



Escola Superior de Saúde Atlântica

15º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Ano letivo 2018/2019

Unidade Curricular de Ciclos Temáticos

Benefícios da Reabilitação Cardíaca No Doente Pós Enfarte Agudo do Miocárdio:

Revisão integrativa da literatura

Monografia de final de curso

Elaborado por:

Ricardo Filipe Morais Pereira N° 201592819

Orientado por:

Prof. Elsa Monteiro

Barcarena,

Junho de 2019

Escola Superior de Saúde Atlântica

15º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Ano letivo 2018/2019

Unidade Curricular de Ciclos Temáticos

Benefícios da Reabilitação Cardíaca No Doente Pós Enfarte Agudo do Miocárdio:

Revisão sistemática da literatura

Monografia de final de curso

Elaborado por:

Ricardo Filipe Morais Pereira N° 201592819

Orientado por:

Prof. Elsa Monteiro

Barcarena,

Junho de 2019

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o amor, educação e valores que me transmitiram e por nunca me terem deixado desistir;

À Ana Karina, pela grande amizade, pela ajuda e por todo o apoio;

À Isabela, pela grande amizade e por todo o apoio;

À Cátia e ao Diogo, pela grande amizade que construímos, por serem os meus companheiros nesta luta;

À Luísa e à Vanda, pela amizade e carinho e pela a ajuda que foi imprescindível ao longo destes 4 anos;

À Ana Fraga, pela amizade e por me ter desafiado para esta aventura;

À Isabel e Elisabete, pela a amizade e por toda a compreensão enquanto fizemos equipa;

À Emília, por todo o apoio e colaboração;

À Professora Elsa Monteiro, por toda a ajuda e colaboração na realização deste trabalho;

*“O presente é a sombra que se move separando o ontem do amanhã. Nele repousa a
esperança”*

Frank Lloyd Wright

Siglas e abreviaturas

bpm – batimentos por minuto;

DCV – Doenças Cardiovasculares;

DESCs – Descritores em ciências da saúde;

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio;

GDH's – Grupos de diagnóstico homogéneo;

JBI – Joanna Briggs Institute;

mmHg – milímetros de mercúrio;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

RC – Reabilitação Cardíaca;

Resumo

As doenças Cardio-Cerebrovasculares são a principal causa de morte na comunidade europeia. A realidade portuguesa não é exceção, onde o enfarte agudo do miocárdio é um dos principais eventos cardiovasculares que atinge os portugueses. A reabilitação cardíaca desenvolveu programas para este tipo de doentes, compostos por uma equipa multidisciplinar onde se inclui o enfermeiro. Estes programas compreendem várias fases, no entanto, é na primeira fase ainda no internamento que o papel do enfermeiro de cuidados gerais é fundamental.

Assim sendo, definiu-se como objetivo geral “Determinar quais os benefícios do exercício físico nos doentes pós-enfarte agudo do miocárdio”.

Como metodologia, foi feita uma revisão integrativa da literatura, tendo como base de pesquisa plataformas como Google Academico; Scientific Electronic Lybrary Online; EBSCO; Biblioteca Virtual em Saúde. A pesquisa foi realizada entre Fevereiro e Abril de 2019, tendo como critérios de inclusão artigos publicados entre 2010 e 2018, com idioma de português e inglês, em texto completo. Como descritores foram utilizados: Quality of life; Heart failure; Exercises. O estudo tem 5 artigos como amostra, todos em língua portuguesa.

Como resultados comprovam-se grandes benefícios do exercício físico precoce na fase de internamento. Os exercícios iniciais são simples: realização do primeiro levante, autocuidados de higiene, deambulação com aumento gradual do tempo e distancia com o progredir dos dias, onde o enfermeiro de cuidados gerais tem um papel fundamental pois é ele que se encontra no internamento, realizando o acompanhamento 24h do doente, e dando início à realização destes exercícios. Todos os artigos relatam uma melhoria da qualidade de vida dos doentes, quer a nível físico, quer a nível emocional.

Em conclusão, percebe-se que Portugal está atrasado em relação aos países da Europa Central, contrapondo os nossos 4% em relação aos 30% de doentes elegíveis. Uma das principais causas deve-se ao facto, dos programas de reabilitação cardíaca não chegarem de forma equitativa a todos os portugueses, uma vez que, estes centros se localizam nos principais centros urbanos. A reabilitação cardíaca é uma mais valia para estes doentes pois acrescenta múltiplos benefícios para os mesmos. No entanto, a principal limitação é o facto dos artigos encontrados não referirem em pormenor o papel do enfermeiro, logo,

seria de todo o interesse a realização de um novo estudo que desse ênfase ao papel do Enfermeiro.

Palavras chave: Quality of life; Heart failure; Exercise;

Abstract

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in the European community. The Portuguese reality is no exception, where acute myocardial infarction is one of the main cardiovascular events affecting the population. Cardiac rehabilitation develops programs for this type of patients, composed of a multidisciplinary team that includes the nurse staff. These programs comprise several phases, however, it is in the first phase, still in the internment that the role of the general care nurse is fundamental.

Therefore, it was defined as a general objective "to determine the benefits of exercise in patients with acute myocardial infarction".

As a methodology, an integrative review of the literature was made, based on research platforms such as Google Academic; Scientific Electronic Lybrary Online; EBSCO; Virtual Health Library. The research was carried out between February and April 2019, having as inclusion criteria articles published between 2010 and 2018, with Portuguese and English language, in full text. As descriptions were used: Quality of life; Heart failure; Exercises. The study has 5 articles as sample, all in Portuguese.

As a result, great benefits of early physical exercise in the hospitalization phase are proven. The initial exercises are simple: first lifting, self-care hygiene, walking with gradual increase of time and distance with the progress of the days, where the general care nursing plays a fundamental role since it is he who is in the hospital, performing the 24-hour follow-up of the patient, and initiating the performance of these exercises. All articles report an improvement in patients' quality of life, both physically and emotionally.

In conclusion, it can be seen that Portugal is behind the Central European countries, offsetting our 4% compared to the 30% of eligible patients. One of the main causes is the fact that the cardiac rehabilitation programs do not reach all Portuguese people in an equitable way, since these centers are located in the main urban centers. Cardiac rehabilitation adds value to these patients because it adds multiple benefits to them.

