

Joana Bárbara Faria Campos

A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011



Joana Bárbara Faria Campos

A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Joana Bárbara Faria Campos

A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio

Joana Bárbara Faria Campos

---

“Projecto de Graduação apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a  
obtenção de grau de Licenciatura em Enfermagem”

## SUMÁRIO

O presente trabalho insere-se no plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e intitula-se “A percepção dos Jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio”.

O EAM é a terceira causa de morte em Portugal em 2004 e esta entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos (Gomes et. al, 2007).

A causa da maior parte das doenças cardiovasculares é aterosclerose, e a sua progressão para eventos como o EAM, está fortemente relacionado com a presença de factores de risco, tais como: Hipertensão, dislipidemia, diabetes, sedentarismo, hábitos tabágicos, obesidade entre outros, que podem ser modificados. A população Portuguesa apresenta algumas características de comportamento pouco saudáveis e que contribuem para o aumento de doença cardíaca (Programa Nacional de Prevenção e Controle das doenças cardiovasculares, despacho nº766/2006).

Deste modo o enfermeiro deve intervir de forma a que as pessoas sejam capazes de um exame crítico dos seus problemas e comportamentos de saúde e, por conseguinte que sejam responsabilizados, tornando-os capazes de elegerem comportamentos saudáveis (Pereira, Almeida e Domingos, 2008).

Dada esta problemática pareceu-nos pertinente desenvolver um estudo com a finalidade de identificar a percepção dos jovens adultos sobre o EAM.

Trata-se de um estudo de tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa, como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário que foi aplicado aos alunos do 3º ano dos cursos das Licenciaturas de Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática, da UFP.

A amostra é constituída maioritariamente por alunos do sexo masculino. Quanto à idade, 40% dos alunos tem a idade compreendida entre os 23 e os 25 e 60% tem idades iguais ou superiores a 26.

Através da análise de dados colhidos conclui-se que a maioria dos alunos que constituem a amostra tem uma percepção correcta acerca da doença. No se refere aos sinais e sintomas também na sua maioria conseguiram identifica-los, relativamente os factores de risco do EAM, também a maioria identificou os principais factores de risco. E no que diz respeito à prevenção os alunos focaram as suas respostas na alimentação saudável, na actividade física regular e na cessação tabágica, vendo o enfermeiro como educador de saúde na prevenção da doença.

**ABSTRACT**

This work is part of the curriculum in the 4th year of Nursing Degree at the University Fernando Pessoa and is titled Young adults' perceptions on the Myocardial Infarction.

Acute myocardial infarction is the third leading cause of death in Portugal in 2004 and is among the leading causes of morbidity, disability and potential years of life lost (Gomes et. Al, 2007).

The cause of most cardiovascular diseases is atherosclerosis and its progression to events such as acute myocardial infarction, is strongly correlated with the presence of risk factors such as hypertension, dyslipidemia, diabetes, sedentary lifestyle, smoking, obesity, among others, can be modified. The Portuguese population has some characteristics of unhealthy behavior and contribute to the increase of heart disease (National Program for Prevention and Control of cardiovascular diseases, Order No. 766/2006).

Thus the nurse must intervene so that people are capable of a critical examination of their problems and health behaviors, and therefore they are accountable, making them more likely to elect behaviors (Pereira, Almeida e Domingos, 2008).

Given this problem seemed to us appropriate to develop a study to identify the perceptions of young adults on the acute myocardial infarction.

It is a study of an exploratory-descriptive qualitative and quantitative approach as an instrument of data collection used a questionnaire that was administered to the students of 3rd year courses in the Bachelor of Environmental Engineering and Computer Science, UFP.

The sample consisted mostly of male students. Regarding age, 40% of the students is aged between 23 and 25 and 60% are aged 26 or above.

Through analysis of data collected it appears that most students in the sample have a correct perception about the disease. In regards to the signs and symptoms also mostly able to identify them, on the risk factors of acute myocardial infarction, the majority also identified the main risk factors. And with regard to preventing the students focused their answers on healthy eating, regular physical activity and smoking cessation, seeing the nurse as health educator in the prevention of disease.

## **AGRADECIMENTOS**

- À minha orientadora, Dra. Júlia Rodrigues, por toda a disponibilidade, incentivo, conhecimento, amizade e interesse demonstrado durante a realização deste trabalho. O meu sincero obrigado.
  
- Aos meus pais e irmão que sempre me motivaram nos piores momentos da minha licenciatura e da minha vida. Sem eles não teria conseguido ter força e coragem para enfrentar todos os obstáculos.
  
- A todos os professores que contribuíram para a minha aprendizagem profissional ao longo destes anos de curso.
  
- A todos os meus amigos, que me ajudaram sempre que precisei, e não preciso de nomear nomes pois eles sabem quem são.
  
