

## **Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI. Um estudo qualitativo**

### **Nursing Consultation: Nurses Intervention with persons carriers of PPMs and ICD. A qualitative research**

#### **José Amendoeira**

Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde; Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS); Investigador Colaborador do Centro de Investigação e Qualidade de Vida (CIEQV); Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS) – Investigador Integrado no Universidade Católica Portuguesa (CIIS/UCP); Portugal  
[jose.amendoeira@essaude.ipsantarem.pt](mailto:jose.amendoeira@essaude.ipsantarem.pt)

#### **Anabela Cândido**

Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde; Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) - Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal  
[anabela.candido@essaude.ipsantarem.pt](mailto:anabela.candido@essaude.ipsantarem.pt)

#### **Cassilda Sarroeira**

Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde; Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) - Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal  
[cassilda.sarroeira@essaude.ipsantarem.pt](mailto:cassilda.sarroeira@essaude.ipsantarem.pt)

#### **Fátima Cunha**

Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde; Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) - Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal  
[fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt](mailto:fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt)

#### **Alda Lino**

Hospital Dr. Fernando Fonseca; Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal  
[alda.m.lino@hff.min-saude.pt](mailto:alda.m.lino@hff.min-saude.pt)

#### **Helena Ribeiro da Silva**

Hospital Dr. Fernando Fonseca; Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal  
[helena.m.silva@hff.min-saude.pt](mailto:helena.m.silva@hff.min-saude.pt)

#### **Patrícia Fernandes**

Hospital Dr. Fernando Fonseca; Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal  
[patricia.a.fernandes@hff.min-saude.pt](mailto:patricia.a.fernandes@hff.min-saude.pt)

#### **Elsa Silva**

## RESUMO

**Introdução:** Este estudo decorre da primeira fase de um projeto desenvolvido pela UMIS (ESSS) em parceria com um Hospital da RSLVT, com enfermeiros que realizam consulta de enfermagem (CE) a portadores de Pacemaker-definitivo (PMD) ou Cardioversor-Desfibrilhador-Implantável (CDI). Os enfermeiros procuram promover a capacidade de autocuidado destas pessoas, sendo a consulta um contexto privilegiado para a implementação da sua intervenção. **Objetivo:** Descrever a intervenção do enfermeiro na CE com as pessoas portadoras de PMD ou CDI. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, qualitativo. População - enfermeiros que realizam a CE. Dados recolhidos através de narrativas, objeto de análise de conteúdo. **Resultados:** identificados três temas e respetivas categorias: Avaliação inicial (função/razão para a ação/ação); Intervenção do enfermeiro (observar/gerir/atender/informar); Avaliação dos resultados das intervenções (integridade funcional/estrutural e Ação de autocuidado). **Conclusões:** A intervenção do enfermeiro na CE evidencia a dimensão autónoma nas diferentes etapas do processo de cuidados à pessoa enquanto agente de autocuidado.

**Palavras-chave:** Consulta de Enfermagem, Enfermeiro, Intervenção, Pacemaker/Cardioversor-Desfibrilhador

## ABSTRACT

**Introduction:** This study stems from the first phase of a project developed by UMIS (ESSS) in partnership with a Hospital of RSLVT, with nurses who perform nursing consultation (NC) to patients with Permanent-Pacemaker (PPMs) or Implantable Cardioverter-Defibrillators (ICDs). Nurses seek to promote the capacity for self-care among these people, and consultation is a privileged context for the implementation of their intervention. **Objective:** To describe the intervention of the nurse in NC with PMD or ICD carriers. **Method:** Exploratory, descriptive, qualitative study. Population - nurses who perform EC. Data collected through narratives, object of content analysis. **Results:** three themes and categories were identified: Initial assessment (function/reason for action/action); Nurses intervention (observe/manage/attend/inform); Evaluation of the interventions outcomes (functional/structural integrity and self-care action). **Conclusions:** The intervention of the nurse in the NC shows the autonomous dimension in the different stages of the process of care for the person as a self-care agent.

**Keywords:** Intervention, Nurse, Nursing Consultation, Pacemaker/ Implantable Cardioverter Defibrillators (ICDs)

# 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde sempre se pautaram por uma indissociável ligação ao constante desenvolvimento do conhecimento científico médico e de enfermagem, com a particularidade de, nos últimos anos, ter sido acompanhado por um desenvolvimento biotecnológico que tem permitido melhorar a qualidade de vida dos portadores de doença crónica, nomeadamente das pessoas com patologia cardíaca. Através da evolução dos dispositivos implantáveis como pacemakers, cardioversores desfibriladores e geradores de ressincronização cardíaca, foi possível prolongar a vida e melhorar a sua qualidade em doenças que no início do século XX provocavam elevadas taxas de mortalidade (Projeto: Consulta de enfermagem ao doente portador de PMD e CDI; retirado de: [http://umis.ipsantarem.pt/?page\\_id=789](http://umis.ipsantarem.pt/?page_id=789)).

Os pacemakers são dispositivos eletrónicos, implantados em seres humanos a partir de 1958 e destinados a iniciar ou regular o ritmo cardíaco, quando o sistema cardionector é incapaz de gerar uma frequência cardíaca adequada à manutenção do débito cardíaco. Segundo a European Society of Cardiology (2013) as indicações para pacing são: bloqueio auriculoventricular, bloqueios do ramo, doenças do nódulo sinusal e fibrilhação auricular, conjugadas com a apresentação clínica do doente.

Os cardioversores desfibriladores implantáveis (CDI) surgiram nos anos 80 do século XX e vieram tornar possível o tratamento das disritmias ventriculares malignas (taquicardia ventricular e fibrilhação ventricular). Segundo a Direção Geral da Saúde (2017) a implantação dos CDIs está indicada em situações de pessoas: sobreviventes de paragem cardíaca por fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular; com cardiopatia estrutural; com síncope de origem indeterminada; com enfarte do miocárdio prévio; entre outras situações.