However, the main limitation is that the articles found do not refer in detail to the role of the nurse, so it would be of interest to carry out a new study that emphasizes the role of the nurse.

Key words: Quality of life; Heart failure; Exercise;

Índice

Introdução	Pág.23
1 – Enquadramento teórico	Pág.26
1.1 – Teoria da incerteza na doença de Merle Michel	Pág.26
2 – Enquadramento Conceptual	Pág.27
2.1 – Doenças cardiovasculares	Pág.27
2.2 – Enfarte agudo do miocárdio	Pág.29
2.3 – Reabilitação cardíaca	Pág.29
2.3.1 – Breve história	Pág.29
2.3.2 – Em que consiste?	Pág.30
2.3.3 – Fase 1 da reabilitação cardíaca – Fase de internamento	Pág.31
2.4 – Papel do Enfermeiro ao doente com EAM em fase de reabilitação cardíaca	Pág.32
3 – Metodologia	Pág.34
3.1 – Revisão integrativa da literatura	Pág.34
3.2 – Formulação da questão de investigação	Pág.34
3.3 - Objetivos de investigação	Pág.35
3.4 – Critérios de inclusão e exclusão	Pág.35
3.5 – Métodos de identificação de estudos	Pág.36
3.6 – Métodos de seleção de estudo	Pág.36
3.7 – Considerações éticas	Pág.37
4 – Resultados	Pág.38
4.1 – Síntese de dados	Pág.38
5 – Discussão	Pág.41
Conclusão	Pág.43
Bibliografia	Pág.45

Índice de figuras

Figura 1 – Processo de identificação e inclusão dos estudos – PRISMA Diagram Flow
----- Pág. 38

Índice de tabelas

Tabela 1 – Dados e indicadores de mortalidade total, 2012 -----	Pág.28
Tabela 2 – PICO -----	Pág.35
Tabela 3 – Critérios de inclusão e critérios de exclusão -----	Pág.36
Tabela 4 – Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº1 -----	Pág51
Tabela 5 - Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº2 -----	Pág.52
Tabela 6 - Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº3 -----	Pág.53
Tabela 7 - Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº4 -----	Pág.54
Tabela 8 - Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº5 -----	Pág.55

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Ciclos Temáticos, parte integrante do plano de estudos do 4º ano 2º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi-nos proposta a realização de uma monografia como trabalho final de curso, visando o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos e competências relativamente aos processos de investigação na área de Enfermagem, dotando-nos de ferramentas e conhecimentos para os transpor para a nossa prática diária.

Sendo de livre arbítrio a escolha da temática, decidi debruçar-me sobre a área de cardiologia, focando a área exercício físico em doentes pós Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

A escolha deste tema deve-se não só ao facto de vivenciar a realidade das patologias cardíacas desde muito cedo, percebendo por isso o quão difícil é a recuperação não só a nível psicológico como físico, e também, por considerar ser uma temática de elevado interesse na realidade da Enfermagem em Portugal. Segundo a Direção Geral de Saúde a restrição da realização de exercício físico causa tendencialmente um grande impacto na vida dos indivíduos, principalmente naqueles que previamente eram pessoas ativas do ponto de vista físico e não possuíam qualquer tipo de limitação. Para tal realizamos uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de dar resposta à questão: “Quais os benefícios da reabilitação cardíaca no doente pós Enfarte agudo do miocárdio”, e esperamos que com o desenvolvimento do presente trabalho seja possível adquirir novos conhecimentos e ser capaz de criar uma ferramenta de sensibilização para a Enfermagem sobre a temática em causa.

Posto isto, definimos como objetivo geral a sistematização do conhecimento sobre as doenças cardiovasculares e qual o benefício, ou não, do exercício físico na recuperação do indivíduo após um evento cardiovascular. Como Objetivo específico, identificar os benefícios/malefícios da reabilitação cardíaca em fase intra-hospitalar em indivíduos após EAM.

O presente trabalho iniciar-se-á com a 1º capítulo a servir de revisão preliminar da literatura, onde no enquadramento teórico será abordada a teoria da incerteza na doença de Merle Michel, que serve de introdução ao enquadramento conceptual onde vai ser abordado o tema das doenças cardiovasculares de uma forma geral, com maior foco para

o enfarte agudo do miocárdio. De seguida faz-se um breve resumo da reabilitação cardíaca, começando pela sua definição, breve história no mundo e em Portugal, em que consiste, dando maior foco à fase I que é a fase de internamento e por fim o papel do enfermeiro ao doente com enfarte agudo do miocárdio antes, durante e após o internamento e conseqüentemente o seu papel no programa de reabilitação cardíaca.

No 2º capítulo apresentar-se-á a metodologia utilizada para a investigação e todo o seu processo, a literatura encontrada sobre a temática e conseqüentemente a discussão de resultados.

Por fim serão apresentadas as conclusões, as limitações e ideias futuras que poderão ser realizadas a partir desta investigação.

Este trabalho foi realizado segundo o Guia para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações – Normas APA presentes no Guia da Escola Superior de Saúde Atlântica (2019) e segundo o novo acordo ortográfico. Todos as citações contêm o vocabulário original.

1 – Enquadramento Teórico

Como forma de explicar o processo de compreensão que a pessoa tem do evento de doença que acaba de acontecer consigo, estabelecendo um ponto de partida no papel do enfermeiro, cuja atuação se distingue dos demais profissionais de saúde intervenientes no evento, precisamente pelo facto de abordar o problema da pessoa de uma forma holística e humana.

Iremos agora fazer uma explanação acerca da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Michel que serviu de suporte a este nosso trabalho, pois entendemos assim que só assim será possível contribuir para cuidados de enfermagem competentes e ir ao encontro a um dos padrões de qualidade de enfermagem que é a satisfação do cliente, à qual a própria reabilitação também contribui.

1.1 – Teoria da Incerteza na doença de Merle Michel

A teoria de incerteza de Merle Michel adapta-se perfeitamente como enquadramento conceptual desta pesquisa de investigação pois a fase 1 da reabilitação cardíaca consiste na prestação de cuidados na fase aguda da doença, onde a incerteza e as dúvidas por parte do doente e da família são imensas.

Merle Michel define a incerteza com “a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir o valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (Bailey & Stewart, 2004, P.633). Vários autores defendem que Michel foi revolucionária ao aplicar à saúde uma teoria sobre a incerteza, tendo em conta modelos já existentes como a estrutura de stress; apreciação; luta; adaptação; da teoria original de Lazarus e Folkman.