- A todos os meus colegas de curso pelos momentos agradáveis que me proporcionaram.

**SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AVC** - Acidente vascular cerebral

**Cm** - Centímetros

**CT** – Colesterol total

**DAC** – Doença arterial coronária

**DC** – Doença cardíaca

**DCV** – Doença cardiovascular

**DGS**- Direcção geral de saúde

**DIC** – Doença isquémica do coração

**EAM** – Enfarte agudo do miocárdio

**ECG** - Electrocardiograma

**FR** - Factor de risco

**HbA1C** – Hemoglobina glicada

**HDL** – Lipoproteína de alta densidade

**HTA** - Hipertensão arterial

**IMC** – Índice de massa corporal

**LDL** – Lipoproteína de baixa densidade

**Mg/dl** – Miligramas por decilitro

**MmHg** - Milímetros de mercúrio

**OMS** - Organização mundial de saúde

**PCR** - Proteína c-reactiva

**SCA** - Síndrome coronário agudo

**SPA** – Sociedade portuguesa de aterosclerose

**UFP** – Universidade Fernando Pessoa

**%** - Percentagem

**>=** - Maior ou igual

**<** - Menor

**>** - Maior

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO I – FASE CONCEPTUAL.....</b>	<b>21</b>
1- Tema e Problema de investigação .....	21
2- Questões de investigação.....	23
3- Objectivos da investigação.....	24
4- Quadro de referência.....	24
4.1- Doenças cardiovasculares – panorama Nacional.....	26
4.2- Aterosclerose.....	28
4.3- Enfarte Agudo do Miocárdio.....	30
4.4- Papel do Enfermeiro na prevenção das DCV's.....	46
4.5- Jovens adultos.....	49
<b>CAPÍTULO II- FASE METODOLOGICA.....</b>	<b>52</b>
1- Considerações éticas.....	52
2- Desenho de investigação.....	53
2.1- Meio.....	53
2.2- Tipo de estudo.....	54
2.3- População.....	54
2.4- Amostra.....	55
2.5 – Variáveis.....	55
2.6- Instrumento de colheita de dados.....	56
2.7- Pré-teste.....	57
2.8- Previsão do Tratamento e análise de dados.....	57
<b>CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA.....</b>	<b>59</b>
1- Caracterização da amostra.....	59
2- Apresentação, análise e discussão dos resultados .....	61
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>78</b>

## ANEXOS

**Anexo I:** Questionário

**Anexo II:** Cronograma

## Índice de quadros

Quadro 1- Distribuição da amostra de acordo com o género.....	60
Quadro 2- Distribuição da amostra de acordo com a idade.....	60
Quadro 3- Órgão afectado no EAM.....	61
Quadro 4- EAM como principal causa de morte da população Portuguesa.....	61
Quadro 5- O EAM entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa .....	62
Quadro 6- EAM como uma doença sexualmente transmissível .....	62
Quadro 7- A aterosclerose como factor desencadeante do EAM.....	63
Quadro 8- O EAM ocorre quando o fluxo de sangue de uma artéria coronária é interrompido provocando a morte do músculo cardíaco.....	64
Quadro 9- O EAM como uma emergência médica.....	64
Quadro 10- Mortes de EAM nas primeiras horas após o início dos sintomas.....	65
Quadro 11- Sinais e sintomas de um EAM.....	66
Quadro 12- Intervenções perante uma pessoa com sinais e sintomas de EAM.....	68
Quadro 13 – Factores de risco das DCV's, nomeadamente do EAM.....	70
Quadro 14- Alterações no dia-a-dia para prevenir o EAM.....	71
Quadro 15- Papel do Enfermeiro na da prevenção do EAM.....	73

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 4ºano do curso da licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa (UFP), foi proposto a realização do projecto de graduação, como elemento de avaliação e requisito para a conclusão do curso.

Segundo Fortin (2003,p.17), “ De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional”

Também segundo Fortin (2003,p.18),

“Pela investigação numa dada disciplina visa-se a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. Assim a investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e a facilitar o desenvolvimento desta como ciência.”

Assim, na elaboração de um projecto de investigação é necessário estar ciente da sua importância, não só para o desenvolvimento dos conhecimentos, mas também sobre as bases que esses novos conhecimentos trazem a disciplina, neste caso à Enfermagem.

A investigação em Enfermagem assume actualmente, um papel importante para aquisição e solidificação de conhecimentos.

Segundo Gomes *et al.* (2007), o enfarte agudo do miocárdio (EAM) é a terceira causa de mortalidade em Portugal em 2004 (8.6%) seguindo-se as neoplasias (22,3%) e o acidente vascular cerebral (AVC) (16.4%). Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento do EAM, a sua morbilidade e mortalidade permanecem elevados.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), o EAM encontra-se também entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdida na população Portuguesa.

