



e s c o l a superior de
enfermagem
de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A Literacia em Saúde da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio

Ana Rita Tadeu Costa Pinto e Abreu dos Santos Martins

Coimbra, outubro de 2018



e s c o l a superior de
enfermagem
de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A Literacia em Saúde da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio

Ana Rita Tadeu Costa Pinto e Abreu dos Santos Martins

Orientador: Professor Doutor Paulo Alexandre Ferreira, Professor ESENFEC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem, para obtenção do grau
de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, outubro de 2018

“A educação é o grande motor do desenvolvimento pessoal.”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação de mestrado só foi possível graças à colaboração e contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de expressar alguma palavras de agradecimento e reconhecimento, em particular:

Ao Prof. Doutor Paulo Alexandre Ferreira, pela disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, pela ajuda na concretização de cada um dos passos que constituem este trabalho, pela cordialidade e simpatia demonstrados e pelo acompanhamento neste percurso académico.

Aos profissionais de saúde, médicos e colegas que de alguma forma contribuíram para este fim.

A título particular, à minha família pelo apoio, e acompanhamento ao longo de mais este percurso.

Aos meus filhos, os meus pilares, pela paciência que demonstraram ao longo deste tempo e pelo tempo, escasso, que lhes dediquei.

Aos amigos que se mantiveram por perto.

A todos reitero o meu apreço e eterna gratidão.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCF - American College of Cardiology Foundation

AHA - American Heart Association

CABG - Coronary Artery Bypass Grafting

C- LDL - Colesterol high density lipoprotein

CRTM – Conhecimento do regime terapêutico e medicamentoso

C- T - Colesterol Total

DC - Doença coronária

DCV - Doença cardiovascular

DGS - Direção Geral de Saúde

DIC - Doença isquêmica cardíaca

DNT - Doenças não transmissíveis

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Electrocardiograma

ECSST / STEMI - Enfarte com supradesnivelamento do segmento ST

ESC - European Society of Cardiology

ESSST - Enfarte sem supradesnivlamento do segmento ST

HL - Habilitações literárias

HTA - Hipertensão arterial

ICP - Intervenção Coronária Percutânea

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

mmHg - Milímetros de mercúrio

IOM - International Organization for Migration

OMS - Organização Mundial de Saúde

ProACS - Registo nacional de síndromes coronárias agudas

PTCA - Angiografia Coronária Transluminal Percutânea

QVRS - Qualidade de vida relacionada com a saúde

RLM - Rendimento líquido mensal

SAHS - Síndrome da Apneia e Hipopneia do Sono

SPH – Sociedade Portuguesa de Hipertensão

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TAd - Tensão arterial diastólica

TAs - Tensão arterial sistólica

Tn - Troponina

Tn I - Triponina I

Tn T – Troponina T

VE - Ventrículo esquerdo

WHO - World Health organization

RESUMO

O Enfarte Agudo do Miocárdio, de entre as doenças não transmissíveis, é a que mais influência sofre por parte de comportamentos e hábitos de vida diária. Fazer escolhas, na área da saúde constitui-se como a pedra basilar no controlo desta patologia. Saber quais as capacidades reais do utente para fazer estas escolhas permite-nos, a nós, enfermeiros, como educadores, esclarecer e dotar os utentes desta capacidade crucial para o seu bem-estar e qualidade de vida. Como tal, sentimos necessidade de analisar a literacia da pessoa que sofreu um enfarte agudo do miocárdio no domínio da saúde e que recorre às consultas neste centro hospitalar, qual a sua relação com as variáveis sociodemográficas e com a alteração dos estilos de vida.

Trata-se de um estudo tipo II de natureza quantitativa, descritiva e correlacional em que foram aplicados questionários no sentido de analisar a literacia em saúde dos utentes da consulta de Enfarte Agudo do Miocárdio, numa unidade da região centro de Portugal, totalizando 81 utentes.

São maioritariamente homens, casados, com uma média de idade de 37 anos, reformados em que o nível de ensino se enquadra no ensino primário. 71% já tomava medicação previamente e como fatores de risco mais conhecidos da doença coronária referiram a obesidade, o colesterol, e o stress. 40,7% sabe que o hábito regular de exercício físico e uma alimentação cuidada contribuem muito para a prevenção desta patologia.

Os resultados encontrados permitem afirmar que não há relação entre a literacia e a idade, o sexo, o número de enfartes, o grau de adesão às mudanças nos hábitos de vida e o manuseamento do regime terapêutico e medicamentoso. Mas verificou-se relação entre a literacia e as habilitações literárias, a área de residência, o conhecimento dos fatores de risco, o rendimento líquido mensal e o conhecimento do regime terapêutico e medicamentoso.

Palavres- chave: Literacia em Saúde, Fatores de risco, Enfarte Agudo do Miocárdio

ABSTRAT

Acute Myocardial Infarction, among noncommunicable diseases, is the one that is most influenced by behaviour and habits of daily living. Making choices, is the cornerstone in controlling this pathology. Knowing what the patient knows about this disease, allows us, nurses, as educators, to clarify and give patients the crucial capacity for their well-being and quality of living.

So, we feel the need to analyse the literacy of the person who suffered an acute myocardial infarction in the health scope. To achieve that, we used the consultations in the hospital and studied the health literacy and its relation with the sociodemographic variables and the change of patient's lifestyle.

This is a Type II quantitative , descriptive and correlational study in which questionnaires were applied in order to analyse the health literacy in the consultations of Myocardial Infarction, in a unit in central Portugal. We study 81 patients.

They are mainly men, who are married, with an average age of 37 years old and retired. Their level of education is primary education. 71% of these patients had previously taken medication and as risk factors for coronary heart disease they mainly referred obesity, cholesterol, and stress. 40,7% know that the regular habit of exercise and a careful diet contributes to the prevention of this pathology.

The results show that there is no relationship between literacy and age, sex, number of myocardial infarctions, degree of adherence to changes in living habits and the handle of the therapeutic and drug regimen. However, there is a relationship between literacy and academic degree, residence area, knowledge of risk factors, monthly income and knowledge of the therapeutic and drug regimen.

Keywords: Health Literacy, Risk Factors, Acute Myocardial Infarction

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de síntese dos resultados.....	90
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas	67
Tabela 2:	Distribuição da amostra relativamente aos elementos relacionados com a doença coronária.....	69
Tabela 3:	Distribuição da amostra segundo o conhecimento geral dos fatores de risco para a doença coronária.....	70
Tabela 4:	Distribuição da amostra relativamente ao grau de conhecimento e presença de fatores de risco que contribuíram para o seu EAM.....	72
Tabela 5:	Distribuição da amostra de acordo com a adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento após o seu EAM	73
Tabela 6:	Distribuição da amostra relativamente ao grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento após o seu EAM.....	74
Tabela 7:	Distribuição da amostra segundo o conhecimento e adesão aos medicamentos.....	75
Tabela 8:	Distribuição da amostra de acordo com o manuseamento e adesão aos medicamentos.....	76
Tabela 9:	Distribuição da amostra segundo os scores de “Grau de Literacia”, “Grau de conhecimento e presença de Fatores de Risco que contribuíram para o seu EAM”, “Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento”, “Conhecimento e adesão aos medicamentos”, e “Manuseamento e adesão aos medicamentos”.....	77
Tabela 10:	Resultado do teste de normalidade relativa às variáveis em estudo.....	79
Tabela 11:	Matriz da Correlação de Pearson entre idade e grau de literacia.....	80
Tabela 12:	Resultado do teste de normalidade do Grau de Literacia segundo o Sexo.....	80
Tabela 13:	Resultado do teste t-Student relativo à influência do sexo no grau de Literacia	81

Tabela 14:	Resultado do teste de normalidade do grau de literacia segundo o estado civil.....	81
Tabela 15:	Resultado do teste t-Student relativo à influência estado civil no grau de literacia.....	81
Tabela 16:	Resultado do teste de normalidade do grau de literacia segundo o agregado familiar.....	82
Tabela 17:	Resultado do teste One-way ANOVA relativo à influência do agregado familiar no grau de literacia.....	82
Tabela 18:	Resultado do teste de normalidade do grau de literacia segundo a situação laboral.....	83
Tabela 19:	Resultado do teste t-Student relativo à influência da situação laboral no grau de literacia.....	83
Tabela 20:	Resultado do teste de normalidade do grau de literacia segundo o RLM.....	84
Tabela 21:	Resultado do teste One-way ANOVA relativo à influência do RLM no grau de literacia.....	84
Tabela 22:	Resultado do Post-Hoc de Scheffe relativo à influência do RLM no grau de literacia.....	84
Tabela 23:	Resultado do teste de normalidade do grau de literacia segundo as habilitações literárias.....	85
Tabela 24:	Resultado do teste One-way ANOVA relativo à influência das habilitações literárias no grau de literacia.....	85
Tabela 25:	Resultado do Post-Hoc de Scheffe relativo à influência das habilitações literárias no grau de literacia.....	86
Tabela 26:	Resultado do teste de normalidade do grau de literacia segundo a área de residência.....	86
Tabela 27:	Resultado do teste t-Student relativo à influência da área de residência no grau de literacia.....	87
Tabela 28:	Resultado do teste de normalidade do grau de literacia segundo a variável “1º EAM”.....	87
Tabela 29:	Resultado do teste t-Student relativo à influência da variável “1º EAM” no Grau de Literacia.....	87
Tabela 30:	Resultado da Correlação de Spearman entre conhecimento dos fatores de risco e Grau de Literacia.....	88
Tabela 31:	Resultado da Correlação de Spearman entre grau de adesão e Grau de Literacia.....	89

Tabela 32:	Resultado da Correlação de Spearman entre conhecimento do regime terapêutico medicamentoso e grau de literacia.....	89
Tabela 33:	Resultado da Correlação de Spearman entre manuseamento do regime terapêutico medicamentoso e grau de literacia.....	90

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO.....	25
1. O ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	25
1.1. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	26
1.2. SINAIS E SINTOMAS.....	27
1.3. TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA.....	27
1.4. TRATAMENTO.....	29
1.5. FATORES DE RISCO E HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL.....	32
2 - LITERACIA EM SAÚDE.....	45
2.1 – ENFERMAGEM, LITERACIA E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	46
2.1.1 – A doença coronária e a educação em saúde.....	47
2.1.2 – A doença coronária e a adesão terapêutica.....	48
2.1.3 – O enfermeiro como motivador da mudança.....	49
 PARTE II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	 51
1 – DESENHO E TIPO DE ESTUDO.....	51
2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES.....	53
3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	55
4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS, PROCEDIMENTO, ANÁLISE E TRATAMENTO.....	57
5 – PROCEDIMENTO DA COLHEITA DE DADOS.....	61
6 – TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	63
7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	65

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS	
RESULTADOS.....	67
1 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	67
2 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	79
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	91
CONCLUSÃO.....	103
CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES FUTURAS.....	105
BIBLIOGRAFIA.....	107

ANEXOS

ANEXO I – Questionário

APÊNDICES

APÊNDICE I – Autorização da autora do questionário

APÊNDICE II – Pedido de autorização ao Conselho de Ética do Centro Hospitalar

APÊNDICE III – Consentimento informado

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo ocidental. Cerca de vinte milhões de pessoas morrem devido a DCV por ano. Dados da Organização Mundial de Saúde, mostram um aumento previsto deste número para cerca de vinte e cinco milhões de mortes por ano até 2030. No entanto, a Direção Geral de Saúde (DGS), no seu relatório anual, contradiz esta tendência e afirma que, apesar de se manterem como a principal causa de morte na população portuguesa, as doenças do aparelho circulatório evidenciam uma redução progressiva do seu peso relativo (DGS: Direção Geral de Saúde, 2017). Este tipo de doenças afeta o coração e os vasos sanguíneos e incluem a doença coronária, a doença cerebrovascular, a doença arterial periférica, a doença cardíaca reumática, a doença cardíaca congénita, a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar (DGS: Direção Geral de Saúde, 2017).

De facto, a doença arterial coronária é uma doença progressiva e é a principal causa de doença e morte prematura no mundo desenvolvido (Hatchett & Thompson, 2005).

A manifestação clínica mais comum desta patologia é a dor retroesternal devida a angina instável, angina estável e enfarte agudo do miocárdio (EAM). A DGS, no relatório do Programa Nacional para as Doenças Cérebro Vasculares (DGS: Direção Geral de Saúde, 2017) destaca o EAM de entre as doenças isquémicas, atendendo ao impacto das terapêuticas de reperfusão na história natural da doença.

Também é considerado uma doença crónica uma vez que é uma patologia de progressão lenta e de longa duração, com necessidade de internamento e mudança de estilos de vida. Para o utente, é uma situação nova, grave e para a qual se experienciam sentimentos como o medo, incertezas e angústias, exacerbadas com a necessidade de internamento num serviço de cuidados intensivos (Paiva, 2016).

Assim, o enfermeiro é o profissional de excelência, pela sua proximidade e possibilidade de relação de cuidado, que provavelmente mais poderá contribuir para a facilitação do processo de evolução de um estado de saúde para uma situação de doença, com o objetivo máximo de atingir um novo equilíbrio.

Uma vez que a doença coronária é favorecida por uma série de hábitos, comportamentos e estilos de vida, tais como a alimentação desequilibrada, a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o stress, entre outros, cabe ao enfermeiro ser o agente auxiliador não só do conhecimento, como da alteração dos comportamentos e hábitos de vida pouco saudáveis.

Neste sentido, surge o conceito de literacia que é definida pelo relatório do Institute of Medicine of the National Academies (IOM, 2003) como a interação entre as aptidões dos indivíduos e os respetivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade. Assim, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deveria ser compartilhada entre três sectores principais: o sistema educativo, o sistema de saúde e o sistema cultural, sendo que no sistema de saúde o enfermeiro assume o papel de primazia pela proximidade e interação com o utente (National Academy of Sciences, 2003 como referido, IOM 2003).

O facto de conhecer a realidade em unidades de cuidados intensivos coronários e os sucessivos internamentos pela doença isquémica cardíaca, conhecendo os fatores de risco e como a doença pode ser evitada, melhorando significativamente a qualidade de vida dos nossos utentes, leva-me muitas vezes a questionar qual o nível de literacia das pessoas que sofreram um EAM, quais as reais necessidades de literacia dos nossos utentes e quais os fatores que os impedem de melhorar a sua qualidade de vida tendo o conhecimento estabelecido.

O tema escolhido prende-se com o meu interesse pessoal e com o enquadramento do meu contexto profissional, surgindo a seguinte questão de investigação:

“Qual o nível de literacia em saúde sobre os fatores de risco cardiovascular da pessoa com Enfarte Agudo do miocárdio?”

Assim, surgem como objetivos:

- Analisar a Literacia em saúde dos utentes que recorrem às consultas de EAM de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal Continental;
- Analisar a relação entre literacia em saúde com os fatores de risco cardiovascular e a mudança dos estilos de vida do utente após EAM;
- Analisar as características sociodemográficas dos utentes com EAM e a sua relação com a literacia em saúde sobre os fatores de risco

Metodologicamente, realizou-se uma investigação quantitativa descritiva e correlacional analisando as características sociodemográficas, a literacia e os fatores de risco cardiovascular.

A estrutura deste documento será composta por três partes. Numa primeira parte será desenvolvido o enquadramento contextual do estudo e uma breve síntese do estado da arte. Serão desenvolvidos conceitos relacionados com o enfarte agudo do miocárdio como a sua fisiopatologia, sinais e sintomas, exames complementares de diagnóstico, tratamento e fatores de risco, assim como uma breve abordagem ao tema da literacia, enfermagem e educação para a saúde.

A segunda parte refere-se ao enquadramento metodológico, onde se apresenta o desenho da investigação fazendo-se referência ao tipo de estudo, questões e objetivos do estudo, participantes, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos e processo de análise de dados utilizado.

A terceira parte diz respeito à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, onde se expõe inicialmente a caracterização da amostra, seguida de uma análise dos resultados obtidos tendo em conta a literatura existente.

Por fim, figuram as considerações finais, onde constam, as conclusões do estudo e os seus contributos e implicações futuras para a melhoria da prática clínica.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO

1. O Enfarte Agudo do Miocárdio

A patologia cardiovascular é um grupo de doenças que afeta o coração e os vasos sanguíneos, onde estão incluídas as doenças coronárias, cerebrovasculares, arteriais periféricas, cardíacas reumáticas, cardíacas congénitas, trombozes venosas profundas e embolias pulmonares (DGS: Direção geral de Saúde, 2016; DGS: Direção Geral de Saúde, 2017).

Esta está classificada no grupo de doenças crónicas não transmissíveis, que são doenças multifatoriais caracterizadas por uma progressão lenta, que se desenvolve ao longo da vida do indivíduo. Neste sentido, a OMS tem dado grande relevância à prevenção e controlo deste tipo de doenças não só pelos custos associados, mas também pela carga global que estas representam, não só no mundo como na Europa.

Dentro da patologia cardiovascular, o Enfarte Agudo do miocárdio (EAM) assume uma particular importância, sendo destacado pela DGS no relatório do Programa Nacional para as Doenças Cérebro Vasculares (2017), atendendo ao impacto das terapêuticas de reperfusão na história natural da doença.

Neste sentido, o EAM é uma doença progressiva e uma das principais causas de morte no nosso país. É um processo de doença que afeta as artérias coronárias e resulta em necrose de uma parte do músculo cardíaco. Ocorre porque a circulação de sangue para uma parte do coração é interrompida, causando lesões neste músculo (Seeley, Stephens, & Tate, 2008).

Por conseguinte, o processo de aglomeração de plaquetas, trombose transitória e vasoconstrição podem provocar reduções periódicas do fluxo de sangue. Morreti, como referido por Diniz, Santana, Arçari, & Thomaz (2011), refere que em 90% dos casos de EAM a oclusão aguda das artérias é causada por um evento trombótico sobre uma placa de ateroma. Esta situação pode demorar algum tempo a instalar-se e não provocar lesão muscular permanente, no entanto, se o fluxo de sangue no miocárdio for gravemente insuficiente durante cerca de 20 minutos, desenvolve-se uma área crescente de necrose celular na parte afetada do músculo e para além disto a necrose poderá ser irreversível.

A ausência de sangue pode afetar todas as camadas musculares do coração se o período de redução do fluxo coronário persistir durante cerca de 2 horas e desenvolver-se-á invariavelmente um trombo arterial com obstrução total e envolvimento da espessura total do músculo (Hatchett & Thompson, 2005).

1.1 CRITÉRIOS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Na literatura encontrada o termo enfarte foi evoluindo ao longo do tempo. A descrição de sinais e sintomas foi sendo cada vez mais completa e associada a evidências a nível de exames auxiliares de diagnóstico e da própria evidência científica.

Recentemente, os critérios clínicos que definem o EAM foram definidos universalmente pela Sociedade Europeia de Cardiologia, tendo sido criado um documento que permite a uniformização dos critérios de classificação, diagnóstico e tratamento do EAM.

Assim, em 2000 foi apresentada a primeira definição universal de EAM, indicando que qualquer necrose em contexto de isquemia miocárdica era considerada como tal. No entanto, em 2007 estes princípios foram refinados, enfatizando as diferentes condições que podem levar ao EAM. Porém, o desenvolvimento de marcadores mais sensíveis de necrose miocárdica levou à necessidade de uma revisão, principalmente no contexto do paciente crítico, após procedimento coronariano percutâneo ou após cirurgia de revascularização. Foi concretizada então a terceira definição de EAM levando em consideração estes aspetos: *“Third universal definition of myocardial infarction”* publicado em 2012 (Thygesen, Alpert, Jaffe, & Simoons, 2012) pela *European Society of Cardiology*. De acordo com este documento, o termo EAM deve ser utilizado em situações em que ocorre necrose miocárdica em contexto clínico consistente com a isquemia aguda. Para a realização do diagnóstico deverão existir um dos seguintes critérios: alteração do valor de troponina cardíaca (um dos biomarcadores específicos de necrose miocárdica), sintomas de isquemia, alterações eletrocardiográficas novas ou presumidamente novas do segmento ST/onda T ou bloqueio completo do ramo esquerdo de novo, aparecimento de ondas Q patológicas, evidência imagiológica compatível com perda de miocárdio nova ou novas alterações da motilidade e identificação de lesão trombótica intracoronária por angiografia ou autópsia (Thygesen, Alpert, Jaffe, & Simoons, 2012). Assim, o reconhecimento do EAM é feito através dos sinais e sintomas do utente, dos resultados laboratoriais e da presença de elevação do segmento ST no ECG (Aehlert, 2007).

1.2 - SINAIS E SINTOMAS

A avaliação inicial deve ser breve pois o utente não possui capacidade para fornecer grande quantidade de informação devido à sua sintomatologia, ansiedade e angústia decorrente da situação. Deve focar-se na existência ou não de contraindicações terapêuticas, além da sintomatologia e história (Hatchett & Thompson, 2005).

Assim, o quadro clínico caracteriza-se pela presença de dor que pode assumir localização, intensidade e características diversas, no entanto, o sintoma mais comum é dor no peito ou desconforto, desde a região epigástrica até ao maxilar inferior, que pode irradiar para o ombro, costas, braços e pulsos (Lopes M. F., 2011). É comum ter início no lado esquerdo com localização retroesternal, com irradiação para o braço do mesmo lado. Pode originar sensação de dormência no braço, mãos e dedos e ter uma duração igual ou superior a 20 minutos. Entre outros sintomas possíveis estão a falta de ar, náuseas e vômitos, sensação de desmaio, suores frios ou fadiga (Lopes M. F., 2011).

No entanto, o diagnóstico de dor retrosternal é complexo porque esta é uma área de enervação neurológica partilhada por órgãos torácicos e que pode ser causa de uma variedade de fatores gastrointestinais e musculoesqueléticos (Hatchett & Thompson, 2005). Neste sentido, o autor considera que deve ser avaliada a história familiar de doença cardíaca e os fatores de risco significativos.

1.3 - TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

- **Eletrocardiograma**

O eletrocardiograma (ECG) é a representação por traçado da atividade elétrica cardíaca onde se podem visualizar os efeitos mecânicos de contração e relaxamento e o ciclo cardíaco (Hatchett & Thompson, 2005). Para este autor, é considerado o instrumento fundamental de avaliação e como meio de primeira linha para avaliar potenciais problemas cardíacos. É um exame fácil e rápido, passível de ser repetido sempre que necessário. Este facto é validado por Thygesen, Alpert, Jaffe, e Simoons, 2012 nas *Clinical Practice Guidelines* emanadas pela *European Society of Cardiology*, que considera que este exame diagnóstico deve ser realizado e interpretado tão breve quanto possível, logo após o primeiro contacto médico. Swearingen e Keen (2001) referem que o primeiro ECG é feito imediatamente, para diferenciar o EAM da angina de peito ou de outras causas de dor anginosa, bem como para ajudar a determinar qual a melhor abordagem de tratamento.

Sabemos ainda que cada artéria perfunde uma determinada “zona” de miocárdio. A identificação dessa “zona” isquêmica determina a artéria obstruída (Aehlert, 2007). No ECG clássico de 12 derivações podemos avaliar o comprometimento das paredes anterior, inferior e laterais do ventrículo esquerdo (VE). O enfarte que se estende para o ventrículo direito e/ou para a parede posterior do VE podem não ser claramente detetados nestas 12 derivações.

Segundo Lipman e Casciot (2011), a isquemia é representada por alterações da onda T no ECG. Esta onda, normalmente vertical e assimétrica, torna-se invertida e simétrica e ocorre geralmente durante o episódio de isquemia aguda, embora que esta alteração pode não aparecer durante horas ou dias depois do primeiro evento.

Além da onda T, a lesão do miocárdio pode ser representada no ECG por alterações do segmento ST (elevação ou depressão). A elevação deste segmento ocorre normalmente durante a lesão subepicárdica (lesão confinada à parede ventricular exterior), surgindo frequentemente minutos ou horas após o evento agudo (Lipman & Casciot, 2011).