A teoria da incerteza nasce na sua tese de investigação com doentes hospitalizados, pois no estudo para o mesmo verificou que só havia modelos lineares e tradicionais sobre a certeza e a adaptação.

Segundo Balley & Stewart em TOMEY & ALLIGOOD (2004) a teoria é constituída por 3 temas: os antecedentes da incerteza; as capacidades cognitivas; fornecedores de estruturas. Isto quer dizer que o individuo encontra-se em interação com o ambiente que

o rodeia, logo, consegue avaliar as várias possibilidades que existem desta forma a perceção de que a incerteza é um perigo, passa a ser vista como uma oportunidade.

Segundo LIEHR e SMITH (2008), as explicações e o fornecimento de informação ao doente, fazem desta intervenção de enfermagem, uma intervenção essencial, pois permite que o doente consiga gerir a incerteza.

Conclui-se que as estratégias de coping que o ser humano arranja para ultrapassar as dificuldades significam esperança, e ter esperança significa que não se deixa levar pela ansiedade ou por uma atitude derrotista (Goleman, 2010).

De seguida, explicada a teoria, vai-se iniciar a abordagem à temática de pesquisa.

2 – Enquadramento Conceptual

Tendo em conta a nossa temática, iremos agora no capítulo que se segue conceptualizar os conceitos que dela fazem parte.

2.1 – Doenças Cardiovasculares

Segundo HENRIQUES,G. (2016) citando Palinski (2002), as doenças cardiovasculares (DCV), tal como o próprio nome indica, são distúrbios que afetam o sistema circulatório, desde os vasos sanguíneos ao próprio coração.

Segundo a OMS as DCV incluem as mais variadas patologias, sendo elas as coronárias, cerebrovasculares, das artérias periféricas, cardíacas reumáticas, congénitas, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. (WHO,2016)

Sendo as DCV a principal causa de morte na comunidade europeia, com cerca de 50% de mortalidade total, causando anualmente 4,35 milhões de mortes a nível mundial, e mais de 1,9 milhões de mortes na União Europeia, é uma temática que urge o foco de atenção e a instituição de medidas preventivas e corretivas. (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2009). A realidade portuguesa não fica aquém da realidade europeia, pois em 2007, de acordo com dados resultantes do Agrupamento em Grupos Diagnóstico homogéneo (GDH's), ocorreram em Portugal 11909 internamentos por enfarte agudo do miocárdio onde 1303 foram óbitos. E durante esse ano foram realizadas 2987 cirurgias coronárias.

O Instituto Nacional de Estatística, mostra-nos que em 2012, registaram-se um total de 4614 mortes devido ao EAM, sendo que 2533 eram homens e 2081 eram mulheres. Este número representou 4.3% da mortalidade em Portugal.

Estes números estão traduzidos na seguinte tabela retirada da publicação “Risco de morrer – 2012” edição de 2014:

Tabela 1 – Dados e indicadores de mortalidade, Total, 2012

Causa de morte: Enfarte agudo do miocárdio (CID-10: I21-I22)	Total	Homens	Mulheres
Total de óbitos (N.º)	4614	2533	2081
Idade média à morte (N.º de anos)	76,8	73,6	80,7
Proporção de óbitos (% em relação ao total de óbitos pela causa para o total)	4,3	4,6	3,9
Óbitos (N.º) com menos de 65 anos	700	561	139
Óbitos (N.º) com 65 e mais anos	3914	1972	1942
Óbitos (N.º) com menos de 70 anos	1068	819	249
Óbitos (N.º) com 75 e mais anos	3037	1383	1654
Taxas de mortalidade padronizadas para todas as idades (por 100 000 habitantes)	24,3	33,9	16,7
Taxas de mortalidade padronizadas com menos de 65 anos (por 100 000 habitantes)	6,8	11,4	2,6
Taxas de mortalidade padronizadas com 65 e mais anos (por 100 000 habitantes)	166,0	215,6	130,4
Taxas brutas de mortalidade (por 100 000 habitantes)	43,9	50,5	37,8
Anos potenciais de vida perdidos (N.º)	10980	8648	2333
Taxas de anos potenciais de vida perdidos (por 100 000 habitantes)	121,4	195,4	50,5
Número médio de anos potenciais de vida perdidos (N.º)	10,3	10,6	9,4
Taxas padronizadas de anos potenciais de vida perdidos (por 100 000 habitantes)	103,0	169,4	42,4

No caso do presente trabalho, interessa focar a doença coronária, mais especificamente o EAM, pelo que se torna relevante uma breve fundamentação sobre o mesmo, para melhor compreensão do leitor.

2.2 – Enfarte Agudo do Miocárdio

Segundo Schaffler e Menche (2004) o EAM é a manifestação aguda mais grave da doença coronária sendo caracterizada pela morte do tecido muscular cardíaco, em consequência de evento isquémico. Usualmente resulta da oclusão de uma ou mais artérias coronárias ou dos seus ramos geralmente, originada pela formação de um trombo.

Atualmente, são várias as sensibilizações realizadas junto da população sobre o reconhecimento precoce de sinais e sintomas sugestivos de eventos cardíacos, uma vez que, a intervenção precoce é a chave de ouro nestas situações.

Usualmente descrevem-se como sintomas mais comuns sugestivos de EAM a dor retroesternal caracterizada por ser opressiva, com irradiação ao membro superior esquerdo. No entanto, os sintomas não são tao redutores quanto isso, pelo que o EAM pode manifestar-se com a irradiação da dor para a mandíbula, ombro ou região epigástrica. De notar que existem EAM assintomáticos, cerca de 20%, sendo normalmente característicos nos doentes diabéticos e idosos. Náuseas, vômitos, sudorese profusa, palidez cutânea e dispneia são sinais que devem despertar a atenção do profissional. (Schaffler e Menche, 2004)

2.3 – Reabilitação Cardíaca

Existem várias intervenções para melhorar a qualidade de vida de indivíduos que padeceram de EAM, destacando-se a Reabilitação cardíaca (RC). A RC tem vindo a ser alvo de atenção desde há algum tempo, não sendo ainda utilizada na sua plenitude no nosso país.

