



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

5º CURSO

**EFICÁCIA DA FORMAÇÃO NA MELHORIA DOS
CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO COM FATORES DE RISCO
CARDIOVASCULAR SOBRE COMO ATUAR EM SITUAÇÕES DE
ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Ana Paula Esperança Pedro

Leiria, 6 de agosto de 2018



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
5º CURSO

**EFICÁCIA DA FORMAÇÃO NA MELHORIA DOS
CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO COM FATORES DE RISCO
CARDIOVASCULAR SOBRE COMO ATUAR EM SITUAÇÕES DE
ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Ana Paula Esperança Pedro, Aluno N° 5160020

Unidade Curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Saudade Lopes

Leiria, 6 de agosto de 2018

Os casos só favorecem os espíritos preparados

Louis Pasteur

Dedico este trabalho ao meu pai, a minha inspiração...

AGRADECIMENTOS

A concretização deste estudo individual, não teria sido possível sem a colaboração de um conjunto de pessoas e instituições, às quais manifesto o meu sincero agradecimento a todos, em especial:

À Professora Doutora Saudade Lopes, pela imensa disponibilidade, transmissão de conhecimentos e por toda a ajuda facultada.

À Professora Maria dos Anjos Dixe como orientadora de Curso, por toda a ajuda e apoio disponibilizados no meu percurso académico, desde 2001.

Ao Enfermeiro Chefe Paulo Lopes, à Enfermeira Chefe Teresa Peralta e ao Enfermeiro Nelson Pedrosa, pela compreensão e disponibilidade neste difícil percurso.

À Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a quem agradeço a análise que possibilitou o seu parecer positivo para a realização desta investigação.

Às Instituições, Presidentes e Diretores dessas Instituições onde decorreu a investigação, sendo elas a Associação Desportiva e Recreativa de Barreiros, o Centro Social da Casa do Povo de Amor e o Centro Social Baptista de Leiria.

Aos utentes das Instituições que aceitaram colaborar neste estudo, respondendo aos questionários de investigação e participando em sessões de Educação para a Saúde.

Ao meu pai, a minha fonte de inspiração, que em conjunto com a minha mãe me deram bons valores, coragem para lutar e persistência para atingir todos objetivos, mesmo os impossíveis.

A toda a minha família, pelo amor incondicional e muita ajuda neste percurso formativo.

Ao João, meu melhor amigo, que nesta fase foi também namorado, noivo, marido e a pessoa que mais me motivou em todos os momentos difíceis.

Aos meus amigos, pelo apoio e amizade constantes, sobretudo nos piores momentos.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AMI- *Acute Myocardial Infarction*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CDC- *Centers for Disease Control and Prevention*

CK-MB - Creatinaquinase do Músculo Cardíaco

CV - Cardiovascular

ECG - Eletrocardiograma

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EUA - Estados Unidos da América

HDL- Lipoproteína de Alta Densidade

IECAS - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina

SCA - Síndrome Coronário Agudo

SCORE -*Systematic Coronary Risk Evaluation*

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

RESUMO

Enquadramento: Os Enfartes Agudos do Miocárdio (EAM) têm um grande impacto na nossa sociedade. A falta de conhecimento sobre a sua sintomatologia e como atuar em situações de urgência, causa atraso no tratamento e, muitas vezes, morte evitável. É com base neste pressuposto que surgiu este projeto de investigação.

Metodologia: Realizou-se um estudo quantitativo, quasi-experimental, do tipo pré-teste e pós-teste, sem grupo controlo, com o objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção formativa. A amostra foi constituída por 40 participantes em idade de risco. Foi construído um questionário para aferir os conhecimentos antes, imediatamente e um mês após a formação.

Resultados: Os homens demonstraram apresentar mais conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM, em comparação com as mulheres, imediatamente após a formação. Em menor idade associam-se valores mais elevados de conhecimentos e vice-versa. Não foram encontradas diferenças nos conhecimentos dos participantes influenciadas pelos diferentes níveis de escolaridade e pelo risco cardiovascular dos participantes. Sobre conhecimentos de EAM e modos de atuação, o número de respostas melhores foi de 5, em 88 respostas, sendo 4,55% imediatamente após a formação e de 1,12% um mês após a formação. O número de respostas piores em relação às melhores foi de 18 em 88 respostas, sendo 2,27% imediatamente após a formação e 18,18% um mês depois. O número de respostas iguais foi de 44,32% imediatamente após a formação e 48,86% um mês depois.

Conclusão: . A formação conferiu uma melhoria pouco significativa dos conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de EAM. No entanto, os conhecimentos não permaneceram no tempo, ou seja, quanto mais tempo passava, menos conhecimentos ficavam na memória a longo prazo dos participantes.

Palavras-Chave: Conhecimentos, População, Fatores de Risco, Enfarte, Tratamento de emergência.

ABSTRACT

Background: Acute Myocardial Infarction (AMI) has a major impact on our society. Lack of knowledge about its symptomatology and how to act in emergency situations, often, causes treatment delay and preventable death. It is based on this assumption that this research project arose.

Methodology: A quantitative, quasi-experimental, pre-test and post-test, without control group, was carried out to evaluate the efficacy of a structured training intervention. The sample consisted of 40 participants at risk age. A questionnaire was constructed to gauge the knowledge before, immediately and one month after the training.

Results: The men, immediately after training, showed bigger knowledge in how to act in AMI situations, compared to women. At lower age, higher values of knowledge are associated and vice versa. There weren't found differences in participants knowledge influenced by the different levels of education and by their cardiovascular risk. Regarding AMI knowledge and modes of action, the number of best answers was 5 in 88 responses, 4.55% immediately after training and 1.12% one month after training. The number of responses worse and the best was 18 in 88 responses, 2.27% immediately after training and 18.18% a month later. The number of equal responses was 44.32% immediately after training and 48.86% one month later.

Conclusion: The training gave a little improvement of the individuals knowledge about how to act in situations of AMI. However, the knowledge remained in the participants' long-term memory.

Keywords: Knowledge, Population, Risk Factors, Infarction, Emergency Treatment.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO 18

1.1. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO 18

1.2. FATORES DE RISCO 22

1.2.1. Avaliação do risco cardiovascular 23

1.3. CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO E MEDIDAS FORMATIVAS 24

2.METODOLOGIA 29

2.1.CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS 29

2.2.QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES 30

2.3.POPULAÇÃO E AMOSTRA 31

2.4. INSTRUMENTOS 31

2.5.PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 33

2.6.TRATAMENTO ESTATÍSTICO 34

3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS 35

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 35

3.2. IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS PARTICIPANTES 38

3.3.CONHECIMENTOS SOBRE COMO ATUAR EM SITUAÇÕES DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO E A SUA RELAÇÃO COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES 42

3.4. EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO FORMATIVA NA MELHORIA DOS CONHECIMENTOS SOBRE COMO ATUAR EM SITUAÇÕES DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO 46

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 64

5. CONCLUSÃO 74

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 78

ANEXOS

ANEXO I	Escala de Risco de <i>Framingham</i>
ANEXO II	SCORE- <i>Systematic Coronary Risk Evaluation</i>
ANEXO III	Algoritmo de avaliação de Risco Cardiovascular da Direção-Geral da Saúde
ANEXO IV	Pedido de autorização e resposta da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
ANEXO V	Pedidos de autorização e resposta às três Instituições onde decorreu a investigação

APÊNDICES

APÊNDICE A	Questionário de Investigação
APÊNDICE B	Planificação da Intervenção Formativa sobre EAM
APÊNDICE C	Panfleto Informativo
APÊNDICE D	Conteúdo apresentado na Intervenção Formativa sobre EAM

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA 1** Coração com artéria coronária obstruída e consequente necrose miocárdica 19
- FIGURA 2** Esquema representativo dos objetivos do estudo 29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Idade dos participantes dividida em dois grupos etários 36

ÍNDICE DE TABELAS

- TABELA 1** Sexo e escolaridade dos participantes 35
- TABELA 2** Idade dos participantes 36
- TABELA 3** Autonomia nas atividades de vida diárias dos participantes 37
- TABELA 4** Profissões dos participantes 37
- TABELA 5** Hábitos tabágicos dos participantes 39
- TABELA 6** Tensão arterial dos participantes 39
- TABELA 7** Medicação habitual dos participantes 40
- TABELA 8** Antecedentes de doença dos participantes 41
- TABELA 9** Doenças associadas ao risco cardiovascular dos participantes 42
- TABELA 10** Estatísticas do número de respostas certas dos conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de EAM nos três momentos formativos 43
- TABELA 11** Resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre os conhecimentos dos participantes nos três momentos formativos e o Sexo 43
- TABELA 12** Correlação de *Spearman* entre os conhecimentos dos participantes nos três momentos formativos e a Idade 44
- TABELA 13** Resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* entre os conhecimentos dos participantes nos três momentos formativos e a Escolaridade 44
- TABELA 14** Resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre os conhecimentos nos três momentos formativos e as doenças associadas ao risco cardiovascular dos participantes 45
- TABELA 15** Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre EAM antes e imediatamente após a formação 47

TABELA 16 Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre fatores de risco antes e imediatamente após a formação 48

TABELA 17 Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre sintomas de EAM antes e imediatamente após a formação 51

TABELA 18 Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM antes e imediatamente após a formação 54

TABELA 19 Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre EAM antes e um mês após a formação 56

TABELA 20 Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre fatores de risco antes e um mês após a formação 57

TABELA 21 Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre sintomas de EAM antes e um mês após a formação 59

TABELA 22 Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM antes e um mês após a formação 62

INTRODUÇÃO

Inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Leiria, tive a oportunidade de desenvolver o atual trabalho de investigação. O tema escolhido foi “Eficácia da formação na melhoria dos conhecimentos da população com fatores de risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo Do Miocárdio”. A escolha do tema teve como objetivo futuro evitar outras mortes pelo facto dos utentes desconhecerem a sintomatologia e a necessidade de tratamento de urgência em caso de EAM. A motivação para a escolha do tema foi de cariz pessoal, tendo noção que o óbito do meu pai poderia ter sido evitado, pela falta de conhecimentos sobre os sintomas e como atuar perante uma urgência coronária.

As doenças cardiovasculares, doenças do aparelho circulatório, foram a principal causa de morte em Portugal entre 1988 e 2013 (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

Síndrome Coronário Agudo (SCA) é o termo usado para situações em que há comprometimento do sangue fornecido ao músculo cardíaco pelas artérias coronárias (American Heart Association, 2017). Devido à isquémia causada pela obstrução das artérias coronárias, principalmente, por placas de ateroma e coágulos, podem ocorrer danos e necrose celular a nível do músculo cardíaco- EAM (American Heart Association, 2017).

A sintomatologia presente em urgências coronárias é a seguinte: dor anginosa, dispneia, tonturas, náuseas, vômitos, sudorese e nalguns casos, astenia (American Heart Association, 2017). O tratamento é mais eficaz quando o alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas de isquémia (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015). Mesmo havendo dúvidas no diagnóstico, deve ser acionado o apoio de Emergência Médica. A pessoa com suspeita de EAM não deve conduzir, deve ser transportada numa ambulância, começando assim o tratamento precoce (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015). As terapias recomendadas na fase pré-hospitalar são as seguintes: colocação de oxigénio, controlo da dor, administração de nitratos, de anti-agregantes plaquetares e de anticoagulantes (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009). Após a

confirmação do diagnóstico, em ambiente hospitalar, o tratamento inclui estratégias farmacológicas ou uma combinação de estratégias farmacológicas e de revascularização (Royal College of Physicians, 2011). A existência e ativação da Via Verde Coronária permite um acesso direto a angioplastia primária e tratamentos adequados, associando-se a esta Via Verde, uma baixa taxa de mortalidade dos doentes admitidos por EAM (Marques et al., 2012).

Os fatores de risco cardiovascular são os seguintes: tabagismo, hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, sedentarismo, obesidade, stress e antecedentes familiares (American Heart Association, 2017). Podem ser estimados através de escalas validadas para o efeito: o SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) e escala de risco de Framingham (Tralhão et al., 2014).

A população portuguesa possui os piores resultados a nível de conhecimentos efetivos sobre a doença cardiovascular (Serra e Silva, 2009). Muitos doentes não sabem reconhecer adequadamente os sintomas. Num estudo realizado pela Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular, só 29% ligaram para o 112 e apenas 24% sabe quais são os sintomas de EAM. A diferença de tempo entre o início dos sintomas e o tratamento continua a ser elevado, sendo necessário continuar a sensibilizar a população para reconhecer os sintomas de EAM, para o que se deve fazer e para a importância de ligar para o 112 (Pereira, 2015). Segundo Branco e Nunes (2008), 84,4% identificaram dor, desconforto e sensação de pressão no peito como sintomatologia de EAM e de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2005, citado por Branco et al., 2008), foram 92,1% participantes. Ainda segundo Branco et al. (2008), 40% das pessoas perante sintomatologia de EAM- dor, desconforto e sensação de pressão no peito, sudorese, náuseas e vómitos- ligariam para o 112 em primeiro lugar e 9,7% recorreria ao hospital. A educação em saúde é um instrumento importante de promoção à saúde e estímulo para o autocuidado (Silva, 2005).

A questão de partida que procurei responder foi a seguinte: “Qual foi a eficácia da intervenção formativa, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como reconhecer a sintomatologia e atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio?”

Com a intervenção formativa pretendeu-se avaliar e melhorar os conhecimentos da população com fatores de risco, especificamente dos utentes com capacidades de aprendizagem do Centro Social da Casa do Povo de Amor, da Associação Desportiva e Recreativa de Barreiros e do Centro Social Baptista de Leiria, sobre reconhecer a sintomatologia e como atuar em situações de EAM. A amostra foi constituída por 40 participantes nos questionários realizados antes e imediatamente após a formação, ficando reduzida para 32 participantes um mês após a formação.

Face ao exposto, os objetivos do estudo foram os seguintes: identificar os fatores de risco cardiovascular dos participantes; avaliar os conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM; relacionar os conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM com alguns fatores sociodemográficos e clínicos e avaliar a eficácia da intervenção de medidas formativas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM.

Os instrumentos selecionados foram questionários, pela sua fiabilidade e aplicabilidade. Foram cumpridos os procedimentos éticos e formais, com os devidos pedidos de autorizações à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, às três Instituições onde decorreu a investigação, bem como aos participantes no estudo. Foram também dadas garantias de anonimato e sigilo.

O tratamento estatístico dos dados foi feito com o programa informático *Statistical Package for the Social Science (SPSS) Versão 24*. Foi usada estatística descritiva e inferencial não paramétrica porque não há uma distribuição normal (Pestana e Gageiro, 2014). Realizou-se um estudo quantitativo, quasi-experimental, do tipo pré-teste e pós-teste, sem grupo controlo, com o objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção estruturada (Ribeiro, 2016). Este estudo considera-se quase experimental a nível do controlo de variáveis, uma vez que há controlo de algumas variáveis e quantitativo quanto ao tipo de tratamento de dados. Os testes utilizados foram os seguintes, de acordo com Pestana e Gageiro (2014): o teste U de Mann-Whitney (compara duas amostras independentes); correlação de Spearman (correlaciona duas variáveis quantitativas); teste de Kruskal-Wallis (aplica-se para mais do que dois grupos independentes) e o teste de

Wilcoxon (utiliza-se em variáveis ordinais com dois ou mais intervalos, sendo aqui aplicada nos momentos antes e depois da formação).

O presente trabalho pode ser dividido em quatro partes: no enquadramento teórico; na metodologia; na apresentação dos dados e análises dos resultados e na discussão dos resultados. Na primeira parte estão descritas a patologia EAM, os fatores de risco, sua avaliação, os conhecimentos da população e medidas formativas. A metodologia é constituída por concetualização do estudo e objetivos, questões de investigação/ hipóteses, população e amostra, instrumentos, procedimentos formais e éticos e tratamento estatístico. Na apresentação dos dados e análises dos resultados estão a caracterização da amostra, a identificação dos fatores de risco dos participantes, os conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM e a sua relação com fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes e a eficácia da intervenção formativa de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM. Na discussão é feita avaliação e interpretação dos resultados, contextualizando-os com a literatura. Finaliza-se apresentando uma breve conclusão e as referências bibliográficas consultadas. Em anexos, faculto a escala de risco de *Framingham*, a escala SCORE, o algoritmo de avaliação de risco cardiovascular e os pedidos de autorização à comissão de ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e às instituições onde decorreu o estudo. Em apêndices encontram-se o questionário de investigação, a planificação da ação de formação, o panfleto informativo e o conteúdo apresentado na sessão de educação para a saúde.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

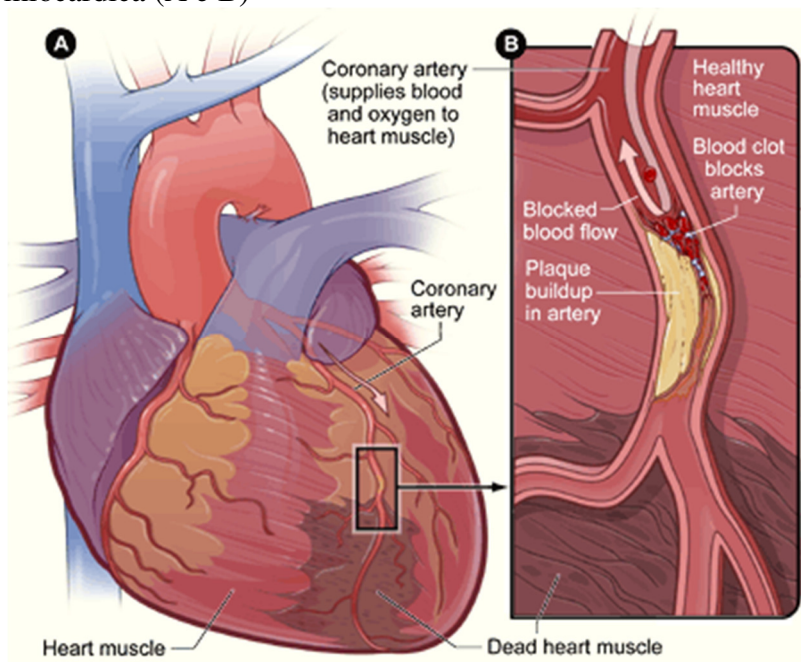
Os EAM têm um grande impacto na nossa sociedade e são cada vez mais os utentes com fatores de risco. No entanto, a falta de conhecimento sobre a sintomatologia e como atuar em situações de urgência, causa atraso no tratamento e por vezes morte. Para tal é importante realizar uma intervenção na melhoria dos conhecimentos da população com fatores de risco cardiovascular, sobre como atuar em situações de EAM. Para se compreender e aprofundar os conhecimentos sobre este tema, realiza-se uma breve introdução aos temas previamente referidos.

1.1. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

As chamadas doenças cardiovasculares são as doenças do aparelho circulatório e foram a principal causa de morte em Portugal entre 1988 e 2013. Dentro destas encontram-se as doenças isquémicas cardíacas e os EAM (Instituto Nacional de Estatística, 2017). O número de óbitos causados por EAM em pessoas com menos de 65 anos foi de 592 homens e 159 mulheres em 2015. O número de óbitos em pessoas com mais de 65 anos foi de 3975 homens e 3560 mulheres, correspondendo a 90,9% da mortalidade por EAM nesse ano (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

A aterosclerose é uma doença fibroproliferativa crónica que atinge médias e grandes artérias, principalmente pela acumulação de lípidos e tecido fibroso- ateroma (Bassand et al., 2007). Quando há um ateroma na parede da artéria coronária, forma-se um coágulo em seu redor, que compromete assim o fluxo sanguíneo. Quando o miocárdio fica privado de oxigénio e nutrientes devido a esta obstrução, diz-se que há isquémia miocárdica (Figura1). Devido a esta isquémia, podem ocorrer danos e morte celular a nível do músculo cardíaco, estando então a ocorrer o EAM. Esta obstrução pode ser repentina e total ou pode ser intermitente quando o coágulo não obstrói a artéria completamente. Mas em ambas as situações há necrose cardíaca, seja de algumas células ou de uma grande parte do coração, como se evidencia na figura 1 (American Heart Association, 2017).

FIGURA 1- Coração (A) com artéria coronária obstruída (B) e consequente necrose miocárdica (A e B)



FONTE: National Heart, Lung, and Blood Institute (2015).

Um espasmo muscular pode também comprometer o fluxo sanguíneo na artéria coronária, sendo uma causa incomum de EAM em artérias não afetadas por aterosclerose. As causas prováveis para a ocorrência de espasmo arterial são as seguintes: stress, dor, hipotermia profunda, tabagismo, certos fármacos e drogas, como a cocaína (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015).

Angina é um síndrome clínico (Araújo, 1999) caracterizado por dor e desconforto torácico na região pré-cordial, podendo irradiar para os membros superiores (normalmente para o braço esquerdo), ombros, pescoço e mandíbula. A angina é causada pela redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio, que provoca anóxia nas células que constituem o músculo cardíaco. Anemia grave, estenose aórtica e algumas doenças são potencialmente causadoras do aumento da dor anginosa. Pode ocorrer devido a esforço físico ou stress-angina estável, mas é o principal sintoma de EAM- angina instável. Esta última é repentina e continuada, enquanto que a angina estável cessa com o repouso (Royal College of Physicians, 2011).

Todos os anos, mais de um milhão de pessoas nos Estados Unidos da América (EUA) sofre um EAM e cerca de metade delas morreu por não receber ajuda

imediatamente. Devido a este motivo é importante conhecer os seus sintomas (US National Library of Medicine, 2017).

A sintomatologia presente em doentes com EAM é a seguinte: angina (previamente descrita), dispneia, tonturas, náuseas, vômitos, sudorese e nalguns casos, astenia (American Heart Association, 2017).

Cerca de 40% dos óbitos por EAM em Portugal, ocorre no domicílio (Instituto Nacional de Estatística, 2017). O tratamento é mais eficaz quando o alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas de isquemia. Se a dor anginosa é habitual e o doente é medicado com nitroglicerina, esta deve ser administrada por via sublingual, imediatamente (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015).

Face a um EAM, a intervenção deve ser imediata, sendo fundamental o pedido de apoio especializado (US National Library of Medicine, 2017). Mesmo havendo dúvidas no diagnóstico, deve ser acionado o apoio de Emergência Médica. A pessoa com suspeita de EAM não deve conduzir, deve ser transportada numa ambulância para uma sala de emergência, começando assim o tratamento precoce (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015).

As terapias recomendadas na fase pré-hospitalar do EAM são quase todas empíricas, baseadas em estudos realizados em pacientes hospitalizados. As terapias recomendadas são as seguintes: colocação de oxigénio suplementar, alívio/controlo da dor, administração de nitratos e de antitrombolíticos- anti-agregantes plaquetares (como o ácido acetilsalicílico, o ticagrelor e o clopidogrel) e de anticoagulantes (como as heparinas) (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009). Os medicamentos trombolíticos têm como finalidade a dissolução dos coágulos sanguíneos que bloqueiam as artérias coronárias. Estes fármacos devem ser administrados o mais rapidamente possível, de preferência logo que surja a primeira sintomatologia de isquémia coronária (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015).

Em ambiente hospitalar é feito um historial médico, familiar e um exame físico. Se persistir a suspeita de doença coronária, é feita colheita de sangue para análise de marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (troponina e por vezes Creatinaquinase do músculo cardíaco (CK-MB)). É também realizado um eletrocardiograma (ECG),

sendo as alterações de ECG- elevação ou depressão do segmento ST- indicativas de isquémia (Alpert, Thygesen, Antman e Bassand, 2000).

O tratamento do EAM inclui estratégias farmacológicas ou uma combinação de estratégias farmacológicas e de revascularização (Royal College of Physicians, 2011). As medidas farmacológicas são as seguintes (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015):

- Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAS) - Usados em doentes com hipertensão arterial. Reduzindo a pressão, irá assim diminuir o trabalho cardíaco, não comprometendo ainda mais o músculo cardíaco e a fração de ejeção ventricular.

- Anti-agregantes plaquetares - Evitam a ativação, a agregação de plaquetas e a consequente formação de coágulos. Deste grupo são habitualmente usados o ácido acetilsalicílico (300 mg), o ticagrelor e o clopidogrel.

- Anticoagulantes - Impedem a formação de coágulos sanguíneos, destacando-se as heparinas e a varfarina.

- Fibrinolíticos ou trombolíticos - Dissolvem os trombos sanguíneos. Em meio hospitalar são habitualmente usados o alteplase e o tenecteplase.

- Betabloqueantes - Diminuem a pré-carga cardíaca e são também antiarrítmicos. Além disso provocam alívio da dor e do desconforto pré-cordiais.

- Estatinas - Diminuem ou controlam os níveis de colesterol sanguíneo, evitando outro processo isquémico coronário.

Ainda como medidas farmacológicas apresentam-se as seguintes (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009):

- Analgesia - Diminui o consumo de oxigénio pelo miocárdio isquémico. A analgesia de eleição é a morfina endovenosa.