- **Análises laboratoriais**

A necrose do miocárdio está associada à libertação de uma série de proteínas pela destruição dos miócitos, que foram avaliadas como marcadores de diagnóstico para o EAM. Os marcadores cardíacos são então substâncias enzimáticas libertadas no sangue quando existe lesão do músculo cardíaco sendo que, as mais conhecidas e relacionadas com este fenómeno, consideradas com fiáveis e úteis para o diagnóstico, são a creatina fosfoquinase, o aspartato aminotransferase, a desidrogenase láctica, a troponina T (Tn T), a troponina I (Tn I) e a mioglobina.

Assim, o cálculo da elevação das enzimas cardíacas intracelulares, que entram no sangue à medida que morrem as células, é utilizado para confirmar enfarte do miocárdio e calcular a extensão da lesão irreversível das células (Hatchett & Thompson, 2005).

O marcador mais fidedigno e com elevada sensibilidade é a Tn I ou Tn T, cuja elevação reflete zonas microscópicas de miocárdio necrosado, no entanto este marcador pode estar elevado em contexto de outras patologias tais como a contusão cardíaca, a insuficiência cardíaca e a falência renal. Os outros marcadores não são tão específicos porque evidenciam necrose de outros órgãos e tecidos que também conduzem à libertação destas mesmas enzimas (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Atualmente a avaliação da troponina de alta sensibilidade reveste-se de grande importância. Estudos recentes, realizados na última década têm revelado a importância da mensuração desta enzima uma vez que, comparados com ensaios clínicos anteriores, evidenciou maior sensibilidade na detecção do EAM em utentes com suspeita de Síndrome Coronário Agudo, além de se mostrar bom preditor na doença arterial coronária e na hipertrofia ventricular esquerda nestes pacientes (Castro, 2017).

- **Técnicas imagiológicas**

A imagiologia não invasiva como o ecocardiograma, a ressonância magnética ou a tomografia axial computadorizada podem ser adjuvantes na detecção do EAM quando este já normalizou os marcadores cardíacos e até mesmo quando não são notórias alterações do eletrocardiograma. Estas técnicas podem ajudar na caracterização e diagnóstico do EAM, pois permitem detetar a perfusão, a viabilidade dos miócitos, a espessura, o espessamento, o movimento do miocárdio e os efeitos da fibrose no movimento do musculo cardíaco (Thygesen, Alpert, Jaffe, & Simoons, 2012).

1.4 – TRATAMENTO

O tratamento do EAM está em constante evolução e é revisto frequentemente, baseado em evidências sólidas resultantes de ensaios clínicos bem conduzidos realizados nos últimos anos. Depende da gravidade da doença, do estado hemodinâmico do paciente e é baseado em *guidelines* médicas. A última versão emanada pela ESC remonta a 2012 e é bem clara e descritiva. Como tratamento médico inclui-se a terapia medicamentosa, angioplastia e a cirurgia cardíaca (Thygesen, Alpert, Jaffe, & Simoons, 2012).

Neste sentido e para que seja proporcionado ao utente a melhor estratégia de intervenção possível, o menor dano e a melhor qualidade de vida futura com o mínimo de sequelas, torna-se necessário classificar o EAM.

Primeiramente o EAM classifica-se de acordo com a alteração no ECG a nível do segmento ST: Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (ECSST) ou Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST (ESSST), consoante a existência ou não de elevação do segmento ST no ECG de 12 derivações (Thygesen, Alpert, Jaffe, & Simoons, 2012; Urden, Stacy, & Lough, 2008).

No ESSST, normalmente os utentes referem dor torácica, mas não existe elevação persistente do segmento ST. Assim, não existem alterações eletrocardiográficas que demonstrem sinais de lesão miocárdica, sendo o seu diagnóstico feito com base nos sinais e sintomas do utente, história clínica e nos resultados sanguíneos dos biomarcadores cardíacos (Aehlert, 2007; Urden, Stacy, & Lough, 2008). Em relação à avaliação analítica, a ausência de valores elevados do biomarcador pode ser diagnóstico de angina instável.

A classificação mais recente, estratificada pelo documento da ESC (2012) classifica o EAM em 5 tipos, baseando-se nas diferenças patológicas, clínicas e de prognóstico (Thygesen, Alpert, Jaffe, & Simoons, 2012). Estas diferenças refletem também as estratégias de tratamento. Assim, o EAM pode ser classificado como:

- O EAM tipo I – Enfarte do Miocárdio espontâneo: este tipo de EAM está associado à rutura da placa aterosclerótica, ulceração, fissuração, erosão ou dissecação com consequente trombo intraluminal em uma ou mais artérias coronárias. Este utente pode sofrer de doença cardíaca (DC) subjacente, mas a avaliação angiográfica avalia uma doença coronária não obstrutiva ou até sem doença coronária. Este caso ocorre particularmente em mulheres.
- O EAM tipo II – Neste EAM há lesão miocárdica com necrose. Há um desequilíbrio no fornecimento/necessidade de oxigénio do músculo cardíaco, mas a condição base não é a doença aterosclerótica. Este tipo de EAM pode surgir após libertação de catecolaminas decorrentes de estados críticos ou grandes cirurgias. Pode ocorrer também em consequência de vasoespasmos ou disfunções endoteliais, embolia, alterações do ritmo cardíaco hipo ou hipertensão arterial.
- O EAM tipo III – Morte cardíaca por enfarte agudo do miocárdio: Neste tipo de EAM apenas se faz o diagnóstico pela sintomatologia sugestiva de isquemia que o utente apresentava, não ocorre colheita de sangue para biomarcadores cardíacos ou sem que estes tenham sido elevados.
- O EAM tipo IV e V - Este é o enfarte peri-procedimento decorrente da instrumentalização do coração, tal como a intervenção coronária percutânea ou a cirurgia de Bypass. Ocorre oclusão da artéria por trombose do stent ou oclusão do enxerto o da artéria coronária nativa, provocando nova perda miocárdica ou anomalia na motilidade segmentar na região afetada e a consequente alteração do ECG e dos biomarcadores cardíacos.

O objetivo primordial do tratamento do EAM é claramente desobstruir o vaso afetado de forma a prevenir a morte por fibrilação ventricular, minimizar a quantidade de miocárdio inviabilizado por necrose e a disfunção ventricular esquerda. Assim, a revascularização o mais precocemente possível reduz as necessidades de oxigênio miocárdico e a consequente redução da área de enfarte (Lopes A. , 2011).

- **Terapêutica fibrinolítica /trombolítica**

A terapêutica fibrinolítica consiste na administração de drogas que permitem que um coágulo de fibrina seja destruído pelo agente químico, revascularizando o vaso, possibilitando assim o restauro do fluxo sanguíneo. No entanto tem várias limitações: está documentado o risco de não reperfusão, aumento da incidência de isquemia e do reenfarte por migração do trombo ou de algum dos seus fragmentos e complicações hemorrágicas (Lopes A. , 2011).

No entanto, devido à distância entre unidades hospitalares hemodinâmicas ainda se recorre com alguma frequência à fibrinólise com o objetivo de abrir o vaso tromboticamente afetado o mais breve possível, reduzindo o tempo que decorre desde o início dos sintomas até ao restabelecimento do fluxo.

- **Intervenção Coronária Percutânea (ICP)**

A intervenção coronária percutânea iniciou-se em 1977 com Andreas R. Gruentzig, tendo tido uma enorme evolução até aos dias de hoje.

As *guidelines* atuais da American College of Cardiology Foundation (ACCF), da American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC) recomendam como estratégia no tratamento do EAM com supradesnívelamento do segmento ST a angioplastia primária (ICP), desde que efetuado por operadores experientes e atempadamente (European Society of Cardiology, ESC, 2016 b).

Este é um procedimento minimamente invasivo com abordagem pela artéria femoral ou radial com a introdução de um introdutor de grande calibre (entre 4F a 10F) e a passagem de um cateter, com técnica de radioscopia, que permitirá não só visualizar a árvore coronária (angiografia) como o tratamento da artéria ocluída (angioplastia).

A ICP primária é recomendada como terapêutica para utentes com dor precordial com duração inferior a 12 horas, elevação do segmento ST persistente ou com bloqueio

completo do ramo esquerdo sem documentação prévia (Lopes A. , 2011). Neste exame são incluídos utentes com doença isquémica, angina instável e enfarte agudo do miocárdio em evolução, insuficiência cardíaca com suspeita de envolvimento coronário e miocardiopatia congénita (Urden, Stacy, & Lough, 2008). No entanto a revascularização está apenas recomendada para tratamento de lesões com placas ateromatosas que obstruam mais de 50% do lúmen da artéria e que o seu nível de eficácia na desobstrução da artéria ocluída seja superior a 90% (Diepenbrock, 2005; Hatchett & Thompson, 2005)

A angiografia também é utilizada como exame pré-operatório para preparação para cirurgia cardíaca.

- **Cirurgia de revascularização miocárdica**

A cirurgia de revascularização miocárdica, cirurgia coronária, bypass aorto-coronário ou Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) é outra técnica que permite a revascularização miocárdica. Nesta técnica, um outro vaso (normalmente a veia safena ou a artéria mamária interna esquerda) é utilizado para substituir a artéria coronária que está afetada (Cohen, 2004). É uma técnica cirúrgica e como tal extremamente invasiva, que representa 40 a 50% de toda a cirurgia cardíaca realizada no nosso país, aproximadamente cerca de cinco mil indivíduos (DGS, 2012).

Esta opção de tratamento melhora o fluxo sanguíneo, mas não evita que a doença coronária continue a progredir. É eficaz no alívio dos sintomas e consequente prolongamento da vida do indivíduo, no entanto são importantes as alterações do estilo de vida e o controlo dos fatores de risco para a redução da progressão da doença.

1.5 - FATORES DE RISCO E HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL

O termo fator de risco surge pela primeira vez em 1961 através do estudo Framingham Heart Study divulgado por Kannel, Dawber, Kagan, Revotskie & Stokes. Este estudo, realizado a uma amostra de 5000 indivíduos de ambos os sexos residentes em Massachusetts, comparou indivíduos que tinham DC com aqueles que não tinham, tendo concluído que tudo o que foi avaliado e mais tarde relacionado com uma maior incidência desta patologia terá a denominação de fator de risco, o que significa que desempenha um papel importante no desenvolvimento da doença (Colombo & Aguillar, 1997).

Perdigão (2011) define fatores de risco da DCV como condições que, de algum modo, aparecem ligadas ao aparecimento desta patologia e que contribuem para o seu desenvolvimento. A partir deste conceito, a prevenção da DCV requer a gestão destes fatores de risco que são definidos por Aehlert (2007) como traços e hábitos de vida que tendem a aumentar a probabilidade de uma pessoa vir a desenvolver uma doença. Atualmente aceita-se que características como o sexo, a idade, a etnia, o estatuto socioeconómico, história familiar de enfarte do miocárdio, níveis de pressão arterial, lípidos séricos ou quantidade e distribuição da gordura corporal, doenças como a diabetes e escolhas comportamentais como os hábitos tabágicos, a atividade física e os hábitos alimentares, estão entre os determinantes que mais frequentemente, e de forma consistente, se têm associado com a ocorrência do enfarte agudo do miocárdio (Aehlert, 2007).

Neste sentido, os fatores de risco foram classificados como modificáveis e não modificáveis. Nos fatores de risco modificáveis encontramos a hipertensão arterial (HTA), a dislipidemia, a obesidade, a diabetes mellitus (DM), a síndrome metabólica, a inatividade física ou sedentarismo, o uso de tabaco e o stress. Como fatores não modificáveis, o mesmo autor, descreve a hereditariedade, a etnia, a diferença de sexo e a idade (Aehlert, 2007). Uma outra classificação que vai de encontro à anterior é a de Smeltzer e Bare (2002), que classifica os fatores de risco como reversíveis e irreversíveis, na medida em que os reversíveis são aqueles em que o indivíduo pode exercer controlo, alterando o estilo de vida ou hábito pessoal. O mesmo autor refere ainda que quanto maior o número de fatores de risco, maior a probabilidade de desenvolver doença coronária. Por este motivo a prevenção é a principal meta após a identificação de quais os fatores que podem ser intervindos num paciente.

Além disso, há autores como Tavares (2003), que defendem que os fatores de risco das DC ocorrem frequentemente no mesmo indivíduo, e que a sua combinação aumenta o risco de mortalidade. Neste sentido, intervindo em cada um dos fatores de risco, podemos contribuir para a melhoria da qualidade de vida do utente que sofreu EAM.

- **Hipertensão arterial**

A HTA constitui, hoje em dia, um dos maiores problemas de saúde pública. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), esta é a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco mais influente para o desenvolvimento da doença cérebro cardiovascular (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). É considerada uma

doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente (OMS, 2013) e é caracterizada pela medição em consultório, em várias medições e em diferentes ocasiões, de uma pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e/ou da pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg (valores de referência para adultos com idade superior a 18 anos e sem terapêutica anti-hipertensiva e sem processo patológico agudo) (DGS: Direção Geral de Saúde, 2013; European Society of Cardiology, ESC, 2016 b).

Portugal é referido por Uva, Victorino, Roquete, Machado, & Dias (2014) como um país com os mais elevados níveis de tensão arterial média. No estudo PHYSA, realizado pela SPH em Portugal, a HTA revelou uma prevalência de 42,2% na população adulta, no entanto, na última década, as taxas de diagnóstico e tratamento quase duplicaram e a taxa de utentes com esta patologia controlada quadruplicou, o que revela progressos ao nível da consciencialização e conhecimentos não só da população como dos profissionais de saúde, assim como uma utilização mais eficaz de medicamentos anti hipertensores (Ferreira, 2012; Polónia, Martins, & Saavedra, 2006; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). No entanto, verifica-se um aumento gradual do número de hipertensos em Portugal, nomeadamente no sexo feminino (Ferreira, 2012).

- **Dislipidemia**

Hoje em dia somos bombardeados com notícias acerca do colesterol, da sua associação com a DC e com a elevação dos valores da ficha lipídica. A hipótese clássica associa o consumo de gorduras alimentares, especialmente o consumo de ácidos gordos, com o aumento do colesterol sérico e a redução do colesterol de baixa densidade (LDL) o que favorece o aumento do risco de desenvolver DC. Tavares, como referido por Esrey, Joseph & Grover (2008) estabeleceu uma associação independente entre diferentes componentes nutricionais da dieta e a sua incidência de morte por DC em indivíduos jovens. Mesmo após ajuste do colesterol sérico ou outros fatores de risco, o estudo sugeriu que a dieta influencia a DC e que é independente de outros fatores de risco (Tavares, 2008).

Tavares referindo Stamler, Wentworth & Neaton (2008) afirma que o risco de morte aumenta com a quantidade de colesterol presente no organismo. Além disso, Jousilahti, Vartiainen, Tuomilehto & Puska (1999), referem ainda que na maioria das populações,

o colesterol aumenta com a idade, sendo que nos homens, este aumento estabiliza por volta dos 45-50 anos e nas mulheres o aumento é abrupto até aos 60-65 anos.

Neste sentido, as *guidelines* publicadas em 2016 pela ESC (2016), registam uma maior incidência de alterações ao nível do colesterol total (CT) e do colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (C-LDL) porque os seus valores podem ser modificados com alterações do estilo de vida ou terapêutica medicamentosa (European Society of Cardiology, ESC, 2016 a).

Mediante a quantidade de fatores de risco existentes, o cálculo do risco cardiovascular assume uma grande importância uma vez que reflete a probabilidade que uma pessoa tem de vir a sofrer de uma doença cardiovascular no futuro. Na realidade, pessoas com valores idênticos de pressão arterial ou de colesterol no sangue podem ter risco de vir a desenvolver uma doença cardiovascular muito diferente umas das outras, o que implica uma abordagem distinta tanto em termos preventivos como nos tratamentos. O cálculo do risco cardiovascular permite esta individualização e que cada um possa assumir as melhores alternativas tendo em vista a sua saúde.

Para este cálculo existem tabelas que têm em conta o sexo, a tensão arterial, o colesterol total e os hábitos tabágicos. Peritos em cardiologia preventiva estabeleceram que, na ficha lipídica, o alvo primário é o C-LDL, e que este deve ser reduzido de acordo com o risco de cada paciente, calculado de acordo com a tabela de risco da Systemic Coronary Risk Estimation (SCORE) (European Society of Cardiology, ESC, 2016 a). Estes autores referem que os níveis de C-LDL devem estar entre os 100 mg/dl e os 190 mg/dl (2,5 e 4.9 mmol/L) e desta forma avaliam o risco CV e a sua intervenção. (European Society of Cardiology, ESC, 2016 a)

Hoje em dia a relação entre colesterol e DC tem vindo a ser posta em causa. Frequentemente nos media ouvimos notícias que são contraditórias. Surgiram alguns estudos que revelam não haver associação entre o colesterol e a DC, o estudo *Diet and coronary heart disease: a case control study in Athens, Greece*, é um desses exemplos (Tzounou, Kalandidi, Trichopoulou, Hsieh, Toupadaki, Willet, Trichopoulos, referido por Tavares, 2008). No entanto, as *guidelines* atualizadas em 2016 continuam a identificar a dislipidemia como um dos fatores de risco que contribui para a DCV.

- **Obesidade**

Um dos fatores de risco major para a DC é o padrão alimentar, distinto em várias regiões do mundo e que sofre influências da tradição dessas mesmas regiões, que se traduzem

muitas vezes em diferentes taxas de morbimortalidade associadas a esta patologia. Segundo Tavares (2003), as populações asiáticas e as mediterrânicas apresentam taxas mais baixas de DC em comparação com a população ocidental. Nestas regiões o padrão alimentar é caracterizado por um elevado consumo de vegetais, fruta, peixe e como gordura preferencial o azeite em comparação com um baixo consumo de carnes vermelhas e outros produtos de origem animal assim como de produtos processados.

A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública e tem suscitado vários estudos sobre o assunto (Gomes, et al., 2010; Ortega, Lavie, & Blair, 2016). No maior e mais poderoso estudo realizado que descreve a prevalência da obesidade a nível mundial em adultos e crianças, assim como a alteração da prevalência da obesidade ao longo das últimas décadas a nível mundial, os autores referem que não há um único país em que a obesidade tenha sido reduzida significativamente e com sucesso nos últimos 33 anos (Ng, Fleming, Robinson et al. referido por Ortega, Lavie & Blair, 2016). Em Portugal, a obesidade, enquanto fator de risco cardiovascular, tem vindo a aumentar ao longo de cerca de 10 anos (Ferreira, 2012). No entanto, devemos ter em atenção não só a população obesa, mas especialmente a que apresenta obesidade severa ($IMC \geq 35 \text{ Kg/m}^2$), por estar consistente e fortemente relacionada com o alto risco de DCV e com mortalidade causada por esta patologia (Ortega, Lavie, & Blair, 2016). Os mesmos autores referem que, não só o grau de obesidade tem influência no prognóstico de DCV, mas também há quanto tempo a pessoa é obesa, assentes na ideia que uma pessoa recentemente obesa terá menor risco de doença e melhores hábitos de vida saudáveis do que a primeira.

Por este motivo, a prevenção da obesidade deve começar o mais precocemente possível, mesmo durante a infância. Apesar da aterosclerose coronária compreender uma série de respostas inflamatórias ao nível celular e molecular, cujas reações se encontram mais exacerbadas em pessoas obesas, na abordagem ao utente obeso a clínica não pode ser generalizada. Ortega, Lavie, & Blair (2016) referem verificar-se melhorias clínicas consideráveis quando o utente é identificado num determinado subgrupo de obesidade. Para estes autores, há um conceito de *fat-but-fit* que deve ser explorado, sabendo que este subgrupo de obesos apresenta uma saúde cardiorrespiratória que leva muitas vezes a que as consequências da obesidade sejam reversíveis.

No entanto, não se deve assumir que qualquer obeso tem um perfil metabólico deteriorado. É conhecido que a obesidade é um distúrbio crónico metabólico que se encontra normalmente associado à doença coronária e a índices de morbimortalidade

aumentados. A perda de peso, apesar de não haver evidência científica para a diminuição da mortalidade, parece reduzir o risco de doença coronária e de diabetes, principalmente em obesos (Gomes, et al., 2010).

Também as *guidelines* para a prevenção da DCV são incisivas neste ponto, sendo que os hábitos dietéticos influenciam não só a DCV mas também outras doenças crónicas como o cancro. Segundos as mesmas, a dieta deve ser pobre em gorduras saturadas e com o foco nos produtos integrais, vegetais, a fruta e o peixe. O peso corporal deve estar enquadrado num IMC de 20 a 25 kg/m² e referem mesmo que o perímetro da cintura nos homens deva ser inferior a 94 cm e nas mulheres inferior a 80 cm (European Society of Cardiology, ESC, 2016 b).

- **Diabetes mellitus**

A diabetes é hoje uma das doenças de maior prevalência no mundo ocidental e está intimamente relacionada com a doença aterosclerótica pelo seu comprometimento macrovascular.

O prognóstico da doença coronária é pior nas pessoas com diabetes, pois está documentado que ocasiona 5,4% da mortalidade em adultos anualmente, reduz a sua expectativa de vida em 5 a 10 anos, além do que, o utente diabético apresenta menor taxa de sobrevida, maior risco de recorrência e pior resposta à terapêutica, fruto da natureza extensa e difusa do processo aterosclerótico (Fantin, Schaan, Ledur, Polanczyk, & Wainstein, 2012).

Em Portugal, a percentagem de utentes diabéticos tem vindo a aumentar progressivamente, principalmente no sexo feminino, no entanto, e apesar do peso desta doença em termos de mortalidade, a ESC (2016) refere a diminuição de mortes por doença coronária em utentes diabéticos pela melhoria do tratamento dos fatores de risco. (European Society of Cardiology, ESC, 2016 b; Ferreira, 2012)

Assim, o elevado risco cardiovascular das pessoas com diabetes advém não apenas de fenómenos inerentes à própria diabetes, como a hiperglicemia, resistência à insulina e hiperinsulinemia, mas também da coexistência frequente de outros fatores, como a dislipidemia e hipertensão arterial. No entanto, estes últimos assumem características particulares na diabetes tipo 2, o que potencia o seu potencial aterosclerótico. Para a ESC (2007, 2016 b) a abordagem multidisciplinar destes utentes é fator crucial para o seu tratamento (European Society of Cardiology, ESC, 2007; European Society of Cardiology, ESC, 2016 b).

- **Síndrome metabólica**

A Síndrome metabólica é caracterizado por um conjunto de fatores de risco, fortemente relacionados com a DCV em que se verifica a presença de pelo menos 3 dos 5 seguintes fatores de risco: obesidade, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, HTA e hiperglicemia. Outra característica desta síndrome é não apresentar sintomas, sendo que o utente apenas apresenta um abdómen proeminente. Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia afeta mais de 1/3 da população portuguesa (Carrageta, sd). Outros autores definem esta síndrome como um conjunto de fatores de risco, com origem metabólica, que está associada a maior probabilidade de vir a desenvolver uma doença cardiovascular e diabetes Mellitus (Fiuza, 2012). Este autor refere ainda que a combinação dos vários fatores de risco que podem caracterizar esta síndrome, podem interagir sinergicamente, ampliando o risco de cada um individualmente. Esta constatação permite identificar um grupo de indivíduos que, quando portadores desta síndrome, apresentam um risco aumentado de DC.

- **Sedentarismo/atividade física**

Vários estudos têm vindo a confirmar que o baixo nível de atividade física representa um importante fator de risco no desenvolvimento de doenças crónicas degenerativas não transmissíveis, onde se destacam as doenças cardiovasculares.

O sedentarismo é considerado por Gaspar (2004), como o fator com maior prevalência, independentemente do sexo, o que mostra a importância de se adotar um estilo de vida ativo, ajudando a controlar e a diminuir outros fatores de risco como a obesidade. Ferreira (2012), refere que o fator de risco mais comum presente no inquérito nacional de saúde foi o sedentarismo, seguido do consumo do tabaco, que se mantêm constantes num período de 20 anos desde o primeiro inquérito em Portugal.