2.3.1 - Breve História

Os primeiros relatos da RC remontam a 1930, altura em que se preconizava o repouso no leito, após a ocorrência do evento cardíaco. Em 1940 evoluiu do repouso no leito para o repouso em cadeira ou cadeirão, surgindo apenas em 1950 a inclusão de atividade física tal como, curtas caminhadas diárias de 3 a 5 min apos o evento cardíaco.

É em 1951 que se começam a dar os primeiros passos de relevo para a RC, introduzindo-a a nível intra-hospitalar, consistindo em ter o individuo sentado cerca de 2h por dia. Compreende-se que a esta data, já se deduzia a importância da reabilitação precoce e da

introdução do movimento em indivíduos que haviam padecido de EAM. Em 1968, com Hellerstein surge então a revolução da RC, onde este apresenta o primeiro programa de atividade física para indivíduos com doença coronária, acabando por ser o grande impulsionador, levando a um aumento dos programas de RC no mundo.

Já em Portugal a RC chega em 1982 com a abertura do centro clínico do Dr. Dídio de Aguiar em Lisboa cuja equipa era composta pelo Dr. Joaquim de Aguiar (especialista em medicina física e de reabilitação e formação em medicina desportiva) e pelos professores António Couto (Pneumologista) e Eduardo Mota (Cardiologista). O crescimento tem sido bastante lento e em 1998 apenas se verificavam abertos 7 centros, aumentando para 14 centros em 2004, 16 centros em 2007, 18 centros em 2009 e em 2014 23 centros sendo 11 privados e 12 públicos, estando localizados nos principais centros urbanos como Lisboa e Porto, e apenas um localizado no Algarve, em Faro.

Em 1991 foi criado o programa de RC na Faculdade de Motricidade Humana que ainda se encontra em funcionamento até aos dias de hoje.

2.3.2 – Em que consiste?

Segundo o Despacho nº 8597/2017 publicado no Diário da República Nº 189 de 29 de Setembro de 2017, define-se RC como um conjunto de intervenções, visando não só o desencadear de mudanças saudáveis no estilo de vida do indivíduo, como também, no controle ou diminuição dos fatores de risco associados à DCV, com o principal objetivo de reverter ou retardar a progressão da doença cardiovascular subjacente. De referir que a RC não se foca apenas no exercício físico adaptado à condição do indivíduo, mas também leva em conta toda a sua componente psicológica, social e laboral.

Segundo pesquisa realizada, a maior parte dos autores define que a reabilitação cardíaca acontece em 4 fases distintas. Assim, e baseando-me no documento elaborado pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares publicado em 2009, com o aval do Ministério da Saúde, e do Alto Comissariado da Saúde, descreverei os programas de reabilitação cardíaca em 4 fases distintas.

De notar que as fases de intervenção da reabilitação cardíaca têm por base de definição o tempo após o evento cardíaco. Assim, podemos considerar 4 fases:

1. A fase 1 ou Intra-hospitalar, onde a atuação decorre ainda quando o indivíduo se encontra internado, idealmente 12 a 24h após o evento cardíaco agudo.
2. A fase 2 será aplicado já em ambiente extra-hospitalar, idealmente nos primeiros 3 a 6 meses após o evento, podendo atingir os 12 meses, se necessário.
3. A fase 3 e 4, que se traduz pela intervenção a longo prazo atuando na prevenção e reabilitação de indivíduos já em ambiente extra-hospitalar, após 1 ano do evento cardíaco.

No caso do presente trabalho, interessa focar a Reabilitação cardíaca na sua 1ª fase, ou seja, na fase do internamento.

2.3.3 - Fase 1 da Reabilitação cardíaca – Fase de internamento

Como o próprio nome diz, esta 1ª fase ocorre durante o período de internamento e segundo a *Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares*, deve ser iniciada a partir das 24 a 48 horas e pode ter uma duração entre 6 a 12 dias.

Os seus principais objetivos são numa fase inicial determinar o início da atividade física, pois quanto mais precoce for previne as consequências da imobilidade e promove a autonomia nos cuidados.

Após estabilização clínica, realiza-se uma avaliação inicial onde se verifica se o doente tem critérios para iniciar os primeiros exercícios, e esses critérios passam nomeadamente pela ausência de sintomas de angor e de insuficiência cardíaca descompensada. Os primeiros exercícios a serem realizados são a deambulação na enfermaria e de seguida no corredor pelo menos duas vezes por dia. O objetivo é que a frequência cardíaca aumente entre 20-30bpm e a pressão arterial sistólica aumente entre 10-40mmHg relativamente aos valores que tem em repouso. O doente realiza estas atividades monitorizado de modo a que se descarte depressão ou elevação do segmento ST ou algum tipo de arritmia. Esta prática deve ser terminada com 5 minutos de alongamentos.

É também nesta fase que se realiza uma reeducação ao doente sobre hábitos alimentares saudáveis e os perigos do sedentarismo, pois uma modificação dos seus estilos de vida são passos muito importantes para que não haja uma repetição deste evento coronário.

2.4 – Papel do Enfermeiro ao doente com EAM em fase de reabilitação cardíaca

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais consiste em contribuir para a promoção da saúde, o que se aplica também em ações de educação para a saúde que dotam os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores. Segundo Sands & Wilson (2003:57) hoje os enfermeiros têm uma oportunidade única de contribuir significativamente para a vida dos indivíduos e, de um modo positivo, influenciar a saúde da sociedade, ajudando as pessoas a fazer escolhas informadas de estilo de vida saudáveis.

Já a ordem dos enfermeiros diz que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.

Em qualquer situação de doença e seja qual for a especialidade, o profissional que está permanentemente a prestar cuidados contínuos aos doentes é o enfermeiro. No que toca ao tema da cardiologia não é exceção pois em todas as ocasiões o enfermeiro está presente, desde o serviço de urgência onde o doente pode dar entrada, até ao bloco operatório ou sala de hemodinâmica, no recobro, no acompanhamento até aos cuidados intensivos/cuidados intermédios/ enfermaria, a vigilância nesses mesmo locais, e por fim eventualmente no programa de reabilitação cardíaca a que seja submetido. Em particular neste programa o enfermeiro tem ainda um papel mais importante e fundamental na capacitação que pode fornecer aos doentes, como a motivação e as estratégias que mais se adequam e que o ajudam a compreender a sua situação, desde o que está a vivenciar no presente e do que se pode esperar da sua evolução clínica no futuro.