Apesar da baixa taxa de mortalidade no nosso país em relação a outros países da Europa, prevê-se um crescimento da incidência do enfarte apontada internacionalmente, até ao ano 2025. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das doenças cardiovasculares, Despacho nº. 766/2006).

Sabe-se que o que está na origem de um enfarte é a aterosclerose, uma doença que afecta as artérias do corpo e que se desenvolve ao longo do tempo pela presença dos factores de risco das doenças cardiovasculares. Estes factores de risco podem ser divididos em factores de risco não modificáveis como a idade e o sexo e factores de risco modificáveis como a hipertensão arterial, a diabetes, a dislipidemia, o sedentarismo, a obesidade, o tabaco, entre outros.

Os factores de risco modificáveis, que estão na origem de eventos tais como o enfarte, podem ser alterados através da adopção de um estilo de vida saudável.

Segundo o plano nacional de saúde (2004/2010), a população portuguesa apresenta algumas características de comportamento pouco saudáveis e que contribuem para o aumento do risco de doença cardíaca. O sedentarismo atinge níveis elevados, os hábitos alimentares são pouco saudáveis e o tabagismo, apesar de ser considerado como baixo para níveis europeus, ainda não se encontra controlado.

“ O desenvolvimento das ciências da saúde veio demonstrar que a morte ocorrida em idades precoces, no mundo ocidental, não se deve a uma fatalidade do destino, mas a doenças causadas pela imprevidência ou ignorância das causas reais que elas conduzem” (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das doenças cardiovasculares, Despacho nº. 766/2006, p.6).

Dado isto, é uma população onde é necessário ensinar, informar e incentivar hábitos de vida saudável, obrigando a que se tenha uma especial atenção à efectiva prevenção e correcção dos factores de risco cardiovasculares.

Perante este cenário, sobressai o papel do enfermeiro, na educação para a saúde ocupando um lugar de destaque na equipa multidisciplinar, contribuindo assim para redução do EAM.

É também fundamental a população estar informada dos sinais e sintomas de um EAM e do número nacional de emergência médica (112), de modo a reduzir a mortalidade e morbidade causada por esta doença, visto que para Gomes *et al.* (2007) um dos principais objectivos para redução da mortalidade por EAM, é a diminuição do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento. A maior parte das complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução

Neste sentido, foi criada a via verde coronária em Portugal, pela DGS, com a colaboração da sociedade portuguesa de cardiologia, das administrações regionais da saúde e do Instituto de Emergência Médica. Este projecto é um modelo de intervenção a nível pré-hospitalar de atendimento imediato aos doentes vítimas de doença cardiovascular aguda, visa a melhoria da acessibilidade dos doentes aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento – Unidades Coronárias (Gago, P. e Gomes, V. 2006).

Dada esta problemática surgiu o nosso interesse por esta temática.

O tema do trabalho é “A percepção dos jovens adultos sobre o EAM”. Desta forma foi levantada a seguinte pergunta de partida com base no tema mencionado: “Qual a percepção dos Jovens adultos, sobre o EAM?”

Segundo Fortin (2003,p.101), as questões de investigação, “ são enunciados interrogativos, escritos no presente que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população a estudada.”

Neste contexto e com intuito de orientar o estudo, colocamos ainda as seguintes questões de investigação:

- Qual a percepção dos jovens adultos sobre o EAM?
- Qual a informação que possuem os jovens adultos sobre sinais e sintomas do EAM?

- Qual a informação que possuem os jovens adultos sobre os factores de risco do EAM?
- Qual a informação que possuem os jovens adultos sobre a prevenção do EAM?

Surge desta forma, um tema adequado à área das ciências da enfermagem, actual, exequível e de grande influência para a prática clínica.

Segundo Fortin (2003,p.100),

“ O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.”

Assim os objectivos deste estudo são essencialmente:

- Conhecer a percepção dos jovens adultos sobre o EAM.
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre os sinais e sintomas do EAM.
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre os factores de risco do EAM.
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre a prevenção do EAM.

Para além dos objectivos gerais deste estudo, pretendeu-se atingir objectivos académicos nomeadamente:

- Aprofundar conhecimentos sobre o tema em estudo;
- Aplicar conhecimentos leccionados sobre a temática em estudo;
- Aprofundar os conhecimentos na área da investigação científica;
- Aplicar conhecimentos leccionados sobre investigação;

- Servir de instrumento de avaliação na unidade curricular;

Este trabalho encontra-se dividido em três partes: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica. Incluímos também a conclusão, referências bibliográficas e anexos.

Como metodologia utilizada neste trabalho optou-se por um estudo exploratório-descritivo de carácter transversal e de abordagem qualitativa e quantitativa. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário aplicado a uma amostra de 15 alunos do 3º ano dos cursos de licenciatura em Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da UFP, durante o mês de Junho de 2011. A população são os alunos do 3ºano dos cursos de licenciatura em Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da UFP.