É conhecido que a inatividade física reduz a circulação sanguínea porque não favorece a contração muscular que fisiologicamente permite o retorno venoso. Ao comprometer o trabalho conjunto dos músculos e das válvulas venosas, atrasa o retorno venoso e favorece a formação de trombos, responsáveis por muitos dos distúrbios cardiovasculares mais graves de onde se destaca o EAM (Gaspar, 2004).

Hoje em dia, a prática de atividade física é considerada um hábito significativo dentro do estilo de vida saudável. As *guidelines* emanadas pela ESC chegam mesmo a referir a atividade física como o pilar para a prevenção da doença coronária, contribuindo para

a diminuição de todas as causas e da mortalidade associada a esta patologia (European Society of Cardiology, ESC, 2016 b).

Assim, o exercício físico deve envolver necessariamente uma regularidade e um planeamento, adequado a cada pessoa, com o objetivo de melhorar a aptidão física e o desgaste energético. A intensidade deve ser variável de pessoa para pessoa e cada indivíduo deve ser avaliado de forma a estabelecer o melhor plano, tendo em conta as suas particularidades e limitações (Pinto, 2007).

Por tudo isto, as normas orientadoras para a prevenção da DCV são bastante claras: é necessário aumentar a atividade física para pelo menos 150 minutos por semana de exercícios aeróbicos moderados ou 75 minutos por semana de atividade aeróbica intensa ou uma combinação dos dois (European Society of Cardiology, ESC, 2016 b).

- **Tabagismo**

O tabaco é apontado como sendo responsável por mais de 50 doenças diferentes, entre elas a doença cardiovascular (Diniz, Santana, Arçari, & Thomaz, 2011). Segundo o mesmo autor, o fumo do tabaco é constituído por monóxido de carbono, nicotina e alcatrão que são os componentes que mais contribuem para os riscos à saúde. Destes três elementos, a nicotina contida no fumo do tabaco é considerada uma droga psicoativa e a causadora da dependência (Rosemberg, referido por Diniz, Santana, Arçari, & Thomaz, 2011). A nicotina é absorvida pelo organismo, chega ao sistema nervoso central e funciona como agente estimulante. Além deste efeito, produz também relaxamento da musculatura estriada e pode desencadear náuseas e vômitos (Diniz, Santana, Arçari, & Thomaz, 2011).

Em Portugal o consumo de tabaco tem vindo a decrescer, no entanto a associação entre tabaco e a doença aterosclerótica não é muito simples de explicar (Ferreira, 2012). Está reconhecido o seu papel na lesão endotelial, na trombose/fibrinólise, na inflamação, no metabolismo lipídico assim como os efeitos dos componentes do fumo como potenciadores do risco de isquémia pela necessidade de consumo de oxigénio. Em suma, o tabaco interfere com os processos fisiopatológicos que envolvem os elementos sanguíneos e a parede arterial, contribuindo assim para a doença isquémica arterial (Rocha, 2007).

- **Stress**

Outro dos fatores de risco para a doença coronária descrito na bibliografia é o stress e a personalidade que aparentemente têm influência tanto na etiologia como na progressão da doença. Rodrigues, Guerra, & Maciel (2010), num estudo realizado na unidade de cuidados intermédios de cardiologia do Hospital de S. João, no Porto, verificaram que o stress e as emoções hostis contribuem para a aparecimento da doença coronária, pois indivíduos que apresentam caráter hostil tendem a vivenciar frequentemente situações de stress, o que contribui para a instalação da doença. Estes autores também concluíram que a diabetes e o álcool estão moderadamente associados à ocorrência de acontecimentos de vida e ao caráter hostil dos homens (Rodrigues, Guerra, & Maciel, 2010). Em relação à personalidade, esta é algo que caracteriza o sujeito e que o torna único mas que também tem repercussão em todos os aspetos da sua vida, inclusivamente na saúde e na doença (Carvalho & Trovisqueira, 2009). Os mesmos autores referem que a personalidade apresenta efeitos causais na doença, especificamente nas doenças cardiovasculares e no cancro, não sendo, no entanto, um fator exclusivo. Associada às doenças cardiovasculares, encontramos na literatura uma referência direta à personalidade tipo A (Carvalho & Trovisqueira, 2009; Rodrigues, Guerra, & Maciel, 2010). Sendo a hostilidade uma característica deste tipo de personalidade esta é referida por estes autores como sendo a mais tóxica. O mecanismo patofisiológico é explicado através da reatividade cardiovascular induzida pelo conflito comportamental (Carvalho & Trovisqueira, 2009).

- **A diferença de sexo**

Há algumas décadas admitia-se que a doença coronária era uma doença associada ao sexo masculino e que raramente se manifestava nas mulheres porque os sinais mais evidentes não se manifestavam do mesmo modo no sexo feminino. Hoje em dia, é uma das causas de morte frequente no sexo feminino (Aguiar, 2007). O crescente diagnóstico desta patologia na mulher é provável ter o seu contributo na alteração do padrão de vida. Atualmente as mulheres adquiriram as responsabilidades do homem, deixando os filhos e as tarefas domésticas para segundo plano. Ao mesmo tempo, as mulheres também adquiriram hábitos de homem, como o consumo de tabaco, dietas irregulares sem restrição de gordura e carboidratos, o álcool e a falta de atividade física regular e de repouso adequado (Aguiar, 2007; Luz & Solimene, 1999). Nesta medida, é

notória a aquisição de múltiplos fatores de risco para a DC: obesidade, hipertensão, dislipidemia, tabagismo e stress emocional (Ferreira, 2012).

Existe também a ideia estabelecida de que a mulher adquire alguma proteção durante a idade fértil pelo possível papel dos estrogénios (Luz & Solimene, 1999). Estudos experimentais referidos pelo autor supracitado, demonstram que os estrogénios diminuem a captação de LDL pela parede arterial, possuem atividade antioxidante e vasodilatadora, por aumento da produção local de prostaciclina e da síntese da enzima NO-sintase (Mansur, referido por Luz & Solimene, 1999). Segundo Lopes (2011), a patologia coronária chega a ocorrer 10 anos mais tarde na mulher do que no homem e ocorre de forma acelerada após os 50 anos no homem e após os 60 nas mulheres. Luz e Solimene (1999) referem que o EAM na mulher merece consideração especial. Esta normalmente não é a primeira manifestação de DC na mulher e por isso ocorre numa idade mais avançada e associada a uma taxa de mortalidade duas vezes mais alta que nos homens. Os mesmos autores referem no estudo TIMI – fase II (Thrombolysis in myocardial infarction phase II trial) que no momento do EAM, as mulheres têm uma idade mais avançada que os homens, têm mais fatores de risco coronário, além de outras comorbidades. Como resultado final, estas tendem a desenvolver um maior grau de insuficiência cardíaca pós EAM. Toda esta situação contribui para uma evolução mais desfavorável do enfarte no sexo feminino (Luz & Solimene, 1999).

Um outro fator que é demonstrado na diferença de sexo prende-se com a prevenção. Apesar da DC na mulher ter uma apresentação diferente, estudos comprovam que as mulheres tendem a recorrer mais frequentemente a serviços de medicina preventiva que os homens, daqui também se pode inferir o porquê desta patologia ser mais frequente no sexo masculino (Tavares, 2008).

- **Hereditariedade**

A hereditariedade é um dos fatores de risco não modificáveis para a doença coronária e para muitas doenças crónicas. A história familiar de uma determinada doença reflete as consequências da suscetibilidade genética, meio ambiente e comportamentos comuns. Está demonstrado que há uma maior tendência para o aparecimento de lesões vasculares em familiares em primeiro grau de indivíduos com estes antecedentes do que para outros indivíduos sem esta carga hereditária (Mendes, Alves, Alves, Siqueira, & Freire, 2006).

Tavares (2008) refere ainda uma relação entre a idade dos indivíduos portadores de história familiar e o surgimento da DC. De facto, o risco de um indivíduo desenvolver DC relacionada com fatores hereditários, implica que esta patologia surja em idade mais jovens, sendo que com a idade, o risco de surgimento de DC pela história familiar diminui.

Neste sentido, o risco aumentado de DC em indivíduos com história familiar tem sido atribuído não só à componente genética mas também à ocorrência familiar de fatores de risco modificáveis. Segundo o mesmo autor, os comportamentos adequados em saúde nem sempre são adotados pelos indivíduos com o mesmo passado genético. Esta debilidade prende-se com a incapacidade individual de alteração de hábitos ou pela falta desconhecimento (Tavares, 2008).

- **Outros fatores determinantes**

Sabe-se existirem outros fatores determinantes que contribuem como fatores de risco para a DCV: a idade, a raça, o rendimento disponível, a educação, as condições de vida e de trabalho também podem interferir direta ou indiretamente no aparecimento desta patologia. Relativamente à idade, não foi encontrada muita informação, apenas que o envelhecimento é acompanhado por um processo de endurecimento progressivo das artérias, a aterosclerose, e que esta patologia é menos frequente em jovens com idade inferior a 35 anos (Gauí & Oliveira, 1999). Também há referência a que, a partir dos 35 anos, o aparecimento desta patologia vai aumentando progressivamente (Pereira, 2013). Gauí & Oliveira, 1999 reforçam esta ideia e referem que progressivamente a doença tende a ser mais difusa e severa, sendo que as suas manifestações clínicas nem sempre são uniformes, são muitas vezes substituídos pelos equivalentes anginosos como sinais clínicos de baixo débito e dispneia.

Ainda que a doença arterial coronária afete pessoas de todos os grupos étnicos, a sua incidência é muito maior entre as pessoas negras e do Sudeste Asiático. A taxa de mortalidade é maior para homens negros do que para homens brancos de até 60 anos e é maior para mulheres negras do que para as mulheres brancas de até 75 anos (Warnica, 2003).

Sabe-se também que o rendimento disponível interfere nesta patologia, não só quando esta está instalada, através da escusa na compra de medicamentos prescritos pelo seu

valor dispendioso, mas também pela não adoção de hábitos de vida saudável (alimentação, níveis de stress, exercício físico regular).

Em relação à educação, no sentido da formação académica, quando baixa, leva algumas pessoas a não compreenderem e a não cumprirem as indicações fornecidas pelo seu profissional de saúde.

Uma outra situação encontrada na literatura são as crenças e os costumes. É visível, a nível mundial que as crenças relativas à doença, os costumes e tradições levam muitas vezes tanto a maus hábitos de saúde como mesmo à negligência da mesma, associando-a a situações como “desígnio dos deuses” (Oli, Vaidya, Subedi, & Krettek, 2014).

Existe ainda uma outra condição que tem vindo a ser diagnosticada e detetada que pode contribuir para o desenvolvimento da DC. Alguns estudos têm vindo a demonstrar uma associação entre o síndrome da apneia e hipopneia do sono (SAHS) com a doença coronária. Apesar de referirem ser uma associação independente, as alterações observadas na SAHS tal como a hipoxémia intermitente, a acidose e a vasoconstrição simpática podem originar stress hemodinâmico o que, em utentes com DC tem suma importância, podendo mesmo, segundo os mesmos autores, originar isquemia do miocárdio ou angina noturna (Areias, et al., 2012). No estudo referido, os utentes com SAHS apresentam apneias e hipopneias que estão associadas à dessaturação e microdespertares. Estes eventos conduzem à ativação do sistema nervoso simpático o que por sua vez provoca um aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial sistólica o que aumenta a necessidade de oxigénio por parte do miocárdio o que, em utentes com doença coronária, poderá estar comprometido (Areias, et al., 2012).

O diagnóstico do síndrome da apneia e hipopneia do sono (SAHS) é realizado quando ocorre uma suspeita clínica por queixas do paciente de sintoma como sonolência diurna excessiva, cansaço ou roncopatia. É feito um estudo do sono através de um polisomnograma e é determinada a severidade do SAHS. Segundo Barashi, et al. (2015), atualmente é clara que a SAHS é uma entidade cujas repercussões não se limitam ao aparelho respiratório, mas a múltiplos sistemas, entre os quais o sistema cardiovascular.

2. LITERACIA EM SAÚDE

A capacidade verbal de um paciente está relacionada com a sua aptidão para descrever sintomas, o que pode afetar o diagnóstico. Por sua vez, a capacidade de compreensão do paciente pode afetar a compreensão das instruções médicas. Neste sentido, a literacia em saúde é descrita como a capacidade de ler, ouvir e compreender a informação (Safeer, Cooke, & Keenan, 2006), mas, mais que isto, a OMS define literacia em saúde como “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma que promovam e mantenham boa saúde” (OMS referido por Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge). Numa definição mais completa a WHO (2013) refere que a literacia em saúde está relacionada com a literacia e capacita as pessoas com conhecimentos, motivações e competências que lhes permitem aceder, compreender, avaliar e mobilizar informações relativas à saúde com o fim de poderem fazer julgamentos e tomarem decisões na sua vida diária relativas aos cuidados de saúde. Neste sentido serão capazes de prevenir a doença, promover a sua saúde e melhorar a sua qualidade de vida ao longo do seu ciclo vital (WHO, World Health Organization, 2013).

Em oposto a esta definição, a baixa literacia em saúde é caracterizada pela dificuldade do indivíduo perceber qual o seu estado de saúde e quais são as necessidades de mudança de comportamentos, de planos de tratamentos e de auto cuidado (Teixeira, 2004). Para este autor esta dificuldade pode estar relacionada com baixa literacia em geral, com baixos níveis de conhecimento em saúde ou até mesmo por inibição, embaraço ou medo do ridículo.

Além destes aspetos, estudos recentes referem que a literacia pode ser influenciada por uma série de fatores tais como o nível educacional do paciente, a idade, o sexo, o nível socioeconómico, por questões culturais e até mesmo influenciada pelo meio que rodeia a pessoa (Kang & Yang, 2010; Oli, Vaidya, Subedi, & Krettek, 2014; Pednekar, Gupta, & Gupca, 2011; Safeer, Cooke, & Keenan, 2006)

Por este motivo, para Zarcadoolas referido por Santos (2010), os sistemas de saúde centrados no utente exigem um papel ativo por parte dos indivíduos e torna-os parte integrante no processo de tomada de decisão em relação à sua saúde. Há evidências que aumentar a consciencialização sobre a doença coronária e os seus fatores de risco

pode melhorar a adesão do utente às mudanças do estilo de vida e a terapêuticas necessárias (Safeer, Cooke, & Keenan, 2006).

2.1 - ENFERMAGEM, LITERACIA E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A literacia dos pacientes influencia diretamente o acesso a informação crucial sobre os seus direitos e cuidados de saúde, quer envolva seguir instruções de tratamento, regime terapêutico e medicamentoso, compreender informação relacionada com a doença ou aprender sobre prevenção da doença ou promoção da saúde. Como tal, a baixa literacia em saúde foi identificada em diversos estudos como um fator de risco para diversas patologias, nomeadamente as que têm o comportamento como agente patogénico relevante e que implicam autogestão (Santos, 2010). Este é o caso da doença cardiovascular. Santos (2010) refere ainda que níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias da saúde e em melhor qualidade de vida; por outro lado, níveis mais baixos de literacia em saúde estão associados a uma saúde mais precária e mesmo a mais mortalidade.

Investir na formação e na literacia em saúde, significa dotar os indivíduos das competências necessárias para assumirem o controlo sobre a sua saúde e tomar decisões informadas relacionadas com a mesma (Dominick, Dunsiger, Pekmezi, & Marcus, 2013; Nutbeam, 2000).

Educação em saúde com vista à promoção de conhecimentos, de compreensão e de capacidade para agir dos indivíduos, não deve ser apenas direcionada para a alteração de estilos de vida ou o aumento da adesão aos tratamentos, mas também para o aumento da consciencialização das determinantes da saúde, aumentando as intervenções com impacto nessas determinantes (Nutbeam, 2000). Promover a literacia em saúde não é só a simples transmissão de conhecimentos, embora seja um aspeto fundamental. É importante ajudar as pessoas a desenvolver confiança para agir com base no conhecimento transmitido, bem como a capacidade para trabalhar e apoiar outros através de formas eficazes de comunicação e intervenção na comunidade (Nutbeam, 2000). Atualmente alguns autores começam também a falar na motivação e como esta pode ser importante para a adesão terapêutica contribuindo para a adoção de estilos de vida saudável.

A doença cardiovascular, e tendo em conta a quantidade de fatores de risco modificáveis aplicáveis a esta patologia, torna-se por si só uma doença comportamental,

em que modificando comportamentos controla-se a doença. É fundamental educar as pessoas fornecendo-lhes as ferramentas e aptidões capacitando-as para gerirem a sua própria doença, promovendo a sua autonomia e as suas capacidades de decisão. É também importante o reforço das atitudes adequadas como um processo contínuo de motivação para a mudança de hábitos e comportamentos saudáveis. Há ainda a considerar aquilo que Kang (2010) designa por autoeficácia cardíaca e que se refere à confiança e à própria vontade do indivíduo em controlar a sua saúde que é considerado como um dos determinantes chave para a manutenção de comportamentos em saúde.

2.1.1 - A Doença Coronária e a educação em saúde

A promoção dos comportamentos de saúde é um objetivo global da OMS e das entidades políticas e de saúde de diversos países. Em Portugal, todas as organizações de saúde tal como a DGS e o SNS perseguem este objetivo. Neste sentido, o governo publicou no Diário da República n.º 94/2016, Série II de 2016-05-16 o Despacho n.º 6401/2016 que visa promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública. Este documento sublinha que para a obtenção de ganhos em saúde é necessário intervir de forma sistémica, sistemática e integrada em vários determinantes que são: Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais, Infecção VIH/Sida e Tuberculose, Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos e Saúde Mental. Neste sentido foi criado o Programa Nacional para a saúde, literacia e autocuidados pelo Despacho nº 3618-A/2016, que prevê a preparação e apoio a cuidadores informais em cuidados domiciliários com vista à prevenção de cinco grandes áreas: a diabetes e a obesidade, a promoção da saúde mental e do envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento (Diário da República, 2016 a). Mediante isto, verifica-se a necessidade de melhorar as nossas competências a nível da educação para a saúde, visando não só a patologia em causa mas também a população alvo.

Na bibliografia podemos encontrar alguns estudos realizados em Portugal que revelam níveis baixos de literacia em saúde, o que, numa perspetiva de economia da saúde, a baixa literacia está associada a aumento dos custos da saúde, não apenas por deficiente controlo de processos patogénicos, como também devido a má utilização de fármacos (Santos, 2010).

Além disso, são também vários os estudos que abordam as vertentes da educação para a saúde e que maioritariamente referem que a educação para a saúde tradicional é geralmente construída para incluir o máximo de informação possível, para o máximo de indivíduos possível. Disto, resultam programas extensos e complexos muitas vezes desinteressantes e nada adequados ao público alvo. Neste sentido, já em 1977, Colombo & Aguillar, referiam que os programas realizados de maneira ampla e inespecífica não têm sido suficientes para alterar comportamentos prejudiciais à saúde de uma forma efetiva e duradoura. Por outro lado, e segundo os mesmos autores, o modo como são concebidos e implantados esses programas parece ser determinante para o sucesso dos mesmos. Esta informação continua pertinente a atual. A informação dirigida às necessidades individuais de cada paciente parece ser a pedra basilar para a alteração de comportamentos. Ao perceber a educação para a saúde como uma ferramenta de trabalho essencial, o enfermeiro, enquanto educador, pode contribuir de forma significativa para a alteração de comportamentos e para a literacia em saúde dos próprios indivíduos (Weykamp, Cecagno, Hermel, Tolfo, & Siqueira, 2015). A formação especializada em enfermagem, nas competências gerais do enfermeiro especialista prevê a capacidade deste para o desenvolvimento de aptidões no domínio da melhoria contínua da qualidade, no sentido de ser um agente dinamizador e de suporte das iniciativas e estratégias institucionais e governamentais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Assim, torna-se necessário que o enfermeiro detenha um conjunto de competências específicas de relação interpessoal e conhecimentos que lhe permitam orientar as condutas e divulgar a informação considerada pertinente para o público - alvo. Deve selecionar os objetivos educacionais adequados e promover atividades de aprendizagem com vista ao aumento de conhecimentos e a influencia de atitudes.

2.1.2 A doença coronária e a adesão terapêutica

A alteração do estilo de vida e a adoção de comportamentos saudáveis são a par com a adesão ao regime terapêutico, o ponto chave para a manutenção da saúde neste tipo de utentes. No que concerne à adesão ao regime terapêutico, este assume uma importância relevante no âmbito não só da doença coronária mas também nas doenças crónicas uma vez que a sua ausência se configura como um sério problema de saúde pública.

Etimologicamente, a palavra adesão deriva do latim “adhaesione” e é definida como ato ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia ou a uma causa. Na literatura médica, o

termo adesão é utilizado quando se refere ao seguimento das recomendações terapêuticas (Dias, et al., 2011).

A investigação tem sugerido que existem problemas de adesão sempre que ocorre autoadministração de qualquer regime terapêutico, medicamentoso ou não, independentemente do tipo de doença ou da sua gravidade (OMS, 2013).

Neste sentido, a adesão torna-se um fator crucial na prevenção e gestão de doenças crónicas, nomeadamente no EAM, sendo que o papel do profissional de saúde torna-se vital para, junto com o utente, “negociar” esta adesão.

A World Health Organization (2013) refere existir adesão quando uma pessoa efetivamente se compromete e cumpre de forma consistente com a toma da medicação e a adoção de um estilo de vida saudável, de acordo com as recomendações de um profissional de saúde.

Desta forma, a pessoa não é um sujeito passivo, ele concorda, compreende e aceita e torna-se co-responsável pelo seu tratamento juntamente com a equipa de profissionais de saúde que o acompanha o que nos leva mais uma vez à própria definição de Literacia em saúde.

2.1.3 O enfermeiro como motivador da mudança

A alteração no estilo de vida é a pedra filosofal da doença coronária. Implica alterações de comportamentos que visam a promoção da saúde e a manutenção da mesma, mesmo após o evento coronário. Atualmente, e como já foi referido anteriormente, alguns autores começam a considerar que a motivação será outro dos grandes eixos de investimento para a alteração de comportamentos. É uma variável, que de forma implícita ou explícita, atravessa os modelos da psicologia da saúde, no entanto, tradicionalmente é encarada numa perspetiva dicotómica (Almeida, 2013). Para Lewis referido por Bicho (2015), a motivação é o motor do comportamento, sendo que a motivação é também, um requisito indispensável para a aprendizagem. É um processo pessoal, interno, que determina a direção e a intensidade do comportamento humano”. Alguns autores referem que a aprendizagem só é realizada a partir do desencadeamento de forças motivadoras (Bicho, 2015). Almeida (2013), refere que o utente é o especialista da sua própria vida e tem a sua visão do mundo que é o mais importante para orientar a ação. Neste sentido, o profissional deve promover a autonomia da pessoa e a sua participação nos objetivos e processos de mudança de comportamento tendo em conta não só a doença, como a sua história de vida e também

promovendo o envolvimento de pessoas significativas. Segundo esta visão, a parceria criada entre o profissional e o utente cria uma maior humanização dos cuidados de saúde e favorece a necessidade de relacionamento o que se traduz numa maior adesão aos comportamentos de saúde (Almeida, 2013). É neste ponto que o enfermeiro, e, mais concretamente o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no contexto de intervenção na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, desempenha um papel fundamental. Cabe a este profissional, não só ajudar a pessoa a vivenciar este processo de doença crítica e provável falência orgânica mas também dotá-lo de informação que permita ao utente prevenir o reinternamento, prevenir a doença e a fazer escolhas assertivas no seu processo de recuperação, tendo em conta o Regulamento 429/2018 que explana as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A este profissional exige-se uma prática clínica baseada em sólidos e validos parões de conhecimento científico, ético, estético e pessoal que decerto levarão o utente a sustentar a sua tomada de decisão. Permitir o envolvimento da família ou do convivente significativo para o utente é também uma medida eficaz e possível para o êxito das mudanças a efetuar atenuando situações de ansiedade pela situação de doença e abrindo caminho para uma relação terapêutica. A abordagem a este doente e família, segundo Serrão (2014) pressupõe uma combinação de competências cognitivas, sociais e de comunicação. É no processo comunicacional bilateral que as pessoas desenvolvem a própria capacidade para usar a informação em saúde, de modo eficiente, reforçando a motivação para a ação. Este autor refere ainda que cidadãos letrados em saúde são mais capazes de desenvolver comportamentos efetivamente promotores da sua saúde uma vez que compreendem com mais facilidade as informações prestadas pelos profissionais relativamente a cuidados preventivos e opções de tratamento.