Dado este primeiro passo, o enfermeiro também está presente no segundo passo, pois é ele que está presente quando o doente realiza o 1º levante, habilita-o para realizar os cuidados de higiene e ajuda-o a deambular, e todos os outros exercícios no período de internamento.

Também é o enfermeiro que consegue identificar possíveis situações de risco, como o síndrome depressivo, que possam vir a precisar de um encaminhamento ou apoio psicológico, e tem toda a autonomia para fazer essa referência.

A preparação para a alta é feita a partir de estratégias que o enfermeiro foi montando ao longo do internamento, pois envolve falar de vários temas, como o controle de fatores

de risco, controlo e gestão da doença, reconhecimento antecipado de sinais e sintomas de possíveis reincidências ou agravamento da doença, a realização de exercício físico controlado, o regresso ao trabalho, o reinício da vida sexual e a modificação nos estilos de vida como a alimentação, cessação tabágica e etanólica, etc.

Este tipo de educação não deve ser dado exclusivamente ao doente, mas também aos cuidadores/família, pois muitos doentes podem não apresentar limitações físicas visíveis, mas o risco de recidiva é sempre alto, e todos têm que participar e serem promotores nas mudanças de hábitos de vida, e aqui mais uma vez são os enfermeiros que têm a capacidade de avaliar a quem devem de dar este tipo de educação, pois avaliam os doentes sob uma visão holística.

3 – Metodologia

Neste capítulo será abordada a metodologia utilizada na realização da literatura sobre o tema, visando fornecer uma base teórica da estratégia de investigação e dos procedimentos utilizados para a sua elaboração.

3.1 – Revisão integrativa da literatura

Segundo Sousa, et al, 2017, citando Mendes et al, 2008, uma revisão integrativa da literatura é um método de investigação que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre um tema investigado, cuja conclusão é a implementação das intervenções na prestação de cuidados e também permite identificar fragilidades que eventualmente podem ajudar no desenvolvimento de futuras investigações.

A revisão integrativa da literatura tem por base 6 etapas:

- Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa da literatura;
- Definição das informações a serem extraídos dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
- Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura;
- Interpretação dos resultados;
- Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

3.2 – Formulação da questão de investigação

Segundo Fortin (2009, p.100):

“O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população-alvo e o contexto do estudo”.

A questão de Investigação: “Quais os benefícios da reabilitação cardíaca no dente pós Enfarte agudo do miocárdio” foi construída segundo a mnemónica PICO, pois contém 4

componentes que são os elementos fundamentais para a construção da mesma. Estes 4 componentes são O de paciente/pessoa/população, I de intervenção, C de contexto e O de outcomes/resultados (Sousa et al, 2017, p.20), tal como podemos ver na tabela 2:

Tabela 2: PICO

<u>P (População)</u>	<u>I (Intervenção)</u>	<u>C (Contexto)</u>	<u>O (Resultados)</u>
Doentes pós EAM	Exercício Físico	Regime de internamento	Qualidade de vida

3.3 – Objetivos da Investigação

Segundo a literatura o objetivo geral de um trabalho deve apresentar a sua ideia central descrevendo de forma sucinta e objetiva a sua finalidade, deve conter também a hipótese ou o problema que será investigado. Desta forma:

Objetivo geral:

- Determinar quais os benefícios do exercício físico em doentes Pós-Enfarte.

Após a definição do objetivo geral surge a necessidade de definir objetivos específicos. Segundo a literatura os objetivos específicos relacionam-se com os objetivos gerais, apresentam de forma mais detalhada o objetivo geral. Desta forma:

Objetivos Específicos:

- Determinar quais os benefícios fisiológicos do exercício físico nos doentes pós Enfarte;
- Definir qual o programa de treino mais aconselhado nos doentes pós-Enfarte;
- Realçar o aumento da qualidade de vida nos doentes pós-Enfarte.

3.4 – Critérios de inclusão e exclusão

De modo a que os resultados apresentados sejam precisos e fidedignos, a definição dos critérios de inclusão e exclusão deve ser o mais rigoroso possível.

Na tabela nº3, que se segue estão os critérios de inclusão e exclusão que definimos para esta pesquisa:

Tabela 3: Critérios de inclusão e critérios de exclusão

<u>Critérios de inclusão</u>		<u>Critérios de exclusão</u>
P (População)	Estudos que envolvam doentes pós EAM	- Artigos sem acesso ao texto integral; - Artigos que abordem a reabilitação cardíaca na 2 ^a e 3 ^a fase; - Artigos anteriores a 2010;
I (Intervenção)	Estudos que investiguem os resultados referentes ao exercícios físico no doente pós EAM	
C (Contexto)	Doentes em regime de internamento	
Tipo de estudos	Abrangentes	
Data de publicação dos estudos	Estudos publicados entre 2010 e 2018	
Idioma	Português e Inglês	

3.5 – Métodos de identificação de estudos

Inicialmente realizou-se pesquisas em bases de dados electrónicas com os seguintes descritores: Quality of life; heart failure; exercise; previamente validados como descritores em ciências da saúde (DECs).

De seguida realizou-se a fusão destes descritores com conjunções booleanas como “OR” e/ou “AND” que culminou na equação ((Exercise) AND (Quality of life) AND (Heart failure)).

De acordo com a equação de pesquisa referida em conjunto com os critérios de inclusão anteriormente referidos, iniciamos a pesquisa dos artigos nas seguintes plataformas: Google académico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), EBSCO e Biblioteca virtual em saúde (BVS).

3.6 – Métodos de seleção de estudos

Os estudos utilizados foram avaliados quanto à qualidade metodológica através das grelhas JBI (Ver apêndice 1).

Dos artigos selecionados, quatro apresentavam uma avaliação global de 6 em 7 pontos (artigo nº1; artigo nº3; artigo nº4; artigo nº5) e um apresentava uma avaliação global de 5 em 7 pontos (artigo nº2).

A avaliação da qualidade foi realizada pelo autor individualmente.

3.7 – Considerações éticas

Na realização desta pesquisa foram tidas em conta todas as questões de ética. Toda a informação foi escrita pelo autor deste trabalho e referenciado sempre que necessário.

Segundo Vidal (2015), o plágio, invenção e/ou falsificação de dados, conduta inadequada, entre outros, deve ser sempre verificado e evitado.