- Oxigenoterapia - É recomendada em todos os doentes com EAM sem complicações nas primeiras 3-6 horas, não havendo evidências de benefícios, posteriormente. No entanto é

recomendada a monitorização de oximetria, devendo fornecer-se oxigénio suplementar quando assim se justificar.

- Nitratos - Deve ser usada por via endovenosa nos seguintes casos: isquémia persistente, falência de bomba, EAM extenso e hipertensão arterial sistémica. As vias oral ou tópica devem ser recurso em caso de doentes com disfunção ventricular esquerda.

A revascularização pode ser realizada utilizando técnicas percutâneas ou por cirurgia (Royal College of Physicians, 2011). A intervenção coronária percutânea ou angioplastia coronária é um procedimento não cirúrgico, que consiste na desobstrução das artérias coronárias através de um catéter-balão, aumentando assim o fluxo sanguíneo para o miocárdio. Após a desobstrução da artéria coronária, implanta-se uma prótese endovascular- *stent*- que mantém a artéria aberta (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015). A intervenção coronária percutânea é efetuada nas primeiras 12 horas após o início dos sintomas. A revascularização cirúrgica de urgência do miocárdio só é indicada em pacientes com anatomia coronária favorável, quando houver contra-indicação ou insucesso nas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas previamente mencionadas. Pode ser uma alternativa ainda quando há complicações, como isquémia recorrente, choque cardiogénico e complicações mecânicas. A cirurgia de revascularização eletiva/programada obedece a critérios clássicos a partir de 3 a 7 dias, após o episódio do EAM (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009).

A existência e ativação da Via Verde Coronária permite um acesso direto a angioplastia primária e tratamentos adequados, associando-se a esta Via Verde, uma baixa taxa de mortalidade dos doentes admitidos por EAM (Marques et al., 2012).

1.2. FATORES DE RISCO

Os fatores de risco de doença coronária são condições ou hábitos que aumentam o risco de aparecimento ou agravamento de doença cardíaca coronária (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2016).

A doença aterosclerótica por si só, constitui um importante fator de risco cardiovascular (CV) mas é resultado de diversos fatores intervenientes- genéticos, ambientais, dietéticos, metabólicos, hemodinâmicos e inflamatórios (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Segundo a American Heart Association (2017), os SCA estão associados aos seguintes fatores de risco: tabagismo, hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, sedentarismo, obesidade, stress e antecedentes familiares.

O risco CV global é o risco decorrente da interação de todos os fatores de risco presentes num indivíduo, não sendo valorizados então os fatores de risco isoladamente, mas no seu todo (Mafra e Oliveira, 2008).

1.2.1. Avaliação do risco cardiovascular

Os fatores de risco CV podem ser estimados através de escalas validadas para o efeito: o SCORE e escala de risco de *Framingham* (Tralhão et al., 2014). Existem várias escalas para cálculo do risco CV global. Em Portugal, estas duas são consideradas as principais, pelos motivos a seguir apresentados. A escala de *Framingham* teve uma importância muito grande no desenvolvimento do conceito de risco global e é a base da criação de inúmeras escalas. O SCORE é o instrumento recomendado na Europa e em Portugal, de acordo com a circular normativa da Direcção-Geral da Saúde, publicada em Abril de 2007 (Mafra e Oliveira, 2008).

A escala de risco de *Framingham* (Anexo I) foi construída com base no estudo *Framingham*, um estudo observacional prospetivo de 5300 indivíduos durante 50 anos, que decorreu na cidade de *Framingham*, EUA (Mafra e Oliveira, 2008). Pretende calcular a probabilidade de desenvolvimento de doença coronária em dez anos e associa os seguintes dados e/ou fatores de risco: faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração Lipoproteína de Alta Densidade (HDL), tabagismo e diabetes. A escala de risco de *Framingham* pode ser útil na comparação de populações, mas é considerada pouco útil na prática clínica (Lotufo, 2008).

O SCORE (Anexo II) foi elaborado por várias sociedades europeias. Teve início em 1994 e pretende ser um substituto ou um complemento da escala de *Framingham*, nos países europeus. Tem uma base de dados muito maior do que o estudo de *Framingham* (mais de 250.000 indivíduos) e é um estudo observacional durante 10 anos (Mafra e Oliveira, 2008). Associa os seguintes dados/fatores de risco: hipertensão arterial, sexo, tabagismo, valor de colesterol.

Em Portugal, a avaliação de Risco CV é realizada segundo um algoritmo, emitido pela Norma Número 005/2013, da Direção-Geral da Saúde, que se encontra em Anexo III (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O objetivo do cálculo do risco CV global é identificar os indivíduos que devem ser aconselhados e quais devem receber tratamento para prevenir a doença CV (Mafra e Oliveira, 2008).

Macário (2012) refere que o mais importante será avaliar o risco CV global e não as patologias de modo isolado (diabetes, hipertensão arterial, dislipidémia). Deste modo, a prevenção será orientada pelo risco global, ou seja, pelo resultado da somatória de todos os fatores de risco.

As vantagens de calcular o risco cardiovascular são identificar os utentes com risco elevado, atuar no controlo efetivo/eliminação dos fatores de risco e motivar os utentes para o cumprimento das medidas modificadoras de estilos de vida e farmacológicas. O objetivo da prevenção das doenças CV deve consistir em reduzir o risco CV global, abordando vários fatores de risco (Direção-Geral da Saúde, 2015).

1.3. CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO E MEDIDAS FORMATIVAS

A população portuguesa possui os piores resultados a nível de conhecimentos efetivos sobre a doença cardiovascular. Muitos doentes com EAM demoram mais de duas horas a receber tratamento e muitos são os doentes que não sabem reconhecer adequadamente os sintomas (Serra e Silva, 2009).

Num estudo realizado pela Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular, os resultados foram os seguintes: 29% ligaram para o 112 pedindo auxílio, 71% recorreu a outros meios para dar resposta à situação, sendo que 56% recorriam a unidades de saúde que não dispunham de programas de angioplastia primária e apenas 24% dos inquiridos sabia reconhecer os sintomas do EAM (Pereira, 2015).

Portugal tem aumentado o número de angioplastias primárias e o conhecimento da população relativamente à atuação que deve ter perante um EAM (Pereira, 2015). Ainda assim, segundo Pereira (2015), é importante continuar a sensibilizar a população para

reconhecer os sintomas de EAM, para o que deve fazer e para a importância de ligar o 112, uma vez que a diferença de tempo entre o início da sintomatologia e o tratamento, continua a ser elevado.

Branco et al. (2008) do Departamento de Epidemiologia, em parceria com o Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge e com o Ministério da Saúde, elaboraram um estudo científico (com todas as etapas do trabalho de investigação) denominado “*Sinais de Alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral: Uma observação sobre conhecimentos e atitudes*”. Este estudo foi descritivo transversal, cujo instrumento utilizado foi entrevista telefónica no segundo trimestre de 2008 e foi realizado a 732 pessoas. As faixas etárias dos inquiridos foram as seguintes: 31,9% entre os 18 e os 44 anos; 43,8% entre os 45 e os 64 anos e 24,3% com mais de 65 anos. Os resultados expostos aqui serão apenas relacionados com EAM por ser este o tema da investigação. Deste modo, os resultados obtidos por Branco et al. (2008) foram os seguintes:

- 84,4% identificaram dor, desconforto e sensação de pressão no peito como sintomatologia de EAM e um estudo similar realizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) nos EUA em 2005 (citado por Branco et al., 2008) apresentou 92,1% de respostas corretas;
- 47,8% referiram sudorese, náuseas e vômitos como sintomatologia de EAM;
- 45% identificaram como sintomatologia de EAM: dor, desconforto e sensação de pressão no peito, sudorese, náuseas e vômitos;
- 32,3% identificaram dor no pescoço, mandíbula e costas num EAM e 47,6% no estudo similar realizado pelo CDC (citado por Branco et al., 2008);
- 46,8 referiram dor nos braços e ombros durante um EAM e 85,1% no estudo realizado pelo CDC (citado por Branco et al., 2008);
- 67% responderam dispneia como sintoma de EAM e 93,4% no estudo realizado pelo CDC (citado por Branco et al., 2008);
- 7,3% responderam corretamente que a perda de visão não é sinal de EAM;
- 38,9% referiam que a pessoa pode desmaiar se tiver um EAM e 61,7% no estudo dos EUA (CDC citado por Branco et al., 2008);
- 82% responderam que ligar para o 112 seria o que fariam em primeiro lugar perante a ocorrência de um EAM;

- 40% referiram que perante sintomatologia de EAM- dor, desconforto e sensação de pressão no peito, sudorese, náuseas e vômitos- ligariam para o 112 em primeiro lugar;
- 9,7% responderam que recorrem ao hospital perante sintomatologia de EAM;
- 2,9% referiram que chamariam um familiar se sentissem que estavam a ter um EAM;
- 2,1% chamariam um médico e 0,7% não saberia o que fazer perante um EAM.

Campos (2011) realizou um trabalho de investigação no âmbito da monografia com o tema “*A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio*”. Este estudo científico foi descritivo, transversal, tendo como amostra, 15 alunos do 3º ano de Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da Universidade Fernando Pessoa com idades acima dos 23 anos. A investigadora pretendeu estudar a percepção de EAM; os conhecimentos de sinais e sintomas de EAM, de fatores de risco e sua prevenção. Para tal o instrumento utilizado foi o questionário. Serão aqui mencionados apenas as principais conclusões deste estudo relevantes para o estudo atual:

- 80% respondeu que o EAM ocorre quando o fluxo sanguíneo de uma artéria coronária é interrompido, provocando necrose do miocárdio;
- 13,33% respondem que a dislipidémia é um fator de risco para desenvolver EAM;
- 13,33% identificam hipertensão como fator de risco para desenvolver EAM;
- 60% associam o tabagismo como fator de risco para doença coronária;
- 66,67% respondem que ter uma alimentação saudável é importante para evitar EAM;
- 6,67% responde erradamente que o desvio da comissura labial é o sintoma de EAM;
- 66,67% identificou o desconforto retroesternal como sintomatologia de EAM;
- 26,67% identifica dispneia associada a EAM;
- 6,67% respondem que a pessoa a sofrer um EAM pode apresentar náuseas e vômitos;
- 13,33% referem tonturas como sintomatologia de um EAM;
- 6,67% refere que lipotimia ou síncope podem ocorrer devido a um EAM;
- 60% responde que a primeira intervenção durante um EAM é ligar para o 112;

- 93,3% respondeu que o EAM é uma emergência;
- 6,67% responde erradamente que se deve levar a pessoa a ter um EAM para o hospital.

Segundo Serra e Silva (2009), a população portuguesa possui os piores resultados a nível de conhecimentos efetivos sobre a doença cardiovascular. Deste modo, torna-se necessária uma intervenção de educação para a saúde e que esta proporcione melhoria dos conhecimentos em utentes com alto risco cardiovascular sobre como atuar em situações de EAM. É necessário que os utentes identifiquem os sintomas, para assim atuarem em situações de urgência.

A educação para a saúde pode ser aplicada em qualquer contexto, desde que haja um propósito, estratégia, conjunto de informações, meios didáticos e ambiente adequados. A aceitação das informações e a receptividade estão relacionadas com a atenção ao utente, que deverá ser o mais direcionada possível. O profissional de saúde deverá ter uma visão global dos utentes/formandos e das suas necessidades de saúde em relação ao tema abordado. A educação em saúde será assim um instrumento de promoção à saúde e estímulo para o autocuidado (Silva, 2005).

As experiências vividas pelos adultos proporcionam aprendizagens marcantes. Os adultos, possuidores de maturidade são, então, capazes de analisar situações, fazer comparações com as experiências vividas, aceitar ou não as informações fornecidas no processo de aprendizagem (Santos, 2014).

A Andragogia é a ciência que estuda as melhores práticas para auxiliar adultos a aprender (Martins, 2013). O modelo andragógico baseia-se nos seguintes princípios:

- Necessidade de saber
- Autoconceito do aprendiz
- Papel das experiências
- Prontidão para aprender
- Orientação para aprendizagem
- Motivação

Segundo Krajn (1993) citado por Coelho, Dutra e Marieli (2016) é recomendado um período andragógico dividido em cinco fases:

- Identificação das necessidades educativas: identificam-se metas e objetivos a serem atingidas.
- Planificação do programa: é necessário ter em consideração a experiência prévia e o nível educativo dos formandos, sendo um programa aberto a mudanças que poderão surgir quando se revelam novas necessidades.
- Planificação dos métodos: devem estar adequados aos hábitos e às técnicas dos adultos.
- Aplicação do programa: bastante eficaz quando realizado em grupo.
- Avaliação dos resultados e rediagnóstico da aprendizagem.

2.METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentado a Metodologia de Investigação inerente a este estudo. De acordo com Fortin (2009, p.53), na fase metodológica “o investigador determina a sua

maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificação de hipóteses”. Deste modo, o investigador escolhe a conceptualização do estudo, a população e amostra, bem como os métodos de medida e colheita de dados (Fortin, 2009).

2.1.CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

Para realizar o trabalho de investigação realizou-se um estudo quantitativo, quasi-experimental, do tipo pré-teste e pós-teste, sem grupo controlo, com o objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção estruturada (Ribeiro, 2016). Este estudo é quase experimental a nível do controlo de variáveis, uma vez que há controlo de algumas variáveis e quantitativo quanto ao tipo de tratamento de dados.

Segundo Fortin (2009), os objetivos do estudo devem expor claramente o fim pretendido pelo investigador. O esquema seguinte pretende demonstrar os objetivos do trabalho de investigação, de forma esquematizada.

Figura 2- Esquema representativo dos objetivos do estudo



Com o trabalho de investigação pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores de risco cardiovascular dos participantes;
- Avaliar os conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco cardiovascular sobre como atuar em situações de EAM;

- Relacionar os conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM com alguns fatores sociodemográficos e clínicos;
- Avaliar a eficácia da intervenção formativa, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM.

2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Com o trabalho de investigação pretendeu-se avaliar a eficácia da intervenção de medidas formativas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM. Fortin (2009) refere que uma questão de investigação clarifica os conceitos a investigar e a sua população alvo. De acordo os objetivos definidos, definiram-se as seguintes questões de investigação:

- Quais são os fatores de risco cardiovascular dos participantes?
- Quais são os conhecimentos dos participantes com fatores de risco acerca de como atuar em situações de EAM?
- Qual é a relação entre os conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes?
- Qual foi a eficácia da intervenção formativa, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM?

Face ao exposto, elaboram-se as hipóteses de investigação subsequentes:

- Há relação entre os conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes.
- A intervenção formativa confere uma melhoria dos conhecimentos dos participantes com fatores de risco cardiovascular sobre como atuar em situações de EAM.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O objetivo inicial seria selecionar uma população alvo e amostra onde as taxas de ocorrência de EAM fossem maiores. No entanto, os dados estatísticos nacionais apenas apresentam comparações inter regionais e não as diferenças em cada região. Para chegar a esta conclusão, a investigadora consultou o Instituto Nacional de Estatística, a

Sociedade Portuguesa de Cardiologia, o Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Leiria e vários Cardiologistas. Sendo assim selecionaram-se três Instituições para realizar a investigação. Como critérios de escolha destas Instituições foram a proximidade geográfica e a obtenção relativamente rápida de consentimento para a realização do estudo. As Instituições seleccionadas foram o Centro Social da Casa do Povo de Amor, a Associação Desportiva e Recreativa de Barreiros e o Centro Social Baptista de Leiria. Segundo Fortin (2009) a população alvo é constituída por um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente selecionados.

A amostra da investigação é constituída pela população com fatores de risco. Possuem ainda capacidade de aprendizagem e não possuem demências conhecidas. Estes últimos dados foram obtidos pela Direção das Instituições e após os participantes demonstrarem visível compreensão dos objetivos do estudo. É então uma amostra intencional porque não é dada aos indivíduos a mesma possibilidade de serem selecionados para formar a amostra do estudo (Fortin, 2009). Foi utilizada uma amostragem não probabilística, uma vez que foi intencional, sendo baseada numa escolha consciente de inclusão de indivíduos que cumpram os critérios de seleção (Fortin, 2009). Deste modo, os critérios de seleção foram os participantes serem idosos, com fatores de risco cardiovascular (pelo menos inerentes à idade), serem orientados e não possuírem demências.

2.4. INSTRUMENTOS

Para a realização dos objetivos anteriormente identificados, foi selecionado um questionário como instrumento por ser o mais adequado pela pertinência, fiabilidade e aplicabilidade dos questionários. Não tendo encontrado um instrumento já construído para inquirir os utentes sobre os seus conhecimentos em como atuar em EAM, foi construído o questionário (Apêndice A). Nele constam questões, baseadas na fundamentação teórica, para aferir os conhecimentos dos utentes antes e após formação para a saúde. Para ser um questionário comparativo foi identificado cada questionário com um código, mantendo assim o anonimato do utente. O código foi constituído pelas iniciais do primeiro e último nomes e pela data de nascimento, sendo apresentado um exemplo no enunciado do questionário, para melhor compreensão dos participantes. Antes da aplicação dos questionários foi realizada a reflexão falada a três pessoas, com o objetivo de testar a compreensão do questionário. Este método da reflexão falada

(*Thinking aloud*), é recomendado por vários autores, como Hill e Hill (2008) e Streiner e Norman (2008) e ajuda o investigador perceber que cada questão é clara, adequada e compreendida pelos participantes no estudo. Posteriormente foi aplicado o pré-teste a trinta pessoas com as mesmas características da população em estudo mas que não entraram efetivamente no estudo.

Relativamente à formação, a sua intervenção foi baseada em cinco fases do modelo andragógico anteriormente citado (Krajn (1993) citado por Coelho et al., 2016):

Identificação dos conhecimentos

Foi realizado um questionário de investigação sobre os conhecimentos dos indivíduos sobre aspetos gerais de EAM, fatores de risco, sintomas e modo de atuar em situações de urgência. Este questionário também possuiu dados sociodemográficos e os fatores de risco dos participantes. A avaliação dos conhecimentos foi feita pelo número de respostas corretas nos três momentos: antes da formação, imediatamente e um mês após a mesma.

Planificação do programa

Com base na experiência prévia e no nível educativo dos formandos, foi elaborada a planificação do conteúdo formativo, que se encontra em Apêndice B. A elaboração do conteúdo formativo foi baseada na fundamentação teórica.

Planificação dos métodos e aplicação do programa

Posteriormente foi elaborado um panfleto informativo detentor do conteúdo essencial da formação (Apêndice C). A sua elaboração teve bases científicas, que estão também presentes na fundamentação teórica. Tentando adequar aos hábitos dos indivíduos, foi feita uma apresentação oral com recurso a várias questões, promovendo a interação dos participantes. Foi usada uma linguagem simples, recorrendo pouco a termos científicos, devido à idade e pouca escolaridade da maioria dos participantes. A sessão teve a duração de cerca de trinta minutos, tendo no final uma parte aberta a questões e esclarecimento de dúvidas. No início da sessão foi entregue um panfleto informativo sobre o conteúdo apresentado (Apêndice D). Foram colocadas várias imagens simples para elucidar o que estava a ser apresentado.

Avaliação da eficácia da formação

Após a realização da sessão formativa, foi aplicada parte do mesmo questionário, apenas as questões que identificavam os conhecimentos dos participantes, imediatamente e um mês após a formação.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Segundo Fortin (2009), qualquer investigação realizada com seres humanos, acarreta questões morais e éticas, não só com o tipo de estudo mas também com o método de colheita de dados e divulgação dos resultados.

Para o trabalho de investigação foram aplicados dois questionários aos utentes da Associação Desportiva e Recreativa de Barreiros e dois Centros de Dia: Centro Social da Casa do Povo de Amor e Centro Social Baptista De Leiria. A amostra foi constituída por quarenta pessoas com idades entre os 59 e os 90 anos, mentalmente capazes de participar no estudo.

Inicialmente foi efetuado e obtido o pedido de autorização à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo IV). Foram também efetuados os pedidos de autorização (Anexo V), às três Instituições onde decorreu a investigação e após o seu parecer positivo (Anexo V), foram efetuados contactos pessoais com os responsáveis das mesmas. Posteriormente foi fornecido o questionário aos utentes, mediante o devido consentimento informado e esclarecido. Este documento foi assinado pelos participantes, consentindo assim o uso dos seus dados anonimamente e para fins de investigação. Após a realização do primeiro questionário foram aplicadas medidas formativas ao grupo e foi realizada nova avaliação com o questionário. A formação foi realizada nas instalações dos três Centros.

Previa-se uma amostra de cinquenta pessoas, mas dez tiveram de ser retiradas da amostra pela sua notória incompreensão do estudo devido sobretudo à idade e escolaridade da amostra. Dos quarenta elementos da amostra, foram realizados vinte e oito questionários perguntados e doze foram preenchidos pelo próprio participante. Os utentes que pediram para ser a investigadora a preencher os questionários alegaram vários motivos como diminuição da acuidade visual, baixa escolaridade e preferência pessoal. Foi feita uma recolha de dados objetiva, evitando assim manipulação dos resultados. Vinte por cento

da amostra não frequentou ensino, e destas as que não sabiam assinar fizeram uma cruz no local do consentimento, assinado com testemunhas.

O anonimato e confidencialidade são fundamentais para um trabalho de investigação. Tal como foi referido, os questionários foram codificados para ser possível avaliar a eficácia das medidas formativas, mantendo assim o anonimato. Os dados recolhidos foram usados única e exclusivamente para fins científicos e os questionários destruídos posteriormente.

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Fortin (2009, p. 57) afirma que “após a colheita de dados é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, bem como as diferentes variáveis”.

Para a análise dos dados obtidos, utilizaram-se técnicas estatísticas. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o apoio do programa informático SPSS Versão 24. Foi usada estatística descritiva e inferencial não paramétrica porque não há uma distribuição normal (Pestana e Gageiro, 2014). Os testes utilizados foram os seguintes, de acordo com Pestana e Gageiro (2014):

- O teste U de Mann-Whitney- compara duas amostras independentes;
- A correlação de *Spearman*- correlaciona duas variáveis quantitativas;
- O teste de *Kruskal-Wallis*- aplica-se para mais do que dois grupos independentes;
- O teste de Wilcoxon- utiliza-se em variáveis ordinais com dois ou mais intervalos, sendo aqui aplicada nos momentos antes e depois.

3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados e análise dos dados, obtidos pela aplicação do questionário aos participantes no estudo.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

De seguida irá ser descrita a amostra do estudo em relação ao sexo, escolaridade, idade, autonomia nas atividades de vida diárias e profissões dos participantes.

Identificação do sexo e escolaridade dos participantes

A amostra é constituída por 40 participantes. A tabela 1 descreve alguns elementos de identificação dos participantes- sexo e escolaridade. É constituída por 17 homens (42,5%) e por 23 mulheres (57,5%). Relativamente ao ensino, 8 participantes (20%) não frequentaram a escola, 1 completou o 1º ano, 2 terminaram o 3º ano, 23 elementos (57,5%) fizeram a 4ª classe, 1 completou o 5º ano, 3 participantes fizeram o 6º ano, 1 participante terminou o 12º ano e 1 completou o ensino superior, tendo o grau de bacharel em engenharia civil.

Tabela 1- Sexo e escolaridade dos participantes

Variáveis	Participantes (N=40)	
	n.º	%
Sexo		
Masculino	17	42,50
Feminino	23	57,50
Grau de Escolaridade		
Não frequentou escola	8	20,00
1º Ano	1	2,50
3º Ano	2	5,00
4º Ano	23	57,50
5º Ano	1	2,50
6º Ano	3	7,50
12º Ano	1	2,50
Curso superior	1	2,50

Idade dos participantes

A tabela 2 evidencia que a média de idades dos participantes é de 74,76 anos, sendo a idade mínima de 59 e a máxima de 90 anos (DP=9,63; Md=74).

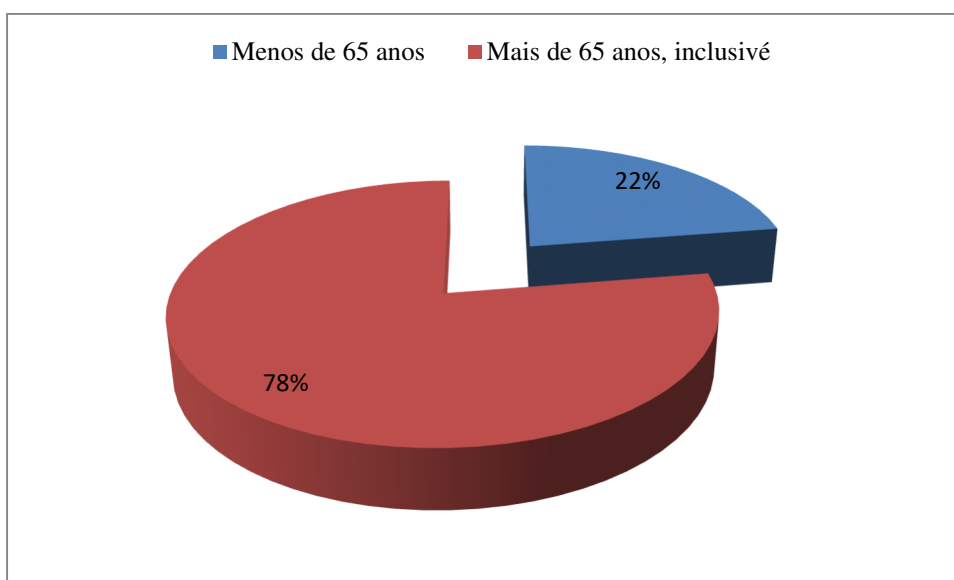
Tabela 2- Idade dos participantes

Variável	Participantes (N=40)				
	Xmin.	Xmax.	M	DP	Md
Idade (Anos)	59	90	74,76	9,63	74,00

M- Média; DP- Desvio-Padrão; Md- Mediana

No gráfico 1 é perceptível que 22% dos participantes (9 elementos) apresentam menos de 65 anos e 78% (31 elementos) possuem mais de 65 anos.