A promoção da autonomia e a maior participação dos utentes, passa também por mudanças no sistema de cuidados. O empoderamento dos cidadãos é um paradigma assumido pelas entidades máximas da saúde, e que vem ao encontro da necessidade de mudança em relação às práticas instituídas, para que possamos promover a autonomia e a competência face aos comportamentos de saúde.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica consiste em definir quais os meios para a realização da investigação. É uma fase de extrema importância pois as escolhas nela contidas irão determinar o sucesso ou infortúnio da investigação. Fortin (2009), defende que é nesta fase que o investigador determina quais os métodos que vai utilizar para obter a resposta à questão formulada. É também nesta fase que se escolhe qual o desenho apropriado para atingir os objetivos do estudo, qual o fenómeno que se pretende investigar e quais as associações, diferenças e verificação de hipóteses.

Neste capítulo vão ser expostas as opções metodológicas tomadas pela investigadora.

1 - DESENHO E TIPO DE ESTUDO

A problemática deste estudo visa perceber qual o nível de conhecimento dos fatores de risco para a doença cardiovascular e qual o nível de adesão aos comportamentos de vida saudáveis dos utentes que recorrem à consulta de EAM.

Neste sentido pretendeu-se desenvolver um desenho de estudo tipo II, descritivo e correlacional. Neste tipo de estudo, o desenho descritivo descreve fenómenos no sentido de encontrar relações entre as variáveis. Pretende partir de variáveis já estudadas previamente mas para as quais não foi estudada a sua relação nas circunstâncias ou população presentes (Fortin, 2009). A investigação quantitativa caracteriza-se pela utilização de um método experimental ou quasi-experimental em que as formulações das hipóteses exprimem prováveis relações entre as variáveis. Pretende também estabelecer relações causais para a explicação dos fenómenos e utilizar medidas numéricas para testar hipóteses mediante a recolha de dados rigorosa (Sousa & Baptista, 2014).

Neste estudo também se pretende desenvolver um desenho correlacional porque pretendemos examinar qual a relação entre as variáveis e descrever essa relação. Neste tipo de estudo e segundo Fortin (2009) não são as hipóteses que guiam o estudo mas sim as questões de investigação. Do mesmo modo, não devem ser definidas variáveis dependentes e independentes porque se pretende conhecer quais as suas relações mútuas. Este tipo de análise permite na sua génese determinar qual a relação entre as variáveis.

2 –QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

A identificação de um problema é o ponto de partida de qualquer investigação. Ele pode nascer de uma dúvida, de uma situação problemática que cause alguma inquietação ao investigador e que leve à melhor compreensão de determinado fenómeno. Segundo Polit, Beck, & Hungler (2004) a origem dos temas de pesquisa deve ser do interesse do investigador. Deste modo a curiosidade e o interesse são o ponto fulcral para o sucesso da investigação.

Numa investigação, a primeira dificuldade é traduzir o que se apresenta como um foco de interesse ou uma preocupação relativamente vaga num projeto de investigação operacional” (Quivy & Campenhoudt, 2008). Assim sendo, é fundamental enunciar o projeto de investigação na forma de uma pergunta de partida (Quivy & Campenhoudt, 2008). Deste modo, surge a seguinte questão de investigação

“Qual o nível de literacia em saúde sobre os fatores de risco cardiovascular da pessoa com enfarte agudo do miocárdio?”

Para um estudo tipo II descritivo e correlacional, é importante definir as hipóteses uma vez que estas são uma resposta prévia ao problema, (Baptista & Sousa, 2011)

Tendo em consideração que uma hipótese é uma proposição em que se prevê uma relação entre dois termos e uma pressuposição que deve ser verificada (Quivy & Campenhoudt, 2008), foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: Há relação entre literacia em saúde e as características Sociodemográficas do utente.

H2: Há relação entre literacia em saúde e o conhecimento dos fatores de risco (excesso de peso, colesterol, diabetes, sedentarismo, stress, consumo de tabaco e alimentação).

H3: Há relação entre literacia em saúde e o grau de adesão a estilos de vida saudável.

H4: Há relação entre literacia em saúde e o conhecimento e adesão dos medicamentos.

H5: Há relação entre literacia em saúde e o manuseamento e adesão dos medicamentos.

3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população escolhida para a realização do presente estudo são os utentes que se deslocaram à consulta de EAM de um Centro Hospitalar na região centro de Portugal Continental. Esta população é um grupo de pessoas que têm características em comum e por isso se designam por população alvo (Fortin, 2009). No entanto, e como descrito pela mesma autora raramente é possível estudar a totalidade da população alvo. De acordo com Howard & Steinman (2010) a inclusão da totalidade da população pode não ser praticável por motivos de custos e tempo envolvidos na recolha de dados, por este motivo pretende-se extrair uma amostra.

A amostra descreve-se como uma parte da população que se pretende estudar. Deve ser representativa, isto é, a amostra deve contemplar indivíduos com características semelhantes à da população que se pretende estudar (Sousa & Baptista, 2014).

Definimos os seguintes critérios de inclusão. A amostra deve contemplar:

- Indivíduos adultos;
- Com capacidade de ler e escrever;
- Com diagnóstico prévio de EAM e que se desloquem à referida consulta.

A amostra a recolher deverá ser do tipo não probabilística e por conveniência. Os elementos escolhidos serão os mais próximos e que nos permitem melhores condições de acesso. Para Fortin (2009), este é muitas vezes o único meio de construir amostras em saúde.

Recolheu-se uma amostra no período de três meses, considerando o tempo limitado para a conclusão deste percurso académico. Para esta consulta estão adstritos 3 médicos cardiologistas. As consultas de EAM realizavam-se de 15 em 15 dias, e os dados foram colhidos no período de 16 de Novembro de 2017 a 17 de Janeiro de 2018. Neste período de tempo todos os sujeitos presentes nesta consulta foram inquiridos quanto à sua vontade de participar nesta investigação.

No dia que se deslocaram à consulta os utentes foram abordados pela investigadora. A estas pessoas foi-lhes explicado os objetivos do trabalho, a metodologia da investigação, foram abordadas questões éticas referentes ao estudo em causa e solicitado o seu consentimento informado.

Após esta abordagem foi pedido à pessoa que respondesse ao questionário. O tempo previsto para a resposta ao referido questionário foi entre 10 a 15 minutos e ocorreu enquanto os utentes aguardavam pela consulta médica.

4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a colheita de dados optou-se pela aplicação de um questionário pré existente que permite a recolha de informações sobre o tema em questão. Neste questionário não há a interação direta da investigadora. Para utilização deste instrumento de colheita de dados foi necessário a elaboração de um pedido de autorização à autora do referido instrumento, telefonicamente e posteriormente via email, que foi concedida. (Apêndice I)

Foi realizado um pré teste ao questionário que pretendeu confirmar se o objeto de colheita de dados é realmente aplicável e se dá resposta aquilo que realmente se pretende investigar dentro de uma pequena amostra da população. Neste sentido foi aplicado a uma amostra de oito utentes que reuniam as mesmas características da população em causa. Verificou-se se os inquiridos compreendiam a pergunta da mesma forma, se estavam contempladas todas as opções de resposta nas respostas fechadas, se a ordem das questões era fluida, isto é, se não causariam saltos abruptos de um assunto para outro, se a linguagem era de fácil compreensão, se o tipo de letra era adequado e de fácil leitura e se o questionário seria o método mais eficaz para avaliar o tema em causa. Após esta aplicação as sugestões e dificuldades dos inquiridos foram tidas em conta e foram realizados pequenos ajustes no instrumento escolhido.

Como resultado final, o instrumento de colheita de dados é um questionário do tipo misto composto por 4 partes. A primeira parte diz respeito aos elementos sociodemográficos, com 10 questões. A segunda parte refere-se aos elementos relacionados com a doença coronária e contempla 5 questões. A terceira parte aborda o conhecimento geral dos fatores de risco e é composto por 20 questões. A última parte do questionário refere-se a alterações sobre hábitos de vida e adesão ao tratamento e é composta por 26 questões, sendo que 9 são de resposta rápida e aberta. (Anexo 1).

Em conclusão, o questionário vai de encontro às hipóteses formuladas e o tratamento estatístico decorre das hipóteses que a autora formulou e neste sentido manteve-se a escolha deste instrumento.

A primeira parte deste questionário caracteriza a população socio demograficamente e em relação ao EAM. Pretende adquirir dados de caráter pessoal como a idade, o sexo o estado civil e com quem o utente reside, quais as suas habilitações literárias, a sua situação laboral e qual o seu rendimento líquido mensal, qual a sua área de residência, se este seria o seu primeiro EAM e se já tinha patologia cardíaca conhecida.

Em relação ao EAM, pretendeu-se conhecer se este teria sido o primeiro evento e, caso a resposta fosse negativa, numa resposta aberta, pretendeu-se conhecer quantos eventos coronários já teriam ocorrido.

De uma forma dicotómica com a resposta de sim ou não foi considerada a pergunta se o utente tinha conhecimento ou diagnosticada outra doença cardíaca prévia.

Na segunda parte do questionário pretendeu-se caracterizar a doença coronária. As respostas são fechadas, apenas duas delas têm carácter aberto no sentido de conhecer há quanto tempo foi o evento. Assim sendo, numa primeira questão pretendeu-se saber há quanto tempo lhe foi diagnosticado o EAM e desta forma existem três intervalos, o primeiro em que o diagnóstico foi feito há menos de 1 ano, outro entre 1 e 3 anos e o último quando o diagnóstico tem mais de 3 anos.

Na segunda pergunta ficou-se a saber se o utente realizou ou não um cateterismo cardíaco e, se o fez, há quanto tempo. A terceira resposta diz-nos se o utente realizou ou não cirurgia cardíaca, sendo que ficamos também a saber há quanto tempo. Em relação à medicação que toma colocou-se uma questão em que se encontram retratados os diversos medicamentos possíveis, relacionados com a doença cardíaca e perguntou-se ao utente qual(ais) o(s) que tomava. Na última pergunta desta parte do questionário tenta-se saber de onde provém a informação relativa ao seu conhecimento sobre o EAM.

Na terceira parte do questionário e no primeiro quadro da quarta parte estão desenvolvidas questões em que se aplicou uma escala tipo Likert com 5 opções de resposta. Este tipo de escala permite a apresentação de determinadas preposições, em que o questionado deve, em relação a cada uma delas, responder com uma das preposições propostas permitindo conhecer diferentes níveis de intensidade de opinião.

As perguntas de 1 a 12 refletem o grau de importância que o utente atribui a uma série de questões relativas ao conhecimento geral dos fatores de risco para a doença coronária e é incentivado a selecionar se atribui “muitíssimo”, “muito”, “um pouco” ou se não atribui nenhuma importância ou ainda se não sabe se determinado fator de risco tem importância para o desenvolvimento da doença coronária.

Na mesma linha de raciocínio, as perguntas 13 a 20, permitem atribuir graus de importância acerca da forma como determinado fator de risco poderá ter tido influência no desenvolvimento da própria doença coronária. Manteve-se a mesma escala de Likert nesta sequência de respostas considerando ainda como opção de resposta “não se aplica”.

Depois da resposta a estas últimas questões, o questionário reflete de que forma o utente melhorou os fatores de risco que lhe foram questionados anteriormente.

Assim, as questões 30 a 38 exigem do utente uma resposta rápida. Nestas questões fica-se a saber quanto peso perdeu, quanto reduziu os seus níveis de colesterol, quanto reduziu os seus níveis glicémicos, quanto aumentou a sua atividade física, como reduziu o seu stress, quanto reduziu o número de cigarros, como diminuiu o consumo de gorduras e aumentou o consumo de frutas e legumes e por fim, como diminuiu a sua tensão arterial.

Uma última parte do questionário que abrange as questões 39 a 46 foram questionados quanto ao conhecimento e adesão terapêutica. Nas questões 39 a 42, o utente foi questionado se tomava medicação para o colesterol, para a DM, para a HTA ou algum tipo de medicação que interferisse com os fatores de coagulação. Como resposta este pode seleccionar se tomava ou não esses medicamentos e se sabe o nome deles ou se apenas os reconhece ou ainda se não sabe se toma essa medicação. Num último quadro de questões que abrange as questões 43 a 46 questiona-se se o utente auto geria a dosagem e a toma da medicação, se deixou de tomar os medicamentos por escassos recursos financeiros, se pede ajuda ou não para compreender as prescrições que lhe são oferecidas e se se automedica, sendo que estas respostas são dadas de acordo com a frequência, isto é o utente pode responder que é frequente tomar determinada opção ou se o faz algumas vezes, uma vez ou nunca aconteceu.

Como todas as técnicas de colheita de dados o questionário apresenta vantagens e desvantagens. Das vantagens apresentadas por Marconi & Lakatos (2003) podemos referir a economia de tempo, a obtenção de um grande número de dados e a segurança do anonimato, como desvantagens poderão ocorrer um grande número de questões sem resposta. Em relação a outras desvantagens como o desconhecimento das circunstâncias em que os dados foram colhidos e a impossibilidade de esclarecimento de dúvidas, estas foram controladas uma vez que os questionários foram aplicados e recebidos no mesmo momento e com a presença da investigadora. Em relação à existência de perguntas sem resposta, esses questionários foram anulados.

5 – O PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi efetuada na consulta externa de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal Continental. Para tal foi pedida autorização ao conselho de ética do referido hospital (anexo II). Esta autorização veio no dia 3 /11/2017 e a colheita de dados foi iniciada no mesmo mês.

Foi pedida a colaboração dos médicos cardiologistas que realizam a consulta, que se mostraram solícitos e interessados no desenvolvimento desta investigação.

Como meta, foram estabelecidos 3 meses para a conclusão da colheita de dados, mediante o tempo académico em que decorre este curso.

O questionário foi aplicado aos utentes que recorreram à consulta de EAM, nos dias agendados pelo médico, na consulta externa de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal Continental. Estes utentes sabiam ler e escrever e tinham capacidade cognitiva para responder ao questionário, cumprindo o definido como critério de inclusão para este estudo. Além disto, todos os participantes aceitaram voluntariamente responder ao questionário proposto e assinaram o consentimento informado como descrito no ponto 8.

6 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi realizada com o auxílio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para WINDOWS, versão 23. Foi construída uma base de dados para agilizar o tratamento estatístico e a cada questão foi atribuído um número.

Inicialmente, efetuou-se a análise descritiva das variáveis em estudo, através do cálculo de médias e desvios padrão para as variáveis numéricas, e do cálculo de frequências e percentagens, para as variáveis categoriais. Em seguida, efetuou-se a análise inferencial, que possibilita compreender se os resultados obtidos na amostra podem ser extrapolados para a população alvo. Nesta análise, quando se pretende verificar as diferenças estatisticamente significativas entre variáveis ou grupos, aceitou-se como diferenças estatisticamente significativas as que apresentaram um nível de significância para $p < 0,05$. Como refere Marôco (2014) este nível de significância é geralmente aceite. Na tomada de decisão dos testes a utilizar, a dimensão da amostra tem um peso importante. Segundo o autor referido, os testes não paramétricos são geralmente aceites como menos potentes que os correspondentes paramétricos, porém, essa afirmação só é realmente robusta para amostras de grande dimensão. Para amostras de pequenas “dimensões e onde as variáveis sob estudo não verificam os pressupostos dos métodos paramétricos, os testes não paramétricos podem ser mais potentes” (Marôco, 2014, p. 301).

Neste sentido, na análise descritiva foram determinadas a média, mediana e desvio padrão.

Para a análise inferencial os testes efetuados foram adequados a cada item que se pretendia analisar e à normalidade da distribuição amostral. Durante a descrição da análise inferencial realizada foram descritos os testes realizados e a sua justificação.

7 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

No presente estudo foi levado em consideração os princípios éticos essenciais a uma investigação, de forma a salvaguardar o interesse dos indivíduos participantes e de forma a não comprometer os princípios de uma investigação válida.

Qualquer processo de investigação realizado com seres humanos levanta questões éticas e morais. Fortin (2009) refere que em relação aos conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem contribuir para o avanço científico mas podem também lesar os direitos fundamentais das pessoas. Neste sentido devem ser tidos em conta os aspetos éticos e legais tais como: o consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade e o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes (Nunes, 2013).

Neste sentido e para que se cumpram todas as formalidades éticas e legais, o primeiro passo foi o pedido de autorização para o desenvolvimento do estudo junto da Comissão de Ética da instituição onde desenvolvemos o estudo ao qual foi atribuída a autorização com a referência nº 0143/CES datada de 08/09/2017.

Outro aspeto importante prende-se com o direito de conhecimento pleno, em que os participantes devem ser informados da natureza do estudo e da duração da investigação. Além disso os participantes devem ser informados sobre o direito de poder desistir a qualquer momento durante o processo de investigação. Neste sentido foi elaborado o consentimento informado que a pessoa assinou, após ser informada e antes da realização do questionário (Apêndice III).

Importa ainda referir que a colheita de dados foi anónima e confidencial, não permitindo a identificação dos intervenientes, garantindo assim o direito ao anonimato, confidencialidade e à preservação da intimidade de cada sujeito.

Os direitos à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade também foram assegurados pois não é possível identificar os indivíduos através do questionário preenchido, apenas constou um código numérico para fins estatísticos.

O princípio de respeito pela justiça e pela equidade foi garantido pois a escolha dos participantes foi completamente aleatória. Em relação ao procedimento de colheita de dados, este está descrito no capítulo 6 deste trabalho.

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte do trabalho iremos apresentar toda a análise estatística realizada e os dados obtidos, apresentar esses resultados e discuti-los.

1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Pela análise da tabela 1, podemos verificar que foram preenchidos 81 questionários e que a idade média da amostra se situou nos 67 anos, com um mínimo de 42 e um máximo de 92 anos. Podemos verificar também uma maior presença de elementos do sexo masculino (75,3%), com 67,9% a inserirem-se no grupo de casados segundo o estado civil. Relativamente à questão “com quem vive”, 55,6% vive com o cônjuge e 18,5% com os filhos mais cônjuge, residindo numa zona rural (59,3%). Grande parte da amostra apresenta o ensino primário (54,3%) como habilitação literária, e encontra-se reformada (74,1%), e com um rendimento líquido mensal inferior a 500€ (46,9%), ou entre 500€ e 1500€ (45,7%). Relativamente ao EAM, para grande parte da amostra (69,1%), tratava-se do primeiro EAM, com este a ser o segundo (76,0%) dos que já tinham experienciado um episódio anterior. De referir também que 60,5% não tinha conhecimento ou diagnosticada outra doença cardíaca (60,5%).

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com os elementos socio demográficos e com os elementos relacionados com a doença coronária

Idade (n=81)		
Média	67,35	
Mediana	67,00	
Desvio Padrão	11,58	
Mínimo	42	
Máximo	92	
Sexo (n=81)	n	%
Masculino	61	75,3
Feminino	20	24,7

Estado Civil (n=81)	N	%
Solteiro(a)	3	3,7
Casado(a)	55	67,9
União de Facto	4	4,9
Divorciado(a)	8	9,9
Viúvo(a)	11	13,6
Com quem vive (n=81)	N	%
Sozinho (a)	9	11,1
Cônjuge	45	55,6
Instituição / Lar	2	2,5
Filhos mais cônjuge	15	18,5
Filhos / Parentes	10	12,3
Habilitações Literárias (n=81)	N	%
Ensino primário	44	54,3
Ensino secundário	31	38,3
Ensino superior	6	7,4
Situação Laboral (n=81)	N	%
Empregado (a)	17	21,0
Desempregado (a)	4	4,9
Reformado (a)	60	74,1
Rendimento líquido mensal (n=81)	N	%
< 500€	38	46,9
500€ - 1500€	37	45,7
1500€ - 2000€	6	7,4
Área de residência (n=81)	N	%
Rural	48	59,3
Urbano	33	40,7
Este é o primeiro EAM? (n=81)	N	%
Sim	56	69,1
Não	25	30,9
Se não, quantos? (n=25)	N	%
2	19	76,0
3	6	24,0
Antes deste evento, tinha conhecimento ou diagnosticada outra doença cardíaca?? (n=81)	N	%
Sim	32	39,5
Não	49	60,5

De acordo com a tabela 2, podemos verificar que grande parte da amostra referiu ter tido o diagnóstico há menos de um ano (37,0%), seguido dos que referiram ter há mais de três anos o diagnóstico (33,3%). Quase todos os indivíduos avaliados referiram ter realizado algum cateterismo cardíaco (97,5%), com a média temporal desde a última realização a situar-se no 17,91(17,82) meses. Relativamente à medicação que tomava antes do último EAM, 54,3% tomava medicação para a Tensão Arterial, seguida da medicação para o Colesterol (37,0%), com 24,7% da amostra a referir não tomar qualquer medicação. No que se refere à informação relativa ao EAM, grande parte da amostra referiu obtê-la através de profissionais de saúde (90,1%) e folhetos (29,6%), tendo duas pessoas referido não ter obtido qualquer informação.

