de vidas saudáveis, por exemplo, uso auxiliar de memória, aplicações informáticas, receitas de refeições saudáveis, e construção de horário de forma a incluir atividade física nas rotinas;
- negociar com a equipa multidisciplinar e transdisciplinar, a continuidade de cuidados, nomeadamente com o centro de saúde da área do cliente/família;
- avaliar os comportamentos adotados pelo cliente relativamente ao regime farmacológico, à dieta, ao exercício físico e aos hábitos tabágicos, através respetivamente, da escala de *Morisky* Modificada, da escala da dieta mediterrânica, do questionário de avaliação rápida de atividade física e através da questão - quantos cigarros fuma por dia? -;
- estimular momentos de educação para a saúde com o auxílio de materiais educacionais, tais como, folhetos informativos, adequando aos estilos de vida do cliente e família, avaliados anteriormente;
- identificar quais os fatores inibidores e facilitadores que influenciam a pessoa e família a aderir ao regime terapêutico.

Retomando o facto de que o enfermeiro deve contribuir para a consciencialização do cliente da sua situação clínica, através de educação para a saúde, sugerimos, primeiramente, as seguintes intervenções de enfermagem:

- aumentar o conhecimento em relação às causas, sinais e sintomas do EAM;
- ensinar as indicações da terapêutica farmacológica, as dosagens, os efeitos farmacológicos, fazer reconhecer os efeitos secundários de cada medicamento e explicitar a importância de cumprir as recomendações médicas; instruir sobre o que é uma dieta saudável, fornecendo informações acerca da dieta mediterrânica, evitando a ingestão de gorduras e, adotando uma alimentação à base de cozidos e grelhados; ensinar e dar a conhecer os parâmetros de IMC, PA, TA, GiC e CT;
- ensinar sobre a importância e incentivar uma atividade física moderada, entre 30 e 60 minutos, 5 dias por semana, abordando também os sinais de alarme durante o exercício físico, que podem ser palpitações, angina de peito, náuseas e síncope;
- avaliar a vontade do cliente de querer cessar e negociar essa cessação, utilizando estratégias comportamentais e ferramentas de autocontrolo, nomeadamente evitar que seja fumador passivo, incentivar a comparecer às consultas médicas, na possibilidade da utilização de estratégias farmacológicas para esse fim, e auxiliar na construção de mecanismos de *coping*, através do autoconhecimento, identificando as suas potencialidades e fragilidades, agindo em função das mesmas, empoderando-o de forma autónoma no processo de cessação tabágica;
- incentivar os clientes a comparecerem às consultas médicas bem como a serem acompanhados pelos seus familiares de referência;
- esclarecer dúvidas à família;
- orientar a família na abordagem a ter com o cliente, nomeadamente ouvi-lo quando este necessita, ajudar na confeção da alimentação, segundo a dieta mediterrânica, estar presente nos momentos do exercício físico e, no caso de o cliente ser idoso ou ter alguma incapacidade cognitiva, auxiliar ou assistir na toma da medicação;
- dar a possibilidade de interações entre os clientes numa mesma situação para partilharem as suas vivências e expectativas futuras, o que resulta no aumento da motivação para adotar comportamentos saudáveis, despoletada por um sentimento de pertença e empatia demonstrada no grupo.

Para se avaliar o envolvimento, o empenho e a vontade em alterar certos comportamentos, durante o processo de transição destacamos como intervenções posteriores as seguintes:

- avaliar se o cliente está apto para pôr em prática os conhecimentos fornecidos nas primeiras sessões de educação para a saúde;
- validar o conhecimento e as habilidades do familiar, que será o seu apoio.