Em Portugal, e segundo dados da Direção Geral da Saúde (2014), foram implantados 940 CDIs e 8083 Pacemakers, em 2013.

Estes números remetem-nos para a relevância do seguimento destas pessoas, ficando as mesmas, muitas vezes dependentes do seu funcionamento. Apesar da implantação destes dispositivos não implicar uma alteração importante no estilo de vida, estão inerentes algumas preocupações e sentimentos de ansiedade, relacionadas com mitos, falta de informação e desenvolvimento de ideias erradas acerca da vida enquanto portador de um dispositivo (Wood & Ellenbogen, 2002; Woodruff & Prudente, 2005; Malm, Karlsson, & Frilund, 2007)

Os enfermeiros constituem-se como os elementos da equipa multidisciplinar capazes de dar resposta às necessidades destas pessoas, através de estratégias de educação para a saúde, as quais têm em vista a promoção da capacidade de autocuidado da pessoa e/ou do seu cuidador, sendo assim importante pensar na capacitação para o autocuidado, gestão do regime terapêutico e inerente qualidade de vida destas pessoas.

Em termos de educação para a capacidade de autocuidado, Orem (2001) na sua Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, no sistema de apoio e educação refere a necessidade do enfermeiro, em cada situação singular, estar atento aos Défices de Autocuidado. Estes podem estar relacionados com a falta de conhecimentos, falta de recursos ou na habilidade para levar a cabo a atividade. Para a autora, a pessoa pode ter capacidade para adquirir os conhecimentos necessários, mas não ter acesso à informação ou aos meios para adquiri-la. Podem ainda existir défices cognitivos ou estados emocionais que interfiram com o acesso e compreensão da informação disponível, ou discrepâncias entre as crenças culturais e o conhecimento científico atual (Taylor & Renpenning, 2011).

Desenvolver um programa de apoio e educação demora tempo, pois exige ajudar a pessoa a fazer mudanças no estilo de vida, incorporando novas formas de comportamento no seu quotidiano, estando por isso, também relacionado com a disposição para mudar (ibidem).

O presente estudo, decorre da primeira fase de um projeto major, que se tem vindo a desenvolver nesta área, resultante de uma parceria entre a Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), mais concretamente da Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS) e um Hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, especificamente com os enfermeiros do Serviço de Cardiologia que realizam consultas de enfermagem junto das pessoas que foram submetidas à

implantação de dispositivos cardíacos. Esse projeto, possui um desenho de investigação-ação que tem como objetivo estudar a efetividade da intervenção de enfermagem, em consulta de enfermagem ao doente portador de Pacemaker Definitivo (PMD) e Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI).

Existem diferentes locais e contextos, nos quais o enfermeiro desenvolve programas de educação, destes destaca-se a consulta de enfermagem. De acordo com a Portaria n.º 163/2013 (Diário da República, I série de 24 de abril) a consulta de enfermagem é uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

A procura de maximização da capacidade de autocuidado, impõe que o enfermeiro, disponibilize informação oportuna, apoie e monitorize de forma regular a tomada de decisão para a ação de autocuidado, com o objetivo de desenvolver e/ou reforçar as capacidades individuais, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem de cada pessoa/família.

Os resultados correspondentes à forma como a pessoa e os seus problemas de saúde são afetados pelas intervenções de enfermagem, são designados por resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que surgem em função de intervenções resultantes da prescrição, diagnóstico e planeamento realizado pelos enfermeiros (Ferreira & Amendoeira, 2015).

Atualmente o paradigma dos cuidados de saúde e mais concretamente dos cuidados de enfermagem centra-se na responsabilização do que fazem os profissionais, sobre as razões de o fazerem e sobre os resultados que as pessoas podem obter com o que fazem os profissionais.

A relação entre a intervenção dos enfermeiros e os resultados dessa mesma intervenção, pode ser estudado através do Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (Nursing Role Effectiveness Model) de Sidani & Irvine (1999), que associa domínios da intervenção de enfermagem a resultados ao nível da: prevenção de complicações, gestão de sintomas, capacidades funcionais e de autocuidado, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, satisfação com os cuidados e custos.

O Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem, considerando a natureza multidimensional de uma situação de cuidados e, analisando as componentes de estrutura, processo e resultados; permite nortear a investigação sobre aspetos que estão subjacentes à forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos nas pessoas.

Centrando-nos nas componentes de processo, são enunciadas como variáveis associadas à intervenção do enfermeiro o domínio independente, interdependente e dependente.

O domínio independente refere-se às funções e responsabilidades atribuíveis apenas aos enfermeiros, ou seja, atividades que sejam iniciadas por estes e que não necessitam da prescrição médica; os resultados poderão ser medidos em termos de: controlo de sintomas; ganhos em conhecimento sobre a saúde e sobre estratégias de autocuidado (Sidani & Irvine, 1999).

O domínio dependente da atividade de enfermagem refere-se às atividades levadas a cabo pelo enfermeiro, mas que estão relacionadas com a implementação de prescrições e tratamentos médicos; os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem neste âmbito podem incluir efeitos adversos, como por exemplo, erros na medicação (Sidani & Irvine, 1999).

O domínio interdependente está relacionado com funções e responsabilidades que os enfermeiros executam e que dependem total ou parcialmente das funções de outros elementos da equipa de saúde; incluem atividades que visam a promoção e coordenação dos cuidados prestados (ibidem).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) refere que a intervenção destes, é considerada como autónoma quando as ações são “realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” (1996/1998) correspondendo ao que no modelo de Sidani e Irvine (1999) surge como intervenção independente.