Tabela 2 - Distribuição da amostra relativamente aos elementos relacionados com a doença coronária

Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a doença (n=81)	n	%
< 1 ano	30	37,0
1 - 3 anos	24	29,6
> 3 anos	27	33,3
Fez algum cateterismo cardíaco (n=81)	n	%
Sim	79	97,5
Não	2	2,5
Há quanto tempo (meses) fez o cateterismo cardíaco? (n=79)		
Média	17,91	
Mediana	12,00	
Desvio Padrão	17,82	
Mínimo	1	
Máximo	84	
Fez cirurgia cardíaca (n=81)	n	%
Sim	8	9,9
Não	73	90,1
Há quanto tempo (anos) realizou a cirurgia? (n=8)		
Média	6,13	
Mediana	4,50	
Desvio Padrão	5,49	
Mínimo	1	
Máximo	16	
Medicação que tomava antes deste enfarte (n=81) *	n	%
Nenhuma	20	24,7
Não sei	1	1,2
Diabetes	20	24,7
Tensão arterial	44	54,3
Ritmo cardíaco	15	18,5
Dores no peito	12	14,8
Circulação	23	28,4
Falta de ar	3	3,7
Dormir	18	22,2
Colesterol	30	37,0
Depressão e/ou ansiedade	6	7,4
A informação acerca do enfarte do miocárdio obteve-a através de: (n=81) *	n	%
Profissionais de saúde	73	90,1
Folhetos	24	29,6
Pessoas com a mesma doença	6	7,4
Sem informação	2	2,5
Familiares	7	8,6
Medicina alternativa	4	4,9

*Possibilidade de seleção de múltiplas opções

Segundo a tabela 3, e traçando um perfil de resposta da amostra no que concerne ao questionário sobre o conhecimento geral dos fatores de risco para a doença coronária, observa-se que grande parte dos inquiridos acha que o excesso de peso tem muita influência no desenvolvimento da doença coronária (32,1%), que os níveis elevados de colesterol influenciam muito o desenvolvimento da doença coronária (40,7%), e que os

níveis elevados de glicemia / diabetes influenciam muito o desenvolvimento da doença coronária (29,6%). Podemos também verificar que para os inquiridos, o hábito de fazer exercício físico previne muito o desenvolvimento da doença coronária (40,7%), que o stress tem muitíssima influência no desenvolvimento da doença coronária (42,0%), e que o hábito de fumar influencia muito o desenvolvimento da doença coronária. Observa-se que grande parte dos inquiridos considera que a alimentação rica em gorduras influencia muito o desenvolvimento da doença coronária (39,5%), que a alimentação rica em legumes e frutas previne muito o desenvolvimento da doença coronária (46,9%), e que a hereditariedade influencia muito o desenvolvimento da doença coronária (28,4%). A tensão arterial elevada é considerada como um fator de muita influência o desenvolvimento da doença coronária (43,2%), enquanto que a tristeza e/ou a depressão influenciam muito o desenvolvimento da doença coronária (32,1%). Relativamente ao consumo de álcool, grande parte dos inquiridos acha que este influencia muito o desenvolvimento da doença coronária (42,0%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento geral dos Fatores de Risco para a doença coronária

	Nada		Um pouco		Muito		Muitíssimo		Não sei		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
1. Acha que o excesso de peso tem influência no desenvolvimento da doença coronária?	6	7,4	19	23,5	26	32,1	19	23,5	11	13,6	81	100,0
2. Acha que os níveis elevados de colesterol influenciam o desenvolvimento da doença coronária?	6	7,4	20	24,7	33	40,7	16	19,8	6	7,4	81	100,0
3. Acha que os níveis elevados de glicemia / diabetes influenciam o desenvolvimento da doença coronária?	10	12,3	14	17,3	24	29,6	15	18,5	18	22,2	81	100,0
4. Acha que o hábito de fazer exercício físico previne o desenvolvimento da doença coronária?	7	8,6	17	21,0	33	40,7	16	19,8	8	9,9	81	100,0
5. Acha que o stress tem influência no desenvolvimento da doença coronária?	3	3,7	17	21,0	22	27,2	34	42,0	5	6,2	81	100,0
6. Acha que o hábito de fumar influencia o desenvolvimento da doença coronária?	5	6,2	10	12,3	33	40,7	26	32,1	7	8,6	81	100,0

	Nada		Um pouco		Muito		Muitíssimo		Não sei		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
7. Acha que a alimentação rica em gorduras influencia o desenvolvimento da doença coronária?	5	6,2	14	17,3	32	39,5	23	28,4	7	8,6	81	100,0
8. Acha que a alimentação rica em legumes e frutas previne o desenvolvimento da doença coronária?	7	8,6	16	19,8	38	46,9	15	18,5	5	6,2	81	100,0
9. Acha que a hereditariedade influencia o desenvolvimento da doença coronária?	16	19,8	13	16,0	23	28,4	13	16,0	16	19,8	81	100,0
10. Acha que a tensão arterial elevada influencia o desenvolvimento da doença coronária?	6	7,4	18	22,2	35	43,2	18	22,2	4	4,9	81	100,0
11. Acha que a tristeza e/ou a depressão influencia o desenvolvimento da doença coronária?	15	18,5	14	17,3	26	32,1	17	21,0	9	11,1	81	100,0
12. Acha que o consumo de álcool influencia o desenvolvimento da doença coronária?	8	9,9	19	23,5	34	42,0	15	18,5	5	6,2	81	100,0

De acordo com a tabela 4, que reflete a distribuição da amostra relativamente ao grau de conhecimento e presença de fatores de risco que contribuíram para o EAM do próprio utente, verificamos que 46,9% da amostra não refere a diabetes como fator de risco, e 51,9% refere não fumar, enquanto que os restantes fatores de risco se encontram presentes entre 81,5%-96,3%.

Nesta tabela foi tido em conta a possibilidade de resposta “aplica-se” e “não se aplica”, e foram excluídos os elementos que referiram não se aplicar determinado fator de risco. Neste sentido, observa-se que grande parte dos inquiridos considera que a obesidade em **nada** influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM (40,0%), que os níveis elevados de colesterol influenciaram **um pouco** o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM (29,5%), ao passo que os níveis elevados de glicémia / diabetes em **nada** (39,5%) influenciaram o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM. Relativamente ao hábito de fazer exercício físico, os inquiridos referem que o mesmo em **nada** (42,4%) preveniu o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM, enquanto que o stress influenciou **muito** (29,2%) o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM, e que o hábito de fumar influenciou **muitíssimo** (28,2%) o desenvolvimento da sua

doença coronária ou do seu EAM. No que concerne ao conhecimento que o impacto de uma alimentação rica em legumes e frutas, grande parte dos inquiridos refere que a mesma em **nada** (39,7%) influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM, enquanto que a tensão arterial influenciou **um pouco** (32,9%) o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM.

Tabela 4 – Distribuição da amostra relativamente ao grau de conhecimento e presença de fatores de risco que contribuíram para o seu EAM

	Nada		Um pouco		Muito		Muitíssimo		Não sei		Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13. Acha que a obesidade influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM?	30	40,0	20	26,7	7	9,3	8	10,7	10	13,3	6	7,4	75	100,0
14. Acha que os níveis elevados de colesterol influenciaram o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM?	16	20,5	23	29,5	13	16,7	15	19,2	11	14,1	3	3,7	78	100,0
15. Acha que os níveis elevados de glicémia / diabetes influenciaram o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM?	17	39,5	10	23,3	6	14,0	3	7,0	7	16,3	38	46,9	43	100,0
16. Acha que o hábito de fazer exercício físico preveniu o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM?	28	42,4	14	21,2	7	10,6	6	9,1	11	16,7	15	18,5	66	100,0
17. Acha que o stress influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM?	18	24,0	11	14,7	22	29,3	19	25,3	5	6,7	6	7,4	75	100,0
18. Acha que o hábito de fumar influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM?	7	17,9	6	15,4	9	23,1	11	28,2	6	15,4	42	51,9	39	100,0
19. Acha que a alimentação rica em legumes e frutas influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM?	31	39,7	19	24,4	11	14,1	9	11,5	8	10,3	3	3,7	78	100,0
20. Acha que a tensão arterial influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu EAM?	15	20,5	24	32,9	19	26,0	8	11,0	7	9,6	8	9,9	73	100,0

Segundo a tabela 5, relativa ao grau de adesão nas mudanças dos hábitos de vida e tratamento, observa-se que 53,1% refere ter perdido peso, 48,0% refere ter reduzido os seus níveis de colesterol, com 42,7% a referir não saber. Relativamente aos níveis de glicose/diabetes, nos inquiridos onde esta situação era aplicável, observou-se uma redução referida por 81,8% da amostra. Podemos também verificar que 76,9% dos inquiridos referiu não ter aumentado a frequência de atividade física, enquanto que 62,3% referiu não ter reduzido o stress após o EAM. Nos indivíduos que referiram ser fumadores, 58,2% referiu ter diminuído o número de cigarros por dia. Ao nível do consumo de gorduras, e frutas e legumes na alimentação, observa-se uma referência de diminuição por 58,2% e 65,8% respetivamente. Relativamente aos valores de tensão arterial, 67,1% referiu ter reduzido os mesmos.

Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com a adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento após o seu EAM

	Aplicável									Não se aplica		Total	
	Sim		Não sei		Não		Sub-Total						
	n	%	n	%	n	n	n	% Apl.	%Total	n	%	N	%
21. Perdeu peso após o seu EAM?	43	53,1	0	0,0	38	46,9	81	100,0	100,0	0	,0	81	100,0
22. Reduziu os seus níveis de colesterol após o seu EAM?	36	48,0	32	42,7	7	9,3	75	100,0	92,6	6	7,4	81	100,0
23. Reduziu os seus níveis de glicose / diabetes após o seu EAM?	27	81,8	1	3,0	5	15,2	33	100,0	40,7	48	59,3	81	100,0
24. Aumentou a frequência de atividade física após o seu EAM?	18	23,1	0	0,0	60	76,9	78	100,0	96,3	3	3,7	81	100,0
25. Reduziu o stress após o seu EAM?	26	37,7	0	0,0	43	62,3	69	100,0	85,2	12	14,8	81	100,0
26. Reduziu o número de cigarros por dia após o seu EAM?	25	83,3	0	0,0	5	16,7	30	100,0	37,0	51	63,0	81	100,0
27. Diminuiu o consumo de gorduras na alimentação após o seu EAM?	46	58,2	2	2,5	31	39,2	79	100,0	97,5	2	2,5	81	100,0
28. Aumentou o consumo de frutas e legumes na alimentação após o seu EAM?	52	65,8	0	0,0	27	34,2	79	100,0	97,5	2	2,5	81	100,0
29. Reduziu os valores da sua tensão arterial após o seu EAM?	47	67,1	9	12,9	14	20,0	70	100,0	86,4	11	13,6	81	100,0

De acordo com a tabela 6, referente aos indivíduos que responderam afirmativamente na mudança dos hábitos de vida e tratamento, observa-se que 41,5% referiu ter perdido entre 1 a 5 kg, apesar da resposta afirmativa, 2 questionários não referiam o valor de peso perdido. Em relação aos níveis de colesterol, 41,5% refere ter baixado os seus níveis, mas não sabe quantificar os valores. Relativamente aos níveis de glicose, 55,6% referiu ter reduzido para valores inferiores a 180 mg/dl, enquanto que ao nível dos fumadores, 76,9% referiu ter deixado de fumar. No que se refere à alimentação, 95,2% referiu ter reduzido o consumo de gorduras, melhorou a confeção, e escolhe alimentos mais saudáveis, com 43,5% a referir ter começado a ingerir mais fruta. Relativamente aos valores de tensão arterial, 46,5% referiu ter reduzido para valores de TAs inferiores a 140 mmHg, e de TAd inferiores a 90 mmHg.

Tabela 6 – Distribuição da amostra relativamente ao grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento após o seu EAM

30. Perdeu peso após o seu EAM? (n=41)	N	%
Perdeu 1 a 5 Kg	17	41,5
Perdeu 6 a 10 Kg	15	36,6
Perdeu mais de 11 Kg	9	22,0
31. Reduziu os níveis de colesterol após o seu EAM? (n=41)	N	%
Baixou, mas não sabe quantificar	17	41,5
Baixou para valores de t<190 mg/dl	15	36,6
Baixou para valores de t>191 mg/dl	9	22,0
32. Reduziu os seus níveis de glicose /diabetes após o seu EAM? (n=27)	N	%
Tem glicémias controladas	4	14,8
Baixou, mas não sabe quantificar	4	14,8
Baixou para valores de Glicémia < 180 mg/dl	15	55,6
Baixou para valores de Glicémia > 181 mg/dl	4	14,8
34. Reduziu o stress após o seu EAM? (n=21)	N	%
Melhorou o stress sem especificar como	8	38,1
Melhorou porque deixou de trabalhar	7	33,3
Melhorou o stress com ajuda profissional	6	28,6
35. Reduziu o número de cigarros por dia após o seu EAM? (n=26)	N	%
Deixou de fumar	20	76,9
Reduziu mais de 50% do consumo de tabaco	6	23,1
36. Diminuiu o consumo de gorduras na alimentação após o seu EAM? (n=42)	N	%
Segue dieta especializada	2	4,8
Reduziu o consumo de gorduras, melhorou a confeção, escolhe alimentos mais saudáveis	40	95,2

37. Aumentou o consumo de frutas e legumes na alimentação após o seu EAM? (n=46)	n	%
Come mais fruta	20	43,5
Come mais sopa	11	23,9
Come mais sopa e legumes	12	26,1
Segue dieta especializada	3	6,5
38. Reduziu os valores da sua tensão arterial após o seu EAM? (n=32)	n	%
Sim, mas não especifica	18	41,9
Sim, para valores de TAs >140 mmHg e TAd >90 mmHg	5	11,6
Sim, para valores de TAs <140 mmHg e TAd <90 mmHg	9	46,5

Pela análise da tabela 7, podemos verificar que grande parte dos inquiridos refere saber identificar qual o medicamento que toma para diminuir os níveis de colesterol, com 58,0% a reconhecer não tomar qualquer medicamento para os níveis de glicose. Relativamente aos medicamentos para a tensão arterial, observa-se que 46,9% refere identificar os mesmos, enquanto no caso dos medicamentos que toma para a trombose ou melhorar a circulação, 51,9% dos inquiridos refere reconhecer os nomes dos mesmos.

Relativamente à tabela 8, observamos que grande parte dos inquiridos (82,7%) nunca aumentou, diminuiu a dose ou deixou de tomar os medicamentos por vontade própria, nunca deixou de os comprar por serem financeiramente dispendiosos (86,4%), nunca pediu ajuda para compreender as prescrições/receitas dos medicamentos (71,6%), e nunca toma medicamentos prescritos a outra pessoa (81,5%).

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento e adesão aos medicamentos

	Sim, sei o nome		Não sei o nome, mas reconheço os medicamentos		Não sei se tomo estes medicamentos		Não tomo estes medicamentos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
39. Sabe identificar qual o medicamento que toma para diminuir os níveis de colesterol?	43	53,1	33	40,7	2	2,5	3	3,7	81	100,0
40. Sabe identificar qual o medicamento que toma para diminuir os níveis de glicose?	22	27,2	10	12,3	2	2,5	47	58,0	81	100,0
41. Sabe identificar qual o medicamento que toma para diminuir os níveis de tensão arterial?	38	46,9	31	38,3	1	1,2	11	13,6	81	100,0
42. Sabe identificar qual o medicamento que toma para a trombose ou melhorar a circulação?	42	51,9	29	35,8	7	8,6	3	3,7	81	100,0

Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com o manuseamento e adesão aos medicamentos

	Muitas vezes		Algumas vezes		Uma vez		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
43. Relativamente aos medicamentos que toma: aumentou, diminuiu a dose ou deixou de os tomar por vontade própria?	0	0,0	10	12,3	4	4,9	67	82,7	81	100,0
44. Relativamente aos medicamentos que toma: deixou de os comprar por serem demasiado caros?	0	0,0	7	8,6	4	4,9	70	86,4	81	100,0
45. Relativamente aos medicamentos que toma: pede ajuda para compreender as prescrições / receitas dos medicamentos?	1	1,2	19	23,5	3	3,7	58	71,6	81	100,0
46. Relativamente aos medicamentos que toma: quantas vezes toma medicamentos que foram prescritos a outra pessoa?	0	0,0	10	12,3	5	6,2	66	81,5	81	100,0

A tabela 9 reflete a análise das variáveis “Fatores de risco para a doença coronária”, “Grau de conhecimento e presença dos fatores de risco que contribuíram para o seu EAM”, “Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento”, “Conhecimento e adesão aos medicamentos” e “Manuseamento e adesão aos medicamentos” quanto à sua distribuição. Ao analisarmos a parte III do questionário, na operacionalização destas variáveis, atribuímos uma determinada pontuação Likert. Assim as questões de 1 a 12 (Likert de 0 a 3, em que “não sei” e “nada” corresponde 0, “muitíssimo” a 3, “muito” a 2 e “um pouco” a 1), dão-nos o score referente ao conhecimento dos fatores de risco para a doença coronária ou grau de literacia, esta variável, após avaliada obteve um score máximo de 36 e mínimo de 0, sendo que o resultado obtido é igual ao número da pontuação likert atribuído a cada item vezes o número de resposta possíveis (12).

Da questão 13 à 20 (Likert de 0 a 3, em que “nada”, “não sei” foi considerado 0, “um pouco” 1; “muito” 2 e “muitíssimo” 3), são relativas ao “Conhecimento e presença dos fatores de risco que poderão ter contribuído para o seu EAM”. Nesta variável obtivemos resultados que variam entre 0 e 3, sendo que a sua determinação é igual ao somatório da pontuação de cada item aplicável sobre o total de respostas aplicáveis. Nas questões de 21 à 29 (Likert de 0 a 1; em que “não”, “não sei” vale 0 e “sim” vale 1) referem-se ao “grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento”, nestas questões

obtivemos valores entre 0 e 1, tendo sido obtidos estes resultados aplicando a mesma formula descrita na variável anterior. Da questão 39 à 42 (Likert de 0 “não sei o nome” a 2 “sim, sei o nome”), aplicando a formula acima descrita corresponde ao “conhecimento e adesão aos medicamentos” sendo que se obtiveram valores entre 0 e 2.

Por fim, da questão 43 à 46 (Likert de 0 “muitas vezes” a 3 “nunca”), calculando que a pontuação obtida é igual ao somatório da pontuação atribuída a cada item e dividindo por 4 (que corresponde ao número total dos itens) refere-se ao “Manuseamento e adesão aos medicamentos”.

De acordo com esta tabela, e analisando a distribuição das variáveis, observa-se uma média de 19,63 (9,40) na variável “Fatores de risco para a doença coronária”. Relativamente à variável “Grau de conhecimento e presença dos fatores de risco que contribuíram para o seu EAM”, a média situou-se nos 1,09 (0,69). No que concerne à variável “Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento”, a média situou-se nos 0,53 (0,27) e na variável “Conhecimento e adesão aos medicamentos”, a média situou-se nos 1,51 (0,55). No caso da variável “Manuseamento e adesão aos medicamentos”, a média situou-se nos 2,66 (0,38), com um mínimo de resultados obtidos a situarem-se entre 1,50 e máximo de 3,00.

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo os scores de “Grau de Literacia”, “Grau de conhecimento e presença de Fatores de Risco que contribuíram para o seu EAM”, “Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento”, “Conhecimento e adesão aos medicamentos”, e “Manuseamento e adesão aos medicamentos”

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Grau de Literacia	81	19,63	21,00	9,40	0	36
Grau de conhecimento e presença de Fatores de Risco para o seu EAM	81	1,09	1,00	,69	,00	3,00
Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento	81	,53	,50	,27	,00	1,00
Conhecimento e adesão aos medicamentos	81	1,51	2,00	,55	,00	2,00
Manuseamento e adesão aos medicamentos	81	2,66	2,75	,38	1,50	3,00

2 – ANÁLISE INFERENCIAL

De modo a compreender se os resultados obtidos na amostra, procedeu-se à análise inferencial dos dados.

A escolha do tipo de testes resultou do cumprimento ou não de alguns pressupostos, assim como do tamanho da amostra disponível. Em toda a análise foi considerado o nível de significância de 0,05 como referência.

Com o intuito de verificar se a amostra apresenta uma distribuição normal, optou-se pelo uso do teste de Kolmogorov-Smirnov para grupos com $n > 50$ e, Shapiro-Wilk na presença de grupos com $n < 50$ (Marôco, 2014). Pela análise da significância do teste de normalidade, observa-se a presença de distribuição normal apenas na variável “Grau de literacia” ($p > 0,05$), não existindo evidência da presença de uma distribuição normal em todos os grupos nas restantes variáveis ($p < 0,05$), como se demonstra na tabela 10. será realizada uma análise da normalidade da variável em teste por grupo, nas restantes hipóteses optar-se-á por testes paramétricos nas que envolvam a variável grau de literacia, e testes não paramétricos nas que envolvam as restantes variáveis.

Tabela 10 – Resultado do teste de normalidade relativa às variáveis em estudo

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	,084	81	,200*	,972	81	,071
Grau de conhecimento e presença de Fatores de Risco que contribuíram para o seu EAM	,117	81	,008	,943	81	,001
Grau de adesão nas mudanças dos hábitos de vida e tratamento	,092	81	,088	,965	81	,027
Conhecimento e adesão aos medicamentos	,333	81	,000	,753	81	,000
Manuseamento e adesão aos medicamentos	,251	81	,000	,823	81	,000

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

- **Hipótese 1 – Dados sociodemográficos vs literacia**

Idade

Pela análise da tabela 11 observa-se a presença de uma relação fraca negativa que indica que quanto maior a idade, menor o grau de literacia. Contudo, apesar de se observar esta relação, a mesma não é significativa, pelo que não existe evidência que exista relação entre a idade e o grau de literacia ($p > 0,05$).

Tabela 11 – Matriz da Correlação de Pearson entre Idade e Grau de Literacia (n=81)

		Idade
Grau de literacia	Correlação de Pearson	-,156
	Sig. (bilateral)	,165

Sexo

De acordo com a tabela 12, podemos verificar que a variável Grau de literacia evidencia uma distribuição normal dentro de cada grupo em teste, pelo que optaremos pela utilização do teste t-Student para analisar a diferença das médias entre os grupos.

Deste modo, e analisando a tabela 13, verificamos a presença de uma média do grau de literacia ligeiramente superior no sexo feminino face ao masculino. Contudo, pela análise do nível de significância, não existem evidências da influência do sexo no grau de literacia ($p > 0,05$).

Tabela 12 – Resultado do teste de normalidade do Grau de literacia segundo o sexo (n=81)

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	Masculino	,082	61	,200*	,974	61	,231
	Feminino	,152	20	,200*	,930	20	,152

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 13 – Resultado do teste t-Student relativo à influência do Sexo no Grau de Literacia

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Sig
Grau de literacia	Masculino	61	19,59	8,949	,948
	Feminino	20	19,75	10,906	

Estado Civil

Tendo em conta o reduzido número de elementos em determinados grupos da amostra, optou-se por recodificar a variável em questão em dois grupos (Com companheiro – casado(a) ou em união de facto; Sem companheiro – Solteiro(a), Divorciado(a) e Viúvo(a)). Deste modo, após análise da normalidade dos grupos (tabela 14), observa-se a presença de evidência de uma distribuição normal dentro destes, pelo que optaremos pelo uso do teste t-Student para análise das diferenças.

Pela análise da tabela 15, não se observa a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos ($p > 0,05$), pelo não existe evidência que o estado civil influencie o grau de literacia.

Tabela 14 – Resultado do teste de normalidade do Grau de literacia segundo o Estado Civil

	Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	Gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	Sem companheiro	,160	20	,196	,933	20	,173
	Com companheiro	,088	59	,200*	,974	59	,230

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 15 – Resultado do teste t-Student relativo à influência do Estado Civil no Grau de Literacia

	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	Sig
Grau de literacia	Sem companheiro	20	19,50	10,942	,849
	Com companheiro	59	19,97	8,921	

Agregado familiar

Para a realização desta análise, devido ao reduzido número de indivíduos na amostra que referiram residir numa instituição/lar, optou-se por eliminar os mesmos da análise inferencial realizada. Tendo em conta a tabela 16, podemos observar a existência de uma distribuição normal da variável “Grau de literacia” pelos vários grupos em análise, pelo que optaremos pelo uso do teste One-Way ANOVA para teste de diferenças.

Pela análise da tabela 17, podemos observar que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), pelo que não existe evidência que o tipo de agregado familiar influencie o grau de literacia.

Tabela 16 – Resultado do teste de normalidade do Grau de literacia segundo o agregado familiar

	Agregado familiar	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	Sozinho (a)	,159	9	,200*	,922	9	,407
	Cônjuge	,095	45	,200*	,965	45	,184
	Filhos mais cônjuge	,141	15	,200*	,967	15	,814
	Filhos / Parentes	,237	10	,119	,941	10	,566

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 17 – Resultado do teste One-way ANOVA relativo à influência do Agregado Familiar no Grau de literacia

Agregado familiar	Média	Desvio Padrão	Z	Sig.
Sozinho (a)	18,22	10,60	,503	0,681
Cônjuge	20,71	9,19		
Filhos mais cônjuge	17,67	9,80		
Filhos / Parentes	20,70	9,44		

Situação laboral

Relativamente à Situação laboral, e com o intuito de compreender se o facto de exercer uma atividade laboral influencia o grau de literacia, optámos por recodificar a variável em “Sem atividade laboral” (reformados e desempregados), e “Com atividade laboral”

(empregados). De modo a compreender qual o tipo de teste a utilizar, foi testado o pressuposto da normalidade (tabela 18), onde se pode verificar que não existem evidências da violação do pressuposto, pelo que optaremos pelo uso do teste t-Student para analisar as diferenças entre grupos.

Pela aplicação do teste (tabela 19), observa-se a presença de graus de literacia superiores nos indivíduos com atividade laboral face aos restantes. Contudo, pela análise dos níveis de significância, não existem evidências que a situação laboral influencie o grau de literacia ($p > 0,05$).

Tabela 18 – Resultado do teste de normalidade do Grau de literacia segundo à Situação Laboral

	Situação laboral	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	Gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	Sem atividade	,100	62	,197	,971	62	,153
	Com atividade	,132	17	,200*	,956	17	,549

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 19 – Resultado do teste t-Student relativo à influência da Situação Laboral no Grau de Literacia

	Situação laboral	N	Média	Desvio Padrão	Sig
Grau de literacia	Sem atividade	62	19,16	9,362	,217
	Com atividade	17	22,35	9,394	

Rendimento líquido mensal (RLM)

Com o intuito de compreender de que modo o RLM influencia o grau de literacia, e pela análise da tabela 20, optámos pelo uso de testes paramétricos, uma vez que não existem evidências da violação do pressuposto da normalidade ($p > 0,05$). Deste modo, optámos pela aplicação do teste One-Way ANOVA com post-hoc de Scheffe para verificação das diferenças entre grupos.