Como principais conclusões retiradas deste estudo podemos dizer:

Relativamente a caracterização da amostra é constituída maioritariamente por alunos do sexo masculino. Quanto à idade, 40% dos alunos tem a idade compreendida entre os 23 e os 25 e 60% tem idades iguais ou superiores a 26.

Através da análise de dados colhidos podemos concluir que a maioria dos alunos que constituem a amostra tem uma percepção correcta acerca da doença. No se refere aos sinais e sintomas também na sua maioria conseguiram identifica-los, relativamente os factores de risco do EAM, também a maioria identificou os principais factores de risco. E no que diz respeito à prevenção os alunos focaram as suas respostas na alimentação saudável, na actividade física regular e na cessação tabágica, vendo o enfermeiro como educador de saúde na prevenção da doença.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

Segundo Fortin (2003, p.39) “ Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.”

### **1. Tema e problema de investigação**

Como já foi referido anteriormente o tema deste trabalho é “ a percepção dos jovens adultos sobre o EAM”.

Ao pensar na escolha do tema, concentramo-nos essencialmente em quatro pilares:

O primeiro, deve-se ao facto do tema em estudo se tratar de uma problemática actual, por ser uma doença comum na sociedade, e preocupante pois o EAM, esta entre as principais causas de morbimortalidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos no nosso país. O EAM representa também um grande problema de saúde pública não só pela sua morbimortalidade, mas também pelo seu impacto na economia dos país e suas repercussões na qualidade de vida da população.

Em segundo, devido à necessidade eminente de prevenir e combater esta doença. A causa da maior parte das doenças cardiovasculares é aterosclerose, e a sua progressão para eventos como o EAM está fortemente relacionado com a presença de factores de risco, que podem ser modificados. Os enfermeiros têm um papel importante neste domínio, principalmente porque a possibilidade de prevenção é um facto e a educação para a saúde muito utilizada como intervenção para a mudança de comportamentos é uma das principais finalidades do cuidado de enfermagem.

Em terceiro, a atribuição deste estudo a população jovem, deveu-se ao facto de que grande parte dos hábitos lesivos para a saúde é adquirido na adolescência e início da fase adulta. Deste modo achamos importante tentar perceber qual a percepção desta população jovem sobre a prevenção do EAM. Pois o conhecimento da população sobre

factores de risco e a prevenção dos mesmos são os maiores aliados no combate ao EAM.

Em quarto e último, e a título pessoal suscitou interesse ao investigador esta temática, não só pelo descrito anteriormente, mas pela patologia em questão ser bastante frequente nos ensinamentos clínicos de Urgência e Emergência, ao qual houve oportunidade de prestar cuidados e reflectir sobre a angústia e sofrimento destes doentes. Assim sendo um trabalho desta natureza se apresenta de grande utilidade.

## **2. Questões de investigação**

Segundo Fortin (2003,p.51) questão de partida é:

“Uma interrogação explicativa relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica”

A questão de partida deste trabalho é: Qual a percepção dos jovens adultos sobre o EAM?

De acordo com Fortin (2003,p.101), as questões de investigação “ são enunciados interrogativos escritos no presente e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população a estudar”.

Deste modo, colocamos ainda as seguintes questões de investigação:

- Qual a percepção dos jovens adultos sobre o EAM?
- Qual a informação que possuem os jovens adultos sobre sinais e sintomas do EAM?
- Qual a informação que possuem os jovens adultos sobre os factores de risco do EAM?
- Qual a informação que possuem os jovens adultos sobre a prevenção do EAM?

### **3. Objectivos da investigação**

Sustenta-se este trabalho num conjunto de objectivos que se constituem do seguinte modo:

- Conhecer a percepção dos jovens adultos sobre o EAM.
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre os sinais e sintomas do EAM.
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre os factores de risco do EAM.
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre a prevenção do EAM.

### **4. Quadro de referência**

Para desenvolver um trabalho de investigação torna-se necessário realizar uma pesquisa sobre alguns trabalhos realizados já anteriormente, revistas de importância científica e livros pertinentes e recentes, relacionados com a temática em estudo.

De acordo com Fortin (2003,p.93) quadro de referência é:

“Função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo. Representa a ordenação dos conceitos e subconceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto em estudo.”

Deste modo, dada a problemática que se pretende estudar, na fase conceptual serão sobretudo abordados conceitos relacionados com EAM, de forma a serem atingidos os objectivos estabelecidos e facilitar a sua compreensão.

#### **4.1. As doenças cardiovasculares – panorama nacional**

Segundo o Programa Nacional de prevenção e Controlo das DCV's (2006, p.4),

“As DCV's, nomeadamente os AVC e a doença isquémica do coração (DIC), são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do Mundo”.

Estas doenças estão também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das DCV's, 2006).