Intervenções de enfermagem: pós-alta

Já após a alta hospitalar, deve promover-se a existência de consultas mensais durante 6 meses, onde se devem abordar os seguintes tópicos, ajustados às particularidades de cada cliente/família:

- solicitar ao cliente a reflexão sobre o regime medicamentoso e o seu estilo de vida até ao momento relativamente à dieta, ao exercício físico e ao comportamento tabágico, podendo utilizar-se novamente as escalas, o questionário e a questão sobre o comportamento tabágico, já referidas acima;
- reforçar os conhecimentos onde se averigua défices de conhecimento;
- determinar objetivos específicos para a consulta seguinte juntamente com o cliente, negociando o plano terapêutico, tornando-o um agente ativo no processo;
- dar a possibilidade de o cliente poder ter consultas telefónicas entre as consultas marcadas para esclarecer dúvidas que lhe surjam;
- avaliar o IMC, a frequência cardíaca, o PA, a TA e a GiC;
- estimular o envolvimento da pessoa significativa na consulta, se assim for o desejo do cliente, e solicitar que coloque questões, fornecendo também acompanhamento e a possibilidade de uma consulta telefónica, se assim necessitar.

Desta forma, o enfermeiro surge, tal como já mencionado várias vezes ao longo deste capítulo, como um agente facilitador do processo. Posto isto, através de todos os fatores facilitares do processo o cliente demonstrará indicadores do processo da transição vivenciada. Estes indicadores incluem: sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping* (Meleis, 2010).

O sentir-se ligado, segundo Meleis (2010) é manter contacto com a família e, ainda, sentir-se aceite pelo enfermeiro e à vontade para colocar questões. Relativamente ao interagir, o mesmo autor, retrata, como sendo através deste que, os comportamentos do cliente são desenvolvidos em resposta à prevenção de um novo reinternamento por EAM. Também é através do envolvimento/interação entre enfermeiro e cliente que se cria um contexto de autocuidado e cuidado, sendo recebido como um gesto de apoio. Por outro lado, estar situado significa que o cliente está a comparar a sua vida antes e depois do EAM, dando um novo sentido ao mesmo. Por último, o desenvolvimento de confiança e *coping*, Meleis (2010), descreve como sendo uma adaptação através da utilização de recursos e estratégias, demonstrando um conhecimento, compreensão de pontos críticos e de sabedoria resultantes das suas vivências.

Para finalizar, é esperado que o cliente atinga um nível de mestria, integrando-a na sua identidade. A integração desta nova circunstância no seu autoconceito e a forma de lidar com a nova condição permite afirmar a vivência positiva da transição e o seu término.

Intervenções de enfermagem: estratégias futuras

Sugerem-se, ainda, algumas intervenções que poderão servir de estratégias futuras, para potenciar a adesão ao regime terapêutico:

- desenvolver dispositivos portáteis para o cliente, geridos pelos profissionais de saúde, destinados ao melhor acompanhamento dos cuidados de saúde após EAM e a respetiva adesão ao regime terapêutico;
- desenvolver métodos inovadores de educação para a saúde como *websites* e *apps*, com o fim de aumentar o conhecimento sobre a necessidade de adesão à medicação, como medida preventiva de doenças cardiovasculares;
- promover aconselhamento profissional por parte dos enfermeiros, em formato de palestra ou *workshop* sobre como ter um estilo de vida saudável, mais especificamente a realização de dinâmicas direcionadas para a atividade física e confeção de refeições saudáveis, realizadas em grupo.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos sugerem que, os enfermeiros desenvolvem intervenções de enfermagem no âmbito da educação para a saúde que possibilitam a negociação do plano terapêutico com os clientes e, respetivas, famílias. Desta forma, promove-se o *empowerment* e incentiva-se a participação ativa do cliente e família nos processos de tomada de decisão, aprendizagem e desenvolvimento, no sentido do controlo do seu projeto de saúde, através da autonomia e responsabilização (Pietrzykowski et al. 2022; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016;; Reveles et al., 2018; Liu et al., 2021; Caetano et al., 2022).

Neste âmbito, é fundamental que as intervenções de enfermagem sejam direcionadas para a adoção de estilos de vida saudáveis, incluindo a alimentação, a atividade física, e a cessação tabágica, complementando com a promoção da adesão farmacológica, a fim de potenciar a qualidade de vida da pessoa pós EAM e, respetiva, família, prevenindo a ocorrência de reinternamentos (European Society of Cardiology, 2021).