Segundo a tabela 21, observa-se a presença de níveis de literacia inferiores nos indivíduos com RLM inferior a 500€, sendo os indivíduos com RLM entre 500€-1500€

quem apresenta os scores mais elevados. Pela análise do nível de significância do teste One-Way ANOVA, observa-se a presença de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) dentro dos grupos. Com o intuito de compreender entre que grupos se observam estas diferenças, optou-se pelo teste post-hoc de Scheffe. De acordo com a tabela 22, podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) que evidenciam que os indivíduos com RLM inferior a 500€ apresentam scores de grau de literacia inferiores face aos indivíduos com RLM entre 500€-1500€.

Tabela 20 – Resultado do teste de normalidade do Grau de literacia segundo o RLM (n=81)

	RLM	Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	< 500€	,973	38	,481
	500€ - 1500€	,944	37	,062
	1500€ - 2000€	,851	6	,159

Tabela 21 – Resultado do teste One-way ANOVA relativo à influência do RLM no Grau de literacia

Rendimento líquido mensal	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
< 500€	16,84	8,75	3,36	0,040
500€ - 1500€	22,22	9,39		
1500€ - 2000€	21,33	9,99		

Tabela 22 – Resultado do teste Post-Hoc de Scheffe relativo à influência do RLM no Grau de literacia

(I) RLM	(J) RLM	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
< 500€	500€ - 1500€	-5,374*	2,109	,044
	1500€ - 2000€	-4,491	4,012	,537
500€ - 1500€	< 500€	5,374*	2,109	,044
	1500€ - 2000€	,883	4,019	,976
1500€ - 2000€	< 500€	4,491	4,012	,537
	500€ - 1500€	-,883	4,019	,976

Habilitações literárias

Pela análise da tabela 23, podemos verificar que a variável Grau de literacia mantém evidência de uma distribuição normal em cada um dos grupos da variável Habilitações literárias ($p > 0,05$), pelo que optaremos pelo uso do Teste One-Way ANOVA para testar a influência da variável Habilitações literárias no grau de literacia.

De acordo com a tabela 24, podemos verificar a presença de médias de grau de literacia superiores no ensino superior, seguido do ensino secundário, sendo os inquiridos com ensino primário os que apresentam os níveis mais baixos de literacia. Analisando o nível de significância do teste, observa-se a presença de diferenças significativas entre grupos ($p < 0,05$). Com o intuito de compreender entre que grupos existe esta diferença, optámos pelo uso do teste post-hoc de Scheffe (Tabela 25), onde podemos observar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com ensino superior e os inquiridos com ensino primário ($p < 0,05$). Deste modo, podemos afirmar que os indivíduos com ensino superior apresentam scores de grau de literacia superiores aos indivíduos com ensino primário ($p < 0,05$).

Tabela 23 – Resultado do teste de normalidade do Grau de literacia segundo as Habilitações literárias

	Habilitações Literárias	Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	Ensino primário	,973	44	,388
	Ensino secundário	,969	31	,501
	Ensino superior	,875	6	,247

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

Tabela 24 – Resultado do teste One-way ANOVA relativo à influência das Habilitações literárias no Grau de literacia

Habilitações literárias	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
Ensino primário	17,34	9,23	4,71	0,012
Ensino secundário	21,19	8,99		
Ensino superior	28,33	6,53		

Tabela 25 – Resultado do teste Post-Hoc de Scheffe relativo à influência das Habilitações literárias no Grau de literacia

(I) Habilitações Literárias	(J) Habilitações Literárias	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Ensino primário	Ensino secundário	-3,853	2,11	,195
	Ensino superior	-10,992*	3,91	,023
Ensino secundário	Ensino primário	3,853	2,11	,195
	Ensino superior	-7,140	4,01	,211
Ensino superior	Ensino primário	10,992*	3,91	,023
	Ensino secundário	7,140	4,01	,211

Área de Residência

De acordo com a tabela 26, podemos verificar que o grau de literacia apresenta uma distribuição normal em cada um dos grupos da área de residência, pelo que optaremos pelo uso do teste t-Student para analisar a hipótese.

Segundo a tabela 27, podemos verificar que, na amostra, os inquiridos residentes em ambiente urbano apresentam scores de grau de literacia mais elevado face aos que residem em ambiente rural. Pela análise do nível de significância, podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas que evidenciam que a área de residência influencia o grau de literacia, mais concretamente, que os indivíduos residentes em zona urbana apresentam níveis mais elevados de literacia face aos residentes em zona rural ($p < 0,05$).

Tabela 26 – Resultado do teste de normalidade do Grau de literacia segundo a Área de residência

	Área de Residência	Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	Rural	,971	48	,283
	Urbano	,968	33	,419

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

Tabela 27 – Resultado do teste t-Student relativo à influência da Área de residência no Grau de Literacia

	Área de Residência	N	Média	Desvio Padrão	Sig
Grau de literacia	Rural	48	17,83	9,74	,037
	Urbano	33	22,24	8,35	

1º Enfarte

Relativamente à tabela 28, podemos verificar que a variável grau de literacia mantém uma distribuição normal por grupo ($p > 0,05$), pelo que optaremos pelo uso do teste t-Student para testar a hipótese.

Segundo a tabela 29, observa-se a presença de uma média ligeiramente superior do grau de literacia nos indivíduos que referiram não ter sido o primeiro enfarte face aos que referiram ter sido o primeiro EAM. Contudo, pela análise dos níveis de significância, não existem evidências da influência desta variável no grau de literacia ($p > 0,05$).

Tabela 28 – Resultado do teste de normalidade do Grau de literacia segundo a variável “1º EAM”

	1º EAM	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Grau de literacia	Sim	,105	56	,194			
	Não				,966	25	,543

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 29 – Resultado do teste t-Student relativo à influência da variável “1º EAM” no Grau de Literacia

	1º EAM	N	Média	Desvio Padrão	Sig
Grau de literacia	Sim	56	19,57	9,16	,934
	Não	25	19,76	10,11	

- **Hipótese 2 – Conhecimento dos Fatores de Risco para a doença coronária vs literacia**

De acordo com a tabela 10, na página 79, referente ao teste da normalidade das variáveis em estudo, optamos pelo uso da correlação de Spearman (teste não paramétrico) para analisar a relação entre as variáveis “Conhecimento dos fatores de risco para a doença coronária” e “Grau de literacia”. Pela análise da tabela 30, observa-se a presença de uma relação positiva significativa ($\rho > 0$; $p < 0,05$), que evidenciam que com o aumento dos scores do conhecimento dos fatores de risco, observa-se também o aumento dos scores do grau de literacia. Deste modo, existem evidências da relação positiva entre a “Conhecimento dos fatores de risco para a doença coronária” e o grau de literacia ($p < 0,05$).

Tabela 30 – Resultado do teste de Correlação de Spearman entre Conhecimento dos Fatores de Risco para a doença coronária e o grau de Literacia (n=81)

		Conhecimento dos Fatores de Risco
Grau de literacia	Coeficiente de Correlação	,538
	Sig. (bilateral)	,000

- **Hipótese 3 – Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento vs literacia**

Segundo a tabela 10, da página 79, referente ao teste da normalidade das variáveis em estudo, optamos pelo uso da correlação de Spearman (teste não paramétrico) para analisar a relação entre as variáveis “Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento” e “Grau de literacia”.

De acordo com a tabela 31, podemos observar a presença de uma relação positiva mas muito próxima de 0, não existindo evidência da relação entre as variáveis “Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento” e “Grau de literacia ($p > 0,05$).

Tabela 31 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre Grau de adesão às mudanças dos hábitos de vida e tratamento e Grau de Literacia (n=81)

		Grau de adesão nos hábitos de vida e tratamento
Grau de literacia	Coefficiente de Correlação	,013
	Sig. (bilateral)	,907

- **Hipótese 4 – Conhecimento e adesão aos medicamentos vs literacia**

De acordo com a tabela 10, da página 79, referente ao teste da normalidade das variáveis em estudo, optamos pelo uso da correlação de Spearman (teste não paramétrico) para analisar a relação entre as variáveis “Conhecimento e adesão aos medicamentos” e “Grau de literacia”.

Pela análise da tabela 32, observa-se a presença de uma relação positiva significativa ($\rho > 0$; $p < 0,05$), que evidenciam que com o aumento dos scores do conhecimento e adesão dos medicamentos, observa-se também o aumento dos scores do grau de literacia. Deste modo, existem evidências da relação positiva entre o “Conhecimento e adesão aos medicamentos” e “Grau de literacia” ($p < 0,05$).

Tabela 32 – Resultado do teste de Correlação de Spearman entre Conhecimento e adesão aos medicamentos e Grau de Literacia (n=81)

		Conhecimento e adesão aos medicamentos
Grau de literacia	Coefficiente de Correlação	,310
	Sig. (bilateral)	,005

- **Hipótese 5 – Manuseamento e adesão aos medicamentos vs literacia**

Segundo a tabela 10, da página 79, referente ao teste da normalidade das variáveis em estudo, optamos pelo uso da correlação de Spearman (teste não paramétrico) para analisar a relação entre as variáveis “Manuseamento e adesão aos medicamentos” e “Grau de literacia”. Deste modo, analisando a tabela 33, observa-se a presença de uma

relação negativa muito próxima de 0, pelo que não existem evidências da relação entre as variáveis “Manuseamento e adesão aos medicamentos” e “Grau de literacia” ($p>0,05$).

Tabela 33 – Resultado do teste Correlação de Spearman entre Manuseamento e adesão aos medicamentos e Grau de Literacia (n=81)

		Manuseamento e adesão aos medicamentos
Grau de literacia	Coefficiente de Correlação	-,022
	Sig. (bilateral)	,848

- **Síntese dos resultados da análise inferencial**

A figura 1 é representativa da síntese dos resultados da análise inferencial cujos dados manifestam uma relação estatisticamente significativa:

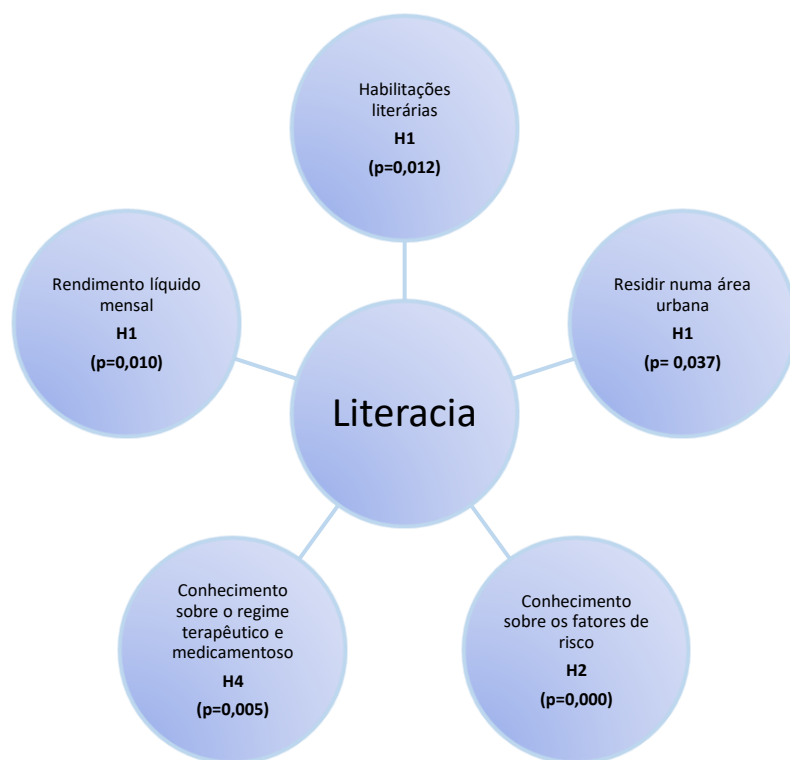


Figura 1: Diagrama da síntese dos resultados (construído pela autora)

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa e, dada a extensiva análise descritiva e inferencial dos resultados, são comparados apenas os resultados considerados mais significativos obtidos com as hipóteses previamente formuladas.

- **Caraterização da amostra**

A amostra estudada é constituída por 81 utentes que se deslocaram à consulta de EAM. Destes elementos verificou-se que a média de idades se situa nos 67,35 anos com um desvio padrão de +/- 11,58, o que é concordante com o registo nacional de síndromes coronárias agudas (ProACS) que se situa nos 66,5 anos, sendo que 75,3% da amostra eram do sexo masculino (n=61) e 24,7% (n=20) do sexo feminino, dados também muito semelhantes ao referido registo (SPC, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2016). Esta diferença é consensual com vários estudos e artigos que relatam diferenças significativas relativamente ao risco de DCV de acordo com o sexo, sendo este um dos fatores de risco não modificáveis para esta patologia. O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (sd) refere na sua publicação sobre como prevenir a DCV que o sexo masculino apresenta maior probabilidade de sofrer de doenças do aparelho circulatório, e este risco aumenta em fase mais precoce da sua vida (Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, sd). A menor incidência de DCV no sexo feminino na fase pré-menopausa está relacionada com o efeito protetor das hormonas femininas. Depois da menopausa, o risco de DCV aumenta progressivamente. No entanto estudos realizados em Portugal referem que há um crescente número de mulheres fumadoras e com aumento dos fatores de risco principalmente DM e HTA que poderão estar relacionados com situações socioeconómicas e novos papéis sociais na sociedade portuguesa, associado à emancipação e empoderamento da mulher portuguesa (Ferreira, 2012).

No estado civil também é notória a maior incidência de EAM no utente casado (67,9%), seguido do utente viúvo com 13,6%. Estes dados não são totalmente estranhos, não só tendo em conta a média de idades, mas também no registo de Censos de 2011, o últimoregisto sobre a população portuguesa, verifica-se que cerca de 87,09% da população portuguesa é casada (Intituto Nacional de Estatística, 2012).

Em relação às habilitações literárias, 54,3% da amostra concluiu o grau do ensino primário, logo seguido pelo ensino secundário (38,3%) e só 7,4% se enquadram no

ensino superior. Relativamente aos dados recolhidos no estudo realizado por Pereira (2013), os indivíduos que sofreram EAM apresentavam graus académicos ao nível do ensino secundário e no estudo Amália (2011) que também é citado por Pereira (2013), no referido documento, relata que a maioria dos indivíduos apenas concluíram o ensino primário o que está em consonância com este estudo. De acordo com a baixa escolaridade a amostra apresenta também baixo rendimento líquido mensal sendo que 46,9% desta auferem salários inferiores a 500 euros, ou seja, inferior ao salário mínimo atual que se situa nos 580 euros. Este aspeto é concordante com o nível de habilitações literárias da amostra. Esta amostra provém também maioritariamente de zonas rurais, cerca de 59,3% que pode ser justificado pela área de abrangência do hospital onde foi recolhida a amostra.

A maioria da amostra (69,1%) com 56 utentes, apresentou apenas 1 evento coronário. Dos que já viveram mais que um EAM (n=25), a maioria apresentou 2 eventos (76% da amostra) e ainda 24%, três EAM.

Os utentes inquiridos referem que realizaram cateterismo cardíaco (97,5%), o que está de acordo com os dados do registo do ProACS que na referência relativa ao período de 2016 até hoje, dos utentes que realizaram ICP 68,9% foi primária, 2,7% fizeram fibrinólise e 28,4% ficaram sem ser reperfundidos. Na amostra recolhida 2 dos utentes inquiridos (2,5%) referem não ter realizado cateterismo cardíaco. E apenas 9,9% da amostra foi encaminhado para cirurgia cardíaca.

Verificou-se ainda que em média, os utentes realizaram o último cateterismo cardíaco há 17,91 meses e em média a última cirurgia cardíaca há 6,13 anos.

Em relação aos antecedentes pessoais da amostra de 81 pessoas inquiridas, 20 (24,7%) não tomava qualquer medicação. Dos já medicados a maioria estava medicada para a HTA 54,3%. Este resultado pode ser comparado com o obtido no 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015 em que a prevalência de HTA foi de 36%, na população geral. Esta prevalência aumentou com a idade e foi superior no sexo masculino, o que não está em desacordo com os resultados obtidos neste estudo (Barreto, et al., 2016).

A outra patologia mais evidenciada pelos utentes é o colesterol elevado (37%) seguido de problemas circulatórios (28,4%) e a DM (24,7%), que é consonante com os dados obtidos pela DGS(2016) e pelo INE (2016). Estes documentos evidenciam que a taxa de portugueses com o colesterol elevado é de 63,3%, sendo que não existem padrões comportamentais diferentes quando analisada a população pelo sexo. No que se refere

à DM, existem 685 mil pessoas diabéticas (21,9%) no nosso país e mais uma vez na sua maioria são mulheres (435 mil) com maior incidência a partir dos 45 anos (Instituto Nacional de estatística, 2016).

Um outro dado que os utentes relatam é que 22,2% da amostra toma medicação para dormir. Apenas 1,2% referiu não saber se tomava medicação antes de ter tido o primeiro EAM.

No que toca à informação acerca da patologia 90,1% (n=73) referem ter obtido essa informação através dos profissionais de saúde, e 29,6% (n=24) tomaram conhecimento através de folhetos informativos, estes dados são muito semelhantes aos obtidos por Pereira (2013).

Da amostra da população questionada, 46,9% não é diabética e 51,9% é não fumador, os outros fatores de risco encontram-se presentes entre 81,5% e 96,3% dos elementos.

Dos fatores de risco conhecidos associados ao EAM, o excesso de peso é o fator mais reconhecido (32,1%) como influenciador desta patologia. No entanto, 40% desta amostra considera que o peso não influenciou o seu EAM apesar de 41,5% referir ter perdido entre 1 a 5 Kg. Para os mesmos, o colesterol elevado influencia muito o desenvolvimento da patologia (40,7%) mas só 29,5% referem que este influenciou um pouco o seu EAM (29,5%). Contudo, 41,5% acabou mesmo por reduzir estes níveis e 93,8% reconhece de alguma forma esses medicamentos como fazendo parte da sua prescrição diária.

Na amostra existem cerca de 53,1% de utentes com DM, no entanto apenas 29,6% reconhece a DM como um dos fatores de risco que influencia muito a doença e a maioria, 39,5% dos inquiridos pensa que os níveis elevados de glicémia/diabetes em nada influenciou o desenvolvimento do seu EAM.

Sendo o sedentarismo um dos fatores de risco da DC, quando inquiridos acerca do hábito de fazer exercício físico, 40,7% considera que previne muito o desenvolvimento desta patologia, mas 42,4 % considera que relativamente ao seu EAM, esta prática não preveniu nada o seu desenvolvimento e 76,9% após o evento coronário não aumentou a frequência de atividade física. Ferreira (2012), refere que a população portuguesa está em clara mudança no que se refere à redução do sedentarismo, começando a praticar um tipo de atividade física leve, embora ainda fique aquém de outros países como a Finlândia ou a Suécia uma vez que ainda apresenta uma taxa de sedentarismo de 40,8%. No entanto apenas 1 em cada 5 adultos portugueses atinge atualmente os valores recomendados de atividade física moderada ou vigorosa (DGS: Direção geral de Saúde, 2016; Instituto Nacional de estatística, 2016)

O stress é outro dos fatores de risco contributivos para o EAM e é reconhecido por 42,0% por influenciar muitíssimo o desenvolvimento desta patologia e 29,2% chega mesmo a assumir que influenciou muito o seu EAM, no entanto após o evento coronário 32,3% não diminuiu a influência deste fator de risco na sua vida.

Por sua vez, o hábito de fumar é reconhecido como um fator de risco que muito influencia o desenvolvimento da DC e na amostra encontramos 51,9% não fumadores. Este resultado é semelhante ao referido por Andrade, Alves, Costa, Moura- Ferreira e Azevedo (2018) que referem que 36,8% dos inquiridos que não fumar é um dos comportamentos mais importantes para a prevenção da DCV (Andrade, et al., 2018).

Dos fumadores, 28,2% assume que o hábito de fumar influenciou muitíssimo o seu EAM e 83,3% destes diminuiu o consumo de tabaco sendo que destes 76,9% deixou mesmo de fumar. Segundo a DGS (2016), no relatório sobre a saúde dos portugueses, numa década 500 mil portugueses tornaram-se não fumadores, no entanto verificou-se uma redução da prevalência do total de fumadores de apenas 1 ponto percentual relativamente ao inquérito nacional de saúde anterior. Verificou-se ainda que a taxa de fumadores femininos aumentou enquanto os fumadores masculinos diminuíram (DGS: Direção geral de Saúde, 2016).

A alimentação rica em gorduras é reconhecida pelos utentes como um fator que influencia muito a DC (39,5%) e o consumo de frutas e legumes como muito preventivo (46,9%) desta patologia. Este dado é concordante com o artigo já referido, em que os inquiridos referem que uma dieta saudável é um dos componentes mais importantes na prevenção da DCV (Andrade, et al., 2018). No entanto, grande parte dos inquiridos (39,7%) refere que em nada influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária, 58,2% diminuiu o consumo de gorduras e 65,8% aumentou o consumo de frutas e legumes na sua alimentação. Dos elementos da amostra que reduziram o consumo de gorduras, 95,2% refere ter reduzido consumo melhorando a confeção dos alimentos e escolhendo alimentos mais saudáveis e 43,5% aumentaram a dose de fruta diária. Segundo o INS (2014), mais de 70,8% da população com mais de 15 anos consomem fruta diariamente, embora apenas 55,1% consomem saladas e legumes diariamente. De referir que, segundo o mesmo documento há um incremento do consumo de fruta a partir dos 45 anos e as mulheres consomem mais frutas e legumes que os homens. O consumo de saladas e legumes é superior entre os 55 e os 74 anos.

Os inquiridos consideram que a hereditariedade influencia muito a DC (28,4%) mas 19,8% da amostra coloca de parte este fator, contribuindo provavelmente para a não adoção de medidas preventivas e menor vigilância em saúde.

A tensão arterial elevada é considerada por 43,2% como um fator de muita influência na DC, e como fator predisponente para o desenvolvimento da sua DC em 90,1%. No entanto, 67,1% refere ter reduzido estes valores sendo que 46,5% chegaram mesmo a valores de TAs inferiores a 140 mmHg e TAd inferiores a 90 mmHg. No estudo realizado por Ferreira (2012), verificou que a probabilidade de um utente ser hipertenso aumenta com a idade, por este motivo não será inadequado a amostra apresentar esta percentagem de elementos hipertensos.

No que se refere à medicação que foi questionada, a maioria dos inquiridos refere saber que medicação toma, qual o nome do medicamento e para que fim se destina. No que toca à toma de medicação para o colesterol, 53,1% (n=43) da amostra refere saber o nome e toma medicação e 40,7% (n=33) não sabe o nome mas reconhece os medicamentos, no entanto, da amostra total, a maioria, 41 elementos (51,6%), efetivamente sabem que reduziram o seu colesterol embora não o saibam quantificar, no entanto 36,6% sabe que baixou para valores de colesterol total inferior a 190 mg/dl. Apesar destes valores, ainda existem 22% da amostra que mantém valores de colesterol total superiores a 191 mg/dl.

Como referido anteriormente, 53,1% da amostra é diabética e 81,8% reduziu os seus valores glicémicos após o EAM, 55,6% refere mesmo ter baixado para valores de glicémia inferiores a 180 mg/dl, no entanto apenas 35,5% reconhece o medicamento de alguma forma, sendo que 27,2% sabe o nome e 12,3% apenas o reconhece pela embalagem.