4 – Resultados

Neste ponto vai ser apresentado o fluxograma Prisma que representa todo o processo de seleção dos estudos:

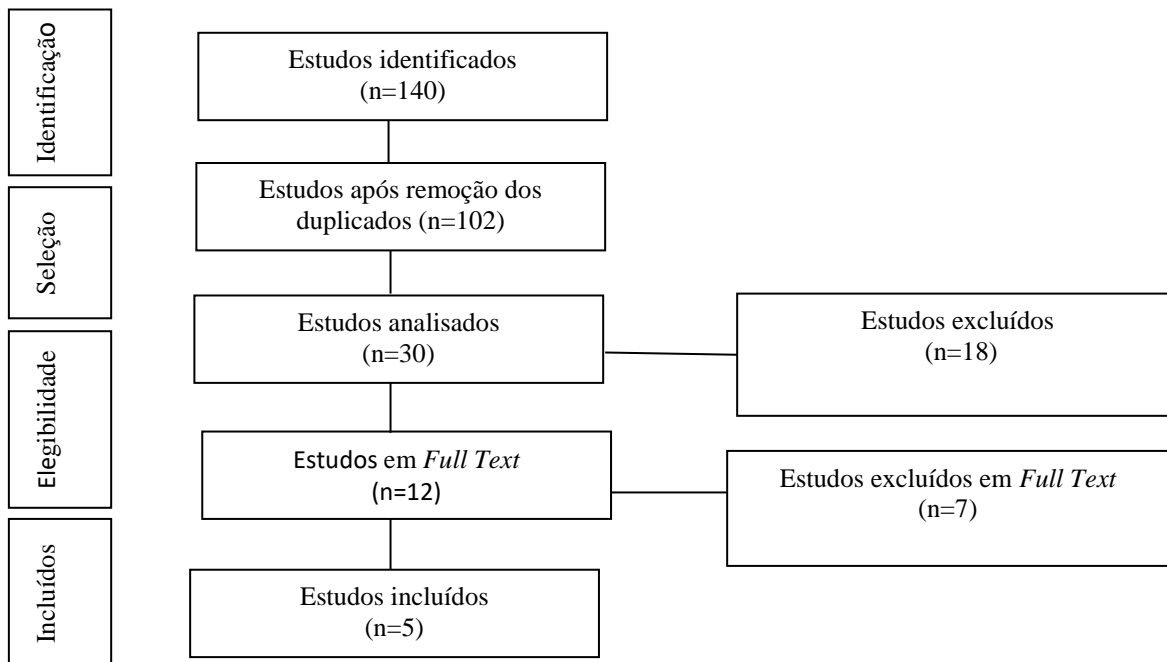


Figura 1 – Processo de identificação e inclusão dos estudos – PRISMA Diagram Flow

4.1 – Síntese de dados

Neste ponto vão ser apresentados os 5 artigos que foram selecionados para a realização desta pesquisa:

Artigo Nº1	
Título	Avaliação dos efeitos da Reabilitação cardíaca em pacientes pós-infarto do miocárdio
Autores	John Richard Silveira Berry; Ademir Batista da Cunha;
Palavras-chave	Infarto do miocárdio; Reabilitação cardíaca; capacidade funcional; teste de exercício cardiorrespiratório;
Objetivo	Avaliar os efeitos metabólicos, hemodinâmicos e bioquímicos obtidos através do programa de reabilitação cardíaca após infarto do miocárdio.
Tipo de estudo	Estudo prospetivo, observacional.

Artigo Nº2	
Título	Revisão: Exercício físico após infarto do miocárdio – segurança durante o exercício
Autores	Daniel Godoy Martinez; Leonardo Barbosa de Almeida; Patrícia Fernandes Trevizan; Lilian Pinto da Silva; Mateus Camaroti Laterza;
Palavras-chave	Exercício; Reabilitação; Infarto do miocárdio;
Objetivo	Considerar os princípios do treinamento físico visando minimizar os riscos e potencializar os benefícios, de modo a promover uma prática assistencial adequada e segura.
Tipo de estudo	Artigo de revisão

Artigo Nº3	
Título	Reabilitação cardíaca fase 1: uma revisão sistemática
Autores	Aline Marinho Chagas; Yzabelle Mônica Alves; Ana Maia Cartaxo Alencar;
Palavras-chave	Reabilitação; Hospitalar; Fisioterapia; Cardiopatia;
Objetivo	Descrever os efeitos da Reabilitação cardíaca na fase 1 e os protocolos utilizados
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura realizado nas bases Lilacs, SciELO e Medline.

Artigo Nº4	
Título	Reabilitação cardíaca precoce em pacientes pós-infarto do miocárdio
Autores	Mary Sílvia da Cruz Neves; Mayron Faria de Oliveira;
Palavras-chave	Infarto agudo do miocárdio; Exercício; Fisioterapia;
Objetivo	Identificar se a reabilitação cardíaca precoce é eficaz e se poderia ser iniciada imediatamente após o enfarte agudo do miocárdio.
Tipo de estudo	Revisão da literatura feito em base de dados PubMed, SciELO, Lilacs.

Artigo Nº5	
Título	Estilo de vida e importância da educação em saúde na reabilitação cardíaca após cirurgia de revascularização do miocárdio
Autores	Denise Gonçalves Moura Pinheiro; Carlos Hermano da Justa Pinheiro; Maria de Jesus Ferreira Marinho;
Palavras-chave	Revascularização do miocárdio; Estilo de vida; Fatores;
Objetivo	Descrever o estilo de vida em relação à prevalência de fatores de risco cardiovascular como tabagismo, etilismo, hábitos dietéticos e sedentarismo.
Tipo de estudo	Estudo observacional e retrospectivo com abordagem quantitativa.

5 - Discussão

Todos os autores dos artigos selecionados concluem que o exercício físico precoce a seguir ao evento do enfarte agudo do miocárdio é benéfico, pois na maioria dos casos e dependendo da gravidade do evento, 24 horas de repouso no leito são suficientes para a estabilização da condição clínica e a partir daí podem-se iniciar os primeiros exercícios de baixa intensidade, como nos fala o artigo nº 4 e citando Peixoto, et al, sobre um programa de exercícios progressivos supervisionado, com início 12 horas após o evento, os autores observaram uma melhoria substancial na qualidade de vida em relação aos doentes que não cumpriram o programa. Os autores do mesmo artigo também estão de acordo com o aumento progressivo da intensidade dos exercícios, e também estão em concordância que o programa deve começar pela realização dos cuidados de higiene autonomamente sob supervisão do enfermeiro, de seguida a deambulação, iniciando com um período de 5 minutos e ir aumentando progressivamente até pelo menos 15/20 minutos com o objetivo que a frequência cardíaca aumente entre 20 a 30 bpm e a pressão arterial sistólica entre 10-40 mmHg relativamente aos valores em repouso.