Gráfico 1- Idade dos participantes dividida em 2 grupos etários



Autonomia nas atividades de vida diárias dos participantes

A tabela 3 evidencia a autonomia nas atividades de vida diárias dos participantes. Trinta e nove elementos (97,5%) são autónomos nas atividades de vida diárias e uma participante (2,5%) necessita de apoio nas mesmas, pelo facto de ser invisual.

Tabela 3- Autonomia nas atividades de vida diárias dos participantes

Autonomia nas atividades de vida diárias dos participantes	Participantes (N=40)	
	n.º	%
Sim	39	97,50

Não

1

2,50

Profissões dos participantes

Os dados apresentados na tabela 4 referem-se às profissões dos participantes. Esta divisão foi elaborada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) do Instituto Nacional de Estatística. Os 40 participantes encontram-se reformados, tendo tido as seguintes profissões: 1 engenheiro civil, 1 supervisor de cargas e descargas, 1 empregada de escritório, 2 cozinheiras, 1 agente funerário, 2 vendedoras, 1 auxiliar de ação educativa e 1 guarda prisional. Oito participantes (20%) foram agricultores, havendo o mesmo número para a profissão de vidraceiros. As profissões de pedreiro, carpinteiro, pasteleira e costureira representam 2,5% da amostra pelo facto de possuírem 1 elemento cada. Dois participantes foram operadores de instalação e de máquinas, 3 foram motoristas, 2 eram empregadas de limpeza e 3 foram domésticas.

Tabela 4- Profissões dos participantes

Grande grupo segundo a classificação portuguesa das profissões (2010)	Profissão	Participantes (N=40)	
		n.º	%
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	Engenheiro civil	1	2,50
Técnicos e profissões de nível intermédio	Supervisor de cargas e descargas	1	2,50
Pessoal administrativo	Empregada de escritório	1	2,50
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores		7	17,50
	Cozinheira	2	5,00
	Agente funerário	1	2,50
	Vendedora em mercado	1	2,50
	Vendedora em loja	1	2,50
	Auxiliar de professor	1	2,50
	Guarda dos serviços prisionais	1	2,50

(Continua)

(Continuação)

Grande grupo segundo a classificação portuguesa das profissões (2010)	Profissão	Participantes (N=40)	
		n.º	%

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	Agricultor/a	8	20,00
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices		12	30,00
	Pedreiro	1	2,50
	Carpinteiro	1	2,50
	Vidraceiro/a	8	20,00
	Pasteleira	1	2,50
	Costureira	1	2,50
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem		5	12,50
	Operador de instalação e máquinas	2	5,00
	Motorista	3	7,50
Trabalhadores não qualificados		5	12,50
	Trabalhador/a de limpeza	2	5,00
	Outras profissões elementares (doméstica)	3	7,50

3.2. IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS PARTICIPANTES

Neste tópico serão abordados os seguintes fatores de risco dos participantes: hábitos tabágicos, tensão arterial, medicação habitual e os antecedentes de doença, calculando-se assim a presença ou ausência de risco cardiovascular, pela norma número 005/2013 da Direção Geral da Saúde (2015).

Hábitos tabágicos dos participantes

Na tabela 5 estão apresentados os dados referentes aos hábitos tabágicos dos participantes, sendo 37 (92,5%) não fumadores e 3 (7,5%) fumadores. Destes, 2 são fumadores há 40 anos e 1 há 43 anos. Dos 37 participantes não fumadores, 4 (11%) são ex-fumadores. Cada destes elementos foi fumador durante 1 ano, durante 28 anos, 35 anos e 43 anos.

Tabela 5- Hábitos tabágicos dos participantes

Participantes (N=40)

Variáveis	n.º	%
É fumador		
Não	37	92,50
Sim	3	7,50
Há quanto tempo é fumador/Anos		
40	2	67,00
43	1	33,00
É ex-fumador		
Não	33	89,00
Sim	4	11,00
Quanto tempo foi fumador/Anos		
1	1	25,00
28	1	25,00
35	1	25,00
43	1	25,00

Tensão arterial dos participantes

De acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017), consideram-se valores de hipertensão arterial, quando a tensão arterial sistólica se encontra acima dos 140 mmHg e/ou a tensão arterial diastólica se encontra acima dos 90 mmHg.

Aquando da realização do questionário, foi feita avaliação da tensão arterial de cada participante. A tabela 6 evidencia que 17 participantes do estudo (42,5%) não possuem valores de hipertensão arterial e 23 participantes (57,5%) possuem valores de hipertensão arterial.

Tabela 6- Tensão arterial dos participantes

	Participantes (N=40)	
Hipertensão arterial	n.º	%
Sem valores	17	42,50
Com valores	23	57,50

Medicação habitual dos participantes

Na tabela 7 está presente a medicação habitual dos participantes, sendo que 3 participantes (7,5%) não possuem terapêutica habitual e 37 dos participantes (92,5%) têm medicação habitual. Destes, 2 elementos (5%) não sabem a medicação habitual, 1 elemento (3%) só sabe alguns fármacos e 34 dos participantes (92%) sabe as indicações terapêuticas de toda a sua terapêutica habitual. Vinte participantes (57%) são medicados para a hipertensão arterial, 13 participantes (37%) tomam antiagregação, 12 participantes (34%) são medicados para a dislipidemia, 8 (23%) para a diabetes e 7 participantes (20%) são medicados com ansiolíticos. Seis participantes (17%) têm prescrito diuréticos, terapêutica para artroses e protetores gástricos. Quatro participantes (11%) possuem medicação para arritmia cardíaca, 3 participantes (9%) são medicados para hipertrofia benigna da próstata e doença arterial periférica. Dois participantes (6%) são medicados para as seguintes doenças: depressão, bronquite/asma crônicas e hipotireoidismo. Um elemento (3%) da amostra tem prescrito nitroglicerina e o mesmo número é medicado para a insuficiência renal.

Tabela 7- Medicação habitual dos participantes

Variáveis	Participantes (N=40)	
	n.º	%
Medicação habitual		
Não	3	7,50
Sim	37	92,50
Sabe indicação terapêutica da medicação habitual		
Não	2	5,00
Só sabe alguns	1	3,00
Sim	34	92,00
Indicação terapêutica/ medicamento habitual		
Hipertensão arterial	20	57,00
Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	13	37,00
Dislipidemia	12	34,00
Diabetes mellitus	8	23,00
Ansiolítico/ Dormir	7	20,00
Diurético	6	17,00
Artroses	6	17,00
Protetor gástrico	6	17,00
Arritmia cardíaca	4	11,00
Hipertrofia benigna prostática	3	9,00
Doença arterial periférica	3	9,00
Anti-depressivo	2	6,00
Bronquite crônica/ asma	2	6,00
Hipotireoidismo	2	6,00
Nitroglicerina	1	3,00
Insuficiência renal	1	3,00

Antecedentes de doença dos participantes

Na tabela 8 estão evidenciados os antecedentes pessoais dos participantes do estudo. Foram selecionadas essas patologias para o questionário, uma vez que a presença de pelo menos uma dessas doenças indica a existência de fatores de risco alto e muito alto, à luz do algoritmo de avaliação de risco cardiovascular em Portugal, de acordo com a norma número 005/2013, da Direção-Geral da Saúde (Anexo III).

Concluiu-se que 4 participantes (10%) não sabiam se o seu colesterol seria alto ou se estava dentro dos valores normais. Uma vez que o estudo foi planeado com as Instituições e não com os participantes, nenhum utente sabia o valor de colesterol nem tinha análises recentes consigo. Não foi feita avaliação de colesterol por motivos éticos, uma vez que se teria que recorrer a um procedimento invasivo. Dos 36 participantes que sabiam se o seu colesterol se encontra nos valores normais, 18 participantes (45%) referiram possuir dislipidémia.

Oito elementos (20%) já apresentaram um acidente vascular cerebral, 6 (15%) possuem diabetes, 4 (10%) referiram ter dislipidémia familiar e 2 participantes (5%) já sofreram um EAM. O mesmo número possui doença arterial periférica. Um elemento (2,5%) possui lesão renal aguda. Um elemento (2,5%) já foi submetido a angioplastia para revascularização do miocárdio e nenhum foi submetido a cirurgia para revascularização do miocárdio.

Tabela 8- Antecedentes de doença dos participantes

Antecedentes de doença	Participantes (N=40)	
	n.º	%
Dislipidémia	18	45,00
Acidente vascular cerebral	8	20,00
Diabetes mellitus	6	15,00
Dislipidémia familiar	4	10,00
Enfarte agudo do miocárdio	2	5,00
Doença arterial periférica	2	5,00
Lesão renal crónica moderada ou grave	1	2,50
Revascularização do miocárdio por angioplastia	1	2,50
Revascularização do miocárdio por cirurgia	0	0

Doenças associadas ao risco cardiovascular dos participantes

Na tabela 9 estão presentes o número de participantes com e sem doenças associadas ao risco cardiovascular. Para tal, foi utilizado a anteriormente mencionada norma número 005/2013, que se encontra em Anexo III (Direção-Geral da Saúde, 2015). São 25 elementos (62,5%) que possuem risco CV e 15 participantes (37,5%) que não possuem doenças associadas ao risco cardiovascular.

Tabela 9- Doenças associadas ao risco cardiovascular dos participantes

Doenças associadas ao risco cardiovascular	Participantes (N=40)	
	n.º	%
Presença	25	62,50
Ausência	15	37,50

3.3.CONHECIMENTOS SOBRE COMO ATUAR EM SITUAÇÕES DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO E A SUA RELAÇÃO COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES

Neste tópico apresenta-se o nível de conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de EAM antes e após a formação e analisa-se a relação destes conhecimentos com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes, nomeadamente sexo, idade, escolaridade e risco cardiovascular.

Nível de conhecimentos sobre como atuar em situações de enfarte agudo do miocárdio antes e após a formação

Os conhecimentos dos participantes foram avaliados pelo número de respostas corretas às questões colocadas. Os resultados apresentados neste item serão complementados no item 3.4

Tabela 10- Estatísticas do número de respostas certas dos conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de EAM nos três momentos formativos

Conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de EAM	M	%	DP	Md
Antes de formação	30,975	70,398	4,715	30,000
Imediatamente após formação	38,600	87,727	3,761	40,000
Um mês após formação	32,656	74,218	4,232	31,500

M- Média; DP- Desvio-Padrão; Md- Mediana

Relação entre os conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de EAM de acordo com o Sexo

Como está apresentado na tabela 11, pela aplicação do teste U de *Mann-Whitney*, os homens demonstraram apresentar mais conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM nos questionários inicial e pós-formativo, enquanto que foi o inverso no questionário realizado um mês depois. No entanto, estas diferenças apresentadas só têm significado estatístico no 2º Questionário ($p < 0,05$, sendo $p = 0,019$).

Tabela 11- Resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre os conhecimentos dos participantes nos três momentos formativos de acordo com o Sexo

Conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de EAM	Sexo	n.º	Postos de média	U	Z	p
Antes de formação	Masc.	17	22,32	164,500	-0,852	0,394
	Fem.	23	19,15			
Imediatamente após formação	Masc.	17	25,53	110,000	-2,355	0,019
	Fem.	23	16,78			
Um mês após formação	Masc.	13	14,04	91,500	-1,233	0,217
	Fem.	19	18,18			

Relação entre os conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio de acordo com a Idade

Da aplicação da correlação de *Spearman* existe uma correlação negativa entre a idade e os conhecimentos dos participantes do estudo, sendo que em menor idade associam-se valores mais elevados de conhecimentos e vice-versa (Tabela 12). Esta correlação é ligeira no momento antes da formação ($r_s = -0,328$; $p = 0,039$), moderada imediatamente após a formação ($r_s = -0,513$; $p = 0,001$) e muito ligeira um mês após a formação ($r_s = 0,016$; $p = 0,929$), havendo apenas diferenças estatisticamente significativas nos primeiro e segundo questionários ($p < 0,05$).

Tabela 12- Correlação de *Spearman* entre os conhecimentos dos participantes nos três momentos formativos e a Idade

Conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de EAM	Idade	
	rs	p
Antes de formação	-0,328	0,039
Imediatamente após formação	-0,513	0,001
Um mês após formação	-0,016	0,929

Relação entre os conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com a Escolaridade

Na tabela 13 evidencia-se que antes da formação, os participantes com mais respostas corretas (M=31,923; Md=4,001 e DP=31,000) são os que estudaram entre o 1º e 4º anos. Imediatamente e um mês após a formação, quem apresentou mais respostas corretas (M=39,500 e 33,400, respectivamente) tinha mais que o 4º ano de escolaridade. Pela aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, verifica-se que os resultados não são estatisticamente significativos (p não é $<0,05$). Conclui-se assim que não há diferenças nos conhecimentos dos participantes influenciadas pela escolaridade dos mesmos.

Tabela 13- Resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* entre os conhecimentos dos participantes nos três momentos formativos e a Escolaridade

Conhecimentos dos participantes	Escolaridade	N	Postos de média	M	DP	Md	χ^2	p
Antes de formação	Não frequentou Ensino	8	15,75	29,750	5,064	28,500		
	Entre 1º e 4º Anos	26	22,75	31,923	4,001	31,000	2,825	0,244
	Acima do 4º Ano	6	17,08	28,500	6,535	30,000		
Imediatamente após formação	Não frequentou Ensino	8	17,81	37,500	4,928	39,500		
	Entre 1º e 4º Anos	26	20,83	38,731	3,661	40,000	0,658	0,720
	Acima do 4º Ano	6	22,67	39,500	2,501	39,500		

(Continua)

(Continuação)

Conhecimentos dos participantes	Escolaridade	N	Postos de média	M	DP	Md	χ^2	p
---------------------------------	--------------	---	-----------------	---	----	----	----------	---

Um mês após formação	Não frequentou Ensino	4	14,75	31,750	3,594	30,500		
	Entre 1º e 4º Anos	23	16,70	32,652	4,141	32,000	0,165	0,921
	Acima do 4º Ano	5	17,00	33,400	5,771	34,000		

M- Média; DP- Desvio-Padrão; Md- Mediana

Relação entre os conhecimentos dos participantes sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com o doenças associadas ao risco cardiovascular

Na tabela 14 estão apresentados dados com base nas doenças associadas ao risco CV, preconizadas na norma número 005/2013, da Direção-Geral da Saúde, 2015 (Anexo III). Verifica-se que antes da formação, os participantes com mais respostas corretas (M=31,333; Md=30,000 e DP=4,386) foram os que não possuem risco CV. Imediatamente após a formação os participantes com maior número de respostas corretas (M=39,133; Md=40,000 e DP=2,748) também foram os que não possuem risco CV. Constata-se ainda que um mês após a formação os participantes com risco CV foram os que apresentaram maior número de respostas corretas (M=32,901; Md=31,000 e DP=4,679), sendo uma diferença apenas de valores decimais. Na aplicação do teste U de *Mann-Whitney* verifica-se que os resultados não são estatisticamente significativos, uma vez que p não é $<0,05$. Conclui-se então, que não há diferenças nos conhecimentos consoante o risco CV dos participantes.

Tabela 14- Resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre os conhecimentos nos três momentos formativos e as doenças associadas ao risco cardiovascular dos participantes

Conhecimentos dos participantes	Doenças associadas ao Risco CV	N	Postos de média	M	DP	Md	U	p
Antes de formação	Presente	25	21,20	30,760	4,977	30,000	177,000	0,768
	Ausente	15	20,08	31,333	4,386	30,000		
Imediatamente após formação	Presente	25	20,30	38,280	4,277	40,000	182,500	0,888
	Ausente	15	20,83	39,133	2,748	40,000		
Um mês após formação	Presente	21	16,79	32,901	4,679	31,000	109,500	0,811
	Ausente	11	15,95	32,182	3,371	32,000		

M- Média; DP- Desvio-Padrão; Md- Mediana

3.4. EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO FORMATIVA NA MELHORIA DOS CONHECIMENTOS SOBRE COMO ATUAR EM SITUAÇÕES DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados comparativos dos conhecimentos dos participantes em dois momentos:

- Antes e imediatamente após a formação;
- Antes e um mês após a formação.

Relação entre os conhecimentos sobre EAM antes e imediatamente após a formação

Na tabela 15 estão expostos os resultados da intervenção imediatamente após a formação, com a aplicação do teste *Wilcoxon*. O tema avaliado foram os conhecimentos dos participantes sobre EAM. Podemos observar que em relação à frase “*O Enfarte Agudo do Miocárdio é o mesmo que Acidente Vascular Cerebral (AVC)*” houve 21 respostas corretas do 2º questionário em relação ao 1º, uma resposta correta no 1º questionário, errando no 2º e 18 respostas iguais em ambos os questionários. Relativamente à afirmação “*O Enfarte do Coração é o mesmo que um Ataque Cardíaco*” houve 7 respostas melhores no 2º que no 1º questionários, uma pior e 32 iguais. Em relação à questão “*O Enfarte do Coração ocorre quando pelo menos uma ou mais das artérias que irrigam o coração ficam obstruídas (“entupidas”)*”, 12 respostas foram melhor respondidas no 2º que no 1º questionários, 3 respostas foram piores no 2º que no 1º questionários e 25 respostas foram iguais em ambos. Estes três resultados têm significado estatístico.

No item “*Durante um Enfarte do Coração, parte do coração pode ficar com tecido necrosado (“morto”) mas recupera sempre de seguida*” houve 9 respostas melhores no 2º que no 1º questionários, 4 piores e 27 iguais. Na frase “*Quando as artérias do coração ficam obstruídas (“entupidas”), o sangue não passa e não leva os nutrientes e oxigênio ao coração*”, 7 respostas foram melhor respondidas no 2º questionário, 2 respostas foram piores no 2º questionário em relação ao 1º e 31 foram iguais em ambos. Em relação à afirmação “*Quando o coração não recebe sangue e oxigênio por causa das artérias “entupidas”, pode parar de trabalhar e a pessoa pode morrer*”, as 40 respostas foram iguais em ambos os questionários. Estes três resultados não têm significado estatístico.

Tabela 15- Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre EAM antes e imediatamente após a formação

Conhecimentos sobre EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 2º teste	Postos de média	Z	p
O Enfarte Agudo do Miocárdio é o mesmo que AVC	21 melhor-52,5% 1 pior- 2,5% 18 iguais- 45%	11,50	-4,264	0,000
O Enfarte do Coração é o mesmo que um <i>Ataque Cardíaco</i>	7 melhor- 17,5% 1 pior- 2,5% 32 iguais- 80%	4,50	-2,121	0,034
O Enfarte do Coração ocorre quando pelo menos uma ou mais das artérias que irrigam o coração ficam obstruídas (“ <i>entupidas</i> ”)	12 melhor- 30% 3 pior- 7,5% 25 iguais- 62,5%	8,00	-2,324	0,020
Durante um Enfarte do Coração, parte do coração pode ficar com tecido necrosado (“ <i>morto</i> ”) mas recupera sempre de seguida	9 melhor- 22,5% 4 pior- 10% 27 iguais- 67,5%	7,00	-1,387	0,166
Quando as artérias do coração ficam obstruídas (“ <i>entupidas</i> ”), o sangue não passa e não leva os nutrientes e oxigénio ao coração	7 melhor -17,5% 2 pior- 5% 31 iguais- 77,5%	5,00	-1,667	0,096
Quando o coração não recebe sangue e oxigénio por causa das artérias “ <i>entupidas</i> ”, pode parar de trabalhar e a pessoa pode morrer	40 iguais- 100%	0,00	0,000	1,000

Relação entre os conhecimentos sobre fatores de risco antes e imediatamente após a formação

Na tabela 16 estão expostos os resultados da intervenção imediatamente após a formação, com a aplicação do teste *Wilcoxon*. Pretende-se saber os conhecimentos sobre fatores de risco para desenvolver EAM. Podemos observar que em relação à frase “*O colesterol alto é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio*”, houve 2 respostas melhores no 2º que no 1º questionário, nenhuma pior e 38 iguais. Relativamente ao item “*A Tensão Arterial Alta é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio*”, uma resposta foi melhor no 2º questionário que no 1º, nenhuma foi pior e 39 foram iguais. Quanto à afirmação “*Ter Diabetes pode aumentar a possibilidade de ocorrer um Enfarte do Coração*”, 2 respostas foram melhores no 2º questionário, nenhuma no primeiro e 38 foram iguais. Na frase “*Fumar é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio*”, 21 respostas foram melhores no 2º questionário, uma foi pior no 2º e 18 foram iguais. O resultado destas quatro questões não tem representação estatística.

Na afirmação “*Se tiver uma pessoa na família que tenha tido um Enfarte, de certeza que também vou ter*”, 12 respostas foram melhores no 2º questionário, uma foi pior e 27 foram iguais em ambos, havendo significado estatístico.

Na frase “*Praticar exercício físico é um fator de risco para desenvolver Enfarte do Coração*”, 2 respostas foram melhores imediatamente após a formação, 7 participantes responderam pior e 31 pessoas responderam o mesmo em ambos os questionários. No item “*Se a pessoa possuir muitos fatores de risco, aumenta a possibilidade de vir a ter um Enfarte de Miocárdio*” um participante respondeu melhor no 2º questionário em relação ao 1º, um inquirido respondeu pior após a formação e 38 participantes responderam o mesmo. Na frase “*Ter uma alimentação saudável é importante para evitar doenças de coração*”, uma resposta obteve melhor resultado no 2º questionário que no 1º, não houve respostas piores no 2º inquérito e 39 respostas foram iguais nos 2 questionários. Os resultados destas três respostas não são estatisticamente significativos.

Tabela 16- Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre fatores de risco antes e imediatamente após a formação

Fatores de risco	Comparação de Respostas do 1º para o 2º teste	Postos de média	Z	p
O colesterol alto é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio	2 melhor- 5% 0 pior 38 iguais- 95%	1,50	-1,414	0,157
A Tensão Arterial Alta é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio	1 melhor- 2,5% 0 pior 39 iguais- 97,5%	1,00	-1,000	0,317
Ter Diabetes pode aumentar a possibilidade de ocorrer um Enfarte do Coração	2 melhor- 5% 0 pior 38 iguais- 95%	4,50	-2,828	0,005
Fumar é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio	21 melhor- 52,5 % 1 pior- 2,5% 18 iguais- 45%	1,00	-1,000	0,317
Se tiver uma pessoa na família que tenha tido um Enfarte, de certeza que também vou ter	12 melhor- 30% 1 pior- 2,5% 27 iguais- 67,5%	7,00	-3,051	0,002

(Continua)

(Continuação)

Fatores de risco	Comparação de Respostas do 1º para o 2º teste	Postos de média	Z	p
------------------	---	-----------------	---	---

Praticar exercício físico é um fator de risco para desenvolver Enfarte do Coração	2 melhor- 5% 7 pior- 17,5% 31 iguais- 77,5%	5,00	-1,667	0,096
Se a pessoa possuir muitos fatores de risco, aumenta a possibilidade de vir a ter um Enfarte de Miocárdio	1 melhor- 2,5% 1 pior- 2,5% 38 iguais- 95%	1,50	0,000	1,000
Ter uma alimentação saudável é importante para evitar doenças de coração	1 melhor- 2,5% 0 pior 39 iguais- 97,5%	1,00	-1,000	0,317

Relação entre os conhecimentos sobre sintomas de EAM antes e imediatamente após a formação

Na tabela 17 estão expostos os resultados da intervenção imediatamente após a formação, com a aplicação do teste *Wilcoxon*. Pretende-se saber os conhecimentos sobre sintomas de EAM. Podemos observar que em relação à afirmação “*O principal sintoma de Enfarte de Miocárdio é desvio da boca*” houve 21 respostas melhores no 2º questionário que no 1º, uma resposta pior no 2º que no 1º e 18 respostas iguais em ambos. Na frase “*O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito*” houve 4 respostas de melhoria, nenhuma foi pior e 36 respostas foram iguais em ambos os questionários. Os resultados do item “*O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“espalhar”), normalmente para o lado direito (e não esquerdo) do tórax (peito)*” foram 14 respostas melhores, 2 piores e 24 iguais do 2º para o 1º questionários. Estes três resultados têm significado estatístico.