Em relação à medicação para a tensão arterial, 69 elementos tomam medicação, a maioria, 46,9% reconhece e sabe o nome do medicamento e 38,3 não sabe o nome mas reconhece-o. Dos utentes que tomam a medicação anti hipertensiva apenas 32 reconhecem que baixaram os seus valores tensionais mas 41,9% reconhece que os seus valores tensionais diminuíram mas não sabe especificar para que valores, no entanto, 46,5% baixaram para valores de Tas inferiores a 140mmHg e TAd menores que 90 mmHg.

No que se refere a medicação para a trombose ou para melhorar a circulação, esta é tomada por 71 elementos sendo que 51,9% (n=42) da amostra reconhece e sabe o nome do medicamento que toma e 35,8% (n=29) reconhece mas não sabe o nome.

Os elementos da amostra foram ainda questionados se, por vontade própria, teriam alterado a dose ou mesmo deixado de tomar a medicação prescrita. A maioria das respostas foi negativa, ou seja, relativamente aos medicamentos que tomavam, 82,7% dos utentes nunca aumentaram, diminuíram ou deixaram de tomar a medicação por

iniciativa própria. Em relação ao preço dos medicamentos, alguns dos medicamentos prescritos em cardiologia não têm genérico e por isso tornam-se menos acessíveis, no entanto apenas 13,5% dos inquiridos refere alguma vez não os ter comprado por serem caros, mas 86,4% nunca o fez, resultados semelhantes aos obtidos por Pereira (2013).

Na sua maioria, 71,6% da amostra pede ajuda para compreender a prescrição o que pode indiciar falta de compreensão o que é conducente com o grau académico da amostra que na sua maioria têm o ensino primário. Pereira (2013), justifica esta necessidade como um indício de baixa literacia.

Existem 18,5% dos inquiridos que referem alguma vez ter tomado medicação prescrita por alguém que não o médico. Este achado é muito semelhante ao resultado obtido no Instituto Nacional de Estatística (2014) em que 23,9% da população refere ter consumido medicação sem receita médica, embora a maior incidência seja sobre a população mais nova, entre os 25 e os 34 anos de idade.

Por fim, ao analisar a distribuição dos scores do grau de literacia podemos observar que esta variável apresenta uma média de 19,63 com um desvio padrão de 9,40 o que é um ligeiramente acima da média, o que não é concordante com os resultados obtidos por Pereira (2013) que no seu estudo verificou baixo nível de literacia, Andrade, et al (2018) também encontrou lacunas no conhecimento específico sobre a doença cardiovascular na população portuguesa. No que respeita ao conhecimento dos fatores de risco que poderão ter contribuído para o seu EAM, a população apresenta valores abaixo da média (1,09) com desvio padrão de 0,69, sendo que o valor máximo seria 3 o que nos leva a crer que os utentes não reconhecem em si os fatores de risco precipitantes.

Quando verificamos qual o conhecimento dos utentes acerca do regime terapêutico e o seu manuseamento, esta é a área em que os utentes se sentem mais à vontade uma vez que os valores médios obtidos (1,51 e 2,66 respetivamente) se situam muito próximo dos valores máximos de score atribuídos a estas variáveis (2,00 e 3 respetivamente).

- **Discussão dos resultados**

Da análise inferencial aos resultados dos questionários pudemos fazer a verificação das hipóteses e ao correlacionarmos os vários dados sociodemográficos com a literacia obtivemos resultados interessantes.

H1: Há relação entre literacia em saúde e os dados sociodemográficos do utente.

No que se refere à idade verifica-se que não há relação significativa entre a idade e a literacia ($p>0,05$). Estes resultados são semelhantes aos de Pereira (2013) no estudo realizado numa unidade de internamento na região centro de Portugal, mas diferentes dos encontrados por Serrão, Veiga e Vieira (2015) que evidenciam que os níveis de literacia em saúde e a idade variam em sentido inverso, numa população de idosos, ou seja, os níveis de literacia tendem a ser mais baixos com o avançar da idade. No entanto, num estudo realizado no Nepal Oli, Vaidya, Subedi, e Krettek (2014), obtiveram melhores comportamentos em saúde em utentes mais velhos e mais instruídos. Concordante com estes autores, Aranha, Patel, Panaich, e Cardozo (2015) referem que a idade também pode trazer algum conhecimento em saúde. No estudo desenvolvido numa comunidade de idosos, estes desenvolveram conhecimento relativamente à alimentação, mas não teve a mesma resposta em todos os fatores de risco cardiovascular. Apesar deste achado, no estudo realizado num hospital australiano, a literacia em saúde era três vezes mais inadequada em utentes idosos comparada com pessoas com idade inferior a 70 anos (González- Chica, et al., 2016).

Relativamente à relação entre o sexo e a literacia, verifica-se que não há evidências da influência do sexo em relação à literacia ($p>0,05$).

No que toca ao estado civil e ao agregado familiar também não existe evidência que estes influenciem o grau de literacia ($p>0,05$), mas no estudo da literacia em saúde realizado numa amostra de pessoas idosas portuguesas, o estado civil parece desempenhar um papel relevante nos níveis de literacia em saúde, onde os indivíduos casados tendem a obter valores médios de literacia em saúde mais elevados do que os viúvos (Serrão, Veiga, & Vieira, 2015).

A situação laboral dos indivíduos também parece afetar a literacia. Sendo que se observa a presença de graus de literacia superiores nos indivíduos com atividade laboral face aos restantes, o que pode ter a ver com fatores como a idade dos indivíduos e não realmente com a situação laboral, uma vez que os indivíduos empregados poderão ter idades inferiores aos não empregues. Contudo, pela análise dos níveis de significância, não existem evidências que a situação laboral influencie o grau de literacia ($p>0,05$).

Em relação ao rendimento líquido mensal (RLM) podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) que evidenciam que os indivíduos com RLM inferior a 500€ apresentam scores de grau de literacia inferiores face aos indivíduos com RLM entre 500€ e 1500€. Dos estudos consultados esta relação também é verificada, notando-se que uma posição socioeconómica desfavorecida é um

importante determinante social da saúde em que os indivíduos mais desfavorecidos têm menos acessos à saúde e acesso limitado à informação em saúde (González- Chica, et al., 2016). No entanto, no nosso país com um serviço de saúde tendencialmente gratuito, o acesso à saúde não está condicionado como nos países em que estes estudos foram realizados. No entanto, e como já foi descrito anteriormente, a posição socio económica desfavorecida, associada a níveis baixos de escolaridade pode contribuir para um acesso limitado à informação em saúde. Neste sentido, o facto de a Serviço Nacional de Saúde ser tendencialmente gratuito não influencia a sua procura.

Contraditoriamente ao nosso resultado, Pandey, et al., (2011) relata que em países com rendimentos mais altos é observada maior prevalência de fatores de risco, no entanto associa estes resultados a baixos níveis de alfabetização.

Com a habilitação literária observa-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com ensino superior e os inquiridos com o ensino primário ($p < 0,05$). Podemos afirmar que os indivíduos com ensino superior apresentam scores de grau de literacia superiores aos indivíduos com ensino primário ($p < 0,05$), o que significa que quanto maior o nível de ensino, maior o grau de literacia. Serrão, Veiga, e Vieira (2015) também concluíram que o nível de escolaridade tem um papel determinante nos níveis médios de literacia em saúde. Um estudo que relaciona o conhecimento da doença coronária e as barreiras para a adesão à reabilitação cardíaca inferiu que o maior nível de instrução contribuiu para o maior conhecimento dos utentes acerca da sua condição de saúde, reduzindo assim a morbilidade e os reinternamentos (Lima, et al., 2016).

Estes resultados são também evidentes nos estudos realizados por Aranha, Patel, Panaich, e Cardozo (2015) e Kang e Yang (2010) quando estes autores referem que a literacia tende a aumentar à medida que o nível de educação aumenta, ou seja, a alfabetização está associada a uma melhor aceitação dos estilos de vida preventivos e menos prevalência de fatores de risco da doença crónica. Pednekar, Gupta, e Gupca (2011) justificam estas diferenças porque as pessoas com educação superior seriam mais propensas a ter maior função cognitiva e maior capacidade de compreensão para que pudessem entender as mudanças no estilo de vida e a ser mais motivadas para comportamentos saudáveis porque estariam habituadas a receber e perceber a formação. Já os resultados de Pereira (2013), referem que o nível de literacia não difere significativamente consoante as habilitações. Pandey, et al. (2011) associa o ambiente rural com a alfabetização e descreve que as mulheres que vivem em ambientes rurais, com menor alfabetização têm menos fatores de risco CV. No entanto este estudo foi

realizado na Índia em que as condições sociais, socio demográficas, culturais e mesmos de literacia são diferentes das nossas o que pode influenciar estes resultados.

No nosso estudo os inquiridos residentes em ambiente urbano apresentam literacia mais elevada face aos que residem em ambiente rural, o que, nos leva a afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) que evidenciam que a área de residência influencia o grau de literacia, mais concretamente, que os indivíduos residentes em zona urbana apresentam níveis mais elevados de literacia face aos residentes em zona rural. No entanto, no estudo realizado por Pandey, et al., (2011), que, incide apenas sobre a população feminina, a obesidade, a HTA, a hipercolesterolemia e a DM foram encontradas em maior número em mulheres urbanas do que rurais o que estaria provavelmente associado a maiores rendimentos e alfabetização, com maior consumo de gorduras e menor atividade física o que contradiz os resultados obtidos. Oli, Vaidya, Subedi, e Krettek (2014) concluíram que a proximidade a zonas urbanas é um fator contributivo para a DC, uma vez que a população adota estilos de vida pouco saudáveis que os predispõem a esta patologia o que é discordante do presente estudo.

Relativamente à relação entre a literacia e o número de EAM sofridos observou-se que não existem evidências da influência desta variável no grau de literacia ($p > 0,05$), ou seja, não é porque o utente apresenta um maior número de eventos coronários que o seu grau de literacia é maior.

H2: Há relação entre literacia em saúde e o conhecimento dos fatores de risco (excesso de peso, colesterol, diabetes, sedentarismo, stress, consumo de tabaco e alimentação).

Existe evidência da relação positiva entre o “conhecimento dos fatores de risco” e o “grau de literacia” ($p < 0,05$), em que associado ao aumento dos scores do conhecimento dos fatores de risco, observa-se também o aumento dos scores do grau de literacia.

Pereira (2013) no seu estudo procurou a relação entre a literacia e a procura de informação através da consulta de folhetos/informação escrita e verificou não haver diferença no nível de literacia consoante a procura da informação. Para este autor, a baixo nível de literacia é provocado pela pouca procura de informação.

Neste sentido, e enunciando os achados de forma positiva, os resultados são consonantes, aumentando o nível de conhecimento dos fatores de risco aumenta o nível de literacia.

H3: Há relação entre literacia e o grau de adesão a hábitos de vida saudável e tratamento .

Em relação ao grau de adesão às mudanças nos hábitos de vida que levam a comportamentos adequados face à patologia observou-se que não existe evidência estatisticamente significativa entre a adesão a estilos de vida saudável e o grau de literacia ($p > 0,05$). No estudo apresentado por Pereira (2013) existe uma relação de fraca intensidade entre a literacia e as mudanças dos hábitos de vida, onde apenas 7,45% das mudanças dos hábitos de vida podem ser explicadas pelo nível de conhecimento dos fatores de risco.

Neste estudo, e analisando a hipótese 2, se instruímos os utentes relativamente aos fatores de risco, principalmente os modificáveis, há a possibilidade de estes aderirem e efetuarem mudanças importantes no seu estilo de vida. De acordo com a definição de literacia, a pessoa pode ter o conhecimento e optar pela não adesão ao tratamento e as alterações impostas.

H4: Há relação entre literacia em saúde e o conhecimento e adesão aos medicamentos.

No que toca ao conhecimento do regime terapêutico verifica-se que há relação estatisticamente positiva entre este fator e a literacia, o que significa que quanto maior o grau de literacia assim aumenta também o conhecimento do regime terapêutico.

Concordante com este estudo, Pereira (2013), refere que possivelmente os utentes não estão convencidos da necessidade de alterar estilos de vida. Estes esperam que aderindo ao regime medicamentoso farmacológico os fatores de risco e a sua DC esteja controlada. Esta é a maior evidência empírica observada em contexto clínico. Muitos utentes aderem melhor à toma de medicação do que à alteração de estilos de vida. Parece muito mais fácil tomar a medicação prescrita do que cumprir um regime alimentar ou mesmo de exercício físico.

H5: Há relação estatisticamente significativa entre literacia em saúde e o manuseamento e adesão aos medicamentos.

Em relação ao seu manuseamento não existem evidências da relação entre esta variável e o grau de literacia.

Na bibliografia consultada não foram encontradas evidências que corroborem ou refutem este achado.

Apesar dos resultados obtidos, Kang e Yang (2010) no seu trabalho que correlaciona os comportamentos em saúde com a DC, referem que há ainda a considerar o que se designa por autoeficácia. Este comportamento refere-se à confiança e à vontade própria do indivíduo, sendo estes dois aspetos fatores chave para a manutenção de comportamentos em saúde (Kang & Yang, 2010).

CONCLUSÃO

As doenças cardiovasculares são, a principal causa de mortalidade em todo o mundo. De entre as doenças não transmissíveis é aquela em que os próprios indivíduos têm a maior possibilidade de prevenir a sua ocorrência, alterando hábitos de vida e comportamentos.

Para melhor abordagem do problema e partindo da leitura bibliográfica, estes fatores de risco são classificados como modificáveis e não modificáveis. Sabendo que os fatores de risco modificáveis relacionam-se com estilos de vida, a intervenção dos enfermeiros nestes comportamentos pode contribuir não só para a regressão desta patologia mas também, e na atual contenção associado à crise económica e política que atravessa o nosso país e a Europa em geral, contribuir para a redução dos custos dos cuidados de saúde.

A influência dos estilos de vida sobre a incidência e prevalência de doenças crónicas não transmissíveis justifica a importância de estudar estes fatores e suas relações, de modo a delinear estratégias de promoção da saúde mais eficientes e no futuro direccionar melhor as estratégias para a prevenção da DCV na população portuguesa.

Dada a complexidade do comportamento, dificilmente conseguiremos encontrar um modelo perfeito e final, que dê resposta a todas as necessidades em termos de promoção dos comportamentos de saúde. A literacia parece ser um fator de empoderamento dos utentes, mas também da população em geral, não só contribuindo para a melhoria da doença como para a sua prevenção.

Em resposta à questão de investigação: **“Qual o nível de literacia em saúde sobre os fatores de risco cardiovascular da pessoa com EAM?”**, ficou evidente que há trabalho a desenvolver.

Verificamos que o grau de literacia sobre o conhecimento dos fatores de risco que podem provocar um EAM existe, embora os utentes não reconhecem em si os fatores de risco precipitantes. Seguir uma recomendação médica acerca de um regime terapêutico facilita as opções de vida da amostra escolhida mas intervir em fatores de risco com medidas não farmacológica parece ser o ponto de relativo desinteresse e de não adesão

Nesta amostra, percebemos que não há relação entre a literacia e a idade, o sexo, o estado civil e o agregado familiar. A situação laboral também não influencia a literacia. Chegamos mesmo a notar que mesmo que o utente já tenha vivenciado outros EAM, este facto não influencia a literacia e que muitos utentes que aderem ao regime terapêutico nem sempre têm literacia. Verificou-se ainda que o que parece influenciar a literacia são as habilitações literárias. Notou-se que quanto maior o nível de ensino, maior o grau de literacia. Observou-se também que o facto de residir numa área urbana, implicava um maior grau de literacia assim como, quanto maior o conhecimento acerca dos fatores de risco maior a literacia, o que é coincidente com a própria definição de literacia que refere que o indivíduo quando é detentor do conhecimento tende a fazer melhores escolhas. Além disto a disponibilidade de maior rendimento líquido mensal também influenciava positivamente a literacia.

Em relação ao conhecimento acerca da medicação que lhe foi prescrita verifica-se que quanto maior o conhecimento, maior é a literacia, mas não em relação ao seu manuseamento e toma, isto é, parece haver diferença entre o saber e o fazer.

Chegando agora ao fim de mais uma etapa, concluída com a realização deste relatório parece terem sido atingidos todos os objetivos a que nos propusemos. Acerca do processo de realização do mesmo, foi extremamente enriquecedor, contudo não foi isento de dificuldades. Foram algumas as limitações para a realização deste trabalho. Em relação à amostra, foi a possível dada a população que recorre a esta consulta, tendo em conta o tempo. Porém, esta investigação é apenas um pequeno passo. As conclusões daqui retiradas só fazem sentido neste contexto não devendo ser extrapoladas para a generalidade da população portuguesa, mas não deixam de ser um contributo para estudos posteriores. Não obstante, iremos utilizar estes resultados e a análise que deles fizemos para lançar pistas para o debate no sentido da melhoria no desempenho profissional.

CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES FUTURAS

Partir do que se pensa ser para aquilo que realmente é, isto no sentido do conhecimento, é um passo importante para o nosso trabalho profissional, para a nossa prática diária. Durante a realização deste trabalho consultei alguns trabalhos realizados não só em Portugal mas em vários outros países que abordavam a literacia em vários contextos. Em todos eles se demonstrou a relação da literacia com a classe social, com o conhecimento prévio das pessoas e quando aplicada a cada patologia, a relação específica da literacia com essa mesma patologia.

Este trabalho contextualizou a literacia do utente que teve EAM e que recorreu à consulta desta patologia, o que permitiu caracterizar os utentes que estiveram internados no serviço de cardiologia. Permitiu observar a eficácia dos ensinamentos nesta unidade hospitalar não no sentido da crítica mas numa perspetiva de melhoria. Alguns autores referenciados ao longo do texto recomendam uma educação dirigida para o *gap* de conhecimento evidenciado pela pessoa e sensíveis às diferenças de grau de literacia em saúde de cada utente e não fundamentada em programas generalistas que fomentam o desinteresse e a falta de adesão (Andrade, et al., 2018; Colombo & Aguillar, 1997; Tavares, 2008). Neste sentido, e na continuidade deste trabalho, pretendemos construir um guia de informação adequada a cada utente, por forma a promover conhecimento e ao mesmo tempo, em termos de transmissão de informação, criar um documento que permita a continuidade de cuidados formativos e informativos por forma a melhorar a literacia e consequentemente a qualidade de vida do utente.

Conhecendo o utente que sofreu um EAM, promover o conhecimento e a motivação com base na obtenção de objetivos concretos e atingíveis, apostando na formação e no acompanhamento destes doentes em consulta de enfermagem específica e dirigida ao EAM parece ser a pedra basilar para a concretização de todos os objetivos tanto sociais como económicos, permitindo o controlo da doença e a prevenção da sua ocorrência. Aumentando a literacia do utente coronário será possível evitar reinternamentos e gastos desnecessários em saúde, contribuindo para uma melhor qualidade de vida do utente e família. Neste domínio o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, pela inerência das suas qualificações e funções no seio da equipa de saúde, constitui-se como um elemento chave na implementação e execução deste e de outros projetos que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados.

A mudança de estilos de vida para quem tem risco cardiovascular elevado deve ser uma prioridade na diminuição das DCV, sendo que o desafio com as doenças crónicas e nomeadamente com a DC agrava-se com o envelhecimento da população, e inerentes despesas com a saúde. Os serviços de saúde devem ajustar-se às necessidades da população e estabelecer prioridades e orientações com vista à melhoria da qualidade de vida dos utentes com esta e outras patologias.

BIBLIOGRAFIA

- Aehlert, B. (2007). *ACLS Advance cardiac life support. Emergências em cardiologia: Suporte avançado de vida: um guia para estudo*. Elsevier Editora, Lda.
- Aguiar, C. t. (2007). *A apresentação clínica da doença coronária na Mulher*. Obtido de Fatores de risco: www.spc.pt/SPC/AreaCientifica/publicacoes/rfr/artigo.aspx?id=hsp177wv4p
- Almeida, M. C. (2013). *Motivação e comportamento em saúde, relação com a qualidade de vida em adultos da comunidade*. Porto: Faculdade de psicologia e educação da universidade do Porto.
- Andrade, N., Alves, E., Costa, A. R., Moura-Ferreira, P., Azevedo, A., & Lunet, N. (2018). Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37 (8), pp. 669-667.
- Aranha, A., Patel, P., Panaich, S., & Cardozo, L. (Fevereiro de 2015). *Health literacy and cardiovascular disease risk factors among the elderly: a study from a patient-centered medical home*. Obtido de Trends from the Field: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25880363>
- Areias, V., Romero, j., Cunha, K., Faria, R., Mimoso, j., Gomes, V., & Brito, U. (2012). Síndrome da Apneia e hipopneia do sono e síndrome coronária aguda - uma associação a não esquecer. *Revista portuguesa de pneumologia*, pp. 22-28.
- Baptista, C., & Sousa, M. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha* (4ª ed.). Pactor.
- Barashi, N., Ruiz, R., Marin, L., Ruiz, P., Amado, S., Ruiz, Á., & Hidalgo, P. (2015). Síndrome de apneia/hipopneia obstructiva del sueño y su asociación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista colombiana de Cardiología*, pp. 81-87.
- Barreto, M., Gaio, V. K., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. P., Vargas, P., . . . Dinis, A. (15 de Dezembro de 2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. (I. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.) Obtido de Repositório científico Dr Ricardo Jorge: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4115>

- Bicho, P. S. (2015). *A motivação e a satisfação dos profissionais de saúde numa instituição hospitalar de especialidade oncológica*. Carnide: Universidade Europeia - Laurearte International Universities.
- Carrageta, M. (sd). *Síndrome metabólico*. Obtido de Fundação Portuguesa de cardiologia: <http://www.fpcardiologia.pt/sindrome-metabolica/>
- Carvalho, S. P., & Trovisqueira, A. M. (2009). *A personalidade na etiologia e progressão da doença física*. Obtido de Psicologia: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0176.pdf>
- Castro, L. (2017). *Uso da Troponina de alta sensibilidade na avaliação prognóstica de pacientes na fase subaguda de síndrome coronária aguda*. São Paulo. Obtido de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-05102017-130553/pt-br.php>
- Cohen, B. (2004). *Circulation: The cardiovascular and lymphatic systems - an illustrated guide*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Colombo, R., & Aguillar, O. (Abril de 1997). Estilo de Vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev. Latino-am. enfermagem*, 5, pp. 69-82.
- DGS. (2012). Revascularização miocárdica: acompanhamento hospitalar e em cuidados de saúde primários. *Norma, Direção Geral de Saúde, Qualidade na Saúde*. Lisboa. Obtido de Direção Geral de Saúde.
- DGS: Direção Geral de Saúde. (2013). *Hipertensão arterial: definição e classificação*. Obtido de Norma Direção geral de Saúde número 020/2011 atualizada a 19/03/2013: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- DGS: Direção Geral de Saúde. (2015). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- DGS: Direção geral de Saúde. (2016). *Direção Geral de Saúde*. Obtido de A Saúde dos Portugueses 2016: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>

- DGS: Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/relatorios-e-publicacoes.aspx>
- Diário da República. (10 de Março de 2016 a). *Despacho n.º 3618-A/2016*. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized?serie=II&dreId=73833504>
- Diário da República. (Maio de 16 de 2016 b). *Despacho nº 6401/2016*. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/74443131/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%206401%2F2016>
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., & Castro, S. (2011). *Millenium*. Obtido de Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228/5843>
- Diepenbrock, N. (2005). *Cuidados Intensivos*. Rio de Janeiro: Editora Lab.
- Diniz, C., Santana, M., Arçari, D., & Thomaz, M. (2011). *Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares*. Obtido de Unifla.edu.br: www.unifla.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2011/tabagismo.pdf
- Dominick, G., Dunsiger, S., Pekmezi, D., & Marcus, B. (2013). *Health Literacy Predicts Change in Physical Activity Self-efficacy Among Sedentary Latinas*. Obtido de Journal of Immigrant and Minority Health: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10903-012-9666-7>
- European Society of Cardiology, ESC. (2007). *Diabetes, Pre-Diabetes and Cardiovascular Diseases developed with the EASD*. Obtido de European Society of Cardiology: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Diabetes-Pre-Diabetes-and-Cardiovascular-Diseases-developed-with-the-EASD>
- European Society of Cardiology, ESC. (2016 a). *Recomendações da ESC/ EAS para a abordagem clínica das dislipidémias*. doi:<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272>
- European Society of Cardiology, ESC. (2016 b). *Recomendações de Bolso da ESC para a prevenção da DCV*. Obtido de www.escardio.org/guidelines

- Fantin, S. d., Schaan, B., Ledur, P., Polanczyk, C., & Wainstein, M. (2012). *Associação entre diabetes mellitus e gravidade da doença arterial coronariana em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea*. Obtido de Rev HCPA: <http://seer.ufrgs.br/hcpa>
- Ferreira, P. N. (2012). *Evolução temporal dos fatores de risco cardiovascular na população portuguesa continental*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Fiuza, M. (2012). Díndrome Metabólica e Doença Coronária. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 779- 782.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gaspar, P. (2004). *Efeitos do sedentarismo a nível cardiovascular: a importância da atividade física na manutenção da saúde. Mestrado em comunicação e educação em ciência-UA*. Obtido de iconline.ipleiria: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/110/4/sedentarismo.pdf>
- Gauí, E., & Oliveira, C. (out/ nov/ dez de 1999). *Doença coronária em situações especiais*. Obtido de Revista Brasileira de Cardiologia: www.rbconline.org.br/artigo/doenca-coronaria-em-situacoes-especiais/
- Gomes, F., Telo, D. F., Souza, H. P., Nicolau, J. C., Halpern, A., & Jr, C. V. (2010). *Obesidade e Doença Arterial Coronariana: Papel da Inflamação Vascular*. Obtido de Arquivos Brasileiros de Cardiologia: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000200021
- González- Chica, D. A., Mnisi, Z., Avery, J., Duszynski, K., Doust, J., Tideman, P., . . . Stocks, N. (MARço de 2016). *Effect of health literacy on quality of lichenic heart disease in Australian general practice*. Obtido de PLOS ONE: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26943925>
- Hatchett, R., & Thompson, D. (2005). *Enfermagem cardíaca: Um guia polivalente*. Loures: Lusociência.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2010). *Sheehy: Enfermagem de Urgência, da teoria à prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de estatística. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde - 2014*. Obtido de Instituto Nacional de estatística - Statistics Portugal:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. (sd). *Doenças cardiovasculares - sabe como prevenir*. Fundação Calouste Gulbenkian. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>

Intituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos - Resultados definitivos, Portugal 2011*. Obtido de Intituto Nacional de Estatística, Statistics Portugal: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Jousilahti, P., Vartiainen, E., Tuomilehto, J., & Puska, P. (1999). Obtido de Sex, age, cardiovascular risk factors, and coronary heart disease: a prospective follow-up study of 14 786 middle-aged men and women in Finland: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10069784>

Kang, Y., & Yang, I.-S. (March de 2010). *Correlates of heath Behaviors in patients with coronary artery disease*. Obtido de Science Direct: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131710600059?via%3Dihub>

Lima, S. C., Oliveira, N. F., Montemezzo, D., Chaves, G., Sérvio, T., & Britto, R. (2016). Obtido de Conhecimento sobre doença arterial coronariana e barreiras para a adesão à reabilitação cardíaca.