Os autores do artigo nº3 defendem também que um início precoce de um programa de reabilitação cardíaca previne o aparecimento dos efeitos nefastos da imobilidade prolongada dos doentes no leito.

O artigo nº5 também nos aborda o assunto dos estilos de vida não saudáveis que os doentes levavam até ao evento coronário e que após serem introduzidos nos programas de reabilitação cardíaca modificaram espontaneamente vários fatores de risco dependentes como o tabagismo, o álcool, o sedentarismo e adotaram uma alimentação mais saudável, mesmo sem haver práticas estruturadas de programas de educação para a saúde, o que automaticamente nos leva a um controle de hipertensão e diabetes caso sejam portadores destas patologias. Também defendem que previne a depressão, pois normalmente a seguir a uma fase difícil na vida, ainda mais a haver com a condição de saúde que está na eminência de vir a ficar reduzida, a tendência é cair numa condição psicológica difícil de ultrapassar, onde a ajuda psicológica é a única opção, fazendo com que os doentes gastem muito dinheiro em psiquiatras/psicólogos e medicação. Continuando neste assunto os autores do artigo nº3 dizem-nos que os doentes que participaram nos programas de reabilitação cardíaca, principalmente os da fase 1, observaram-se ganhos emocionais pois houve um aumento de vitalidade e socialização,

isto porque há um aumento de autoconfiança com o rápido retorno às atividades de vida diárias.

No entanto, a segurança com que são realizados os exercícios de reabilitação cardíaca é um fator a ter em conta, pois os doentes continuam a apresentar um risco muito grande de desenvolverem arritmias e consequentemente paragem cardiorrespiratória. Os autores do artigo nº2 defendem que deve haver um início precoce dos programas de exercícios, pois são um forte indicador de recuperação de saúde, mas nos exercícios iniciais sugerem que todos os profissionais envolvidos sejam formados com suporte básico de vida e manuseamento do desfibrilhador automático externo corretamente, e que a prescrição dos exercícios seja feita de acordo com a necessidade e restrição de cada doente.

Concluindo, segundo Barry & Berra, (2012), os pacientes que passam pela fase 1 da reabilitação cardíaca, referem melhor qualidade de vida um rápido retorno às atividades de vida diárias por se sentirem preparados fisicamente e emocionalmente.

Conclusão

Após a pesquisa levada a cabo e a leitura dos artigos selecionados para a realização do presente trabalho, leva-me a compreender a importância não só da implementação de programas de reabilitação direcionados para a vertente física, mas também, e não menos importantes a inclusão de mudanças de hábitos de vida.

É essencial uma harmonização destes fatores para que se possa atuar ao nível da reabilitação de doentes que padeceram de EAM e visando a prevenção de um novo evento cardíaco.

Apesar da reabilitação cardíaca já ser uma realidade em Portugal, foi-me possível constatar que essa realidade não chega de forma equitativa a todos os portugueses, uma vez que os centros que se dedicam a esta prática se encontram localizadas nos grandes centros (Lisboa, Porto, Faro). Contudo, tem havido uma crescente atuação nesta área.

Ainda assim, se nos debruçarmos sobre a comparação entre Portugal e a Comunidade Europeia, é perceptível que ainda temos um longo caminho a percorrer, onde Portugal assume 4% de doentes elegíveis contrapondo para cerca de 30% dos países da Europa Central (Mendes, 2013)

Após a análise dos artigos selecionados que visavam dar resposta à questão de investigação, concluímos que os autores são unânimes em referir que a adesão aos programas de reabilitação cardíaca (exercício físico, mudança de hábitos de vida) acrescenta benefício para os doentes.

Apesar de não ser relatado em detalhe ao longo do presente trabalho, sendo considerada assim como uma limitação do mesmo, torna-se essencial referir que a aplicabilidade e eficácia destes programas passa pelo trabalho de equipa multidisciplinar, onde se insere o enfermeiro, tanto de cuidados gerais como o enfermeiro especialista em reabilitação, onde todos em conjunto, e dentro da sua área de atuação, delineiam o programa adaptado a cada doente, a cada situação.

Tendo em conta todo o trabalho desenvolvido e a área em que me insiro, seria de todo o interesse a realização de um novo estudo dando o ênfase principal ao papel do enfermeiro. Através da realização de novo trabalho e como forma de sensibilização e

divulgação do mesmo, seria interessante a realização de formações para sensibilização dos enfermeiros.

A realização deste trabalho permitiu-me compreender a importância da investigação em enfermagem, sendo que Nunes (2013) citando Martins (2008): “Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes”, com isto devemos garantir os requisitos básicos na avaliação ética de um projeto, verificando que as referencias e as citações têm obra e número de página identificada, deste modo, permitem ao leitor seguir o mesmo percurso, e faz com que haja não só visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, contribuindo para a melhoria do trabalho desenvolvido, como também leva a uma evolução de conhecimentos e práticas. Assim, considero que deixei um pequeno contributo não só para a enfermagem, como também para os doentes que beneficiaram dos cuidados de reabilitação cardíaca.