Quando às intervenções “realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (REPE, 1996/1998) são consideradas como interdependentes, que comparando com os conceitos referidos por Sidani e Irvine (1999), se pode associar às intervenções que estes consideram como dependentes e interdependentes.

As implantações dos dispositivos são realizadas por Cardiologistas e as pessoas portadoras dos PMD e CDI são encaminhados para a consulta de enfermagem a fim de serem ajudadas no processo de adaptação a esta nova condição de saúde.

A efetivação da consulta enquanto área autónoma do enfermeiro implica um olhar para a pessoa com a singularidade de ser portadora de PMD/CDI, mas considerando-a com agente ativo do seu próprio cuidado, com potencial para aprender e desenvolver-se, ao nível físico, psicológico, interpessoal e social, tendo o enfermeiro o conhecimento teórico e prático para ser quem de forma única, desenvolva o processo de cuidados que responda às necessidades terapêuticas desta pessoa.

Os enfermeiros, do contexto em estudo, realizam a consulta em dois momentos, ao fim de um mês após implantação e posteriormente após três meses, no caso de serem portadores de CDI e aos seis meses para os portadores de PMD.

Assumindo-se a consulta de enfermagem como um momento determinante na capacitação da pessoa /família para o autocuidado, gestão do  *coping*  e satisfação com os cuidados, importa clarificar a intervenção do enfermeiro neste âmbito.

Pretende-se com o estudo que se apresenta, descrever a intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem com as pessoas portadoras de Pacemaker Definitivo e Cardioversor Desfibrilhador Implantado.

## 2 MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo, de cariz qualitativo (Streubert & Carpenter, 2002; Polit & Hungler, 2004) dado que se pretendeu compreender e descrever a natureza do fenómeno em estudo (intervenção dos enfermeiros na consulta de enfermagem), através do conhecimento e experiência dos informantes.

Participaram no estudo cinco enfermeiros (população) que realizam consulta às pessoas portadoras de PMD/CDI, num hospital da Região de Lisboa, tendo-lhes sido solicitado que descrevessem em forma de narrativas escritas, como desenvolvem a sua intervenção junto dessas pessoas, sendo que a utilização de narrativas de acordo com Amendoeira, Barroso e Silva (2014) ao serem conotadas como uma forma de estruturação e interpretação das vivências dos enfermeiros, promovem uma melhor compreensão da sua prática clínica.

O tratamento das narrativas foi realizado através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016), percorrendo as fases preconizada pelo autor, a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

As narrativas produzidas pelos enfermeiros, constituíram-se no  *corpus de análise* , tendo sido realizada “leitura flutuante”, na procura de “impressões e orientações” (Bardin, 2016, p.122) que numa primeira fase possibilitasse a organização do olhar dos investigadores sobre o modo como os que os enfermeiros descreveram a sua prática clínica. Definiu-se como unidade de contexto a narrativa (foram numeradas de 1 a 5) e como unidade de registo, a expressão ou frase significativa, optando por neste estudo não relevar a contagem frequencial, na sequência do que referem Grove, Burns & Gray (2013) quando afirmam que as técnicas de análise qualitativa, utilizam mais as palavras do que os números, na base da sua análise.

Na procura de “núcleos de sentido” (Bardin, 2016, p. 131) que fossem ao encontro do objetivo do estudo, as unidades de registo foram sendo agrupadas procurando a categorização da informação obtida.

Aquando da leitura das narrativas e verificando a necessidade de uniformizar a diversidade de léxico utilizado, recorreu-se à taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras – CIE; 2003) proposta pela Ordem dos Enfermeiros (2007) como a linguagem, que sendo comum, pode dar visibilidade à intervenção dos enfermeiros.

Dado que a intervenção do enfermeiro na consulta tem como intuito a capacitação para o autocuidado, elegeram-se como referencial teórico o Modelo de Dorothea Orem (2001).

Salienta-se que o presente estudo foi submetido à Comissão de Ética do já referenciado hospital tendo obtido parecer positivo para a sua realização, foi também solicitado aos enfermeiros o seu consentimento para a realização do estudo, garantindo-se os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

### 3 RESULTADOS

Todos os enfermeiros que realizam consulta aos portadores de PMD e CDI, aceitaram participar no estudo, elaborando as narrativas em que descreveram a sua intervenção junto destas pessoas.

Da análise das narrativas, emergiram três temas: a avaliação inicial, a intervenção de enfermagem e avaliação dos resultados da intervenção (Quadro 1), etapas da metodologia científica que todos os enfermeiros mobilizam na sua prática.

No tema **Avaliação Inicial**, pela análise das narrativas os enfermeiros focam a sua atenção em três categorias: a *Função* - fenómeno de enfermagem do Indivíduo relacionado com o processo corporal e operação não intencional relacionada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível (CIE, 2003, p. 17); a *Pessoa: Razão para a ação* - motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa (CIE, 2003, p. 43) e *Pessoa: Ação* - maneira como cada um atua, cuida ou se comporta, explicada e compreendida por meio de razões expressas (CIE, 2003, p. 55).

No que respeita ao Tema **Intervenção do Enfermeiro**, identificaram-se quatro categorias de ação de enfermagem (CIE, 2003): *Observar* - ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa, p. 146); *Gerir* - estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa, (CIE, p. 147); *Atender* - estar atento a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa (CIE, p. 154) e por fim, *Informar* - falar com alguém acerca de alguma coisa (CIE, p. 156).

Quanto à **Avaliação dos resultados das intervenções**, os enfermeiros avaliam aspetos relacionados com a *Integridade estrutural e funcional* da pessoa, sabendo-se que a manutenção da integridade (estrutural e funcional) é fundamental para o desenvolvimento de ações de autocuidado.