No item “*O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“espalhar”), normalmente para o lado esquerdo do tórax (peito)*”, 6 participantes responderam melhor no 2º questionário em relação ao 1º, 6 inquiridos responderam pior e 28 participantes responderam o mesmo, não havendo aqui significado estatístico. Quanto ao item “*A dor típica num Enfarte do Coração é sentida no tórax (peito), podendo irradiar para os braços, ombros, pescoço e mandíbula (queixo)*”, nenhuma resposta foi melhor no 2º questionário que no 1º, 5 foram piores e 35 foram iguais, com significado estatístico.

Em relação à afirmação “*O tipo de dor num Enfarte de Miocárdio é em forma de aperto, sensação de peso ou pressão no centro do peito*”, 2 respostas foram melhores no 2º que no 1º questionários, uma foi pior e 37 foram iguais, não havendo representação estatística.

No item “*Uma pessoa com Enfarte pode sentir falta de ar*” houve 8 respostas melhores, 1 pior e 31 iguais do 2º para o 1º questionários. Em relação à afirmação “*Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre perda de visão*”, 20 participantes responderam melhor no 2º questionário em relação ao 1º, 2 inquiridos responderam pior e 18 participantes responderam o mesmo. No item “*Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre dor de cabeça intensa*”, 22 respostas foram melhores no 2º questionário que no 1º, nenhuma foi pior e 18 foram iguais. Na afirmação “*Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio pode sentir mal estar e vômitos*” houve um total de 11 respostas melhores do 2º para o 1º questionário, nenhuma pior e 29 iguais. No item “*Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio normalmente tem febre*”, 14 respostas foram melhores no 2º questionário que no 1º, uma foi pior e 25 foram iguais. Estes cinco itens têm resultados estatisticamente significativos.

Na afirmação “*Um doente com Enfarte de Miocárdio pode sentir tonturas e suores intensos*”, 3 inquiridos responderam melhor no 2º que no 1º questionários, um respondeu pior e 36 responderam o mesmo nos dois questionários. No item “*Uma pessoa pode estar a ter um Enfarte do Coração sem sentir dor no peito*” houve 4 respostas de melhoria, 2 foram piores e 34 respostas foram iguais em ambos os questionários. Os resultados destes dois últimos itens não são estatisticamente significativos.

Na frase “*Para ser um Enfarte do Coração, o doente tem de desmaiar*” 16 respostas demonstraram melhoria, 2 foram piores imediatamente após a formação e 22 foram iguais, havendo aqui significado estatístico.

Tabela 17- Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre sintomas de EAM antes e imediatamente após a formação

Sintomas de EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 2º teste	Postos de média	Z	p
O principal sintoma de Enfarte de Miocárdio é desvio da boca	21 melhor- 52,5% 1 pior- 2,5% 18 iguais- 45%	11,50	-4,264	0,000
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito	4 melhor- 10% 0 pior 36 iguais- 90%	2,50	-2,000	0,046
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“ <i>espalhar</i> ”), normalmente para o lado direito (e não esquerdo) do tórax (peito)	14 melhor- 35% 2 pior- 5% 24 iguais- 60%	8,50	-3,000	0,003
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“ <i>espalhar</i> ”), normalmente para o lado esquerdo do tórax (peito)	6 melhor- 15% 6 pior- 15% 28 iguais- 70%	6,50	0,000	1,000
A dor típica num Enfarte do Coração é sentida no tórax (peito), podendo irradiar para os braços, ombros, pescoço e mandíbula (queixo)	0 melhor 5 pior- 12,5% 35 iguais- 87,5%	3,00	-2,236	0,025
O tipo de dor num Enfarte de Miocárdio é em forma de aperto, sensação de peso ou pressão no centro do peito	2 melhor- 5% 1 pior- 2,5% 37 iguais- 92,5%	2,00	-0,577	0,564
Uma pessoa com Enfarte pode sentir falta de ar	8 melhor- 20% 1 pior- 2,5% 31 iguais- 77,5%	5,00	-2,333	0,020
Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre perda de visão	20 melhor- 50% 2 pior- 5% 18 iguais- 45%	11,50	-3,838	0,000
Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre dor de cabeça intensa	22 melhor- 55% 0 pior 18 iguais- 45%	11,50	-4,690	0,000
Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio pode sentir mal estar e vômitos	11 melhor- 27,5% 0 pior 29 iguais- 72,5%	6,00	-3,317	0,001
Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio normalmente tem febre	14 melhor- 35% 1 pior- 2,5% 25 iguais- 62,5%	8,00	-3,357	0,001
Um doente com Enfarte de Miocárdio pode sentir tonturas e suores intensos	3 melhor- 7,5% 1 pior- 2,5% 36 iguais- 90%	2,50	-1,000	0,317
Uma pessoa pode estar a ter um Enfarte do Coração sem sentir dor no peito	4 melhor- 10% 2 pior- 5% 34 iguais- 85%	3,50	-0,816	0,414
Para ser um Enfarte do Coração, o doente tem de desmaiar	16 melhor- 40% 2 pior- 5% 22 iguais- 55%	9,50	-3,300	0,001

Relação entre os conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM antes e imediatamente após a formação

Na tabela 18 estão expostos os resultados da intervenção imediatamente após a formação, com a aplicação do teste *Wilcoxon*. Pretende-se saber os conhecimentos dos participantes sobre como atuar em caso de EAM. Em relação à afirmação “*A primeira coisa a fazer quando se está a ter um Enfarte de Coração é pedir ajuda*”, uma resposta foi melhor no 2º que no 1º questionários, nenhuma foi pior e 39 foram iguais. Este resultado não tem representação estatística.

Em relação à afirmação “*O Enfarte do Miocárdio não é uma emergência*”, 6 participantes responderam melhor no 2º questionário em relação ao 1º, nenhum inquirido respondeu pior e 34 participantes responderam o mesmo, sendo resultados estatisticamente significativos.

No item “*O Enfarte do Miocárdio requer tratamento imediato*”, 2 respostas foram melhores no 2º questionário que no 1º, nenhuma foi pior e 38 foram iguais. Na afirmação “*Se tiver um Enfarte do Miocárdio, o tratamento ao fim de cinco horas de evolução dos sintomas é tão eficaz como o tratamento imediato*” houve um total de 6 respostas melhores, uma pior e 33 iguais do 2º para o 1º questionários. Na frase “*O tratamento do Enfarte de Miocárdio é mais eficaz quando o alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas*” houve 2 respostas de melhoria, nenhuma foi pior e 38 respostas foram iguais em ambos os questionários. Os resultados do item “*Quando a pessoa tem dor no peito e história de Enfarte de Coração, deve tomar Nitroglicerina (Nitromint), se tiver sido prescrito para essa mesma pessoa*” são 8 respostas melhores, 2 piores e 30 iguais do 2º para o 1º questionários. Estes quatro itens não apresentam significado estatístico.

No item “*Quando o doente tem dor no peito e suspeitar de Enfarte de Coração, deve tomar Ibuprofeno (Brufen) de imediato*”, 14 participantes responderam melhor no 2º questionário em relação ao 1º, nenhum inquirido respondeu pior e 26 participantes responderam o mesmo. Quanto ao item “*Quando a pessoa tem sintomas de Enfarte ou Doença Isquémica do Coração deve ir deitar-se porque com o repouso, a dor desaparece*”, 14 respostas foram melhores no 2º questionário que no 1º, nenhuma foi pior e 26 foram iguais. Em relação à afirmação “*Quando a pessoa suspeitar de Enfarte de Coração, deve conduzir imediatamente para o Hospital mais próximo*”, 14 respostas foram melhores no 2º que no 1º questionários, uma foi pior e 25 foram iguais. Estes três resultados têm significado estatístico.

Quanto à afirmação “*Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de conduzir*” 4 respostas foram melhores no 2º questionário, 2 no 1º e 34 foram iguais, não havendo representação estatística neste item.

Na frase “*Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de ligar para o 112*”, 14 respostas foram melhores no 2º questionário, uma for pior no 2º e 25 foram iguais, sendo resultados estatisticamente significativos.

Na afirmação “*Mesmo tendo dúvidas que alguém está a ter um Enfarte do Coração, deve-se ligar para o 112 a pedir ajudar*”, 7 respostas foram melhores no 2º questionário, 2 foram piores e 31 foram iguais em ambos e não tem significado estatístico.

Na frase “*O Enfarte do Coração ocorre quando uma veia do coração está “entupida” e o melhor tratamento é a sua desobstrução (“desentupimento”) no hospital*”, 8 respostas foram melhores imediatamente após a formação, um participante respondeu pior após a formação e 31 pessoas responderam o mesmo em ambos os questionários, tendo significado estatístico.

Na afirmação “*O Enfarte do Miocárdio é uma situação urgente*”, nenhum inquirido respondeu melhor no 2º que no 1º questionários, 3 responderam pior e 37 responderam o mesmo nos dois questionários e não existe significado estatístico.

No item “*Se o Enfarte do Coração for tratado, a sobrevivência da pessoa é garantida*” houve 14 respostas de melhoria, uma foi pior e 25 respostas foram iguais em ambos os questionários. Os resultados deste item são estatisticamente significativos.

Na frase “*Se o Enfarte de Miocárdio for tratado de imediato, a probabilidade da pessoa sobreviver é maior*”, 2 respostas demonstraram melhoria, uma foi pior imediatamente após a formação e 22 foram iguais, não havendo significado estatístico.

Tabela 18- Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM antes e imediatamente após a formação

Atuar em situações de EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 2º teste	Postos de média	Z	p
A primeira coisa a fazer quando se está a ter um Enfarte de Coração é pedir ajuda	1 melhor- 2,5% 0 pior	1,00	-1,000	0,317

	39 iguais- 97,5%			
O Enfarte do Miocárdio não é uma emergência	6 melhor- 15% 0 pior 34 iguais- 85%	3,50	-2,449	0,014
O Enfarte do Miocárdio requer tratamento imediato	2 melhor- 5% 0 pior 38 iguais- 95%	1,50	-1,414	0,157
Se tiver um Enfarte do Miocárdio, o tratamento ao fim de cinco horas de evolução dos sintomas é tão eficaz como o tratamento imediato	6 melhor- 15% 1 pior- 2,5% 33 iguais- 82,5%	4,00	-1,890	0,059
O tratamento do Enfarte de Miocárdio é mais eficaz quando o alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas	2 melhor- 5% 0 pior 38 iguais- 95%	1,50	-1,414	0,157
Quando a pessoa tem dor no peito e história de Enfarte do Coração, deve tomar Nitroglicerina (<i>Nitromint</i>), se tiver sido prescrito para essa mesma pessoa	8 melhor- 20% 2 pior- 5% 30 iguais- 75%	5,50	-1,897	0,058
Quando o doente tem dor no peito e suspeitar de Enfarte do Coração, deve tomar Ibuprofeno (<i>Brufen</i>) de imediato	14 melhor- 35% 0 pior 26 iguais- 65%	7,50	-3,742	0,000
Quando a pessoa tem sintomas de Enfarte ou Doença Isquêmica do Coração deve ir deitar-se porque com o repouso, a dor desaparece	14 melhor- 35% 0 pior 26 iguais- 65%	7,50	-3,742	0,000
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte do Coração, deve conduzir imediatamente para o Hospital mais próximo	14 melhor- 35% 1 pior- 2,5% 25 iguais- 62,5%	8,00	-3,357	0,001
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de conduzir	4 melhor- 10% 2 pior- 5% 34 iguais- 85%	3,50	-0,816	0,414
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de ligar para o 112	14 melhor- 35% 1 pior- 2,5% 25 iguais- 62,5%	8,00	-3,357	0,001
Mesmo tendo dúvidas que alguém está a ter um Enfarte do Coração, deve-se ligar para o 112 a pedir ajudar	7 melhor- 17,5% 2 pior- 5% 31 iguais- 77,5%	5,00	-1,667	0,096
O Enfarte do Coração ocorre quando uma veia do coração está “entupida” e o melhor tratamento é a sua desobstrução (“desentupimento”) no hospital	8 melhor- 20% 1 pior- 2,5% 31 iguais- 77,5%	5,00	-2,333	0,020
O Enfarte do Miocárdio é uma situação urgente	0 melhor 3 pior- 7,5% 37 iguais- 92,5%	2,00	-1,732	0,083

(Continua)

(Continuação)

Atuar em situações de EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 2º teste	Postos de média	Z	p
Se o Enfarte do Coração for tratado, a sobrevivência da pessoa é garantida	14 melhor- 35% 1 pior- 2,5% 25 iguais- 62,5%	8,00	-3,357	0,001
Se o Enfarte de Miocárdio for tratado de imediato, a probabilidade da pessoa sobreviver é maior	2 melhor- 5% 1 pior- 2,5% 37 iguais- 92,5%	2,00	-0,577	0,564

Relação entre os conhecimentos sobre EAM antes e um mês após a formação

Na tabela 19 estão expostos os resultados da intervenção um mês após a formação, com a aplicação do teste *Wilcoxon*. Pretende-se expor os conhecimentos dos participantes sobre EAM. Podemos observar que em relação à frase “*O Enfarte Agudo do Miocárdio é o mesmo que AVC*” houve 9 respostas corretas do 3º questionário em relação ao 1º, 5 respostas corretas no 1º questionário, errando no 3º e 18 respostas iguais em ambos os questionários. Relativamente à afirmação “*O Enfarte do Coração é o mesmo que um Ataque Cardíaco*” houve 6 respostas melhores no 3º que no 1º questionário, 2 piores e 24 iguais. Em relação à questão “*O Enfarte do Coração ocorre quando pelo menos uma ou mais das artérias que irrigam o coração ficam obstruídas (“entupidas”)*”, 8 respostas foram melhor respondidas no 3º que no 1º questionários, nenhuma foi pior no 3º que no 1º questionários e 24 respostas foram iguais em ambos os questionários. No item “*Durante um Enfarte do Coração, parte do coração pode ficar com tecido necrosado (“morto”) mas recupera sempre de seguida*” houve 8 respostas melhores no 3º que no 1º questionário, 7 piores e foram 17 iguais. Na frase “*Quando as artérias do coração ficam obstruídas (“entupidas”), o sangue não passa e não leva os nutrientes e oxigénio ao coração*”, 5 respostas foram melhores no 3º questionário, 2 respostas foram piores no 3º questionário em relação ao 1º e 25 foram iguais em ambos. Em relação à afirmação “*Quando o coração não recebe sangue e oxigénio por causa das artérias “entupidas”, pode parar de trabalhar e a pessoa pode morrer*”, houve uma resposta melhor no 3º que no 1º questionários, 3 piores e 28 iguais. Em nenhum destes item os resultados são estatisticamente significativos.

Tabela 19- Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre EAM antes e um mês após a formação

Conhecimentos sobre EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 3º teste	Postos de média	Z	p
O Enfarte Agudo do Miocárdio é o mesmo que AVC	9 melhor- 28,1% 5 pior- 15,6% 18 iguais- 56,3%	7,50	-1,069	0,285

O Enfarte do Coração é o mesmo que um <i>Ataque Cardíaco</i>	6 melhor- 18,7% 2 pior- 6,3% 24 iguais- 75%	4,50	-1,414	0,157
O Enfarte do Coração ocorre quando pelo menos uma ou mais das artérias que irrigam o coração ficam obstruídas (“ <i>entupidas</i> ”)	8 melhor- 25% 0 pior 24 iguais- 75%	4,50	-2,828	0,005
Durante um Enfarte do Coração, parte do coração pode ficar com tecido necrosado (“ <i>morto</i> ”) mas recupera sempre de seguida	8 melhor- 25% 7 pior- 21,9% 17 iguais- 53,1%	8,00	-0,258	0,796
Quando as artérias do coração ficam obstruídas (“ <i>entupidas</i> ”), o sangue não passa e não leva os nutrientes e oxigénio ao coração	5 melhor- 15,6% 2 pior- 6,3% 25 iguais- 78,1%	4,00	-1,134	0,257
Quando o coração não recebe sangue e oxigénio por causa das artérias “ <i>entupidas</i> ”, pode parar de trabalhar e a pessoa pode morrer	1 melhor- 3,1% 3 pior- 9,4% 28 iguais- 87,5%	2,50	-1,000	0,317

Relação entre os conhecimentos sobre fatores de risco antes e um mês após a formação

Na tabela 20 estão expostos os resultados da intervenção um mês após a formação, com a aplicação do teste *Wilcoxon*. Pretende-se expor os conhecimentos dos participantes sobre fatores de risco para desenvolver EAM. Podemos observar que em relação à frase “*O colesterol alto é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio*”, não houve nenhuma respostas melhor no 3º que no 1º questionários, uma foi pior e 31 foram iguais. Relativamente ao item “*A Tensão Arterial Alta é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio*”, uma resposta foi melhor no 3º questionário que no 1º, nenhuma foi pior e 31 foram iguais. Quanto à afirmação “*Ter Diabetes pode aumentar a possibilidade de ocorrer um Enfarte do Coração*”, 6 respostas foram melhores no 3º questionário, uma no primeiro e 25 foram iguais. Na frase “*Fumar é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio*”, 2 respostas foram melhores no 3º questionário, 2 foram piores no 3º e 28 foram iguais. Na afirmação “*Se tiver uma pessoa na família que tenha tido um Enfarte, de certeza que também vou ter*”, 9 respostas foram melhores no 3º questionário, 8 foram piores e 15 foram iguais em ambos. Na frase “*Praticar exercício físico é um fator de risco para desenvolver Enfarte do Coração*”, 7 respostas foram melhores imediatamente após a formação, 8 participantes responderam pior após a formação e 17 pessoas responderam o mesmo em ambos os questionários. No item “*Se a pessoa possuir muitos fatores de risco, aumenta a possibilidade de vir a ter um Enfarte de Miocárdio*”, 2 participantes responderam melhor no 3º questionário em relação ao 1º,

3 inquiridos responderam pior e 27 participantes responderam o mesmo. Na frase “*Ter uma alimentação saudável é importante para evitar doenças de coração*”, 2 respostas obtiveram melhor resultado no 3º questionário que no 1º, não houve respostas piores no 3º inquirido e 30 respostas foram iguais nos 2 questionários. Os resultados de todas estas respostas não são estatisticamente significativos.

Tabela 20- Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre fatores de risco antes e um mês após a formação

Fatores de risco	Comparação de Respostas do 1º para o 3º teste	Postos de média	Z	p
O colesterol alto é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio	0 melhor 1 pior- 3,1% 31 iguais- 96,9%	1,00	-1,000	0,317
A Tensão Arterial Alta é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio	1 melhor- 3,1% 0 pior 31 iguais- 96,9%	1,00	-1,000	0,317
Ter Diabetes pode aumentar a possibilidade de ocorrer um Enfarte do Coração	6 melhor- 18,8% 1 pior- 3,1% 25 iguais- 78,1%	4,00	-1,890	0,059
Fumar é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio	2 melhor- 6,3% 2 pior- 6,3% 28 iguais- 87,4%	2,50	0,000	1,000
Se tiver uma pessoa na família que tenha tido um Enfarte, de certeza que também vou ter	9 melhor- 28,1% 8 pior- 25% 15 iguais- 46,9%	9,00	-0,243	0,808
Praticar exercício físico é um fator de risco para desenvolver Enfarte do Coração	7 melhor- 21,9% 8 pior- 25% 17 iguais- 53,1%	8,57	0,000	1,000
Se a pessoa possuir muitos fatores de risco, aumenta a possibilidade de vir a ter um Enfarte de Miocárdio	2 melhor- 6,3% 3 pior- 9,4% 27 iguais- 84,3%	3,00	-0,447	0,655
Ter uma alimentação saudável é importante para evitar doenças de coração	2 melhor- 6,3% 0 pior 30 iguais- 93,7%	1,50	-1,414	0,157

Relação entre os conhecimentos sobre sintomas de EAM antes e um mês após a formação

Na tabela 21 estão expostos os resultados da intervenção um mês após a formação, com a aplicação do teste *Wilcoxon*. Pretendeu-se saber os conhecimentos dos participantes em relação aos sintomas de EAM. Podemos observar que em relação à afirmação “*O principal sintoma de Enfarte de Miocárdio é desvio da boca*” houve 14 respostas melhores no 3º questionário que no 1º, uma resposta pior no 3º que no 1º e 17 respostas iguais em ambos, havendo significado estatístico.

Na frase *“O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito”*, houve 4 respostas de melhoria, 2 foram piores e 26 respostas foram iguais em ambos os questionários. Os resultados do item *“O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“espalhar”), normalmente para o lado direito (e não esquerdo) do tórax (peito)”* são 12 respostas melhores, 9 piores e 11 iguais do 3º para o 1º questionários. No item *“O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“espalhar”), normalmente para o lado esquerdo do tórax (peito)”*, 6 participantes responderam melhor no 3º questionário em relação ao 1º, 4 inquiridos responderam pior e 22 participantes responderam o mesmo. Quanto ao item *“A dor típica num Enfarte do Coração é sentida no tórax (peito), podendo irradiar para os braços, ombros, pescoço e mandíbula (queixo)”*, 5 respostas foram melhores no 3º questionário que no 1º, uma foi pior e 26 foram iguais. Em relação à afirmação *“O tipo de dor num Enfarte de Miocárdio é em forma de aperto, sensação de peso ou pressão no centro do peito”* uma resposta foi melhor no 3º que no 1º questionários, nenhuma foi pior e 31 foram iguais. No item *“Uma pessoa com Enfarte pode sentir falta de ar”* houve 7 respostas melhores, 5 piores e 20 iguais do 3º para o 1º questionários. Em relação à afirmação *“Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre perda de visão”*, 8 participantes responderam melhor no 3º questionário em relação ao 1º, 3 inquiridos responderam pior e 21 participantes responderam o mesmo. No item *“Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre dor de cabeça intensa”*, 7 respostas foram melhores no 3º questionário que no 1º, 10 foram piores e 15 foram iguais. Na afirmação *“Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio pode sentir mal estar e vômitos”* houve um total de 8 respostas melhores do 3º para o 1º questionário, 3 piores e 21 iguais. No item *“Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio normalmente tem febre”*, 8 respostas foram melhores no 3º questionário que no 1º, 9 foram pior e 15 foram iguais. Na afirmação *“Um doente com Enfarte de Miocárdio pode sentir tonturas e suores intensos”*, 4 inquiridos responderam melhor no 3º que no 1º questionários, 3 responderam pior e 25 responderam o mesmo nos dois questionários. No item *“Uma pessoa pode estar a ter um Enfarte do Coração sem sentir dor no peito”* houve 4 respostas de melhoria, 6 foram piores e 22 foram iguais em ambos os questionários. Na frase *“Para ser um Enfarte do Coração, o doente tem de desmaiar”*, 6 respostas demonstraram melhoria, 11 foram piores um mês após a formação e 15 apresentam resposta igual em ambos os questionários. Estes treze resultados não são estatisticamente significativos.