Em suma, refletindo sobre os dados obtidos e a análise realizada dos estudos de Rojas-Reyes & Flórez-Flórez (2016), Sociedade Europeia de Cardiologia, (2017), Liu et al., 2021, e Caetano et al. (2022), pode afirmar-se que é possível potenciar a adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa pós EAM e família. Para que isto aconteça, será necessário incidir sobre a literacia em saúde, realizando um acompanhamento ativo e, adotando um discurso motivacional com intuito de agir como prevenção do abandono do regime terapêutico.

Por fim, e relativamente a implicações para a prática de cuidados, verificámos a escassez de estudos no âmbito do *follow-up* do cliente e o seu contributo na manutenção da adesão ao regime terapêutico e, ainda, referentes a uma maior diversidade de intervenções

de enfermagem para atuar na cessação tabágica. Sugere-se desta forma, investigações futuras centradas nestas vertentes, de modo a complementar e otimizar as intervenções de enfermagem na prática clínica.

REFERÊNCIAS

American Heart Association. (2021). *SAVC: Suporte Avançado de vida cardiovascular*.

American Psychological Association. (2018). APA style guide. *The Principle of Purpose Limitation in Data Protection Laws*, 31–60. <https://doi.org/10.5771/9783845290843-31>

Cabete, D. (2021). Empowerment: a chave para a concretização do projeto de saúde do cliente e para a promoção do seu potencial de saúde. *O Cuidado Centrado No Cliente: Da Apreciação à Intervenção Em Enfermagem*, 243.

Cabete, D., Veiga, J., & Colaço, S. (2021). *Instrumento de avaliação da monografia (20% da avaliação final)*.

Caetano, A. P., Reveles, A., Martins, H., Pereira Sousa, J., Rodrigues, L. M., & Azevedo, T. S. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>

Chalifour, J. (2008). O interveniente. In *A Intervenção Terapêutica-Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (pp. 119–217).

Chow, C. K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K. A. A., Anand, S. S., & Yusuf, S. (2010). Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, *121*(6), 750–758. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523>

Coimbra, N., Meira, S., Aguiar, L., & Rocha, F. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência* (Lidel (ed.); 1ª edição, pp. 140–141). Julho de 2021.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)).

Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, *17*(1), 38–43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>

Dennison, P., & Sands, J. (1995). *Manual Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e prática clínica* (Lusodidacta (ed.); 3ª Edição).

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2021). Documento orientador para elaboração da Monografia. *Uc Pceao*, 1–7.

European Society of Cardiology. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, *42*(14), 1289–1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>

Fox, K. A. A., Carruthers, K. F., Dunbar, D. R., Graham, C., Manning, J. R., De Raedt, H., Buyschaert, I., Lambrechts, D., & Van De Werf, F. (2010). Underestimated and under-recognized: The late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK-Belgian Study). *European Heart Journal*, *31*(22), 2755–2764. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq326>

Godinho, N. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações Norma APA. *ESEL - Centro de Documentação e Biblioteca*, 1–37.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Causas de morte 2019 (Dados Provisórios). *Instituto Nacional de Estatística*, 2019(10 975), 1–10.

Joana Briggs Institution. (2020). Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. *He Joanna Briggs Institute*, 1–7.

Lee, Y. M., Kim, R. B., Lee, H. J., Kim, K., Shin, M. H., Park, H. K., Ahn, S. K., Kim, S. Y., Lee, Y. H., Kim, B. G., Lee, H., Lee, W. K., Lee, K. S., Kim, M. J., & Park, K. S. (2018). Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *16*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0921-z>

Liu, H., Shen, J., Li, S., Song, Y., & Ju, M. (2021). Research on the Health Literacy Status and Compliance Behavior of Patients with Acute Coronary Syndrome. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/9648708>

Manuel, C., & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos* (ICS (ed.); 1ª Edição).

Meleis, A. (2010). Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. In Springer publishing company (Ed.), *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–83).

Morais, A. (2014). Adesão e empowerment - que relação: análise e reflexão a partir de um estudo sobre a adesão à ventilação não invasiva no domicílio. *Revista de Enfermagem Referência*.