Os enfermeiros avaliam também, a *Ação de autocuidado*, que remete para a capacidade humana ou o poder de envolver-se/empenhar-se no autocuidado (Orem, 2001).

Quadro 1  
Quadro análise das narrativas

Tema	Categoria	Subcategoria
<b>Avaliação inicial</b>	Função	Ferida Cirúrgica
		Infeção
		Dor
		Mobilidade
	Pessoa: Razão para a ação	Medo
		Conhecimento
Preocupação		
Pessoa: Ação	Autocuidado	
	Gestão do regime terapêutico	
	Precaução de segurança	
<b>Intervenção do Enfermeiro</b>	Observar	Diagnosticar
		Vigiar
		Avaliar
	Gerir	Planear
		Referir
	Atender	Confortar
		Escutar
	Informar	Ensinar
Explicar		
<b>Avaliação dos resultados das intervenções</b>	Integridade estrutural ou funcional	Processos Corporais
		Bem estar psicológico
	Ação de autocuidado	Consciência da Condição de saúde
		Executar medidas de autocuidado
		Interação social

#### 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A intervenção do enfermeiro dirige-se à pessoa (ou ao cuidador), enquanto agente de autocuidado, que sendo uma característica humana complexa, adquirida; é o poder que o indivíduo possui em se comprometer nas atividades essenciais ao autocuidado, que resultam num sistema de ações direcionadas para o próprio ou para o ambiente, com o intuito da sua regulação, mantendo ou promovendo a sua integridade funcional e estrutural, bem como o seu desenvolvimento humano (Orem,2001).

Quando os enfermeiros desenvolvem a avaliação da pessoa (Avaliação Inicial) procuram avaliar a integridade da pessoa numa lógica mais orgânica/funcional (*Função*), mas dão atenção também à forma como a pessoa se comporta e cuida (*Razão para a ação*), bem como à motivação que a pessoa apresenta na compreensão e explicação do seu mesmo comportamento (*Ação*), o que deixa transparecer este olhar para o portador dos dispositivos, como agente participativo no seu próprio cuidado, ou seja, como agente de autocuidado.

Quando os enfermeiros avaliam a *Função*, das narrativas emergiram quatro focos de atenção, a *Ferida cirúrgica*, a *Infeção*, a *Dor* e a *Mobilidade* (Quadro 2).

Quadro 2  
Avaliação Inicial - Função

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Função	Ferida Cirúrgica	“observar o local onde foi implantado (dispositivo)” (N1)
	Infeção	“avaliando a presença de sinais inflamatórios” (N5)
	Dor	“questiono se tem dores” (N3)
	Mobilidade	“testo limitação física do membro superior” (N1)

No que respeita à *Ferida cirúrgica*, esta decorre da implantação dos dispositivos, embora já tenha passado algum tempo após esta implantação (cerca de um mês), o local ainda é foco de atenção, tal como se pode verificar nas unidades de registo apresentadas no quadro acima. Decorrente da ferida surge a probabilidade de ocorrer *Infeção*, sendo também evidenciado nas narrativas a necessidade de despistar sinais de infeção. A *Dor* é também avaliada pelos enfermeiros, assim como a capacidade de *Mobilidade* do membro homolateral.

Quadro 3  
Avaliação Inicial – Pessoa: Razão para a Ação

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Pessoa: Razão para a ação	Medo	“Existe a necessidade de avaliar o medo pelo risco aumentado de morte súbita/ou possível choque” (N1) “... medo de poderem transmitir o choque” (N2)
	Conhecimento	“se está lembrada do que foi falado na consulta anterior” (N3) “identificar necessidades de informação do doente e família” (N3)
	Preocupação	“preocupadas com a sua sexualidade e como as outras pessoas irão olhar para eles” (N2) “grande preocupação das pessoas em relação ao estado de saúde” (N2)

Na categoria *Pessoa: Razão para a Ação*, o enfermeiro procura avaliar junto da pessoa, sentimentos (*Medo*), processos que influenciam a capacidade de reter ou abandonar ações, nomeadamente relacionados com o pensamento (*Preocupação* e *Conhecimento*).

No que respeita ao *Medo*, é fundamental que os enfermeiros realizem a sua avaliação, dado que os portadores de CDI frequentemente sentem medo do choque, do isolamento, de conduzir viaturas, do CDI não funcionar corretamente, de que a atividade física e/ou atividade sexual resulte em administração de terapias de choque pelo dispositivo (Zayac & Finch, 2009).

Sabendo que qualquer dos dispositivos tem influência no seu processo de vida, sentindo por vezes grande dependência do dispositivo (Zayac & Finch, 2009), a *Preocupação* sendo “algo que domina o espírito, com exclusão de outros pensamentos, ou estar mentalmente distraído” (CIE, 2003, p.45) irá ter repercussões na forma como a pessoa desenvolve o seu papel de agente de autocuidado, o que justifica que seja um dos focos de atenção por parte do enfermeiro.

Avaliar o *Conhecimento* da pessoa, é referido por quase todos os enfermeiros, como fundamental, quer na validação do que já foi transmitido anteriormente (como se pode verificar na unidade de registo expressa no quadro), como também na procura de identificação das necessidades de informação, a fim de o planeamento da intervenção ser o mais individualizado possível.

Por fim, no tema avaliação inicial, os enfermeiros avaliam também junto da pessoa, a categoria *Pessoa: Ação* (Quadro 4), que como referido anteriormente remete para a maneira (explicada e compreendida por meio de razões expressas) como cada um atua, cuida ou se comporta (CIE, 2003).