Bibliografia

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation / American College of Cardiology / American Heart Association. (2007). Performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation / secondary prevention services. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 50 (4), 1400-1433.;

Bailey, D.E., Stewart, J.L. (2004). Incerteza na Doença. In *Teóricas de Enfermagem e sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Berry, J. R. S., & Cunha, A. B. D. (2010). Avaliação dos efeitos da reabilitação cardíaca em pacientes pós-infarto do miocárdio. *Rev Bras Cardiol*, 23(2), 101-10.;

Chagas, A. M., Alves, Y. M., & de Alencar, A. M. C. (2016). Reabilitação cardíaca fase I: uma revisão sistemática. *ASSOBRAFIR Ciência*, 7(3), 51-60.;

Chefe, E., & Consolim-Colombo, F. M. Suplemento da Revista da. (pág.336-pág.341);

da Cruz Neves, M. S., & de Oliveira, M. F. (2017). Reabilitação cardíaca precoce em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19(3), 105-110;

Ferreira, R., & Abreu, A. (2009). Reabilitação cardíaca: realidade Nacional e recomendações Clínicas. *Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Lisboa*;

Ferreira, R., Macedo, M., Pinto, F., Neves, R., Andrade, C., & Santos, G. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017;

Fortin, M. (1999). O processo de investigação da concepção à realização. Loures. Lusociência;

Fortin, M. (2006). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures;

Fortin, M. (2009). O Processo de Investigação: Da concepção à realização (5ªEd). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas;

Gadéa, S. F. M., Rodrigues, E. D. M., Correia, D. R. S., Silva, G. C. D., & Junior, E. A. D. S. (2017). Reabilitação cardíaca após infarto agudo do miocárdio (IAM): uma revisão sistemática. *Ciência (In) Cena Bahia*, 1(5), 1-12;

Gomes, A. (2013). Tipos de programas de reabilitação cardíaca. In Manual de reabilitação cardíaca (Cap. 4, pp. 35-40). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia;

Henriques, G. C. C. C. (2016). *Reabilitação e cirurgia cardíaca revisão sistemática da literatura* (Doctoral dissertation).

JBI (2011). User Manual: Version 5.0 System for the Unified Management. Assessment and Review of Information⁵⁶. Joanna Briggs Institute's;

Mendes, M. (2013). Reabilitação cardíaca após enfarte do miocárdio: uma intervenção fundamental, pouco praticada em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(3), 201-203.

Mendes, M. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Ponto da situação em 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(12), 669-671.;

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar (ENPAF). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016

Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem.

O' Rourke, Robert A.; Fuster, Valentin; Alexander, R. Wayne; Roberts, Robert; King III, Spencer B.; Wellens, Hein J.J.; (2002). Manual da Cardiologia (Cap. 15, pp.277-325). (10ª edição). Lisboa. McGraw-Hill. ISBN: 972-773-160-0.;

Ordem dos Enfermeiros: Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf (Consultado pela última vez a 26/07/2019 pelas 18h30);

Ordem dos Enfermeiros: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> (Consultado pela última vez a 26/07/2019 pelas 18h50);

Peters, M. Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). The Joanna briggs institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews;

Pinheiro, D. G. M., da Justa Pinheiro, C. H., & Marinho, M. D. J. F. (2012). Estilo de vida e importância da educação em saúde na reabilitação cardíaca após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 20(4), 213-220;

Schäffler, A; Menche, Nicole. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. (Cap.2, pp.45-48). Loures: Lusociência ISBN: 972-8383-78-9.

Silveira, C., & Abreu, A. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Inquérito 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(12), 659-668.

Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Revisão Integrativa: o que é e como fazer*. Einstein (São Paulo), 8(1);

Sousa, L. M., Marques-Vieira, C., Severino, S. S., & Antunes, A. V. (2017) *Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem*;

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures. Lusociência;

Viamonte, S., G. (2013). Protocolos de Exercício. In Manual de reabilitação cardíaca (Cap. 7, pp.227-232). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Apêndices

Apêndice 1 – Grelhas de avaliação de qualidade metodológica desenvolvidas por JBI

Tabela 4 – Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº1

Referência do artigo	Avaliação dos Efeitos da Reabilitação Cardíaca em Pacientes Pós-Infarto do Miocárdio				
	Sim (1)	Não (0)	Não está claro	Não aplicável	Comentários
1.A fonte da opinião está claramente identificada?	x				
2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade?	x				
3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião?	x				
4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência?	x				
5.A argumentação desenvolvida é analítica?	x				
6.Existem referências da literatura vigente /evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido?	x				
7.A opinião é apoiada pelos pares?			x		
Total de pontos	Incluir se > a 5 pontos				

Inclusão	Sim (x) Não ()
-----------------	-------------------

Tabela 5 – Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº2

Referência do artigo	Revisão: Exercício físico após infarto do miocárdio – segurança durante o exercício				
	Sim (1)	Não (0)	Não está claro	Não aplicável	Comentários
1.A fonte da opinião está claramente identificada?	x				
2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade?	x				
3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião?	x				
4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência?			x		
5.A argumentação desenvolvida é analítica?	x				
6.Existem referências da literatura vigente /evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido?	x				
7.A opinião é apoiada pelos pares?			x		

Total de pontos	Incluir se > a 5 pontos
Inclusão	Sim (x) Não ()

Tabela 6 – Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº3

Referência do artigo	Reabilitação cardíaca fase 1: uma revisão sistemática				
Critérios do estudo	Sim (1)	Não (0)	Não está claro	Não aplicável	Comentários
1.A fonte da opinião está claramente identificada?	x				
2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade?	x				
3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião?	x				
4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência?	x				
5.A argumentação desenvolvida é analítica?	x				
6.Existem referências da literatura vigente /evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido?	x				

7.A opinião é apoiada pelos pares?			x		
Total de pontos	Incluir se > a 5 pontos				
Inclusão	Sim (x) Não ()				

Tabela 7 – Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº4

Referência do artigo	Reabilitação cardíaca precoce em pacientes pós-infarto do miocárdio				
	Sim (1)	Não (0)	Não está claro	Não aplicável	Comentários
1.A fonte da opinião está claramente identificada?	x				
2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade?	x				
3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião?	x				
4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência?	x				
5.A argumentação desenvolvida é analítica?	x				

6.Existem referências da literatura vigente/evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido?	x				
7.A opinião é apoiada pelos pares?			x		
Total de pontos	Incluir se > a 5pontos				
Inclusão	Sim (x) Não ()				

Tabela 8 – Avaliação de qualidade metodológica do artigo nº5

Referência do artigo	Estilo de vida e importância da educação em saúde na reabilitação cardíaca após cirurgia de revascularização do miocárdio				
	Sim (1)	Não (0)	Não está claro	Não aplicável	Comentários
1.A fonte da opinião está claramente identificada?	x				
2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade?	x				
3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião?	x				
4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência?	x				

5.A argumentação desenvolvida é analítica?	x				
6.Existem referências da literatura vigente/evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido?	x				
7.A opinião é apoiada pelos pares?			x		
Total de pontos	Incluir se > a 5pontos				
Inclusão	Sim (x) Não ()				