Tabela 21- Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre sintomas de EAM antes e um mês após a formação

Sintomas de EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 3º teste	Postos de média	Z	p
O principal sintoma de Enfarte de Miocárdio é desvio da boca	14 melhor- 43,8% 1 pior- 3,1% 17 iguais- 53,1%	8,00	-3,357	0,001
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito	4 melhor- 12,5% 2 pior- 6,3% 26 iguais- 81,2%	3,50	-0,816	0,414
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“ <i>espalhar</i> ”), normalmente para o lado direito (e não esquerdo) do tórax (peito)	12 melhor- 37,5% 9 pior- 28,1% 11 iguais- 34,4%	11,00	-0,655	0,513
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“ <i>espalhar</i> ”), normalmente para o lado esquerdo do tórax (peito)	6 melhor- 18,7% 4 pior- 12,5% 22 iguais- 68,8%	5,50	-0,632	0,527
A dor típica num Enfarte do Coração é sentida no tórax (peito), podendo irradiar para os braços, ombros, pescoço e mandíbula (queixo)	5 melhor- 15,6% 1 pior- 3,1% 26 iguais- 81,3%	3,50	-1,633	0,102
O tipo de dor num Enfarte de Miocárdio é em forma de aperto, sensação de peso ou pressão no centro do peito	1 melhor- 3,1% 0 pior 31 iguais- 96,9%	1,00	-1,000	0,317
Uma pessoa com Enfarte pode sentir falta de ar	7 melhor- 21,9% 5 pior- 15,6% 20 iguais- 62,5%	6,50	-0,577	0,564
Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre perda de visão	8 melhor- 25% 3 pior- 9,4% 21 iguais- 65,6%	6,00	-1,508	0,132

(Continua)

(Continuação)

Sintomas de EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 3º teste	Postos de média	Z	p
Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre dor de cabeça intensa	7 melhor- 21,9% 10 pior- 31,3% 15 iguais- 46,8%	9,00	-0,728	0,467
Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio pode sentir mal estar e vômitos	8 melhor- 25% 3 pior- 9,4% 21 iguais- 65,6%	6,00	-1,508	0,132
Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio normalmente tem febre	8 melhor- 25% 9 pior- 28,1% 15 iguais- 46,9%	9,00	-0,243	0,808
Um doente com Enfarte de Miocárdio pode sentir tonturas e suores intensos	4 melhor- 12,5% 3 pior- 9,4% 25 iguais- 78,1%	4,00	-0,378	0,705
Uma pessoa pode estar a ter um Enfarte do Coração sem sentir dor no peito	4 melhor- 12,5% 6 pior- 18,7% 22 iguais- 68,8%	5,50	-0,632	0,527

Para ser um Enfarte do Coração, o doente tem de desmaiar	6 melhor- 18,7% 11 pior- 34,5% 15 iguais- 46,8%	9,00	-1,213	0,225
--	---	------	--------	-------

Relação entre os conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM antes e um mês após a formação

Na tabela 22 estão expostos os resultados da intervenção um mês após a formação, com a aplicação do teste *Wilcoxon*. Pretende-se expor os conhecimentos dos participantes sobre como atuar em caso de EAM. Em relação à afirmação “*A primeira coisa a fazer quando se está a ter um Enfarte de Coração é pedir ajuda*”, uma resposta foi melhor no 3º que no 1º questionários, nenhuma foi pior e 31 foram iguais. Em relação à afirmação “*O Enfarte do Miocárdio não é uma emergência*”, 6 participantes responderam melhor no 3º questionário em relação ao 1º, 3 inquiridos responderam pior e 23 participantes responderam o mesmo. No item “*O Enfarte do Miocárdio requer tratamento imediato*”, 2 respostas foram melhores no 3º questionário que no 1º, nenhuma foi pior e 30 foram iguais. Na afirmação “*Se tiver um Enfarte do Miocárdio, o tratamento ao fim de cinco horas de evolução dos sintomas é tão eficaz como o tratamento imediato*” houve um total de 4 respostas melhores, 9 piores e 19 iguais do 3º para o 1º questionários. Na frase “*O tratamento do Enfarte de Miocárdio é mais eficaz quando o alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas*” houve 2 respostas de melhoria, uma foi pior e 29 respostas foram iguais em ambos os questionários. Os resultados do item “*Quando a pessoa tem dor no peito e história de Enfarte do Coração, deve tomar Nitroglicerina (Nitromint), se tiver sido prescrito para essa mesma pessoa*” foram de 7 respostas melhores, 10 piores e 15 iguais do 3º para o 1º questionários. No item “*Quando o doente tem dor no peito e suspeitar de Enfarte do Coração, deve tomar Ibuprofeno (Brufen) de imediato*”, 6 participantes responderam melhor no 3º questionário em relação ao 1º, 10 inquiridos responderam pior e 16 participantes responderam o mesmo. Quanto ao item “*Quando a pessoa tem sintomas de Enfarte ou Doença Isquémica do Coração deve ir deitar-se porque com o repouso, a dor desaparece*”, 3 respostas foram melhores no 3º questionário que no 1º, 9 foram piores e 20 foram iguais. Em relação à afirmação “*Quando a pessoa suspeitar de Enfarte do Coração, deve conduzir imediatamente para o Hospital mais próximo*”, 2 respostas foram melhores no 3º que no 1º questionários, 13 foram piores e 17 foram iguais. Quanto à afirmação “*Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir*

para alguém a levar para o Hospital, em vez de conduzir”, uma resposta foi melhor no 3º questionário, 4 no primeiro e 27 foram iguais. Na frase “Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de ligar para o 112”, 10 respostas foram melhores no 3º questionário, 5 foram piores um mês após a formação e 17 foram iguais. Na afirmação “Mesmo tendo dúvidas que alguém está a ter um Enfarte do Coração, deve-se ligar para o 112 a pedir ajudar”, 7 respostas foram melhores no 3º questionário, 4 foram piores e 21 foram iguais em ambos. Na frase “O Enfarte do Coração ocorre quando uma veia do coração está “entupida” e o melhor tratamento é a sua desobstrução (“desentupimento”) no hospital”, 8 respostas foram melhores uma mês após a formação, 4 participantes responderam pior e 20 pessoas responderam o mesmo em ambos os questionários. Na afirmação “O Enfarte do Miocárdio é uma situação urgente”, nenhum inquirido respondeu melhor no 3º que no 1º questionários, 3 pessoas responderam pior e 29 responderam o mesmo nos dois questionários. No item “Se o Enfarte do Coração for tratado, a sobrevivência da pessoa é garantida” houve 7 respostas de melhoria, 3 foram piores e 22 respostas foram iguais em ambos os questionários. Na frase “Se o Enfarte de Miocárdio for tratado de imediato, a probabilidade da pessoa sobreviver é maior”, uma resposta demonstrou melhoria, 5 foram pior um mês após a formação e 26 obtiveram a mesma resposta. Nenhum destes itens tem significado estatístico.

Tabela 22- Resultados da aplicação do teste *Wilcoxon* aos conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM antes e um mês após a formação

Atuar em situações de EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 3º teste	Postos de média	Z	p
A primeira coisa a fazer quando se está a ter um Enfarte de Coração é pedir ajuda	1 melhor- 3,1% 0 pior 31 iguais- 96,9%	1,00	-1,000	0,317
O Enfarte do Miocárdio não é uma emergência	6 melhor- 18,7% 3 pior- 9,4% 23 iguais- 71,9%	5,00	-1,000	0,317
O Enfarte do Miocárdio requer tratamento imediato	2 melhor- 6,3% 0 pior 30 iguais- 93,7%	1,50	-1,414	0,157
Se tiver um Enfarte do Miocárdio, o tratamento ao fim de cinco horas de	4 melhor- 12,5% 9 pior- 28,1% 19 iguais- 59,4%	7,00	-1,387	0,166

evolução dos sintomas é tão eficaz como o tratamento imediato				
O tratamento do Enfarte de Miocárdio é mais eficaz quando o alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas	2 melhor- 6,3% 1 pior- 3,1% 29 iguais- 90,6%	2,00	-0,577	0,564
Quando a pessoa tem dor no peito e história de Enfarte do Coração, deve tomar Nitroglicerina (<i>Nitromint</i>), se tiver sido prescrito para essa mesma pessoa	7 melhor- 21,9% 10 pior- 31,3% 15 iguais- 46,8%	9,00	-0,728	0,467
Quando o doente tem dor no peito e suspeitar de Enfarte do Coração, deve tomar Ibuprofeno (<i>Brufen</i>) de imediato	6 melhor- 18,7% 10 pior- 31,3% 16 iguais- 50%	8,50	-1,000	0,317
Quando a pessoa tem sintomas de Enfarte ou Doença Isquêmica do Coração deve ir deitar-se porque com o repouso, a dor desaparece	3 melhor- 9,4% 9 pior- 28,1% 20 iguais- 62,5%	6,50	-1,732	0,083
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte do Coração, deve conduzir imediatamente para o Hospital mais próximo	2 melhor- 6,3% 13 pior- 40,6% 17 iguais- 53,1%	8,00	-2,840	0,005
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de conduzir	1 melhor- 3,1% 4 pior- 12,5% 27 iguais- 84,4%	3,00	-1,342	0,180
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de ligar para o 112	10 melhor- 31,3% 5 pior- 15,6% 17 iguais- 53,1%	8,00	-1,291	0,197
Mesmo tendo dúvidas que alguém está a ter um Enfarte do Coração, deve-se ligar para o 112 a pedir ajudar	7 melhor- 21,9% 4 pior- 12,5% 21 iguais- 65,6%	6,00	-0,905	0,366
O Enfarte do Coração ocorre quando uma veia do coração está “entupida” e o melhor tratamento é a sua desobstrução (“desentupimento”) no hospital	8 melhor- 25% 4 pior- 12,5% 20 iguais- 62,5%	6,50	-1,155	0,248

(Continua)

(continuação)

Atuar em situações de EAM	Comparação de Respostas do 1º para o 3º teste	Postos de média	Z	p
O Enfarte do Miocárdio é uma situação urgente	0 melhor 3 pior- 9,4% 29 iguais- 90,6%	2,00	-1,732	0,083
Se o Enfarte do Coração for tratado, a sobrevivência da pessoa é garantida	7 melhor- 21,9% 3 pior- 9,4% 22 iguais- 68,7%	5,50	-1,265	0,206
Se o Enfarte de Miocárdio for tratado de imediato, a probabilidade da pessoa sobreviver é maior	1 melhor- 3,1% 5 pior- 15,6% 26 iguais- 81,3%	3,50	-1,633	0,102

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será apresentada a discussão dos resultados de acordo com os objetivos e as questões de investigação, à luz da bibliografia consultada.

Com o trabalho de investigação pretendeu-se avaliar a eficácia da intervenção de medidas formativas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM. Para tal, foi aplicado um questionário (Apêndice A) aos participantes, para avaliar os seus conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM. Posteriormente foi realizada uma intervenção estruturada (Apêndices B, C e D) e finalmente foi feito o mesmo questionário

imediatamente e um mês após o momento formativo. A amostra ficou constituída por 40 participantes com capacidade de aprendizagem, sem demências e com fatores de risco cardiovascular. É considerada uma amostra intencional porque não é dada aos indivíduos a mesma possibilidade de serem selecionados para formar a amostra do estudo (Fortin, 2009). O estudo decorreu em três Instituições: no Centro Social da Casa do Povo de Amor, na Associação Desportiva e Recreativa de Barreiros e no Centro Social Baptista de Leiria. No terceiro questionário a amostra ficou reduzida para 32 participantes, havendo assim uma mortalidade de 20% da amostra.

Relação entre os conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos indivíduos

A amostra deste estudo é constituída por 40 participantes, sendo 17 homens (42,5%) e 23 mulheres (57,5%). Os homens demonstraram apresentar mais conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM nos questionários inicial e pós-formativo imediato, enquanto que foi o inverso no questionário realizado um mês depois da formação. No entanto, estas diferenças apresentadas só têm significado estatístico no momento pós-formativo imediato ($p = 0,019$).

A média de idades da amostra é de 74,76 anos, sendo a idade mínima de 59 e a máxima de 90 anos (DP=9,63). Após os testes estatísticos aplicados, concluiu-se que existe uma correlação negativa entre a idade e os conhecimentos dos participantes do estudo, sendo que em menor idade associam-se valores mais elevados de conhecimentos e vice-versa. Esta correlação é ligeira no momento antes da formação ($rs = -0,328$), moderada imediatamente após a formação ($rs = -0,513$) e muito ligeira um mês após a formação ($rs = -0,016$), havendo apenas diferenças estatisticamente significativas nos primeiro ($p = 0,039$) e segundo ($p = 0,001$) questionários.

Relativamente ao ensino, 8 participantes não frequentaram a escola, 1 completou o 1º ano, 2 terminaram o 3º ano, 23 elementos da amostra fizeram a 4ª classe, 1 completou o 5º ano, 3 participantes fizeram o 6º ano, 1 elemento da amostra terminou o 12º ano e 1 completou o Ensino Superior, sendo bacharel em engenharia civil. Antes da formação, os participantes com mais respostas corretas (M=31,923; DP=4,001 e Md=31,000) foram os

que estudaram entre o 1º e 4º anos. Imediatamente e um mês após a formação, quem apresentou mais respostas corretas (M=39,500 e 33,400, respectivamente) tinha mais que o 4º ano de escolaridade. Estes resultados não são estatisticamente significativos (p não é $<0,05$), concluindo-se que não há diferenças nos conhecimentos dos participantes devido à escolaridade dos mesmos.

Com os dados da amostra referentes ao tabagismo, à tensão arterial, à medicação habitual, dislipidemia e aos antecedentes de doença, foi possível avaliar a existência de doenças de risco cardiovascular dos participantes. Para tal, recorreu-se ao algoritmo de avaliação de risco cardiovascular em Portugal, de acordo com a norma número 005/2013, que se encontra em Anexo III (Direção-Geral da Saúde, 2015). Deste modo, 25 elementos (62,5%) possuem doenças de risco cardiovascular e 15 participantes (37,5%) não possuem. Antes da formação e imediatamente após, os participantes com mais respostas corretas (M=31,333 e 39,133; respectivamente) foram os que não possuem risco cardiovascular. Um mês após a formação os participantes com risco cardiovascular foram os que apresentaram maior número de respostas corretas (M=32,901; Md=31,000 e DP=4,679), sendo uma diferença mínima. Os resultados não são estatisticamente significativos (p não é $<0,05$), concluindo-se que não há diferenças nos conhecimentos consoante as doenças de risco cardiovascular dos participantes.

Conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio

Segundo Serra e Silva (2009), muitos doentes com EAM demoram mais de duas horas a receber tratamento e muitos são os doentes que não sabem reconhecer adequadamente os sintomas.

No estudo presente, a média de respostas corretas sobre os conhecimentos da população sobre como atuar em situações de EAM foi de 70,398% (Md=30; DP=4,715). Imediatamente após a formação o nível de conhecimentos foi de 87,727% (Md=40; DP=3,761). Um mês após a sessão de educação para a saúde, a percentagem de respostas corretas foi de 74,218% (Md=31,500; DP=4,232).

Segundo Pereira (2015), em Portugal tem aumentado o conhecimento da população relativamente à atuação que deve ter perante um EAM mas é importante continuar a sensibilizar a população para reconhecer os sintomas de EAM de modo aos utentes serem submetidos a tratamento precoce. Este estudo demonstra que imediatamente após a formação, o nível de conhecimentos dos participantes teve um aumento de 17,329% e um mês após a formação houve uma melhoria de 3,82% relativamente ao momento pré-formativo. A intervenção de medidas formativas conferiu então uma melhoria dos conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de EAM.

Eficácia da intervenção de medidas formativas, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio

De seguida irão ser discutidos os resultados das respostas dos participantes nos três momentos em que se realizou o questionário:

- 1º- no primeiro contato com os participantes e antes da sessão de educação para a saúde;
- 2º- imediatamente após a formação;
- 3º- um mês após a formação.

O primeiro e segundo questionários foram realizados a 40 pessoas e o terceiro teve 32 participantes, por ter sido realizada um mês depois. Houve dois momentos comparativos para avaliação dos conhecimentos dos participantes:

- Imediatamente após a formação- do 2º para o 1º questionário;
- Um mês após a formação- do 3º para o 1º questionários.

Importa salientar as seguintes relações em relação aos dois momentos comparativos:

- Não houve **resposta pior** superior ao número de **respostas iguais**;
- Houve 18 **respostas piores** superiores ao número de **respostas melhores**;
- Houve 82 respostas em que o número de **respostas iguais** foi superior ao número de **respostas melhores**;
- Houve 6 respostas com mais **respostas melhores** que **iguais**.

As 6 questões em que houve mais respostas melhores foram: EAM ser o mesmo que Acidente Vascular Cerebral; fumar ser um fator de risco; o principal sintoma de EAM ser o desvio da comissura labial; um doente com EAM sentir sempre perda de visão; um doente com EAM sentir sempre cefaleia, todas estas respondidas imediatamente após a formação. Foi ainda o item sobre dor torácica de EAM irradiar para o lado direito, respondido um mês após a formação.

Irão aqui ser discutidos, sobretudo, os resultados que apresentaram significado estatístico ($p < 0,05$). Os resultados sem significado estatístico foram expostos apenas para termos comparativos entre os três questionários e será mencionada a sua insignificância estatística.

Conhecimentos sobre EAM

Relativamente à questão de EAM ser o mesmo que AVC, verificou-se que 21 participantes (52,5%) responderam melhor no 2º questionário, uma resposta (2,5%) foi pior e 18 foram iguais (45%). Um mês após a formação houve 9 respostas (28,1%) de melhoria, 5 (15,6%) piores e 18 iguais (56,3%), mas sem significado estatístico.

Nas respostas sobre EAM ser o mesmo que ataque cardíaco, 7 participantes (17,5%) responderam melhor imediatamente após a formação, um respondeu pior (2,5%) e 32 (80%) responderam o mesmo em ambos os questionários. Os resultados um mês após a formação foram similares mas não têm significado estatístico. Como nos diz a American Heart Association (2017), o EAM ocorre devido a isquémia no músculo cardíaco. Será por isso designado de ataque cardíaco.

Ao questionar sobre o EAM ocorrer devido à obstrução arterial, houve um total de 12 participantes (30%) que responderam melhor logo a seguir à formação e 8 inquiridos (25%), um mês após a formação. Logo a seguir à formação, 3 pessoas (7,5%) responderam pior e nenhuma respondeu pior um mês depois. Houve ainda 25 (62,5%) respostas iguais no 2º questionário e 24 (75%) no questionário um mês após a sessão formativa. No estudo realizado por Campos (2011), 80% responderam que o EAM ocorre quando o fluxo sanguíneo de uma artéria coronária é interrompido, provocando necrose do miocárdio. Este valor é elevado, sendo que no estudo atual houve ainda uma melhoria de 30% imediatamente após a formação e de 25% um mês após a mesma.

Fatores de risco

Os principais fatores de risco para desenvolver doenças coronárias são os seguintes: tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, sedentarismo, obesidade, stress e antecedentes familiares (American Heart Association, 2017).

Quanto à relação entre a Diabetes poder aumentar a possibilidade de ocorrer um EAM, 2 respostas (5%) foram melhores no 2º questionário, nenhuma foi pior e 38 (95%) foram iguais, antes e imediatamente após a formação. Houve 6 respostas (18,8%) melhores, uma pior (3,1%) e 25 iguais (78,1%) um mês após a formação, mas não tem significado estatístico.

Em relação à questão se tiver uma pessoa na família que tenha tido um EAM, de certeza que também vou ter, 12 respostas (30%) foram melhores imediatamente após a formação, uma (2,5%) foi pior e 27 (67,5%) foram iguais. Houve 9 respostas melhores (28,1%), 8 piores (25%) e 15 iguais (46,9%) um mês após a formação, mas sem significado estatístico.

Sinais e sintomas de EAM

A sintomatologia presente em doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio é a seguinte: dor pré-cordial, dispneia, tonturas, náuseas, vômitos, sudorese e nalguns casos, astenia (American Heart Association, 2017).

Relativamente à pergunta sobre o desvio da comissura labial ser o principal sintoma de EAM, houve 21 (52,5%) respostas melhores no 2º questionário que no 1º e 14 (43,8%) respostas melhores do 3º para o 1º questionários. Uma resposta foi pior em ambos os momentos comparativos. Houve ainda 18 (45%) respostas iguais imediatamente após a formação e 17 (53,1) respostas iguais um mês após a formação. No estudo realizado por Campos (2011), 6,67% respondeu erradamente que o desvio da comissura labial é sintoma de EAM.

Sobre a dor torácica ser o principal sintoma de Enfarte Cardíaco, houve 4 (10%) respostas de melhoria imediatamente após a formação. Nenhuma resposta foi pior e 36 (90%) foram iguais. Os resultados foram quase similares um mês depois da formação, mas não têm significado estatístico. No estudo de Branco e Nunes (2008), verificou-se que 84,4% identificaram dor, desconforto e sensação de pressão no peito como sintomatologia de EAM e o estudo similar realizado pelo CDC (2005, citado por Branco et al., 2008) apresentou 92,1% de respostas corretas. A dor no peito é então sintoma conhecido por grande parte dos inquiridos dos três estudos, mesmo antes da realização de medidas formativas.

Em relação ao principal sintoma de EAM ser dor no peito, podendo irradiar normalmente para o lado direito do tórax, obteve-se 14 (35%) respostas melhores do 2º para o 1º questionários, 2 (5%) piores e 24 (60%) iguais. Um mês após a formação houve um total de 12 (37,5%) respostas melhores, 9 (28,1%) piores e 11 (34,4%) iguais, mas sem significado estatístico.

Acerca a dor típica num EAM ser sentida no tórax, podendo irradiar para os braços, ombros, pescoço e mandíbula, nenhuma resposta foi melhor no 2º questionário que no 1º, 5 (12,5%) foram piores e 35 (87,5%) foram iguais. Um mês após a formação houve 5 (15,6%) respostas melhores, uma (3,1%) pior e 26 (81,3%) iguais, sem significado estatístico. De acordo com o estudo de Branco et al. (2008), 32,3% identificaram dor no pescoço, mandíbula e costas e 46,8% referiram dor nos braços e ombros como sinais e sintomas de um EAM. Segundo o estudo realizado pela CDC (2005, citado por Branco et al., 2008), 47,6% referiram dor no pescoço, mandíbula e costas e 85,1% identificaram dor nos braços e ombros durante um EAM. A dor sentida no EAM sem ser no tórax apresenta um nível de conhecimentos muito divergente- entre 32,3% e 85,1%. No estudo atual, não houve melhoria significativa de conhecimentos sobre estes sintomas de EAM.

Em relação à dispneia ser um sintoma possível num EAM, houve 8 respostas (20%) melhores imediatamente após a formação, uma (2,5%) pior e 31 (77,5%) iguais. Houve 7 (21,9%) respostas melhores um mês depois da formação, 5 (15,6%) piores e 20 (62,5%) iguais, mas não sem significado estatístico. O estudo de Branco et al. (2008) demonstra que 67% sabiam que a dispneia é um sintoma de EAM e no estudo realizado pelo CDC eram 93,4% (2005, citado por Branco et al., 2008). No estudo atual houve então 20% de

melhoria dos conhecimentos em como a dispneia é um sintoma possível num EAM. Esta melhoria está eventualmente associada à formação recente.

Sobre um doente com EAM ter sempre perda de visão, 20 participantes (50%) responderam melhor no 2º questionário em relação ao 1º, 2 (5%) responderam pior e 18 (45%) responderam o mesmo. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico e houve 8 (25%) respostas melhores, 3 (9,4%) piores e 21 (65,6%) iguais. No estudo de Branco et al. (2008), apenas 7,3% responderam corretamente que a perda de visão não é sinal de EAM. Sendo um valor baixo, torna-se importante que 50% dos participantes do estudo atual tenham apresentado melhoria deste conhecimento imediatamente após a formação e 25% de melhoria um mês depois (apesar deste último resultado não ter significado estatístico).

Relativamente à cefaleia intensa ser sempre um sintoma de EAM, 22 respostas (55%) foram melhores imediatamente após a formação, nenhuma foi pior e 18 (45%) foram iguais. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, havendo 7 (21,9%) respostas melhores, 10 (31,3%) piores e 15 (46,8%) iguais.

Sobre náuseas e vômitos ser um possível sintoma num EAM, houve um total de 11 respostas (27,5%) melhores do 2º para o 1º questionário, nenhuma pior e 29 (72,5%) iguais. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico mas houve 8 (25%) respostas melhores, 3 (9,4%) piores e 21 (65,6%) iguais. Segundo o estudo de Branco et al. (2008) sudorese, náuseas e vômitos sentidos durante um EAM são do conhecimento de 47,8% da amostra. As náuseas e vômitos são sinais e sintomas conhecidos por menos de metade da população e no estudo atual ocorreu uma melhoria de conhecimentos devido à formação. Essa melhoria foi de 27,5% imediatamente após a formação e de 25% um mês após, mas não há neste último resultado, um significado estatístico.

Sobre a febre ser um sintoma de EAM, houve 14 respostas (35%) melhores imediatamente após a formação, uma pior (2,5%) e 25 (62,5%) iguais. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, havendo 8 (25%) respostas melhores, 9 (28,1%) piores e 15 (46,9%) iguais.

Na pergunta que para ser um EAM, a pessoa terá de desmaiar, 16 respostas (40%) demonstraram melhoria imediatamente após a formação, 2 (5%) foram respostas piores e 22 (55%) foram iguais. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, tendo havido 6 (18,7%) respostas melhores, 11 (34,5%) piores e 15 (46,8%) iguais.

Atuação em situação de urgência

Sobre o EAM não ser uma emergência, 6 participantes (15%) responderam melhor imediatamente após a formação, nenhum respondeu pior e 34 (85%) responderam o mesmo. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, tendo havido 6 (18,7%) respostas melhores, 3 (9,4%) piores e 23 (71,9%) iguais. No estudo realizado por Campos (2011), 93,3% responderam corretamente, havendo então uma noção correta da gravidade da doença.

Sobre em caso de suspeita de EAM dever ser administrado Ibuprofeno oral de imediato, 14 participantes (35%) responderam melhor no 2º questionário em relação ao 1º, nenhum respondeu pior e 26 (65%) responderam o mesmo. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, mas houve 6 (18,7%) respostas melhores, 10 (31,3%) piores e 16 (50%) iguais.

Em relação à questão que quando a pessoa tem sintomas de Enfarte ou Doença Isquémica do Coração dever ir deitar-se porque com o repouso, a dor desaparece, 14 respostas (35%) foram melhores no 2º questionário que no 1º, nenhuma foi pior e 26 (65%) foram iguais. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, tendo havido 3 (9,4%) respostas melhores, 9 (28,1%) piores e 20 (62,5%) iguais.