Quadro 4  
Avaliação Inicial – Pessoa: Ação

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Pessoa: Ação	Autocuidado	“entusiasmo para retomar muitas das suas atividades diárias” (N3) “ (...) já começaram a realizar a sua vida normal do quotidiano” (N2)
	Gestão do regime terapêutico	“querem ter uma participação ativa na melhoria do seu quadro de saúde” (N2) “ (...) se avaliam a TA com regularidade, cuidados com a alimentação (...) e consumo de líquido” (N3)
	Precaução de segurança	“(as dúvidas) prendem-se com a realização das (...) tarefas domésticas, conduzir, trabalhar no campo” (N3). “Noto (...) num elevado número de pessoas, a falta de seguimento fora do Contexto Hospitalar” (N2)

A definição de *Autocuidado*, utilizada na subcategoria remete para o que se encontra expresso na CIPE Beta 2, que define autocuidado como sendo uma ação realizada apelo próprio tomando conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida (CIE, 2003). Através das narrativas é possível verificar que os enfermeiros procuram identificar junto da pessoa como esta desenvolve o autocuidado no retomar das suas atividades diárias, como é referido nas unidades de registo expressas no quadro acima.

A *Gestão do Regime Terapêutico* refere-se a um comportamento de adesão que permita executar atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades que são satisfatórias a fim de atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento, mas também para a prevenção da doença (CIE, 2003). Nas pessoas portadoras destes dispositivos, a avaliação da capacidade face à gestão do regime terapêutico é de suma importância versando o envolvimento no processo terapêutico, nas medidas levadas a cabo para controlar a situação de saúde, bem como no cumprimento do regime medicamentoso e alimentar.

Ao perceberem que existem pessoas que querem participar ativamente na melhoria da sua saúde, o planeamento da intervenção será diferente, do que se a pessoa não tiver essa manifestação de vontade. Segundo Zayac e Finch (2009), uma das questões mais pertinentes relativamente a estes doentes passa pela sua capacitação para o autocuidado na gestão do tratamento, mas essa capacitação só poderá ser desenvolvida se tiver subjacente uma avaliação prévia da pessoa.

Por fim, no que respeita a avaliação inicial, o enfermeiro tem como foco da sua atenção, as *Precauções de Segurança*. Ou seja, o enfermeiro avalia a capacidade da pessoa em “desempenhar atividades diretamente orientadas para prevenir e evitar acidentes ou perigos que são especificamente conhecidos por provocarem lesão e prejuízo” (CIE, 2003).

Estas três subcategorias estão muito interrelacionadas, dado que a avaliação da capacidade para o autocuidado, gestão do regime terapêutico e o desempenho de precauções de segurança, remete para a avaliação da capacidade de a pessoa poder ser um “agente do seu próprio autocuidado”.

Após a realização da avaliação da pessoa e/ou cuidador, o enfermeiro planeia a sua intervenção. No presente estudo, optou-se por organizar os dados, não como intervenções específicas, mas pelas dimensões das ações de enfermagem contempladas na CIPE (versão Beta2), como se pode verificar no Quadro 5.

Quadro 5  
Intervenção do Enfermeiro

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Observar	Diagnosticar	“a grande maioria dos doentes não percebeu muito bem a informação que foi dada (CDI e como funciona)” (N3) “questiono se o doente aumentou de peso ... ou com quantas almofadas dorme” (N3)
	Vigiar	“observo os tornozelos” (N3) “despisto sinais de estimulação diafragmática”
	Avaliar	“avaliando a presença ou não de sinais inflamatórios ou deiscências” (N5) “avalio os sinais vitais” (N3)
Gerir	Planear	“ (a Consulta) é programada em dia coincidente com o follow-up dos técnicos de cardiopneumologia” (N5). “quando as pessoas faltam (à consulta) procuramos saber o motivo e marcar nova data” (N5).
	Referir	“encaminho para os clínicos ou administrativos” (N5). “encaminhar o doente para o seu médico de família ... ao serviço de urgência ...” (N3).
Atender	Confortar	“disponibilidade para ouvir parece tranquilizar o doente” (N3) “importante tranquiliza-las” (N2)
	Escutar	“dando um maior espaço para que as pessoas exponham os seus receios, medos e dúvidas” (N1) “acabam por partilhar problemas não só de saúde mas também problemas pessoais (desemprego, dificuldades económicas)” (N3)
Informar	Ensinar	“começo por abordar vários temas, nomeadamente: utilização do telemóvel; utilização de aparelhos elétricos (...) viajar de avião; cartão de identificação do dispositivo; consultas de follow-up subsequentes; (...) recebem um folheto com algumas indicações” (N3) “a atividade física que podem ou não realizar” (N5)
	Explicar	“o controlo do INR quando faz Varfine” (N3) “Explicar o que é o choque, como (...) o vai sentir e o que fazer no caso de ter um ou mais choques” (N4)

Das narrativas, é claramente identificado que a ação de “ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa” (CIE, 2003, p.146), ou seja, a ação de *Observar*, assume grande relevância. A ação Observar implica a mobilização de instrumentos nomeadamente a observação, enquanto instrumento básico de enfermagem, como um processo de atenção e inteligência, um ato refletido de natureza analítica, incidindo sobre a informação individual da pessoa, mobilizando os cinco sentidos (Amendoeira, et al., 2003). Segundo Santos et al. (2008), a realização de uma consulta de enfermagem pressupõe o domínio pelo enfermeiro de competências de comunicação, observação e técnicas propedêuticas, com definição de objetivos claros, metodologias próprias e preferencialmente protocoladas.