Segundo Gomes et al. (2007, p.10),

“ As doenças do sistema cardiovascular constituem a principal causa de mortalidade e morbilidade nos países desenvolvidos. O EAM constitui a manifestação mais grave de doença coronária, sendo a terceira causa de mortalidade em Portugal em 2004 (8.6%), a seguir as neoplasias (22,3%), e ao AVC (16.4%). Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento do EAM, a sua morbilidade e mortalidade permanecem elevados.”

Observa-se, no entanto, uma tendência decrescente das doenças do aparelho circulatório a nível nacional e em todos os grupos etários.

No entanto, segundo o Programa Nacional de prevenção e Controlo das DCV's (2006), há uma tendência decrescente das doenças do aparelho circulatório a nível nacional e em todos os grupos etários, sendo que para a DIC este decréscimo seja menos acentuado do que o verificado nas doenças cerebrovasculares.

“Os enfartes do miocárdio, apesar da baixa taxa de mortalidade no nosso país em comparação com outros países europeus, devem continuar a ser uma preocupação para o nosso sistema de saúde dada a perspectiva de crescimento da sua incidência apontada internacionalmente, até ao ano 2025.” (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das DCV's, Despacho n.º 766/2006,p.6).

A morbimortalidade das populações dos países de industrialização precoce alterou-se substancialmente nos últimos 100 a 150 anos, devido essencialmente ao desenvolvimento do saneamento básico, das imunizações, da nutrição e do tratamento específico de doenças infectoparasitárias. Deste modo as doenças crónicas incluindo as doenças do sistema circulatório tiveram um aumento significativo. Este aumento não se verificou uniformemente em todos os países industrializados, por exemplo a mortalidade por enfarte é maior nos países do norte da Europa que aqueles situados mais a sul (Giannini et al. 2000).

Tendo em conta a estas diferenças postulou-se a existências de factores de risco para a DIC, destacando-se entre eles o tabagismo, a hiperlipidemia e a hipertensão arterial (HTA). O conhecimento desses factores de risco tanto por profissionais de saúde como pela população em geral e a sua conseqüente redução implicou a diminuição da mortalidade e incidência das DIC, em particular, e pelas cardiopatias, e geral, nos Estados Unidos e países europeus (Giannini et al. 2000).

Apesar disso, segundo o plano nacional de saúde (2004-2010), a população portuguesa tem alguns comportamentos que favorecem o aumento do risco e doença cardíaca como é o caso do sedentarismo, que se encontra elevado mesmo entre a população activa, a alimentação é pouco saudável com a presença de elevadas quantidades de sal, gordura e açúcares e baixos níveis de fibras e vegetais. O tabagismo que ainda não se encontra controlado e em crescimento entre os jovens e mulheres, apesar de ser considerado baixo a nível europeu.

Relativamente ao perfil lipídico da população portuguesa, 68,5 % apresenta um risco moderado para a doença cardiovascular (colesterol total  $\geq$  190 mg/dl) e cerca de 23,4 % apresenta um risco elevado (colesterol total  $\geq$  240 mg/dl). O valor do colesterol total médio da população encontra-se elevado (240 mg/dl) no entanto o valor médio para o colesterol HDL (52,3 mg/dl), também (Plano nacional de saúde, 2004-2010).

Segundo Carrageta (2008,p.3),

“Nos últimos anos tem-se desenvolvido uma nova ameaça para a população portuguesa, em particular para os jovens, em resultado do abandono progressivo da nossa tradicional dieta mediterrânica, que está a ser substituída pela denominada "fast food", alimentação rica em calorias, gorduras saturadas, sal e açúcares, e pobre em fibra vegetal e micronutrientes essenciais”

Este autor também refere que as crianças portuguesas são as segundas da Europa com maior excesso de peso e obesidade. O aumento da obesidade infantil pode desencadear o desenvolvimento de factores de risco como a HTA, colesterol elevado e diabetes, provocando complicações cardiovasculares futuras e reduzindo a esperança de vida das novas gerações (Carrageta 2008).

As DCV's apresentam-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, devido a graves consequências negativas e directas para o cidadão, para sociedade e para o sistema de saúde.

A elevada prevalência dos factores de risco das DCV's obriga a que se tenha uma especial atenção a sua efectiva prevenção, detecção e correcção.

## 4.2. Aterosclerose

Aterosclerose é uma doença que se encontra subjacente ao desenvolvimento de um EAM. Para que se entenda o que é um EAM é necessário perceber o processo da aterosclerose.

De acordo com Carrageta (2008, p.5),

“A aterosclerose é uma doença em que as artérias ficam estreitadas devido a depósitos de colesterol, comumente chamadas placas de aterosclerose, na parte interior da parede arterial. Estes depósitos de colesterol provocam um fenómeno inflamatório que leva as artérias a endurecer, com aumento de tecido fibroso e calcificação das paredes atingidas.”