Na pergunta se quando a pessoa suspeitar de EAM, dever conduzir imediatamente para o Hospital mais próximo, 14 respostas (35%) foram melhores no 2º que no 1º questionários e 2 (6,3%) no 3º para o 1º. Houve uma resposta pior (2,5%) imediatamente após a formação e 13 (40,6%) piores um mês depois. O número de respostas iguais foi de 25 (62,5%) imediatamente após a formação e 17 (53,1%) um mês após a mesma. No estudo realizado por Branco et al. (2008), 9,7% dos inquiridos responderam que recorreriam ao hospital perante sintomatologia de EAM. Neste conhecimento, houve uma melhoria de

35% da amostra do estudo atual imediatamente após a formação e de 6,3% um mês após a formação.

Na frase que quando a pessoa suspeitar de EAM, dever pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de ligar para o 112, 14 respostas (35%) foram melhores no 2º questionário que no 1º, uma resposta (2,5%) foi pior e 25 (62,5%) foram iguais. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, tendo havido 10 (31,3%) respostas melhores, 5 (15,6%) piores e 17 (53,1%) iguais. No estudo realizado por Campos (2011), 6,67% respondeu erradamente que se deve levar a pessoa com um EAM para o hospital. No estudo atual houve uma melhoria de 35% neste conhecimento.

Sobre um EAM ocorrer quando um vaso cardíaco fica obstruído e o melhor tratamento ser a sua desobstrução em meio hospitalar, houve 8 respostas certas (20%) imediatamente após a formação, 1 (2,5%) pior e 31 (77,5%) iguais. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, tendo havido 8 (25%) respostas melhores, 4 (12,5%) piores e 20 (62,5%) iguais. A existência e ativação da Via Verde Coronária permite um acesso direto a angioplastia primária e tratamentos adequados, havendo assim uma diminuição da taxa de mortalidade dos doentes admitidos por EAM (Marques et al., 2012).

No item sobre o tratamento imediato do EAM garantir a sobrevivência da pessoa, houve 14 respostas (35%) de melhoria imediatamente após a formação, uma (2,5%) pior e 25 (62,5%) iguais. As respostas um mês após a formação não tiveram significado estatístico, tendo havido 7 (21,9%) respostas melhores, 3 (9,4%) piores e 22 (68,7%) iguais.

5.CONCLUSÃO

Com o trabalho de investigação pretendeu-se avaliar a eficácia da intervenção formativa, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM. Pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos: identificar os fatores de risco de EAM dos participantes; avaliar os conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM; relacionar os conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM com alguns fatores sociodemográficos e clínicos e avaliar a eficácia da intervenção formativas, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos com fatores de risco sobre como atuar em situações de EAM.

Para concretizar os objetivos foi aplicado um questionário aos participantes das três Instituições onde decorreu a investigação. Esse questionário pretendeu avaliar os

conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM. Após a realização de sessões de educação para a saúde, foi aplicado o mesmo questionário imediatamente e um mês após o momento formativo. Irão de seguida ser apresentadas as principais conclusões, baseadas em dados/resultados apenas com significado estatístico.

Foram identificados os fatores de risco dos participantes: hábitos tabágicos, valores de tensão arterial, medicação habitual e antecedentes de doença dos participantes. Com os vários fatores de risco foram detetadas as doenças de risco cardiovascular pela norma número 005/2013 da Direção Geral da Saúde, tendo 25 elementos doenças de risco cardiovascular e 15 participantes não têm essas doenças. Concluiu-se que não há diferenças nos conhecimentos relacionadas/influenciadas pelas doenças de risco cardiovascular dos participantes.

Este estudo demonstra que imediatamente após a formação o nível de conhecimentos dos participantes teve um aumento de 17,329% e um mês após a formação houve uma melhoria de 3,82% relativamente ao momento pré-formativo. A intervenção formativa conferiu então uma melhoria dos conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de EAM. No entanto, os conhecimentos não permaneceram no tempo, ou seja, quanto mais tempo passava, menos conhecimentos ficavam na memória a longo prazo dos participantes.

Dos 40 participantes, 17 eram homens e 23 mulheres. Os homens demonstraram apresentar mais conhecimentos sobre como atuar em situações de EAM, em comparação com as mulheres imediatamente após a formação.

A média de idades da amostra é de 74,76 anos, tendo sido feita a investigação a colaboradores entre os 59 e os 90 anos. Existe uma correlação negativa entre a idade e os conhecimentos dos participantes do estudo, ou seja, em menor idade associam-se valores mais elevados de conhecimentos e vice-versa. Esta correlação é ligeira no momento antes da formação e moderada imediatamente após a formação.

Relativamente à educação, 8 participantes não frequentaram a escola, 1 completou o 1º ano, 2 terminaram o 3º ano, 23 participantes fizeram a 4ª classe, 1 completou o 5º ano, 3 participantes fizeram o 6º ano, 1 elemento terminou o 12º ano e 1 completou o ensino

superior (engenharia civil). Não foram encontradas diferenças nos conhecimentos dos participantes relacionadas/influenciadas pelos diferentes níveis de escolaridade.

Relativamente à eficácia da intervenção de medidas formativas, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de EAM, os resultados gerais são os seguintes:

- Imediatamente após a formação houve mais respostas iguais e melhores, que respostas piores.
- Um mês após a formação houve mais respostas iguais e melhores, que respostas piores.

O número de respostas piores foi sempre inferior às respostas iguais e às melhores, não havendo portanto pioria de conhecimentos dos participantes.

Analisaram-se 88 questões: 44 para comparar os conhecimentos antes e imediatamente após a formação e 44 para comparar os conhecimentos antes e um mês após a formação, tendo-se obtido também os seguintes resultados:

- Imediatamente após a formação, houve 39 respostas iguais que foram superiores ao número de respostas melhores.
- Imediatamente após a formação, houve 2 respostas piores que foram superiores ao número de respostas melhores.
- Imediatamente após a formação, houve 5 respostas melhores que foram superiores ao número de respostas iguais. Foram elas: EAM é o mesmo que Acidente Vascular Cerebral; fumar é um fator de risco; o principal sintoma de EAM é o desvio da comissura labial; um doente com EAM sente sempre perda de visão; um doente com EAM sente sempre cefaleia.
- Um mês após a formação, houve 43 respostas iguais que foram superiores ao número de respostas melhores.
- Um mês após a formação, houve 16 respostas piores que foram superiores ao número de respostas melhores.
- Um mês após a formação, houve uma resposta melhor que foi superior ao número de respostas iguais. Foi ela: a dor torácica de EAM irradia normalmente para o lado direito do tórax.

Deste modo, o número de respostas melhores foi de cinco, em oitenta e oito respostas, representando 5,68% dos conhecimentos. No entanto esta eficácia é de 4,55% imediatamente após a formação e de 1,12% um mês após a formação, ocorrendo então uma pioria de conhecimentos após o aumento do tempo cronológico da formação. O número de respostas piores em relação às melhores foi de dezoito em oitenta e oito, representando 20,45% dos conhecimentos. Este declínio ocorreu 2,27% imediatamente após a formação e 18,18% um mês depois. O número de respostas iguais foi superior às respostas piores ou melhores, representando 44,32% imediatamente após a formação e 48,86% um mês depois. Conclui-se que a eficácia da intervenção estruturada em idosos é reduzida, sendo cada vez menor à medida que o tempo aumenta.

Relativamente às limitações sentidas, realça-se o facto de ter ocorrido uma mortalidade de 8 participantes (20%) da amostra, por motivos difíceis de controlar (como internamento hospitalar e em cuidados continuados dos inquiridos, deslocação para casa de filhos, doença aguda), dificultando assim a comparação objetiva e exata dos três questionários. Sendo um questionário aplicado a idosos, surgiram dificuldades inerentes à idade, como falta de audição e dificuldade de concentração (divagação de outros assuntos), sendo necessário repetir algumas questões. A maior dificuldade neste trabalho de investigação foi a pouca existência de estudos científicos neste campo.

Com a conclusão deste estudo, sugere-se um aumento de intervenções formativas, apostando na prevenção primária. Deste modo, os enfermeiros poderão ser veículos facilitadores na transmissão de conhecimentos de EAM, fatores de risco, sintomas e modos de atuar em situações de EAM. Recomenda-se também vigilância em cuidados de saúde primários em utentes em risco e/ou com antecedentes de EAM, evitando assim situações fatais. Se este estudo tem como finalidade a atuação precoce, esta deve ser divulgada à população em geral, não apenas à população com fatores de risco. Por forma a dar continuidade a este estudo, sugere-se a realização do mesmo com uma amostra de idade inferior pela melhor compreensão desta população-alvo e porque mesmo nesses elementos os fatores de risco e consequente doença cardíaca podem-se desenvolver a qualquer modo.

Apesar das limitações, foi muito gratificante a realização desta investigação, pelo cariz pessoal do tema. Apesar de concluir, com este trabalho, que a população idosa não retém

os conteúdos como seria desejado, os resultados apontam para que não ocorreu, ainda assim, pioria de conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alpert, J., Thygesen K , Antman E., Bassand J. (2000). Myocardial infarction redefined- a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 36 (3): 959-69.

American Heart Association. About Heart Attacks (2017). Dallas. Acedido a 27 de maio de 2017 em http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/AboutHeartAttacks/About-Heart-Attacks_UCM_002038_Article.jsp#.WSwywmjyvIV

American Heart Association. Acute Coronary Syndrome. (2017). Dallas. Acedido a 29 de maio de 2017 em http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/AboutHeartAttacks/Acute-Coronary-Syndrome_UCM_428752_Article.jsp#.WSw0fGjyvIU

- Araújo, M. (1999). Angina de alto risco – Angina Instável. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 12 (1), 390-396.
- Bassand, J.P., Hamm, C., Ardissino, D., Boersma, E., Budaj, A., Fernández-Avilés, F.,..... Windecker, S. (2007) Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 28 (13): 1598-1660.
- Branco, M., & Nunes, B. (2008). Sinais de Alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral: uma observação sobre conhecimentos e atitudes.
- Campos, J. (2011). *A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio* (Bachelor's thesis, [sn]).
- Classificação portuguesa das profissões*. (2010). In: Classificação Portuguesa das profissões. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido em 21 de março de 2018 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Coelho, M., Dutra, L. & Marieli, J. (2016). Andragogia e heutagogia práticas emergentes na educação. *Revista Transformar*, 8(8), 97-107.
- Direção-Geral da Saúde. Norma N° 005/2013 de 21 de janeiro. (2015). *Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE* (Systematic Coronary Risk Evaluation).
- Fortin, M. F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. *Tensão e Hipertensão Arterial*. Lisboa. (2017). Acedido a 21 de março de 18 em <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). Causas de Morte 2015. (Edição 2017). Lisboa.

- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. 2.^a Edição, Lisboa: Edições Sílabo.
- Lotufo, P. (2008). O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Revista de Medicina. São Paulo*, 87(4), 232-237.
- Macário, T. (2012). *Risco Cardiovascular em pessoas assintomáticas*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Mafra, F., Oliveira, H. (2008). Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24:391-400.
- Marques, N., Faria R., Sousa P., Mimoso, J., Brandão, V., Gomes, V., Jesus, I. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(10), 647-654.
- Martins, R. (2013). Pedagogia e andragogia na construção da educação de jovens e adultos. *Revista de Educação Popular*, 12(1), 143-153.
- National Heart, Lung, and Blood Institute*. How Is a Heart Attack Treated? (2015). Acedido a 7 de junho de 2017 em <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/heartattack/treatment>
- National Heart, Lung, and Blood Institute*. What Are Coronary Heart Disease Risk Factors? (2016). Acedido a 7 de junho de 2017 em <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hd>
- National Heart, Lung, and Blood Institute*. What Is a Heart Attack? (2015). Acedido a 30 de maio de 2017 em <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/heartattack/causes>
- Pereira, H. (2015). *População portuguesa pouco sensibilizada para o enfarte agudo do miocárdio*. In: *Jornal médico dos cuidados de saúde primários*. Acedido em 23 junho de 2017 em <https://justnews.pt/noticias/populacao-portuguesa-pouco-sensibilizada-para-o-enfarte-agudo-do-miocardio#.WUzvY7yvIV>

- Pestana, M. & Gajero, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais- A Complementaridade do SPSS* (6ª Edição). Edições Sílabo: Lisboa.
- Ribeiro, G. (2016) *Eficácia de uma intervenção estruturada de enfermagem forense realizada a estudantes de enfermagem*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria.
- Royal College of Physicians. (2011). Stable Angina- Methods, Evidence & Guidance. *National Clinical Guidelines Centre*. London: UK. NICE Clinical Guidelines, No. 126.
- Santos, C. (2014). Andragogia: Aprendendo a ensinar adultos. *Artigo*. NOV/2006. http://www.aedb.br/seget/artigos10/402_ArtigoAndragogia.pdf. Acesso em 2017/09/26, 2 (04).
- Serra e Silva, P. (2009). Carta Europeia do Coração. *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*, 12-09-2009, 12.
- Silva, J. (2005). Educação em saúde e promoção da saúde: a caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente. *Informe-se em promoção da saúde*. Acedido em 13 de junho de 2017 em <http://www.uff.br/promocaodasaude/educacao.pdf>
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2009). IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93.(6 Supl. 2), 179-264.
- Streiner, D.L., & Norman, G.R, (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use* (4thEd.). Oxford: Oxford University Press.
- Tralhão, A., Sousa, P., Ferreira, A., Miranda, M., Monge, J., Tomé, A., Duarte, J. (2014). Perfil de risco cardiovascular de adultos jovens saudáveis – evolução temporal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(3), 147-154.
- US National Library of Medicine. (2017). Heart Attack. Rockville Pike. Acedido em 6 de junho de 2017 em <https://medlineplus.gov/heartattack.htm>

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Risco de *Framingham*

FIGURA 1 - Escala de Risco de Framingham



FONTE: Brasil. Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 29, 2010.