Os enfermeiros através das suas narrativas demonstram que a ação *Gerir* - estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa (CIE, 2003, p.147), também está presente na sua intervenção, quer quando mobilizam a ação *Planear* - ponderar, ordenar e organizar previamente alguma coisa (CIE, 2003, p.48), relacionada com o replaneamento da consulta, ou quando a sua ação é *Referir* – “enviar ou dirigir alguém a alguma coisa” (CIE, 2003, p.48) sendo exemplo dessa ação o encaminhamento que fazem das pessoas para outros profissionais, ou serviços, como está expresso nas unidades apresentadas no quadro 5, estando de alguma forma evidente a interligação da intervenção dos enfermeiros com outros profissionais, serviços ou instituições.

Os enfermeiros durante a consulta, também “estão atentos a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa” (CIE, 2003, p.154), executando a ação *Atender*, nomeadamente quando procuram tranquilizar as pessoas (*Confortar*), ou quando se disponibilizam para ouvir as dúvidas, medos (*Escutar*).

Outra das ações identificadas foi *Informar* - falar com alguém acerca de alguma coisa (CIE, 2003, p.156), por opção dos investigadores, não se realizou uma análise frequencial, mas é evidente nas narrativas que durante a consulta, esta é a ação de maior ênfase, por parte dos enfermeiros, nas suas diferentes dimensões: *Ensinar* - dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde (CIE, 2003, p. 156), *Orientar* - dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a sua saúde (CIE, 2003, p. 157) e *Explicar* - tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém (CIE, 2003, p. 157).

A colocação de um PMD ou de um CDI implica alterações na vida dos seus portadores geradoras de dúvidas, sentimentos e comportamentos até estes, estarem adaptados a uma nova condição de saúde. Diferentes estudos (Zayac & Finch, 2009; Rassin, Zilcha & Gross, 2008; Chapagai, Andrews, & Naik, 2017) demonstram que a transmissão de informação é uma das estratégias que capacita a pessoa enquanto agente de autocuidado promovendo melhoria da qualidade de vida.

A intervenção dos enfermeiros ao nível da ação *Informar*, encontra-se em consonância com os estudos referidos, procurando ir ao encontro das necessidades individuais, na escuta do questionamento por parte das pessoas, mas transmitindo a informação que os enfermeiros consideram relevante e que esteja de acordo com a evidência científica (Yeo & Berg, 2004), nomeadamente ao nível dos conteúdos a abordar, tais como: a segurança da pessoa - prevenção da infecção, cuidados com o dispositivo; gestão do regime terapêutico - compreender a condição de saúde/doença, gestão dos sintomas, gestão do regime medicamentoso, regresso ao desenvolvimento das atividades diárias e vigilância de saúde; gestão das emoções - desmistificar medos e receios e referenciação para grupos de apoio (Amendoeira et al, 2017).

Segundo Orem (2001) a intervenção do enfermeiro é necessária, quando as pessoas necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento assim como quando a pessoa necessita de recuperação face a uma doença ou para enfrentar os seus efeitos. Orem (2001, p.349) identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar.

Analisando as categorias e sub categoriais, identificam-se estes cinco métodos de ajuda, mas com maior evidência para os últimos quatro, relacionando a ação *gerir* com o método *guiar e orientar*; o *atender*, parece corresponder ao apoio físico e psicológico e ao desenvolvimento pessoal, e por fim, o *informar* que corresponde ao método de ajuda – ensinar.

As narrativas evidenciaram que os enfermeiros procuram desenvolver ***Avaliação dos Resultados*** das suas ***Intervenções*** (Quadro 6), embora nem sempre de forma clara e objetiva, razão pela qual o estudo sobre a efectividade da consulta está a ser realizado.

Se o grande objetivo é a capacitação da pessoa para o autocuidado através da informação que é transmitida na consulta, a avaliação que os enfermeiros através das suas narrativas demonstram fazer, procura focar-se quer na área mais relacionada com a integridade estrutural e funcional da pessoa, quer na sua ação de autocuidado.

Os enfermeiros avaliam as pessoas ao nível *da Integridade estrutural e funcional* no que respeita aos *Processos corporais* (dados do domínio anatomo-fisiológico das funções corporais) e ao *Bem estar psicológico* - imagem mental de estar em boa condição psicológica, satisfação com o controlo do stress e do sofrimento (CIE, 2003 p.44).

Orem (2001) considera que os enfermeiros devem para além de monitorizar os doentes e auxiliar a que estes se monitorizem, de forma a que possam identificar o resultado de esforços que realizam no seu dia a dia, com o intuito de regularem o exercício ou o desenvolvimento da ação. Os enfermeiros, quando questionam as pessoas face aos seus *Processos corporais*, estão a validar se estes conseguem identificar alterações na sua integridade funcional, ou seja, por um lado estão a

identificar alterações, por outro a capacidade da pessoa em detetar essas mesmas alterações (conteúdos abordados na consulta anterior).

Quadro 6  
Avaliação dos resultados das intervenções

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Integridade estrutural ou funcional	Processos Corporais	“melhora em muito o cansaço fácil que os doentes tinham anteriormente” (N3)
	Bem estar psicológico	“Se alguns doentes referiram que ficam assustados, mas que após o susto inicial conseguiram encarar a situação com alguma naturalidade (o CDI acabou de lhe salvar a vida), outros referem que foi muito difícil lidar com a situação.” (N3)
Ação de autocuidado	Consciência da Condição de saúde	“Já tem a perceção que o aparelho não lhes trás qualquer tipo de problema para a realização das suas atividades de vida” (N2)
	Executar medidas de autocuidado	“ na segunda consulta já não têm qualquer tipo de dúvida em relação ao aparelho ou (...) condicionalismos inerentes a esse” (N2)
	Interação social	“Muitas dessas pessoas sentem-se bem ao fazerem parte de uma associação (...), em que podem privar em vários momentos de atividades com outras pessoas portadoras de dispositivos” (N2)

Os enfermeiros ao avaliarem o *Bem-estar psicológico* - imagem mental de estar em boa condição psicológica, satisfação com o controlo do stress e do sofrimento (CIE, 2003, p.44), como indicador de resultado, estão a valorizar o impacto que este tem na integridade estrutural da pessoa e a repercussão que tem no desenvolvimento do autocuidado, assim como se a intervenção que desenvolveram junto da mesma, nomeadamente no que respeita à informação que transmitiram, foi eficaz, se existe necessidade de reforçar alguns dos conteúdos, ou de abordar novas temáticas, decorrentes do que avaliam.