“À medida que a placa cresce, vai estreitando o lúmen da artéria, deste modo reduzindo o afluxo de sangue e oxigénio ao órgão afectado, que pode ser o cérebro, o coração, o rim, os membros, etc. Se a artéria fica completamente bloqueada, sem passagem de sangue, pode ocorrer, por exemplo, um enfarte do miocárdio.” (Carrageta, 2008,p.5).

De acordo com Silva (2004,p.5),

“A aterosclerose é uma doença que se caracteriza por alteração da motricidade vascular, por inflamação e pela acumulação de lípidos (colesterol presente nas LDL e outras gorduras aterogénicas), cálcio e restos celulares por baixo da íntima, dando origem a lesões, que formam as chamadas estrias lipídicas ou de gordura.”

Estas lesões começam a desenvolver-se desde a infância e evoluem para lesões mais graves constituindo assim a lesão ateromatosa clássica: a placa aterosclerótica. (silva, 2004).

Para Aehlert (2007), as placas ateroscleróticas diferem na sua constituição, vulnerabilidade à ruptura e tendência de formar coágulos.

As placas estáveis são constituídas por tecido rico em colagénio que é rígido e apresentam uma espessa capa fibrosa sobre o núcleo lipídico, estando este afastado do

contacto com o sangue, tornando estas placas menos vulneráveis à ruptura. Estas vão-se desenvolvendo ao longo do tempo, provocando a obstrução da artéria, e se esta for completa pode despoletar um EAM. No entanto estas placas vão crescendo ao longo de meses e anos, dando tempo para a formação de vasos colaterais, que se formam conforme os segmentos da artéria obstruída. Estes vasos vão permitir o suprimento sanguíneo ao músculo cardíaco, à medida que a placa aterosclerótica vai obstruindo a artéria, desta maneira evitam um EAM quando estas artérias ficam totalmente obstruídas (Aehlert, 2007).

As placas que são vulneráveis à ruptura tem mais probabilidade de romper porque são moles e tem uma fina capa fibrosa que rodeia o centro lipídico. Este exposto ao fluxo de sangue, através da agregação plaquetária forma um coágulo. As plaquetas agregadas segregam substâncias químicas que estimulam a vasoconstrição, reduzindo o fluxo de sangue ao local.

A actividade física intensa, trauma emocional grave, actividade sexual, exposição a drogas ilícitas, exposição ao frio ou infecção aguda podem provocar a ruptura da placa. Outros factores que favorecem a ruptura da placa podem incluir as forças de cisalhamento do fluxo sanguíneo, espasmo coronário no local da placa, mudanças internas na placa e efeitos dos factores de risco como a HTA e a hipercolesterolemia, (Aehlert, 2007).

Segundo Carrageta (2008), a causa exacta da aterosclerose não é totalmente conhecida, no entanto existem determinados factores de risco que estão na base do desenvolvimento da aterosclerose como é o caso da HTA, o colesterol elevado, o tabagismo, a diabetes, a obesidade, a falta de actividade física entre outros que serão abordados mais a frente no decorrer deste trabalho.

### 4.3. EAM

Knobel et al (2002, p.25) define EAM como:

“O desenvolvimento de necrose miocárdica decorrente de isquemia severa. Resulta geralmente de ruptura de uma placa de ateroma e formação de um trombo oclusivo que interrompe o fluxo sanguíneo em uma artéria coronária.”

Para Aehlert (2007,p.312), “ Um enfarte agudo do miocárdio ocorre quando o fluxo de sangue para o músculo cardíaco é interrompido ou diminui subitamente por tempo suficiente para provocar morte celular.”

De acordo com Cardoso, Sampaio e Nunes (2004), o atendimento médico precoce dos doentes com EAM é muito importante, tendo em conta a existência de estudos que comprovam que 50% das mortes no EAM ocorrem na primeira hora após o início dos sintomas, isto deve-se as complicações que ele acarreta como as arritmias ventriculares em maior grau, e a rotura da parede do ventrículo e choque cardiogénico, em menor grau.

O EAM é portanto uma situação médica de urgência, que justifica uma intervenção planeada da emergência médica.

Segundo Gomes et al. (2007), um dos principais objectivos para redução da mortalidade por EAM, é a diminuição do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento. A maior parte das complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução.

Neste sentido, foi criada a via verde coronária em Portugal, pela DGS, com a colaboração da sociedade portuguesa de cardiologia, das administrações regionais da saúde e do Instituto de Emergência Médica. Este projecto é um modelo de intervenção a nível pré-hospitalar de atendimento imediato aos doentes vítimas de doença cardiovascular aguda, visa a melhoria da acessibilidade dos doentes aos cuidados

médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento – Unidades Coronárias (Gago, P. e Gomes, V., 2006).