ANEXO II

SCORE- *Systematic Coronary Risk Evaluation*

SCORE- Systematic Coronary Risk Evaluation

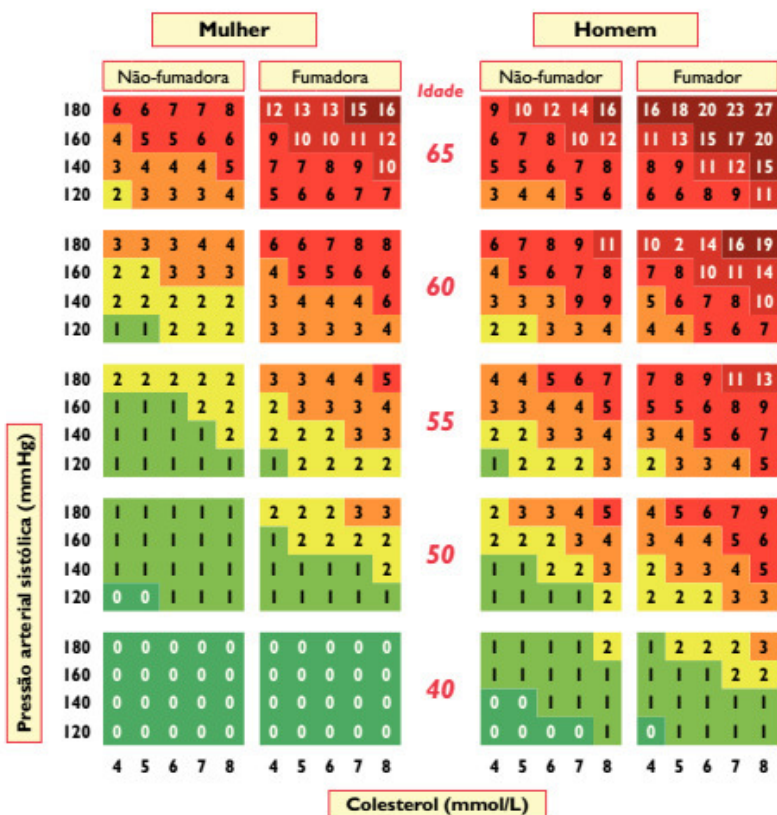


Tabela SCORE para uso em regiões de Baixo Risco – HDL 0,8 mmol/L

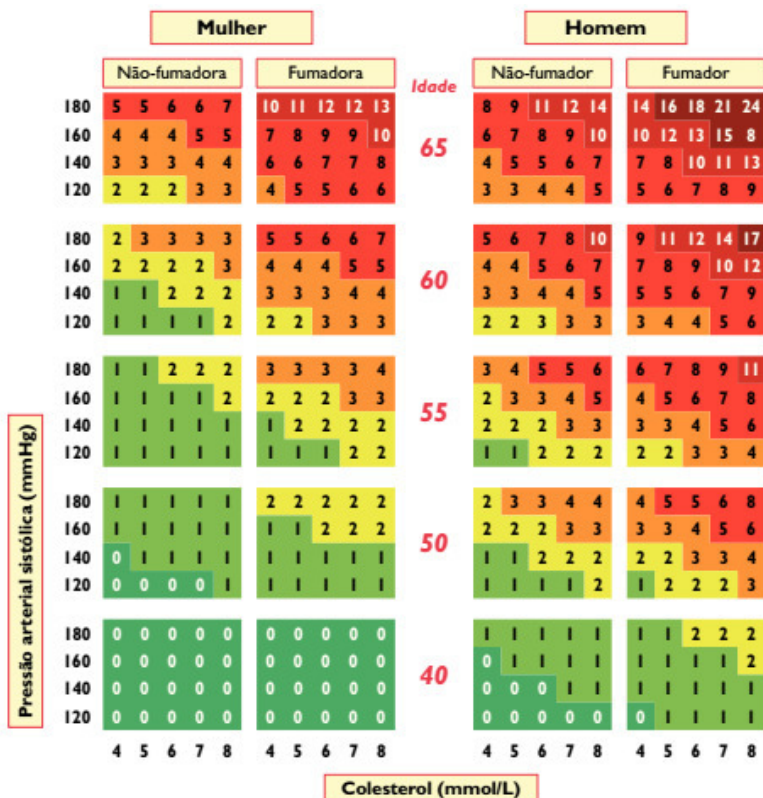


Tabela SCORE para uso em regiões de Baixo Risco – HDL 1,0 mmol/L

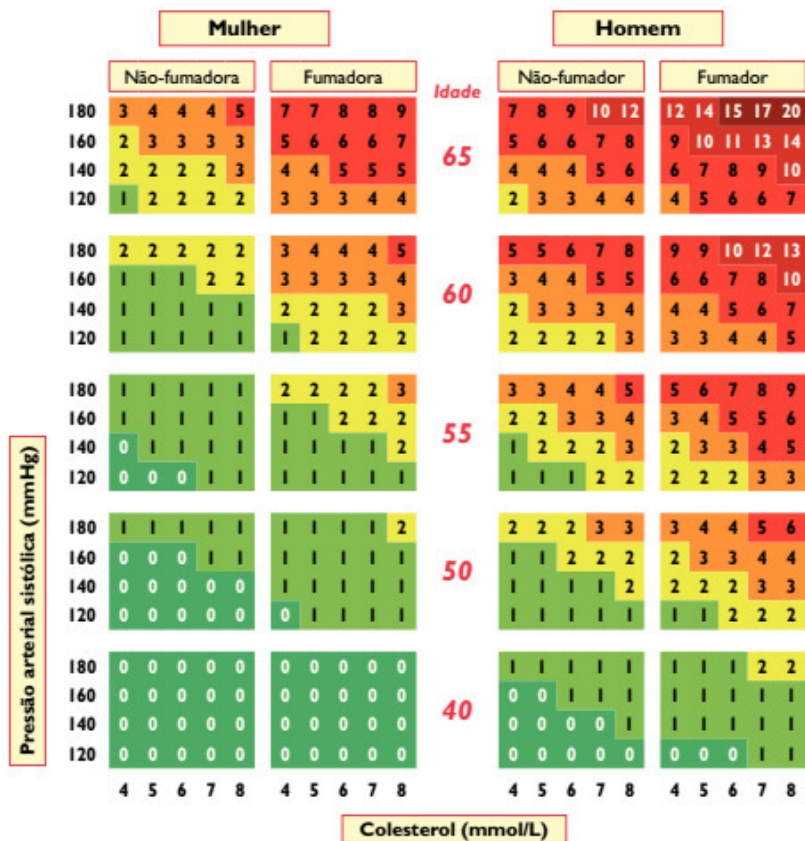


Tabela SCORE para uso em regiões de Baixo Risco – HDL 1,4 mmol/L

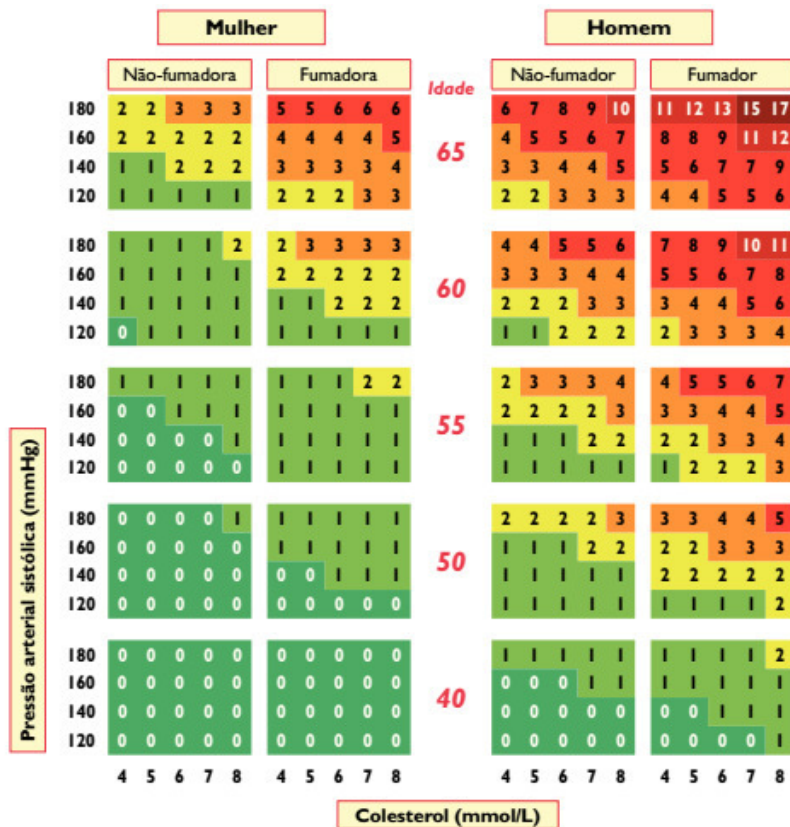


Tabela SCORE para uso em regiões de Baixo Risco – HDL 1,8 mmol/L

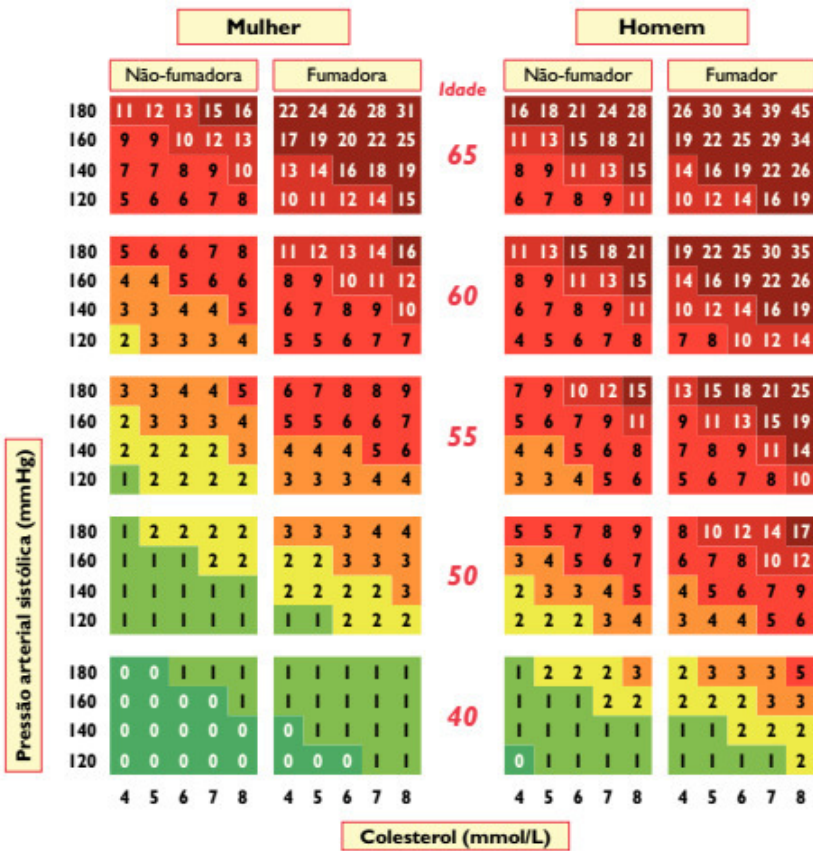


Tabela SCORE para uso em regiões de Alto Risco – HDL 0,8 mmol/L

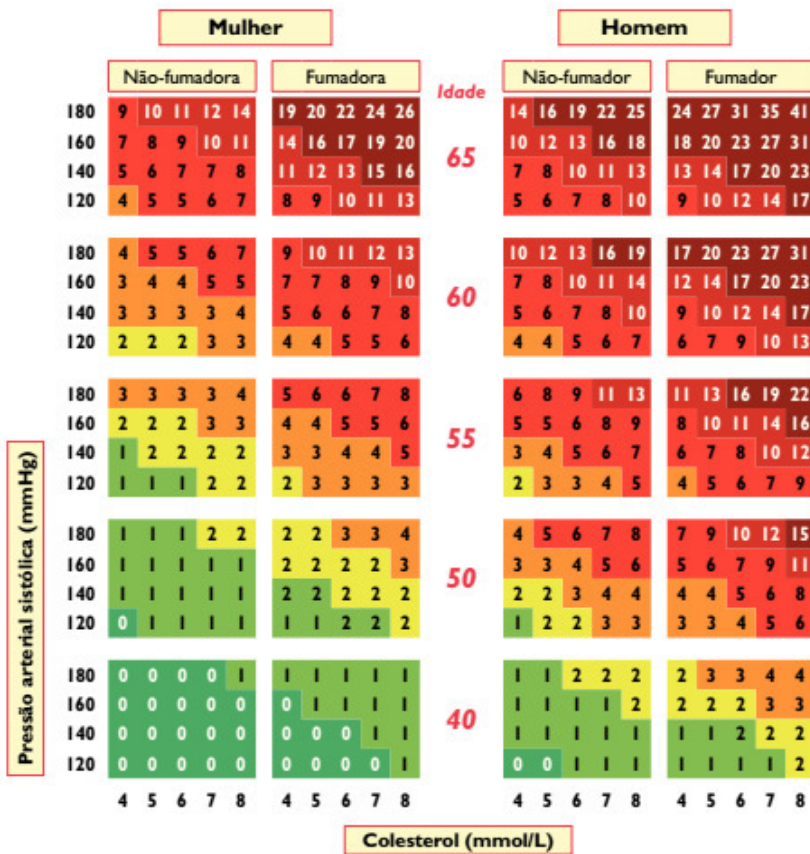


Tabela SCORE para uso em regiões de Alto Risco – HDL 1,0 mmol/L

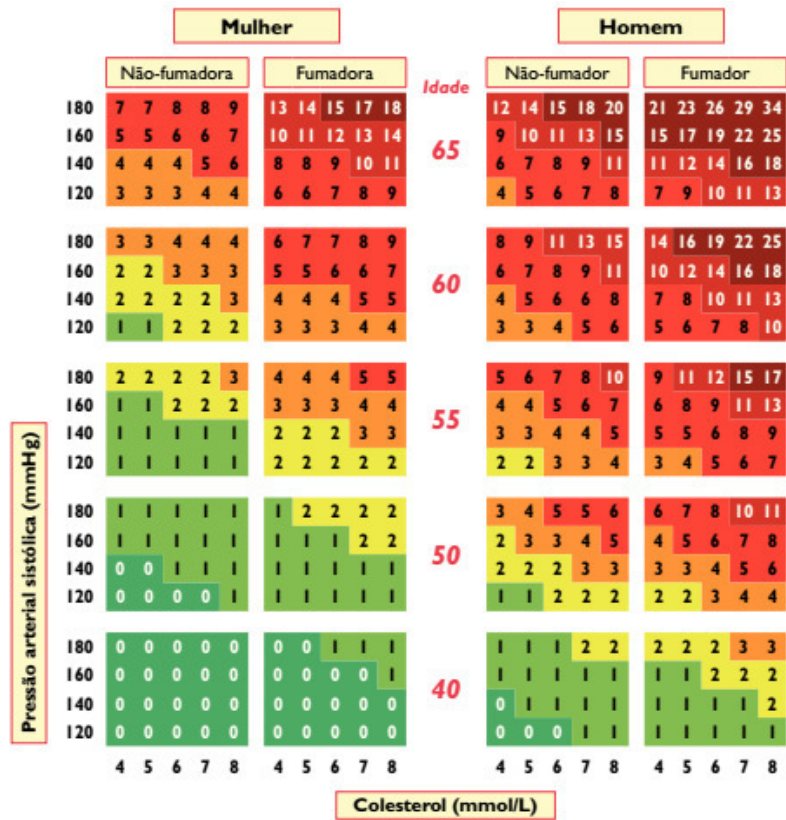


Tabela SCORE para uso em regiões de Alto Risco – HDL 1,4 mmol/L

Pressão arterial sistólica (mmHg)	Mulher				Homem																
	Não-fumadora		Fumadora		Não-fumador		Fumador														
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8						
Idade	180	5	5	5	6	6	9	10	11	12	13	11	12	13	15	17	18	20	22	25	28
	160	3	4	4	4	5	7	8	8	9	10	7	8	9	11	12	13	14	16	18	21
	140	3	3	3	3	4	5	6	6	7	7	5	6	7	7	9	9	10	11	13	15
	120	2	2	2	3	3	4	4	5	5	6	4	4	5	5	6	6	7	8	9	11
	65																				
180	2	2	2	3	3	4	5	5	5	6	7	8	9	10	12	12	14	15	18	20	
160	2	2	2	2	2	3	4	4	4	5	5	6	6	7	9	9	10	11	13	15	
140	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4	5	6	6	7	8	9	11	
120	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	
60																					
180	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	4	5	6	7	8	8	9	10	12	14	
160	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	5	6	7	8	10	
140	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7	
120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	
55																					
180	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	4	4	5	6	6	7	8	9	
160	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	3	4	5	5	6	
140	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5	
120	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	
50																					
180	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	
40																					

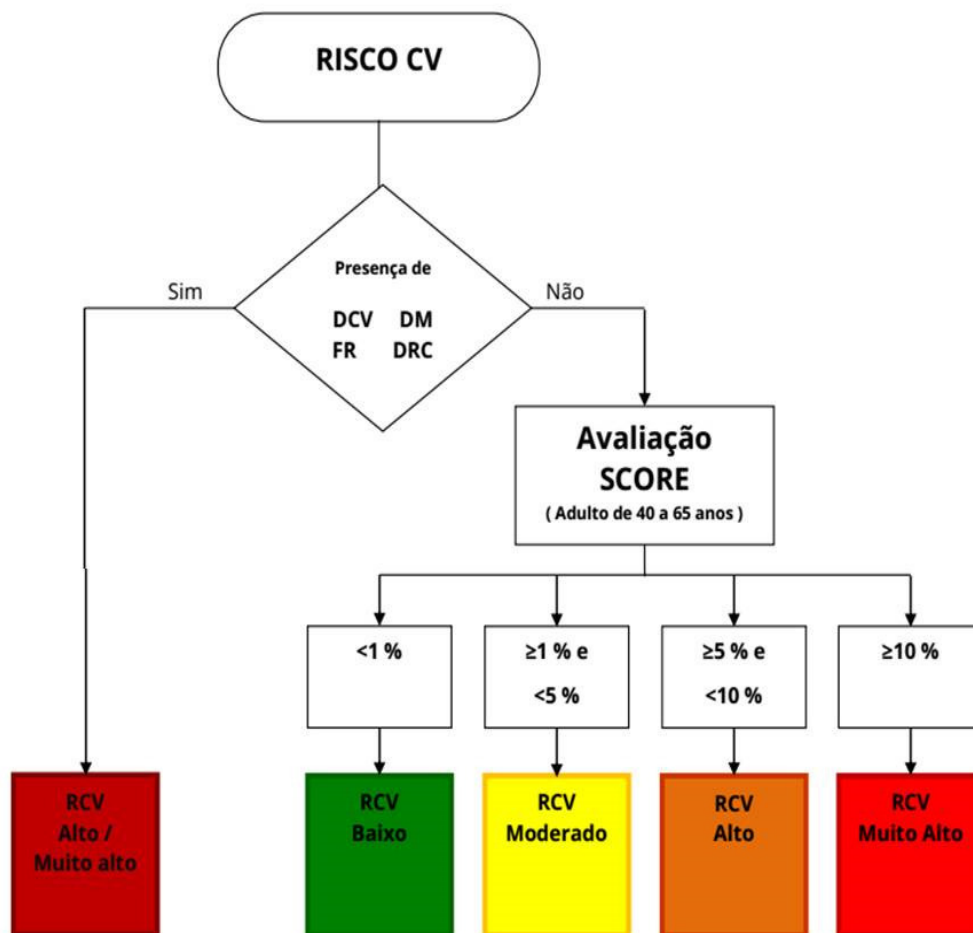
Tabela SCORE para uso em regiões de Alto Risco – HDL 1,8 mmol/L

ANEXO III

Algoritmo de avaliação de Risco Cardiovascular da Direção-Geral da Saúde

Algoritmo de avaliação de Risco Cardiovascular em Portugal,
de acordo com a Norma Número 005/2013, da Direção-Geral da Saúde

Risco cardiovascular (risco CV)



DCV - Doença cardiovascular (enfarte do miocárdio, síndrome coronário agudo, revascularização coronária ou outro procedimento de revascularização arterial, acidente vascular cerebral isquémico, doença arterial periférica)

DM - Diabetes mellitus tipo 2 ou tipo 1, com um ou mais fatores de risco cardiovascular e/ou lesão dos órgãos-alvo (tal como microalbuminúria)

FR - Fatores de risco vascular isolados, muito elevados, como sejam hipertensão arterial grave (de grau 3) ou dislipidemia familiar

DRC - Doença renal crónica moderada a grave (taxa de filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1.73 m²).

ANEXO IV

Pedido de autorização e resposta da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**COMISSÃO DE ÉTICA da Unidade Investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem (UICISA: E)**

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

**Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética
Relativos a Estudos de Investigação**

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: Eficácia de uma intervenção estruturada na melhoria dos conhecimentos dos utentes com alto risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Ana Paula Esperança Pedro

Filiação Institucional: Não Se Aplica

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Investigador responsável/orientador: Professora Doutora Saudade Lopes

Justificação:

A motivação para a escolha do tema é de cariz pessoal, tendo noção que o óbito do meu pai poderia ter sido evitado, pela falta de conhecimentos sobre os sintomas e como atuar perante um Enfarte Agudo do Miocárdio.

A área das doenças cardíacas é do meu domínio profissional devido aos dez anos de experiência profissional em Cirurgia Cardiorácica. É por isso um tema motivador, interessante e para o qual quero contribuir positivamente.

Objetivos do Estudo:

- Avaliar os conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio;
- Relacionar os conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos indivíduos;
- Avaliar a eficácia da intervenção de medidas formativas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Data prevista de início dos trabalhos: outubro de 2017

Data prevista de fim dos trabalhos: outubro de 2018

Data prevista de início da colheita de dados: dezembro de 2017 (assim que obtiver parecer positivo da Comissão de Ética e autorização das instituições)

Data prevista de fim da colheita de dados: dois meses após o início

Metodologia

Tipo de Estudo: Estudo quase experimental a nível do controlo de variáveis e será quantitativo quanto ao tipo de tratamento de dados.

População e Amostra/Informantes: Cerca de cinquenta pessoas com idades entre os 59 e os 90 anos.

Crítérios de Inclusão/Exclusão: Possuir risco cardiovascular e serem pessoas mentalmente capazes de participar no estudo (não terem antecedentes pessoais de demência).

Locais onde Decorre a Investigação: Três Centros de Dia: Associação Bem Estar de Parceiros, Centro Social da Casa do Povo de Amor e Centro Social Baptista De Leiria.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Questionário, que se encontra em anexo.

Garantia de Confidencialidade: Código nos questionários para identificar os colaboradores. Estes questionários serão destruídos após a colheita de dados.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento): Com um consentimento informado e esclarecido devidamente assinado pelos participantes, que se encontra anexado ao questionário.

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação? Não

Explicitar em caso afirmativo:

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação? Sim

Explicitar em caso afirmativo:

Será realizada uma sessão de educação para a Saúde sobre Enfarte Agudo do Miocárdio, fatores de risco, sintomatologia e tratamento/atuação perante uma situação urgente.

Será aplicado o mesmo questionário antes e após essa sessão formativa para avaliar os conhecimentos dos utentes e a eficácia da formação. *À posteriori* será realizado o mesmo questionário, cerca de um mês depois da formação.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:

Não haverá custos de participação, uma vez que a formação irá decorrer no Centro de Dia ao qual utentes pertencem.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso já exista)

2 - Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- caráter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Leiria, 13 de outubro de 2017

O Proponente:

Ana Paula Esperança Pedro

(Assinatura manuscrita)



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC)**

Parecer N° P463-10/2017

Título do Projecto: Eficácia de uma intervenção estruturada na melhoria dos conhecimentos dos utentes com alto risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Identificação do Proponente

Nome(s): Ana Paula Esperança Pedro

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde de Leiria

Investigador Responsável/Orientador: Saudade Lopes

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivos: a) avaliar os conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio; b) relacionar os conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com alguns factores sociodemográficos e clínicos dos indivíduos; c) avaliar a eficácia da intervenção de medidas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Segundo os autores o estudo será do tipo quase experimental a nível do controlo de variáveis e será quantitativo quanto ao tipo de tratamento de dados.

A amostra será constituída por cerca de 50 pessoas com idades entre os 59 e os 90 anos recrutadas em três Centros e Dia: Associação Bem Estar de Parceiros, Centro Social da Casa do Povo de Amor e Centro Social Baptista de Leiria.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e o instrumento de colheita de dados.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo o presente parecer não dispensa a autorização formal das entidades onde vai decorrer o estudo.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 15/11/2017 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho



INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
1970-2017



ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

ANEXO V

Pedidos de autorização e resposta às três Instituições onde decorreu a investigação

Leiria, 17 de novembro de 2017

Exmo. Sr. Presidente

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário para trabalho de investigação.

Eu, Ana Paula Esperança Pedro, Enfermeira e Aluna de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para aplicação de questionário de trabalho de investigação, desenvolvido no âmbito da Dissertação. Este trabalho de investigação, realizado com a Orientação da Professora Doutora Saudade Lopes, intitulado *Eficácia de uma intervenção estruturada na melhoria dos conhecimentos da população com fatores de risco sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio*, tem como objetivos principais:

- Avaliar os conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio;
- Relacionar os conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos indivíduos;
- Avaliar a eficácia da intervenção de medidas formativas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Este questionário tem fins meramente académicos, com o objetivo de avaliar *conhecimentos sobre Enfarte Agudo do Miocárdio e como atuar em situações de urgência*. Irá ser realizada uma Ação de Formação e posteriormente será avaliada a eficácia desta, com novos questionários; um realizado imediatamente a seguir à formação e outro um a dois meses depois.

Peço ainda a sua autorização para realizar essa mesma formação junto dos vossos utentes e aplicar os questionários previamente mencionados.

Declaro que a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos serão garantidos, sendo que no final do trabalho de investigação os instrumentos preenchidos pelos Participantes serão destruídos. Caso seja do vosso interesse, os resultados deste estudo serão disponibilizados.

Aguardando a vossa confirmação, desde já agradeço a disponibilidade e colaboração.

Com os meus melhores cumprimentos:

A Enfermeira Investigadora Ana Pedro

A handwritten signature in black ink that reads "Ana Paula Esperança Pedro". The signature is written in a cursive, flowing style.

Browser window showing a Yahoo! Mail interface. The address bar displays: <https://us-mg5.mail.yahoo.com/neo/launch?.rand=65f3hbdpjvntc#2743768994>

Navigation icons: Compor, Reply, Forward, Save, Download, Delete, Block, More options.

Left sidebar (Folders):

- Adicione Gmail, Outlook, AOL e muito mais
- Caixa de Entrada
- Rascunho (3)
- Enviadas
- Arquivo
- Spam (23)
- Lixo (6)
- Vistas inteligentes
 - Importante
 - Não lido
 - Com estrela
 - Pessoas
 - Social

Message list:

- Pedido de autorização para aplicação de questionário para trabal... (2) Pessoas
- ana pedro Exma. Sr.ª Diretora Lúzia Domingues: Eu, Ana Paula Esper: 15/11/17 às 12:09

Selected message details:

- From: **Centro Social** <centrosocialamor@gmail.com> (Fev 12 em 11:08 am)
- To: Para ana pedro
- Body:

Estimada Enfermeira Ana Pedro,
Gostaria tão somente de confirmar a total disponibilidade para a realização dos questionários junto dos nossos utilizadores, certa de que toda a informação será muito útil e elucidativa em termos de prevenção de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Cordiais Saudações
Luzia Domingues(Lic.)
Diretora Técnica

> Mostrar a mensagem original

Windows taskbar at the bottom shows the date 15/03/2018 and time 11:44.

Exmo. Sr. Dr. Rui Franco:
Eu, Ana Paula Esperança Pedro, Enfermeira e Aluna de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para aplicação de questionário de trabalho de investigação, desenvolvido no âmbito da Dissertação.

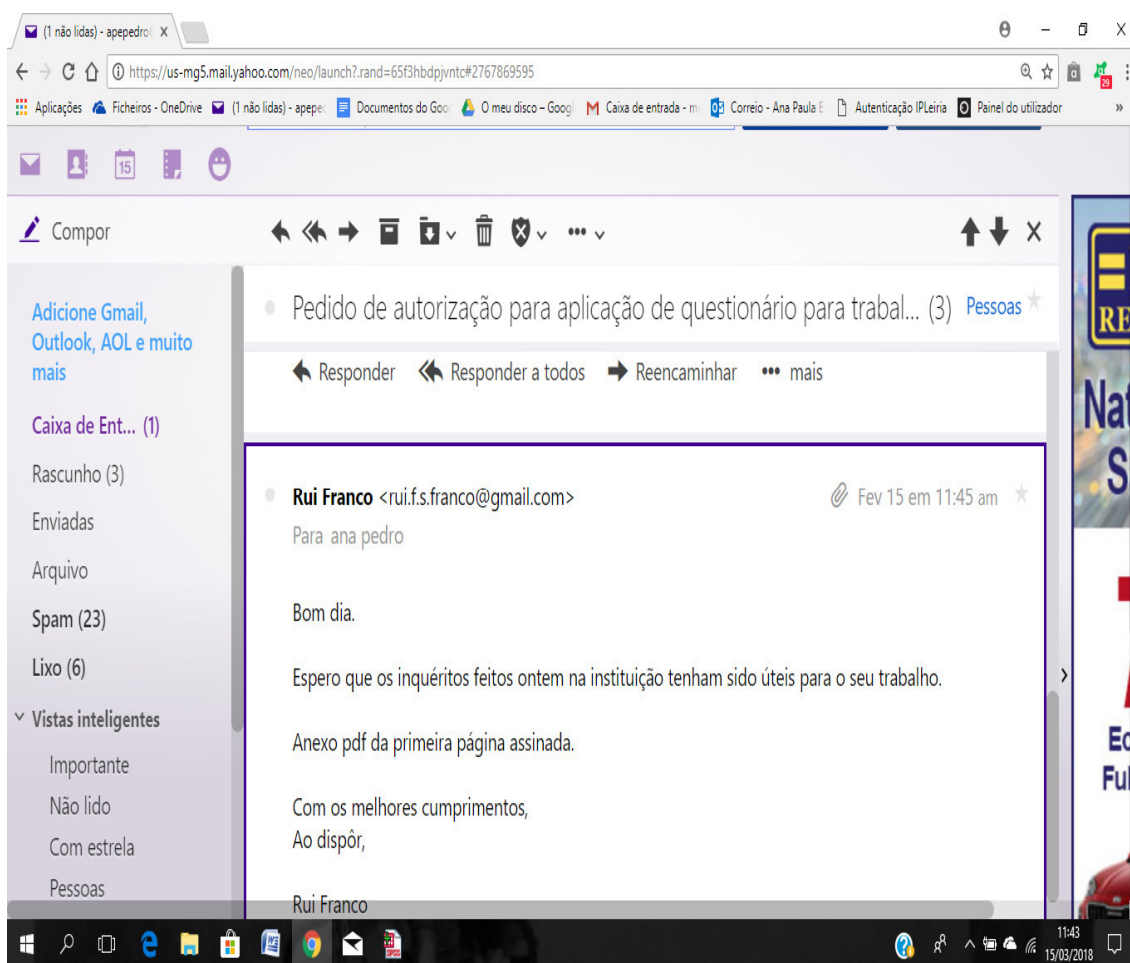
Este questionário tem fins meramente académicos, com o objetivo de avaliar *conhecimentos sobre Enfarte Agudo do Miocárdio e como atuar em situações de urgência*. Irá ser realizada uma Ação de Formação e posteriormente será avaliada a eficácia desta, com novos questionários; um realizado imediatamente a seguir à formação e outro um a dois meses depois.

Peço ainda a sua autorização para realizar essa mesma formação junto dos vossos utentes e aplicar os questionários previamente mencionados.

Em anexo envio-lhe o pedido formal e o questionário que pretenderia aplicar aos seus utentes do Centro de Dia.

Atenciosamente

Ana Paula Pedro



CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Eu, Ana Paula Esperança Pedro, Enfermeira e Aluna de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a sua autorização para preenchimento do questionário, cujo título da investigação é *Eficácia de uma intervenção estruturada na melhoria dos conhecimentos dos utentes com alto risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio*. Pretende avaliar os conhecimentos dos indivíduos sobre Enfartes Agudos do Miocárdio e como atuar em situações de urgência cardíaca. Irá ser realizada formação e posteriormente avaliar a eficácia desta, com novos questionários; um realizado imediatamente a seguir à formação e outro um mês depois.

Este trabalho de investigação tem como principais objetivos: avaliar os conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio; relacionar os conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos indivíduos e avaliar a eficácia da intervenção de medidas formativas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos em risco cardiovascular sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, bastando para isso responder às questões apresentadas.

A confidencialidade e anonimato de todos os dados fornecidos serão garantidos, bem como todos os questionários serão destruídos, no final do trabalho.
Enfermeira Ana Pedro E-mail: aopedro@yahoo.com Telemóvel: 910627007

(Cortar pelo picotado e devolver, depois de assinado)

Eu, Luís Brandão da Silva Franco, abaixo assinado, declaro que me foram fornecidas todas as informações necessárias, permitindo a minha livre tomada de decisão de participar neste trabalho de investigação, concordando com o preenchimento do questionário.

Data: 14/02/18



5 não lidas - apepedro | X

Seguro | <https://us-mg5.mail.yahoo.com/neo/launch?.rand=65f3hbdpjvntc>

Aplicações | Ficheiros - OneDrive | (1 não lidas) - apepe: | Documentos do Goo | O meu disco - Goog | Caixa de entrada - m | Correio - Ana Paula | Autenticação | Leiria | Painel do utilizador

Compor

Adicione Gmail, Outlook, AOL e muito mais

Caixa de Ent... (5)

Rascunho (4)

Enviadas

Arquivo

Spam (28)

Lixo (9)

Vistas inteligentes

- Importante
- Não lido
- Com estrela
- Pessoas
- Social
- Compras

ENC: [ADRB-DIRECCAO] pedido autorização para trabalho de inv...

em nome da Associação Desportiva e Recreativa de Barreiros, eu Magda Pedro Morganiço na qualidade de Presidente autorizo a realização dos questionários para o trabalho de investigação da Sra. Ana Paula Esperança Pedro.

Qualquer dúvida, estarei ao dispor.

Cumprimentos

Magda Morganiço

De: Magda Morganiço <magda_morganico@hotmail.com>
Enviado: quinta-feira, 23 de novembro de 2017 09:19
Para: apepedro@yahoo.com
Assunto: Re: [ADRB-DIRECCAO] pedido autorização para trabalho de investigação

Mostrar a mensagem original

08:57
12/04/2018

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário de Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Eu, Ana Paula Esperança Pedro, Enfermeira e Aluna de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a sua autorização para preenchimento do questionário, cujo título da investigação é *Eficácia de uma intervenção estruturada na melhoria dos conhecimentos da população com fatores de risco sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio*. Pretende avaliar os conhecimentos dos indivíduos sobre Enfartes Agudos do Miocárdio e como atuar em situações de urgência cardíaca. Irá ser realizada formação e posteriormente avaliar a eficácia desta, com novos questionários; um realizado imediatamente a seguir à formação e outro um mês depois. Este trabalho de investigação tem como principais objetivos: avaliar os conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio; relacionar os conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos indivíduos e avaliar a eficácia da intervenção de medidas formativas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, bastando para isso responder às questões apresentadas.

A confidencialidade e anonimato de todos os dados fornecidos serão garantidos, bem como todos os questionários serão destruídos, no final do trabalho.

Enfermeira Ana Pedro E-mail: aopedro@yahoo.com Telemóvel: 910627007

(Cortar pelo picotado e devolver, depois de assinado)

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que me foram fornecidas todas as informações necessárias, permitindo a minha livre tomada de decisão de participar neste trabalho de investigação, concordando com o preenchimento do questionário.

Data: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Este questionário tem fins meramente académicos, cujo título da investigação é *Eficácia de uma intervenção estruturada na melhoria dos conhecimentos da população com fatores de risco sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio*. Pretende avaliar os conhecimentos dos indivíduos sobre Enfartes Agudos do Miocárdio e como atuar em situações de urgência cardíaca. Irá ser realizada formação e posteriormente avaliar a eficácia desta, com novos questionários; um realizado imediatamente a seguir à formação e outro um mês depois.