Os enfermeiros avaliam a **ação de autocuidado** (capacidade humana ou poder de se comprometer no autocuidado) mobilizando como indicadores na sua *avaliação a consciência da condição de saúde*, a capacidade da pessoa *executar medidas de autocuidado* e por fim o desenvolvimento da *interação social*.

A Direção Geral da Saúde (2004) define condição de saúde, como um termo genérico para doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos, podendo também incluir circunstâncias como gravidez, envelhecimento, stresse, anomalia congénita, ou predisposição genética. Quando o enfermeiro realiza a avaliação da *consciência* que a pessoa possui da sua *condição de saúde*, valida o conhecimento que tem sobre o seu processo de doença e as implicações nas suas atividades diárias.

A avaliação da capacidade da pessoa *executar as medidas de autocuidado*, relaciona-se com a intervenção do enfermeiro ao nível do ensino que desenvolveu face aos condicionalismos que os dispositivos possam ter nos processos de vida das pessoas. Ao identificarem esses condicionalismos e a forma como a pessoa os conseguiu gerir, pode remeter para um novo planeamento da informação a transmitir.

Por fim, importa a estes enfermeiros avaliar de que forma a pessoa desenvolve a *interação social*, ou se a colocação dos dispositivos está a influenciar essa mesma interação, sabendo que, de acordo com Orem (2001, p.225) “a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social” é um requisito do autocuidado universal, importa identificar se as pessoas referem alguma limitação face à forma como a implantação do dispositivo influenciou a sua relação consigo mesma, ou com os outros. Zayac e Finch (2009) identificaram que portadores de CDI necessitam de apoio

nomeadamente no que respeita a aconselhamento sexual, na ajuda a lidarem com os sentimentos de insegurança, necessitam de mais apoio da família, amigos e dos profissionais de saúde.

Também, Meyers & James (2008) no estudo que desenvolveram comparando diferenças entre um grupo de doentes com CDI que frequentaram grupos de apoio e outro que não o fizeram, obtiveram como um dos resultados, a relação entre o aumento da satisfação dos doentes na participação nesses grupos relacionado com a diminuição da ansiedade e sentimentos de falta de apoio.

O enfermeiro através do ensino que desenvolve junto das pessoas, ajuda-as a compreender e a lidar com essa situação, esclarecendo as dúvidas que possam estar na génese de sentimentos negativos, procurando, promover contacto com outras pessoas com a mesma experiência, estando na organização e dinamização e encaminhamento para grupos de ajuda mútua.

## 5 CONCLUSÃO

A necessidade de caracterizar a variável de processo: intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem, implicou que se desenvolvesse o presente estudo procurando descrever a intervenção dos enfermeiros na consulta de enfermagem aos portadores da PMD e CDI.

A escolha das narrativas como instrumento de recolha de dados, proporcionou aos investigadores tomar contacto com os relatos dos enfermeiros, que de forma livre expressaram a sua experiência, o seu conhecimento, o que permitiu identificar como os enfermeiros diagnosticam, planeiam, executam e avaliam os resultados da sua intervenção.

Procurando olhar para os portadores de PMD e CDI como agentes do seu autocuidado, os enfermeiros durante a avaliação inicial procuram colher dados que lhes permitam conhecer a pessoa na área mais funcional (desempenho orgânico e funcional), não descurando os dados relativos ao modo como a pessoa se cuida e comporta, assim como às razões subjacentes a esse comportamento.

Na intervenção, através das narrativas, verificou-se que no momento da consulta, procuram realizar a vigilância da pessoa, em dar resposta às suas dúvidas e medos, a encaminhá-la para outros profissionais se assim for necessário, sendo o maior enfase, nas ações que promovam a capacitação da pessoa, informando-a.

Quanto à avaliação do resultado das intervenções, da análise das narrativas identificou-se a capacidade da pessoa em manter a integridade estrutural e funcional e em desenvolver a ação de autocuidado, como indicadores de resultado da intervenção do enfermeiro. Mas considera-se ser o domínio da intervenção do enfermeiro que está menos evidente, o que motiva estudos posteriores.

O presente estudo, enquanto estudo parcelar de um projeto de investigação-ação, contribuiu também para a identificação de problemas ou áreas que necessitam de mudança (Streubert & Carpenter, 2002) nomeadamente no que se refere à linguagem que os enfermeiros utilizam (a utilização de linguagem classificada, pode ajudar a explicitar de forma mais concreta a intervenção dos enfermeiros), assim como ao modo como os enfermeiros avaliam os resultados da sua intervenção (necessidade de encontrar indicadores de resultado).

Se o motivo que leva as pessoas à consulta decorre da intervenção de outros profissionais de saúde (implantação dos dispositivos), o desenvolvimento da intervenção do enfermeiro neste contexto, demonstra a profissionalidade do seu desempenho. Os enfermeiros avaliam as pessoas nas suas diferentes dimensões, enunciam diagnósticos de enfermagem decorrentes do seu processo de avaliação, prescrevem e executam as intervenções de enfermagem e avaliam os resultados dessas mesmas intervenções, baseados num corpo de conhecimento disciplinar e profissional, próprio, revelando a dimensão autónoma da sua intervenção na consulta de enfermagem e a importância desta consulta no acompanhamento dos portadores de PMD e CDI.