Para que este projecto via verde coronária, consiga atingir os seus objectivos essenciais, que são reduzir a mortalidade e morbilidade por EAM, é necessária a população estar informada dos sinais de alerta da doença e do número nacional de emergência médica (112), pois o grande atraso na condução dos doentes ao hospital deve-se geralmente, ao não reconhecimento por parte dos mesmos da importância dos sintomas.

A partir do momento que é reconhecido o início de uma doença súbita como o EAM, segundo Aehlert (2007) para a vítima ter maior hipótese de sobrevivência e um melhor prognóstico devem acontecer imediatamente quatro etapas fundamentais que dá o nome de corrente de sobrevivência que são os seguintes: Acesso fácil, ressuscitação cardiovascular precoce, desfibrilhação precoce e suporte avançado de vida em cardiologia precoce.

É de salientar que o acesso fácil envolve a educação pública, sendo importante ensinar o público acerca dos sinais precoces de alerta de um EAM e a necessidade de atenção imediata. Na educação pública também deve incluir como ter acesso rápido ao serviço médico de emergência (Aehlert, 2007).

### **Sinais e sintomas**

Aehlert (2007) refere que o desconforto torácico é o sintoma mais comum de enfarte e tipicamente persiste por mais de 30 minutos. Esta presente em 75% a 80% dos pacientes com EAM.

Para além da dor e do desconforto torácico existem outros sintomas associados ao EAM que são os seguintes:

- Fraqueza generalizada;
- Dificuldade respiratória;

- Sudorese excessiva;
- Náuseas ou vômitos sem explicação;
- Tonturas;
- Sincope ou pré-sincope;
- Palpitações;
- Dor localizada no braço ou mandíbula;
- Fadiga;
- Arritmias;

(Aehlert, 2007,p.315)

Para Gomes et al. (2007) os sinais e sintomas associados ao EAM com supradesniveleamento do segmento ST são:

1. Desconforto retroesternal – opressão, peso, ardor, pressão ou dor retroesternal habitualmente com mais de 30 minutos de duração.
- 2.Descoferto em um ou ambos os braços, no pescoço, na mandíbula, no dorso (entre as omoplatas) ou epigastro.
3. Dispneia – pode ser isolada, preceder ou acompanhar o desconforto.
- 4.Diaforese, náuseas e vômitos.

### **Factores de risco**

Viera e Moriguci (2000), definem factor de risco (FR) como:

“ (...) aquelas características que quando encontradas em determinados indivíduos saudáveis estão associadas de forma independente com a manifestação subjacente de uma determinada doença. Neste sentido, um factor de risco pode ser definido como qualquer traço ou característica mensurável de um indivíduo que possa predizer a probabilidade deste indivíduo vir a manifestar uma determinada doença”

Segundo o programa nacional de controlo e prevenção das doenças cardiovasculares (2006), os principais factores de risco individuais a considerar para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, são os seguintes:

- Tensão arterial elevada
- Dislipidemia
- Hábitos tabágicos
- Alimentação inadequada (por ex. excesso de sal, gordura e, açúcar ou carência de vegetais e leite)
- Excesso de peso / obesidade
- Sedentarismo
- Diabetes Mellitus
- Stress excessivo

Pádua (2009) refere:

“Sem uma alteração radical dos estilos de vida a raça humana vai-se degradando, a esperança de vida começa a diminuir e a hipertensão não se controla. A diabetes e a obesidade aumentam e as doenças do aparelho circulatório matam-nos ou dão cabo de nos em vida, apesar de quase todas elas serem perfeitamente evitáveis, sem necessitar de desculpas com a genética.”

Aehlert (2007, p.18), define factores de risco como “(...) traços e hábitos de vida que podem aumentar a probabilidade de uma pessoa desenvolver uma doença.”

E divide-os em três grupos distintos: factores de risco não-modificáveis, que não podem ser modificados, factores de risco modificáveis, que podem ser mudados ou tratados e factores de risco contribuintes, que levam a um risco aumentado de doença cardíaca, mas o seu papel exacto ainda precisa de ser definido.

### **Factores de risco não-modificáveis**

**Hereditariedade:** A existência de doença cardiovascular na história familiar de uma pessoa é um factor de risco no desenvolvimento de doença cardiovascular. O aparecimento precoce em um parente de primeiro grau (idade de 55 anos para um parente do sexo masculino ou 65 anos para o feminino) aumenta o risco de doença cardiovascular, (Aehlert, 2007).

**Sexo:** a incidência de doença arterial coronária (DAC) em homens é semelhante à que ocorre em mulheres 10 anos mais velhos. Abaixo dos 55 anos de idade é uma doença muito mais comum entre os homens do que nas mulheres. Antes da menopausa as mulheres raramente sofrem de enfartes. Após a menopausa, a doença cardíaca (DC) torna-se comum, de modo que os índices entre as mulheres alcançam gradualmente os dos homens. Acima dos 75 anos, os números encontram-se ao mesmo nível, (Davidson, 2005).