Morgado, G., Pereira, H., & Caldeira, D. (2018). Adoção da estratégia invasiva precoce no enfarte agudo do miocárdio sem supra desnivelamento de ST: análise dos resultados do Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, *37*, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.06.008>

Myers, K., & Blausey, D. (2020). Confidentiality and informed consent. In *Foundations of Art Therapy Supervision: Creating Common Ground for Supervisees and Supervisors*. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*.

Ordem dos Enfermeiros, & Conselho de Enfermagem. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritos* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Osteresch, R., Fach, A., Frielitz, F. S., Meyer, S., Schmucker, J., Rühle, S., Retzlaff, T., Hadwiger, M., Härle, T., Elsässer, A., Katalinic, A., Eitel, I., Hambrecht, R., & Wienbergen, H. (2021). Long-Term Effects of an Intensive Prevention Program After Acute Myocardial Infarction. *American Journal of Cardiology*, 154(Table 1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2021.05.034>

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., Mcdonald, S., ... Mckenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Pietrzykowski, Ł., Kasprzak, M., Michalski, P., Kosobucka, A., Fabiszak, T., & Kubica, A. (2022). The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 105(2), 426–431. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.030>

Reveles, A., Simões, I., & Ferreira, P. (2018). Nursing consultation and control of cardiovascular risk factors in patients with acute coronary syndrome. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(17), 33–42. <https://doi.org/10.12707/riv17089>

Rillamas-Sun, E., Beasley, J. M., & LaCroix, A. Z. (2013). Overview of Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Women and Health*, 949–964. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384978-6.00062-5>

Rojas-Reyes, J., & Flórez-Flórez, M. L. (2016). Adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas com infarto agudo de miocárdio. *Aquichan*, 16(3), 328–339. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.5>

Rosado, S., Raimundo, G., Aguiar, J., & Moreira, A. C. (2018). Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico e estado nutricional dos doentes com enfarte agudo do miocárdio. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 15, 26–29. <https://doi.org/10.21011/apn.2017.1505>

Siudak, Z., Pers, M., Dusza, K., Franczak, I., Zegzda, A., Bechta, M., Kwiatkowska, A., Knutelska, A., Zemla, B., Kubiak, A., Zarzycka, M., Kudelko-Blacha, N., Kozmińska, P., Oleksy, M., & Dudek, D. (2016). The efficacy of an education-based secondary outpatient prevention programme after acute coronary syndrome hospitalisations and treatment in Poland. The Patient Club initiative. *Kardiologia Polska*, 74(2), 185–191. <https://doi.org/10.5603/KP.a2015.0225>

Sociedade Europeia de Cardiologia. (2017). Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST. *Recomendações de Bolso Da ESC de 2017*, 60. https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf

Steca, P., Monzani, D., Greco, A., Franzelli, C., Magrin, M. E., Miglioretti, M., Sarini, M., Scrignaro, M., Vecchio, L., Fattiroli, F., & D'Addario, M. (2017). Stability and change of lifestyle profiles in cardiovascular patients after their first acute coronary event. *PLoS ONE*, 12(8), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183905>

Swearingen, P., & Keen Hicks, J. (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Síndromas coronárias agudas: dor anginosa e enfarte do miocárdio* (Lusociência (ed.)).

The Joanna Briggs Institute. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (Issue April).

Universidade de Aveiro. (2020). *APA sétima edição: Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas*. 27. <https://www.ua.pt/file/62230>

Vahedian-Azimi, A., Miller, A. C., Hajjesmaieili, M., Kangasniemi, M., Alhani, F., Jelvehmoghammad, H., Fathi, M., Farzanegan, B., Ardehali, S. H., Hatamian, S., Gahremani, M., Mosavinasab, S. M. M., Rostami, Z., Madani, S. J., & Izadi, M. (2016). Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: A randomised controlled trial. *Open Heart*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2015-000349>

Vinay Kini, P. M. H. (2018). *Interventions to improve medication adherence: A review*. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271>

Whittemore, R., & Knafli, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>