## 6 REFERÊNCIAS

- Amendoeira, J., Cândido, A., Cunha, F., Sarroeira, C., Ribeiro da Silva, H., Fernandes, P., & Silva, E. (2017). (In) Formar para Capacitar o portador de CDI e Pacemaker: uma análise qualitativa. Poster apresentado no VI Congresso Luso-espanhol de Estudantes de Enfermagem; Escola Superior de Saúde de Santarém; Santarém
- Amendoeira, J.; Barroso, I.; Silva, M.; (2014). "A Narrativa na Investigação Qualitativa", Trabalho apresentado no Congresso Investigação, Inovação e Tecnologia: Novos DESAFIOS, In Publicação da Revista da UIIPS – Fevereiro de 2014 - Número Especial Do Congresso Investigação, Inovação e Tecnologia: Novos Desafios, Santarém.
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., Marques, G.; Filipe, D. (2003). *Os Instrumentos Básicos na construção da Disciplina de Enfermagem: Expressões e Significados*. Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/88/1/PublicacaoOnlineIBInstrumentosBasicosdeEnfermagem%5B1%5D.pdf>.
- Bardin, L. (2016) *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lda; Lisboa; ISBN: 978-972-44-1506-2
- Chapagai, S., Andrews, G., & Naik, N. (January-March de 2017). A Study to Assess the Knowledge and Quality of Life of Pacemaker Patients with a view to Develop an Information Booklet. *Asian Journal Nursing Education and Research* 7 (1), pp. 108-114. retirado de: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=122825818&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sepq84v%2BvIOLCmr0%2Bep7JSSa64TbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOZprkiuqLdluePfgex43zx>. ISSN: 2349-2996 (Online)
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril
- Direção Geral de Saúde (2017) Cardioversores-Desfibriladores Implantáveis (CDI) e Terapêutica de Ressincronização Cardíaca (TRC). Norma nº 009/2014 de 23/7/2014 atualizada em 17/7/2017. DGS: Portugal
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: DGS: Organização Mundial de Saúde.
- Doran, D. I., Sidani, S., & Keatings, M. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*; 38 (1), pp. 29-39.
- European Society of Cardiology (2013) Recomendações de 2013 da ESC para pacing cardíaco e terapêutica de ressincronização cardíaca. *European Society of Cardiology*: França
- Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade de cuidados. *Revista UIIPS*; v.3; nº 5, pp. 396-407. ISSN: 2182-960 <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/issue/view/5>
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research (7th ed.)*. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Malm, D., Karlsson, J., & Frilund, B. (2007). Effects of a self-care program on the health-related quality of life of pacemaker patients: a nursing intervention study. *Canadian Journal Of Cardiovascular Nurse. Vol 1; nº 17*, pp. 3-4. ISSN: 0889-4655
- Meyers, G., & James, G. (2008 Fall). Social support, anxiety, and support group participation in patients with implantable cardioverter defibrillator. *Progress in Cardiovascular Nursing; Fall; 23 (4)* , pp. 160-167. doi: 10.1111/j.1751-7117.2008.00009.x.
- Ministério da Saúde. Portaria nº163/2013. D.R. nº 80, Série I de 2013/04/24
- Ordem dos Enfermeiros. (24 de Abril de 2007). Sistemas de Informação de Enfermagem. *Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico - funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis, Missouri: Mosby.

- Polit, D., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Rassin, M., Zilcha, L., & Gross, D. (2008). 'A pacemaker in my heart' – classification of questions asked by pacemaker patients as a basis for intervention. *Journal of Clinical Nursing*; 18, pp. 56-62. retirado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02432.x/epdf>
- Santos, S.; Jesus, M. C. P.; Amaral, A. M. M.; Costa, D.M. N.; Arcanjo, R. A. (2008) A Consulta de Enfermagem no Contexto da Atenção Básica de Saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. In Contexto de Enfermagem. Florianópolis, ISSN: 0104-0707. Vol. 17, N.º 1 (Janeiro/Março de 2008), pp. 124-130.
- Sidani, S., & Irvine, D. (1999). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*; 30 (1), pp. 58-66.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência, Lda.
- Taylor, S., & Renpenning, K. (2011). *Self-care Science, nursing theory, and evidence-based practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0779-4
- Wood, M., & Ellenbogen, K. (2002). Cardiac Pacemakers From the Patient's Perspective. *Circulation*; 105 , pp. 2136-2138. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000016183.07898.90>
- Woodruff, J., & Prudente, L. (July/August de 2005). Update on implantable pacemakers. *Journal of Cardiovascular Nursing* n° 20, pp. 261-268. retirado de <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=106507147&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sepq84v%2BvIOLCmr0%2Bep7JSsae4SLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgex43zx>
- Yeo, T., & Berg, N. (December de 2004). Counseling Patients with Implanted Cardiac Devices. *The Nurse Practitioner*; Vol 29, n° 12, pp. 58-65. ISSN: 0361-1817. retirado de: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=106591519&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sepq84v%2BvIOLCmr0%2Bep7JSsK%2B4S7WWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgex43zx>
- Zayac, S., & Finch, N. (2009). Recipients of implanted cardioverter-defibrillator actual and perceived adaptation: a review of literature. *Journal of American Academy of Nurses Practitioners*; 21 , pp. 549-556. doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00445.x. retirado de: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=105322872&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sepq84v%2BvIOLCmr0%2Bep7JSsKy4TbeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgex43zx>