Surge no âmbito do trabalho de investigação decorrente da Dissertação de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. É realizado pela Enfermeira Ana Pedro, sob a Orientação da Professora Doutora Saudade Lopes.

Este trabalho de investigação tem como principais objetivos: avaliar os conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio; relacionar os conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio com alguns fatores sociodemográficos e clínicos dos indivíduos e avaliar a eficácia da intervenção de medidas formativas de educação para a saúde, na melhoria dos conhecimentos dos indivíduos sobre como atuar em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio.

Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, bastando para isso responder às questões apresentadas.

A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos são totalmente garantidos. Após a realização do trabalho de investigação, os questionários preenchidos serão destruídos.

Não coloque o seu nome em nenhuma página, será feita identificação com um código.

Coloque uma cruz (X) na resposta que considera adequada.

Agradeço imenso a sua colaboração!

Enfermeira Ana Paula Esperança Pedro

Ana Paula Esperança Pedro

QUESTIONÁRIO

CÓDIGO _____

(Letra com inicial do seu primeiro nome e últimos nomes;

Data de nascimento completa, 2 últimos dígitos do ano)

(**Exemplo:** Ana Pedro nasceu a 6 de abril de 1939; fica – AP 060439)

1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica do Participante

1.1. Idade _____

1.2. Género

Masculino

Feminino

1.3. É autónomo (veste-se, come sozinho)?

Sim

Não

1.4. Profissão (quando trabalhava)?

1.5. Grau de Escolaridade:

4 ° ano

6° ano

9° ano

12° ano

Curso Superior Qual?

__ Outro

Qual?_____

1.6. É fumador/a?

Sim Há quanto tempo_____

Não

1.7. Já foi fumador/a?

Sim Quanto tempo_____

Não

1.11. Tensão Arterial (a preencher pela Enfermeira)

_____ mm/Hg

1.12. Toma medicamentos regularmente?

Sim

Não

1.13. Se respondeu que sim na questão anterior, para que são os medicamentos que toma?

Não sabe

Diabetes

Colesterol

Tensão Arterial

Para dormir

Próstata

Para diluir o sangue

Arritmia do coração

Toma nitroglicerina (comprimido para o coração para pôr debaixo da língua)

Para urinar

Para problemas dos rins

Outro/s

Qual/quais?

1.14. Tem o colesterol alto?

Sim

Não

Não sabe

1.15. Tem ou já teve alguma das seguintes Doenças/Situações?

- Enfarte Agudo do Miocárdio (“*Ataque de Coração*” ou “*Ataque Cardíaco*”)
- Revascularização do miocárdio (**cirurgia às artérias do coração- *Bypass cardíaco***)
- Outro procedimento de revascularização das artérias (**cateterismo** por exemplo)
- Acidente Vascular Cerebral Isquémico (**Trombose**)
- Doença Arterial Periférica (**má circulação arterial que pode provocar feridas nas pernas ou pés**)
- **Diabetes**
- Dislipidémia (**Colesterol alto**) na Família
- Doença Renal Crónica Moderada ou Grave (**Doença dos rins já diagnosticada pelo médico como sendo moderada ou grave**)
- Doença do coração Qual? _____

Conhecimentos sobre Enfarte Agudo do Miocárdio

2- Conhecimentos da doença	Verdade	Falso	Não sabe
O Enfarte Agudo do Miocárdio é o mesmo que Acidente Vascular Cerebral (AVC)			
O Enfarte do Coração é o mesmo que um <i>Ataque Cardíaco</i>			
O Enfarte do Coração ocorre quando pelo menos uma ou mais das artérias que irrigam o coração ficam obstruídas (“ <i>entupidas</i> ”)			
Durante um Enfarte do Coração, parte do coração pode ficar com tecido necrosado (“ <i>morto</i> ”) mas recupera sempre de seguida			
Quando as artérias do coração ficam obstruídas (“ <i>entupidas</i> ”), o sangue não passa e não leva os nutrientes e oxigénio ao coração			
Quando o coração não recebe sangue e oxigénio por causa das artérias “ <i>entupidas</i> ”, pode parar de trabalhar e a pessoa pode morrer			
3- Conhecimentos sobre fatores de risco de doença coronária (fatores que aumentam a possibilidade ter doenças que atingem as artérias que irrigam o coração)	Verdade	Falso	Não sabe
O colesterol alto é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio			

A Tensão Arterial Alta é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio			
Ter Diabetes pode aumentar a possibilidade de ocorrer um Enfarte do Coração			
Fumar é um fator de risco para desenvolver Enfarte de Miocárdio			
Se tiver uma pessoa na família que tenha tido um Enfarte, de certeza que também vou ter			
Praticar exercício físico é um fator de risco para desenvolver Enfarte do Coração			
Se a pessoa possuir muitos fatores de risco, aumenta a possibilidade de vir a ter um Enfarte de Miocárdio			
Ter uma alimentação saudável é importante para evitar doenças de coração			
4- Conhecimentos sobre sinais e sintomas de Enfarte de Miocárdio	Verdade	Falso	Não sabe
O principal sintoma de Enfarte de Miocárdio é desvio da boca			
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito			
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“ <i>espalhar</i> ”), normalmente para o lado direito (e não esquerdo) do tórax (peito)			
O principal sintoma de Enfarte Cardíaco é dor no peito, podendo irradiar (“ <i>espalhar</i> ”), normalmente para o lado esquerdo do tórax (peito)			
A dor típica num Enfarte do Coração é sentida no tórax (peito), podendo irradiar para os braços, ombros, pescoço e mandíbula (queixo)			

O tipo de dor num Enfarte de Miocárdio é em forma de aperto, sensação de peso ou pressão no centro do peito			
Uma pessoa com Enfarte pode sentir falta de ar			
Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre perda de visão			
Um doente com Enfarte de Miocárdio sente sempre dor de cabeça intensa			
Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio pode sentir mal estar e vômitos			
Uma pessoa com Enfarte de Miocárdio normalmente tem febre			
Um doente com Enfarte de Miocárdio pode sentir tonturas e suores intensos			
Uma pessoa pode estar a ter um Enfarte do Coração sem sentir dor no peito			
Para ser um Enfarte do Coração, o doente tem de desmaiar			
5- Conhecimentos sobre o que deve fazer quando está a ter um Enfarte	Verdade	Falso	Não sabe
A primeira coisa a fazer quando se está a ter um Enfarte de Coração é pedir ajuda			
O Enfarte do Miocárdio não é uma emergência			
O Enfarte do Miocárdio requer tratamento imediato			
Se tiver um Enfarte do Miocárdio, o tratamento ao fim de cinco horas de evolução dos sintomas é tão eficaz como o tratamento imediato			
O tratamento do Enfarte de Miocárdio é mais eficaz quando o alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas			

Quando a pessoa tem dor no peito e história de Enfarte do Coração, deve tomar Nitroglicerina (<i>Nitromint</i>), se tiver sido prescrito para essa mesma pessoa			
Quando o doente tem dor no peito e suspeitar de Enfarte do Coração, deve tomar Ibuprofeno (<i>Brufen</i>) de imediato			
Quando a pessoa tem sintomas de Enfarte ou Doença Isquêmica do Coração deve ir deitar-se porque com o repouso, a dor desaparece			
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte do Coração, deve conduzir imediatamente para o Hospital mais próximo			
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de conduzir			
Quando a pessoa suspeitar de Enfarte, deve pedir para alguém a levar para o Hospital, em vez de ligar para o 112			
Mesmo tendo dúvidas que alguém está a ter um Enfarte do Coração, deve-se ligar para o 112 a pedir ajudar			
O Enfarte do Coração ocorre quando uma veia do coração está “ <i>entupida</i> ” e o melhor tratamento é a sua desobstrução (“ <i>desentupimento</i> ”) no hospital			
O Enfarte do Miocárdio é uma situação urgente			
Se o Enfarte do Coração for tratado, a sobrevivência da pessoa é garantida			
Se o Enfarte de Miocárdio for tratado de imediato, a probabilidade da pessoa sobreviver é maior			

APÊNDICE B

Planificação da Intervenção Formativa sobre EAM

Planificação da Intervenção Formativa acerca de Enfarte Agudo do Miocárdio

Formação: Ação de Formação para a Saúde acerca de Enfarte Agudo do Miocárdio

Nome do Formador: Ana Paula Esperança Pedro

Data do Curso: 1, 2 e 3 de Fevereiro de 2018

Destinatários:

- Frequentadores da Associação Desportiva e Recreativa de Barreiros
- Utentes do Centro Social Baptista de Leiria
- Utentes do Centro Social da Casa do Povo de Amor

Objetivo Geral da Ação de Formação	Conteúdos Teórico/ Práticos	Metodologias	Avaliação
Melhorar os conhecimentos dos indivíduos sobre os conteúdos apresentados	Enfarte Agudo do Miocárdio: <ul style="list-style-type: none">- O que é e porque ocorre- Fatores de risco- Sinais e sintomas- Tratamento	Expositivo Ativo Participativo	Questionário comparativo (antes e após a formação)

Formação Certificada pela Professora Doutora Saudade Lopes

APÊNDICE C

Panfleto Informativo

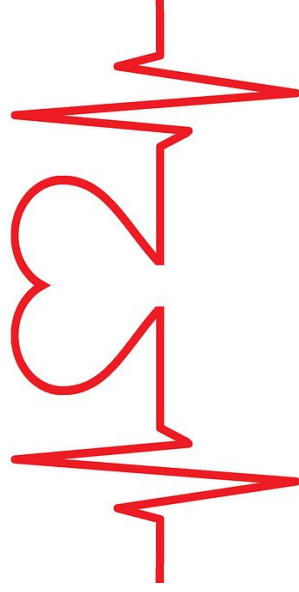
Enfarte Agudo do Miocárdio

Este panfleto tem como objetivo ajudá-lo a compreender um pouco melhor:

- O que são doenças arteriais coronárias;
- Fatores de risco;
- Sinais e Sintomas;
- Tratamento.

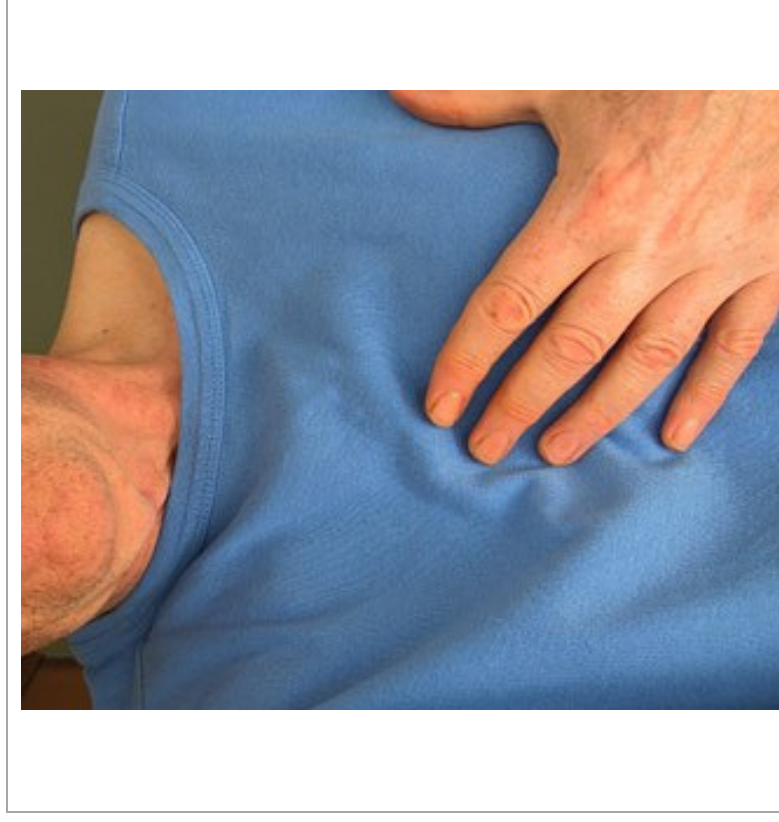
O tratamento é mais eficaz quando o alerta é dado assim que surgem os primeiros sinais de enfarte.

Por isso, estando melhor informado poderá melhor reconhecer eventuais sintomas e agir atempadamente.



Enfermeira Ana Pedro
Leiria

Enfarte Agudo do Miocárdio



Panfleto informativo

O que são e porque ocorrem

- As **doenças cardiovasculares** são as doenças do aparelho circulatório.

- Enfarte agudo do miocárdio é o mesmo que **ataque cardíaco**.

- O ataque cardíaco ocorre quando o coração tem um **entupimento** de uma artéria.

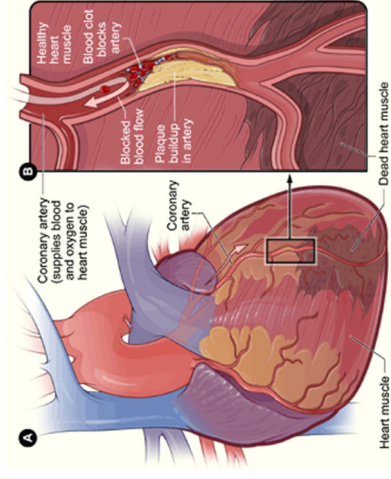


FIGURA 1- Coração (A) com artéria coronária obstruída (B) e consequente necrose miocárdica (A e B)

(FONTE: *National Heart, Lung, and Blood Institute (2015)*).

- O que causa o entupimento?

Placas de ateroma, que são gorduras e tecido fibroso, com um

coágulo à sua volta.

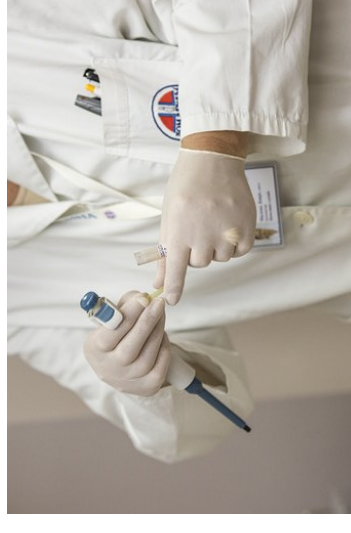
- O ataque cardíaco também pode ocorrer por um **espasmo da artéria** e pode acontecer por vários motivos: **stresse, dor, temperatura do corpo muito baixa, tabaco, certos medicamentos e algumas drogas**.

- Quando a **pessoa chega ao hospital**, fazem-se perguntas, testes ao sangue e um electrocardiograma para confirmar o enfarte.

- O **tratamento no hospital** é feito com base em medicamentos que baixam a tensão arterial, que dilatam as artérias e veias, que removem os coágulos, que impeçam que eles aumentem, medicamentos para a dor, oxigénio.

- No hospital pode ainda fazer-se procedimento não cirúrgico – **angioplastia** -, que desobstrui as artérias com um catéter-balão, e assim deixa o sangue passar. Após a desobstrução das artérias do coração, coloca-se uma prótese - stent- que deixa a artéria sempre aberta.

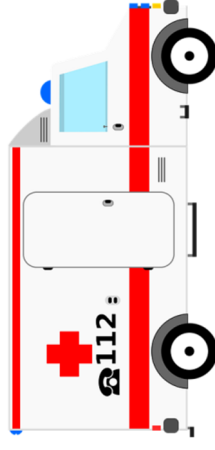
- Esta intervenção **tem de ser feita nas primeiras 12 horas** após o início dos sintomas. A cirurgia de urgência ao coração- Bypass- só é feita em condições muito especiais.



O que fazer?

- **A primeira coisa a fazer é pedir ajuda.** A pessoa com enfarte deve deitar-se ou sentar-se, como ficar com menos dor. Mas deve estar em repouso.

- A pessoa com suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio não deve conduzir, deve ser **transportada numa ambulância para uma sala de emergência num hospital**, começando assim o tratamento.



- Enquanto a ajuda não chega, se a pessoa tiver alguém que lhe vá buscar medicamentos ou se a própria pessoa conseguir se estiver sozinha, os medicamentos que deve fazer são (se os tiver):

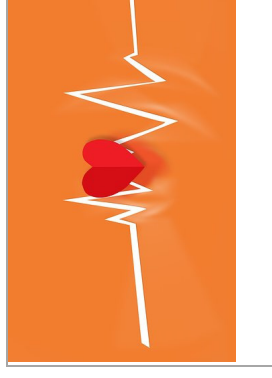
- **nitroglicerina** porque vai dilatar as artérias (os canos)- se a pessoa o toma habitualmente e foi prescrito para ela



-Estes fármacos **devem ser administrados o mais rapidamente possível**, de preferência, logo que surjam os primeiros sintomas de ataque cardíaco.

Fatores de Risco

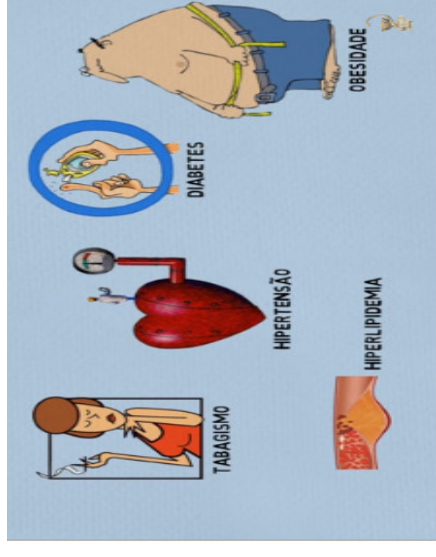
O que são Fatores de Risco?



- Os fatores de risco de doença coronária são condições ou hábitos que aumentam o risco de aparecimento ou agravamento de doença cardíaca coronária.

Quais são os Fatores de Risco?

- Tabagismo, hipertensão arterial, dislipidémia (colesterol alto), diabetes, sedentarismo (não fazer exercício físico), obesidade, stress e antecedentes familiares e pessoais.
- O Enfarte é ainda mais frequente em pessoas com mais de 65 anos.



Sinais e Sintomas

- Angina de Peito

É um conjunto de sintomas que ocorre por o coração ter menos oxigénio.

Pode ocorrer devido a esforço físico ou stresse- chama-se angina estável, mas é o principal sintoma de Enfarte Agudo do Miocárdio- angina instável.

Esta última acontece de repente e sem parar, enquanto a angina estável pára com o repouso.

-Quais os sintomas da angina de peito?

Dor e desconforto no peito, podendo irradiar para os braços (normalmente para o esquerdo), ombros, pescoço e mandíbula.

Outros sintomas quando se está a ter um ataque cardíaco?

- Falta de ar
- Tonturas
- Náuseas
- Vómitos
- Suores e pele pálida
- Perda de forças



Tratamento



- Em Portugal, cerca de 40% dos óbitos por doença coronária, ocorre em casa.

- O tratamento é mais eficaz quando o **alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas** de ataque cardíaco



- Se a dor anginosa é habitual e o doente é medicado com nitroglicerina, esta deve ser administrada por via sublingual, imediatamente.

- Quando há um enfarte, deve **atuar-se o mais rapidamente possível**, sendo fundamental o pedido de apoio especializado.

- Mesmo havendo dúvidas no diagnóstico, deve ligar-se para o **112**.

APÊNDICE D

Conteúdo apresentado na Intervenção Formativa sobre EAM

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

O QUE SÃO E PORQUE OCORREM

- As doenças cardiovasculares são as doenças do aparelho circulatório e foram a principal causa de morte em Portugal entre 1988 e 2013.

- O Enfarte Agudo do Miocárdio é o mesmo que ataque cardíaco e acontece no coração.. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o mesmo que trombose e ocorre no cérebro (o sintoma da trombose principal é o desvio da comissura labial- da boca).

- O ataque cardíaco ocorre quando o coração tem um *entupimento* de pelo menos uma artéria que irriga o coração. É como nos canos de casa. Se entopem, a água não passa. Se o sangue não passa pelo coração, as células do coração ficam sem oxigénio e nutrientes e morrem. Ficam negras (necrosadas).

Se parte do coração morre, não recupera logo de seguida. Quando o coração não recebe sangue e oxigénio, pode parar de trabalhar e a pessoa pode morrer. O que causa o entupimento?

- ✚ Placas de ateroma, que são gorduras e tecido fibroso, com um coágulo à sua volta.

- O ataque cardíaco também pode ocorrer por um espasmo da artéria, ela fica estreita e o sangue não passa. Isto pode acontecer por muitos motivos:

- ✚ **Stress**

- ✚ **Dor**

- ✚ **Temperatura do corpo muito baixa**

- ✚ **Tabaco**

- ✚ **Certos medicamentos e algumas drogas, como a cocaína**

FATORES DE RISCO

- Os fatores de risco de doença coronária são condições ou hábitos que aumentam o risco de aparecimento ou agravamento de doença coronária. Quais são então os fatores de risco?

- ✚ Tabagismo

- ✚ Hipertensão arterial,

- ✚ Dislipidémia (colesterol alto)

- ✚ Diabetes

- ✚ Sedentarismo (não fazer exercício físico)
- ✚ Obesidade
- ✚ Stress
- ✚ Antecedentes familiares e pessoais.

- É importante ter uma alimentação saudável, fazer exercício físico para evitar doenças das artérias coronárias. Se tiver muitos fatores de risco, aumenta a possibilidade de desenvolver Enfarte do Coração.

- O Enfarte é ainda mais frequente em pessoas com mais de 65 anos.

- Se tiver uma pessoa na família que tenha tido um Enfarte, há a possibilidade de ter também mas não há certezas.

SINAIS E SINTOMAS

- Angina de peito é um conjunto de sintomas que ocorre por o coração ter menos oxigénio. Pode ocorrer devido a esforço físico ou stress- chama-se angina estável, mas é o principal sintoma de isquémia do miocárdio- angina instável. Esta última acontece de repente e sem parar, enquanto que a angina estável para com o repouso.

- Que sintomas são esses quando se tem angina?

- ✚ Dor e desconforto no peito, podendo irradiar para os braços (normalmente para o lado esquerdo), ombros, pescoço e mandíbula.

- Outros sintomas quando se está a ter um ataque cardíaco?

- ✚ Falta de ar
- ✚ Tonturas
- ✚ Náuseas
- ✚ Vómitos
- ✚ Suores e pele pálida
- ✚ Perda de forças

- A perda de visão, cefaleias intensas não são sintomas habituais num Enfarte.

- A Pessoa pode ter um Enfarte do Coração sem ter dor no peito. A pessoa pode ou não desmaiar.

TRATAMENTO

- Cerca de 40% dos óbitos por Enfarte Agudo do Miocárdio em Portugal, ocorre em casa. O tratamento é mais eficaz quando o alerta é dado logo que surjam os primeiros sintomas de isquemia. Se a dor anginosa é habitual e o doente é medicado com nitroglicerina, esta deve ser administrada por via sublingual, imediatamente.

- Quando há um enfarte, deve atuar-se o mais rapidamente possível, sendo fundamental o pedido de apoio especializado. É uma situação urgente, emergente.

- Mesmo havendo dúvidas no diagnóstico, deve ligar-se para o 112.

- A pessoa com suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio não deve conduzir, deve ser transportada numa ambulância para uma sala de emergência num hospital, começando assim o tratamento. Se a pessoa for a conduzir, pode desmaiar e ter um acidente. Se for outra pessoa a conduzir, a pessoa com Enfarte pode desmaiar e o condutor não saber o que fazer. Por isso deve ser uma ambulância a transportá-la e não o próprio ou um familiar.

-A primeira coisa a fazer é pedir ajuda. A pessoa com enfarte deve deitar-se ou sentar-se, de modo a que a dor não agrave. A dor não desaparece mas a pessoa deve permanecer em repouso.

Se estiver sozinho?

✚ Ligar a pedir ajuda

✚ Tomar nitroglicerina porque vai dilatar as artérias (os canos)- se for prescrito para essa pessoa e o tomar habitualmente. Este fármaco devem ser administrado o mais rapidamente possível, de preferência logo que surjam os primeiros sintomas de ataque cardíaco. Não se deve tomar mais nada.

- Quando a pessoa chega ao hospital, fazem-se perguntas, testes ao sangue e um electrocardiograma para confirmar o enfarte.

- O tratamento no hospital são medicamentos que baixam a tensão arterial, que dilatam as artérias e veias, que removem os coágulos, que impeçam que eles aumentem, medicamentos para a dor, oxigénio.

- No hospital pode ainda fazer-se procedimento não cirúrgico- angioplastia-, que desobstrói as artérias com um catéter-balão, e assim deixa o sangue passar. Após a desobstrução das artérias do coração, coloca-se uma prótese - *stent*- que deixa a artéria sempre aberta.

-Esta intervenção tem de ser feita nas primeiras 12 horas após o início dos sintomas. A cirurgia de urgência ao coração- Bypass- só é feita em condições muito especiais.

- O prognóstico é sempre difícil. Há maior probabilidade de sobrevivência se o alerta e tratamentos forem precoces. Mas nunca há certezas de sobrevivência num Enfarte do Miocárdio