Lipman, B., & Casciot, T. (2011). *ECG: avaliação e interpretação*. Loures: Lusociência.

Lopes, A. (2011). *Intervenção coronária percutâneas no enfarte agudo do miocárdio: influência no prognóstico dos doentes*. Lisboa: Instituto politécnico de Lisboa.

Lopes, M. F. (2011). *A pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio- impacto no masculino*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da universidade do Porto.

Luz, P., & Solimene, M. (1999). *Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher*. Obtido de Revista da Associação médica brasileira: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000100010

- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6ª Edição. São Paulo: Atlas, S.A.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Report number.
- Mendes, M., Alves, J. G., Alves, A. V., Siqueira, P., & Freire, E. (2006). Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. *Revista de Saúde Materno Infantil*, S49- S54.
- Nunes, C. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Obtido de Repositório comum: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4547>
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Obtido de Health Promotion International: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108/Health-literacy-as-a-public-health-goal-a>
- Oli, N., Vaidya, A., Subedi, M., & Krettek, A. (2014). *Experiences and perceptions about cause and prevention of cardiovascular disease among people with cardiometabolic conditions: findings of in-depth interviews from a peri-urban Nepalese community*. Obtido de Global Health Action: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24802386>
- OMS. (2013). *A global brief on hypertension*. Obtido de World Health Organization: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/79059>
- Ordem dos Enfermeiros. (5 de Maio de 2010a). *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2010a. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). *Diário da República*. Obtido de regulamento 124/2011: www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificenfessoasituacaocritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). *Regulamento 429/2018*. Obtido de Diário da República: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?l=1>

- Ortega, F. B., Lavie, C. J., & Blair, S. N. (2016). *Obesity and Cardiovascular Disease*. Obtido de Circulation Research: <http://circres.ahajournals.org/content/118/11/1752>
- Paiva, S. P. (2016). *Transição saúde- doença na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pandey, R. M., Gupta, R., Misra, A., Puneet, M., Singh, V., Agrawal, A., . . . Sharma, V. (2011). *Determinants of urban- rural differences in cardiovascular risk factors in middle-aged women in India: a cross-sectional study*. Obtido de International Journal of Cardiology: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21880382>
- Pednekar, M., Gupta, R., & Gupca, P. (2011). *Illiteracy, low educational status, and cardiovascular mortality in India*. Obtido de BMC public Heath: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21756367>
- Perdigão, C. (2011). Risco Cardiovascular Global. *Revista Fatores de Risco*(20), 58-61.
- Pereira, I. (2013). *Literacia em saúde no doente coronário*. Coimbra: Escola Superior de Enfermegem de Coimbra.
- Pinto, J. R. (2007). *Prevenção na doença cardíaca isquémica. A influência da atividade física e/ou do exercício físico na prevenção da doença cardíaca isquémica*. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing Research: Appraising for nursing practice* (8ª Edição ed.). (W. & Williams, Ed.) Philadelphia: Wolders Kluwer.
- Polónia, J. R., Martins, L., & Saavedra, J. (Junho de 2006). Normas sobre detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial. *Revista portuguesa de Cardiologia*, pp. 649- 660.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rocha, E. (Abril- Junho de 2007). O tabaco e as doenças cardiovasculares. *Revista fatores de risco*(5), 25-29.
- Rodrigues, A., Guerra, M., & Maciel, M. J. (2010). *Impacto do stress e hostilidade na doença coronária*. Obtido de Revista de SBPH: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100009

- Safeer, R., Cooke, C., & Keenan, J. (2006). *The impact of health literacy on cardiovascular disease*. Obtido de PNC - US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1994011/>
- Santos, O. (Julho de 2010). *O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal*. Obtido de Repositório da Universidade de Évora: <http://hdl.handle.net/10174/2320>
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). *Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas*. Obtido de Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8602/1/ART_SerraoCarla_2014.pdf
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). *Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Hipertensão: http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf
- Sousa, M., & Baptista, C. S. (2014). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- SPC, Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2016). *Registo nacional de Síndromes Coronárias Agudas (ProACS)*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Cardiologia: <http://registos.spc.pt/RegistoSCA/Public/Login.aspx?ReturnUrl=%2fRegistoSCA%2f>
- Swearingen, P., & Keen, J. H. (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tavares, P. A. (2008). *Historia familiar de doença coronária, cuidados e comportamentos em saúde*. Porto: Faculdade de medicina da universidade do Porto.
- Teixeira, J. A. (2004). *Comunicação em SAúde: Relação técnicos de saúde- utentes*. Obtido de IPISA: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/229>
- Thygesen, k., Alpert, J., Jaffe, A., & Simoons, M. (2012). *Third universal definition of myocardial infarction*. Obtido de European Society of Cardiology (ESC):

<http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Third-Universal-Definition-of-Myocardial-Infarction>

- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (5ª edição ed.). Loures: Lusodidacta.
- Uva, M., Victorino, P., Roquete, R., Machado, A., & Dias, C. (2014). Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa- uma revisão de âmbito. *Revista portuguesa de cardiologia*, 33, pp. 451-63.
- Warnica, J. W. (2003). *Considerações gerais sobre a doença arterial coronariana*. Obtido de Manual MSD: <http://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-cardiovasculares/doen%C3%A7a-arterial-coronariana/vis%C3%A3o-geral-da-doen%C3%A7a-arterial-coronariana>
- Weykamp, J. M., Cecagno, D., Hermel, P. P., Tolfo, F. D., & Siqueira, H. C. (2015). Motivação: Ferramenta de Trabalho do enfermeiro na prática da educação em saúde na atenção básica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19(1), pp. 5-10. doi:DOI:10.4034/RBCS.2015.19.01.01
- WHO, World Health Organization. (2013). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: Regional office for Europe.

ANEXOS

ANEXO I: QUESTIONÁRIO

LITERACIA DO DOENTE CORONÁRIO

O presente questionário tem como objetivo conhecer os fatores de risco cardiovasculares que são de grande importância no progresso da doença do coração. O conhecimento desses fatores ajuda a modificar o estilo de vida, melhora a adesão aos medicamentos/tratamentos e favorece a redução dos problemas do coração, prevenindo o agravamento da doença.

O preenchimento é feito colocando uma cruz (x) nos ☐, faça-o de forma verdadeira, qualquer dúvida deverá ser esclarecida com a enfermeira responsável pelo estudo.

PARTE I – ELEMENTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Anos

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Estado Civil

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a) ☐ Viuvo(a) ☐

Com quem vive:

Sozinho ☐ Cônjuge ☐ Instituição / lar ☐ Filhos + Cônjuge ☐
Filhos / parentes ☐

Habilitações literárias:

Ensino primário ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐

Situação Laboral:

Empregado ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐

Rendimento líquido mensal:

Menos de 500,00€	☐	Entre 500,00 € e 1.500,00 €	☐
Entre 500,00 € e 1.500,00 €	☐	Mais de 2.500,00 €	☐

Área de residência:

Rural

☐

Urbana

☐**Este é o 1º Enfarte Agudo Miocradio ?**

Sim

☐

Não

☐

Se não, quantos?

Antes deste evento (**EAM**) tinha conhecimento ou diagnosticada outra doença cardíaca?

SIM

☐

NÃO

☐

Se respondeu **SIM** à questão anterior responda às seguintes questões.

PARTE II – ELEMENTOS RELACIONADOS COM A DOENÇA CORONÁRIA**Há quanto tempo lhe foi diagnosticado a doença?**

Menos de 1 ano

☐

Entre 1 e 3 Anos

☐

Mais de 3 anos

☐**Fez algum cateterismo cardíaco ?**

SIM

☐

NÃO

☐

Se SIM, há quanto tempo?

Fez Cirurgia cardíaca ?

SIM

☐

NÃO

☐

Se SIM, há quanto tempo?

Qual a medicação que tomava antes deste enfarte? (pode responder com varias respostas)

Nenhuma

☐

Não sei

☐

Diabetes

☐

Tensão Arterial

☐

Ritmo Cardíaco

☐

Dores no peito

☐

Circulação

☐

Falta de ar

☐

Dormir

☐

Colesterol

☐

Depresao e/ou Ansiedade

☐**A informação que tem obteve-a de:**

Palavras de enfermeiro(a) / Médico(a)

☐

Folhetos / informação escrita

☐

Outras pessoas com a mesma doença

☐

NÃO recebeu informação nenhuma

☐

Familiars / Vizinhos / Amigos

☐

Outros técnicos de medicina alternativas

☐

PARTE III – CONHECIMENTO GERAL DOS FATORES DE RISCO

Os itens de 1 a 12 contêm perguntas relativas ao seu conhecimento geral dos fatores de risco para a doença coronária.

Coloque uma cruz (x) onde considera a sua resposta Qumais adequado

QUESTIONÁRIO1: FATORES DE RISCO PARA A DOENÇA CORONÁRIA					
	Muitíssimo	Muito	Um pouco	Nada	Não Sei
1 – Acha que o excesso de peso tem influência no desenvolvimento da doença coronária?					
2 – Acha que os níveis elevados de colesterol influenciam o desenvolvimento da doença coronária?					
3 – Acha que os níveis elevados de glicemia / diabetes influenciam o desenvolvimento da doença coronária?					
4 – Acha que o hábito de fazer exercício físico previne o desenvolvimento da doença coronária?					
5 – Acha que o Stress tem influência no desenvolvimento da doença coronária?					
6 – Acha que o hábito de fumar influencia o desenvolvimento da doença coronária?					
7 – Acha que a alimentação rica em gorduras influencia o desenvolvimento da doença coronária?					
8 – Acha que a alimentação rica em legumes e frutas previne o desenvolvimento da doença coronária?					
9 – Acha que a hereditariedade influencia o desenvolvimento da doença coronária?					
10 – Acha que a tensão arterial elevada influencia o desenvolvimento da doença coronária?					
11 – Acha que a tristeza e/ou depressão influencia o desenvolvimento da doença coronária?					
12 – Acha que que o consumo de álcool influencia o desenvolvimento da doença coronária?					

Os itens de 13 a 20 contêm perguntas relativas ao conhecimento e **presença de fatores de risco que contribuíram para o seu Enfarte Agudo Miocárdio (EAM).**

Coloque uma cruz (x) onde considera a sua resposta mais adequado

QUESTIONÁRIO 2: GRAU DE CONHECIMENTO E PRESENÇA DE FATORES DE RISCO QUE CONTRIBUÍRAM PARA O SEU EAM						
	Muitíssimo	Muito	Um pouco	Nada	Não Sei	Não se aplica
13 – Acha que a obesidade influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu Enfarte Agudo do Miocárdio?						
14 – Acha que os níveis elevados de colesterol influenciaram o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu Enfarte Agudo do Miocárdio?						
15 – Acha que os níveis elevados de glicemia / diabetes influenciaram o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu Enfarte Agudo do Miocárdio?						
16 – Acha que o hábito de fazer exercício físico preveniu no desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu Enfarte Agudo do Miocárdio?						
17 – Acha que o Stress influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu Enfarte Agudo do Miocárdio?						
18 – Acha que o hábito de fumar influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu Enfarte Agudo do Miocárdio?						
19 – Acha que a alimentação rica em legumes e frutas influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu Enfarte Agudo do Miocárdio?						
20 – Acha que a tensão arterial influenciou o desenvolvimento da sua doença coronária ou do seu Enfarte Agudo do Miocárdio?						

PARTE IV – ALTERAÇÃO SOBRE HABITOS DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO

Os itens de 21 a 29 contêm perguntas relativas ao grau de adesão nas mudanças dos hábitos de vida e tratamento.

Coloque uma cruz (x), onde considera a sua resposta mais adequada.

QUESTIONÁRIO 3: GRAU DE ADESÃO NAS MUDANÇAS DOS HÁBITOS DE VIDA E TRATAMENTO	Sim	Não Sei	Não se aplica	Não
21 – Perdeu peso após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				
22 – Reduziu os seus níveis de colesterol após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				
23 – Reduziu os seus níveis de glicose/diabetes após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				
24 – Aumentou a frequência da atividade física após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				
25 – Reduziu o Stress após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				
26 – Reduziu o número de cigarros / dia após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				
27 – Diminui o consumo de gorduras na alimentação após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				
28 – Aumentou o consumo de frutas e legumes na alimentação após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				
29 – Reduziu os valores da sua tensão arterial após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?				

Se respondeu sim às questões anteriores, por favor responda ao questionário seguinte

QUESTIONÁRIO 4: GRAU DE ADESAO NAS MUDANÇAS DOS HÁBITOS DE VIDA E TRATAMENTO	Se respondeu 'Sim' no questionário 3, responda a este questionário 4
30 – Perdeu peso após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	Quantos Kg, mais ou menos? _____
31 – Reduziu os seus níveis de colesterol após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	De quanto para quanto, mais ou menos? _____
32 – Reduziu os seus níveis de glicose/diabetes após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	De quanto para quanto, mais ou menos? _____
33 – Aumentou a frequência da atividade física após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	Quantas vezes por semana? _____
34 – Reduziu o Stress após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	Como? _____
35 – Reduziu o número de cigarros / dia após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	De quanto para quanto, mais ou menos? _____
36 – Diminui o consumo de gorduras na sua alimentação após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	Como? _____
37 – Aumentou o consumo de frutas e legumes na sua alimentação após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	De que forma? _____
38 – Reduziu os valores da sua tensão arterial após o seu Enfarte Agudo Miocárdio?	De quanto para quanto, mais ou menos? _____

Os itens de 39 a 46 contêm perguntas relativas ao conhecimento / manuseamento e adesão dos medicamentos.

Os itens 39 a 46 do questionário fazem referência à medicação que toma habitualmente no domicílio. Coloca uma cruz (X) onde considera a sua resposta mais adequada

CONHECIMENTO E ADESÃO DOS MEDICAMENTOS	SIM, sei o nome	NÃO sei o nome mas reconheço os medicamentos	Não sei se toma estes medicamentos	Não tomo estes medicamentos
39 – Sabe identificar qual o medicamento que toma para diminuir os níveis de colesterol ?				
40 – Sabe identificar qual o medicamento que toma para diminuir os níveis de glicose ?				
41 – Sabe identificar qual o medicamento que toma para diminuir os níveis de tensão arterial ?				
42 – Sabe identificar qual o medicamento que toma para a trombose ou melhorar a circulação ?				

Coloque uma cruz (x), onde considerar a sua resposta mais adequado:

MANUSEAMENTO E ADESÃO DOS MEDICAMENTOS	Muitas vezes	Algumas vezes	Uma vez	Nunca
43 – Relativamente aos medicamentos que toma: aumentou, diminuiu a dose ou deixou de os tomar por vontade própria?				
44 – Relativamente aos medicamentos que toma: deixou de comprar os medicamentos por serem caros?				
45 – Relativamente aos medicamentos que toma: pede ajuda para compreender as prescrições / receitas dos medicamentos?				
46 – Relativamente aos medicamentos que toma: quantas vezes, toma medicamentos que foram prescritos a outra pessoa?				

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de autorização à autora do questionário

Boa tarde Enfª Ana Abreu

Depois da nossa conversa e do contacto prévio do Prof. orientador, tenho todo o prazer em autorizar a utilização do instrumento de colheita de dados da minha dissertação "Literacia em Saúde no Doente Coronário"

É com a partilha de conhecimentos que se faz caminho....depois, se não for pedir muito, gostaria de conhecer o seu trabalho

Com os melhores cumprimentos

Isabel

Em 16 de fevereiro de 2018 09:33, Ana Rita Pinto e Abreu <AnaRPintoeAbreu@hotmail.com> escreveu:

Estimada Enfª Isabel Gaspar Pereira

Na sequência da conversa que tivemos telefonicamente há uns meses, relativa a uma investigação no âmbito do meu mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na ESENC cuja temática é idêntica à sua tese mas em contextos diferentes. Nesta conversa trocámos opiniões sobre a metodologia utilizada, tendo um entendimento favorável até para futura comparação de resultados.

Neste sentido solicitamos autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados utilizado.

Grata pela sua compreensão

Aguardo resposta ao solicitado

Com os melhores cumprimentos

Ana Abreu

Apêndice II – Pedido de autorização ao Conselho de Ética do Centro Hospitalar

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de
Administração do [REDACTED]
[REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação na consulta de seguimento de Enfarte do Miocárdio do Pólo B, intitulado “A literacia da pessoa que teve Enfarte Agudo do Miocárdio”

Ana Rita Tadeu Costa Pinto e Abreu dos Santos Martins, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com a cédula profissional o nº 2- E-41008, a exercer funções [REDACTED]
[REDACTED], vem solicitar a V.^a Ex.^a que se digne a autorizar a recolha de dados necessária para a consecução do estudo relativo à Dissertação “A literacia em Saúde da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio” no âmbito do X Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Alexandre Ferreira (ESENFC).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo ocidental, no entanto a Direção Geral de Saúde (DGS), no seu relatório anual, afirma que, apesar de se manterem como a principal causa de morte na população portuguesa, as doenças do aparelho circulatório evidenciam uma redução progressiva do seu peso relativo. (Direção Geral de Saúde (DGS), 2015) A doença da artéria coronária é uma doença progressiva e é a principal causa de doença e morte prematura no mundo desenvolvido (Hatchett & Thompson, 2005).

Uma vez que a doença coronária é favorecida por uma série de hábitos, comportamentos e estilos de vida, tais como, a alimentação desequilibrada, a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o stress, entre outros, o enfermeiro é o agente auxiliador não só do conhecimento como da alteração dos comportamentos e hábitos de vida pouco saudáveis. Neste raciocínio, surge o conceito de literacia em saúde definida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”

O facto de conhecer a realidade da unidade de cuidados intensivos coronários e os sucessivos internamentos pela doença isquémica cardíaca e conhecendo os fatores de risco e como a

doença pode ser evitada, melhorando significativamente a qualidade de vida dos nossos doentes leva-me muitas vezes a questionar qual o nível de literacia das pessoas que sofreram um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), quais as reais necessidades de literacia dos nossos doentes e quais os fatores que os impedem de melhorar a sua qualidade de vida tendo o conhecimento estabelecido.

Pretende-se realizar um estudo de natureza quantitativa descritiva correlacional entre a variável dependente literacia e as variáveis independentes: fatores de risco e fatores socio- culturais. Para isso desenvolveu-se um questionário (em anexo) para ser aplicado [REDACTED] nas consultas de seguimento de Enfarte do Miocárdio.

Como objetivos pretendemos analisar a literacia da população que recorre às consultas de seguimento no referido centro hospitalar, analisar a relação entre literacia no domínio da saúde e a mudança dos estilos de vida do doente após EAM e analisar a relação da literacia com as variáveis sociodemográficas.

Pretende-se que a recolha de dados seja efetuada através da aplicação de um questionário a uma amostra de sensivelmente 120 utentes que se deslocam à consulta de seguimento de Enfarte do Miocárdio [REDACTED] (cerca de 20% da população que se deslocou às consultas no ano de 2016). Toda a informação recolhida é confidencial, anónima e destina-se única e exclusivamente a fins académicos. A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada, solicita deferimento.

Atenciosamente,

Coimbra, 18 de Maio de 2017

Ana Rita Tadeu Costa Pinto e Abreu dos Santos Martins

Apêndice III – Consentimento informado

Consentimento Informado

Ana Rita Tadeu Costa Pinto e Abreu dos Santos Martins, aluna do X Curso de Pós licenciatura em Enfermagem Médico Cirúrgica e do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, a decorrer na Escola superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a participação de V. Exa. num estudo de investigação a realizar no âmbito da dissertação de mestrado intitulada **A literacia da pessoa que teve Enfarte Agudo do Miocárdio**, orientada pelo Professor Doutor Paulo Alexandre Ferreira e que pretende analisar qual o nível de literacia em saúde da pessoa após um Enfarte Agudo do Miocárdio, qual a relação entre literacia no domínio da saúde e a mudança dos estilos de vida da pessoa após Enfarte Agudo do Miocárdio e analisar a relação entre a literacia e as várias variáveis socio- demográficas da pessoa que se desloca à consulta externa de Enfarte no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Pólo B. A sua participação consiste em responder ao questionário no dia da consulta, com questões sobre o tema em estudo, sendo as respostas depois analisadas e tratadas ao longo do referido trabalho. O estudo é voluntário e não constitui qualquer forma de prejuízo para o questionado e foi alvo do parecer favorável da comissão de ética do referido hospital.

Em qualquer momento poderá decidir e não colaborar no estudo.

Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e por isso não necessitará de se identificar em qualquer parte do questionário. Os dados recolhidos ficarão na posse exclusiva do investigador e serão usados unicamente para efeitos estatísticos e para o presente estudo.

Eu, _____, declaro que fui informado sobre os objetivos do estudo, do cumprimento dos princípios éticos, esclareceram-me das dúvidas apresentadas, tomei conhecimento que a recusa não tem influência no futuro e que em qualquer momento poderei abandonar o estudo, pelo que aceito participar voluntariamente.