**Idade:** a incidência das doenças cardiovasculares aumenta de forma importante com a idade, (Aehlert, 2007).

### **Factores de risco modificáveis:**

**Hipertensão arterial:** Silva et al. (2009), refere que a HTA em Portugal, como na maioria dos países mundiais, constitui o maior problema de saúde pública, dado a sua elevada prevalência (42%) com uma baixa taxa de tratamento (39%) e apenas 11% de doentes controlados.

A HTA está frequentemente associada a outras patologias (diabetes mellitus ou dislipidemias) e outros factores de risco vascular (tabagismo, sedentarismo, obesidade, etc.).

Os doentes devem ser considerados hipertensos e merecedores de tratamento quando tem a pressão arterial repetidamente superior a 140/90 mmHg (Silva et al. 2009).

A pressão alta nas artérias danifica as paredes e acelera o desenvolvimento do atheroma. O coração também tem de trabalhar mais para bombear sangue sob alta pressão, mas tem de fazê-lo sem um fornecimento de oxigénio adequado. Isto aumenta a possibilidade de aparecimento de angina de peito ou de um EAM, (Davidson, 2005).

A HTA pode ser prevenida com adopção de certas medidas não farmacológicas como: dieta pobre em sal, redução de peso (se necessário), redução de ingestão de álcool e de café em excesso e prática de actividade física. No entanto, se com a implementação destas medidas os valores de tensão arterial não baixarem será necessário recorrer a medidas farmacológicas, (Ramalhão e Vagas, 2010).

**Hábitos Tabágicos:** Silva et al. (2009), refere que a relação entre o consumo e/ou exposição ao tabaco e o risco de desenvolver doença coronária esta bem estabelecida. O efeito prejudicial do tabaco aumenta quanto maior o consumo diário e a duração dos hábitos tabágicos. Nas mulheres é especialmente importante, uma vez que o tabaco reduz, de forma significativa, a protecção relativa conferida pelos estrogénios.

A incidência de enfarte do miocárdio aumenta seis vezes nas mulheres e três vezes nos homens que fumam pelo menos 20 cigarros por dia, em comparação com os indivíduos que nunca fumaram. Da mesma forma, o tabagismo tem efeitos nocivos nos doentes coronários submetidos a angioplastia ou a bypass coronário e nos doentes com disfunção ventricular esquerda (Silva et al.,2009).

Para Silva et al. (2009), o tabaco aumenta o risco d doença aterosclerótica, ainda que este mecanismo não seja completamente estabelecido, interferindo nos diversos factores de risco como: no aumento do colesterol e triglicerídeos e redução do HDL, aumento dos níveis de glicemia em jejum, aumento do número de eritrócitos e leucócitos sanguíneos e do fibrinogénio plasmáticos com naturais consequências hemorreológicas, precocidade da menopausa redução da resistência física e incremento das concentrações plasmáticas de androgénios em comparação com os estrogénios. O ex-fumador sem

doença coronária tem um risco de eventos coronários semelhante ao do não fumador ao fim de 10 anos.

Para Aehlert (2007), o fumo do tabaco provoca lesões na camada interna dos vasos sanguíneos e acelera o processo arteriosclerótico, provocando ainda espasmo arterial coronário. A nicotina aumenta a frequência cardíaca e a pressão sanguínea.

**Dislipidemia:** Silva et al. (2009), refere que a relação entre o colesterol total (CT), o colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e das lipoproteínas de alta densidade (HDL) e a doença arteriosclerótica assenta em bases científicas inquestionáveis. O colesterol pode ser considerado como o principal factor de risco da doença aterosclerótica, pois a aterosclerose desenvolve-se a partir da deposição de colesterol na parede arterial, no espaço subendotelial e sem este mecanismo não há aterosclerose. Os triglicéridos apesar de aumentarem também o risco de doença coronária ainda existe alguma dificuldade na compreensão do seu papel na doença cardiovascular.

A Sociedade Portuguesa de aterosclerose (SPA) considera que os valores lipídicos ideais a prosseguir são os seguintes:

- $CT < 180 \text{ mg/dl}$  e  $C\text{-LDL} < 100 \text{ mg/dl}$  .
- $HDL > 45 \text{ mg/dl}$  e Triglicéridos  $< 150 \text{ mg/dl}$

Nas crianças e nos adolescentes, a SPA considera também como aceitáveis  $CT < 170 \text{ mg/dl}$ ,  $LDL < 110 \text{ mg/dl}$  e  $HDL > 45 \text{ mg/dl}$  e devem ser considerados elevados um  $CT > 200 \text{ mg/dl}$  e um  $LDL > 130 \text{ mg/dl}$ .

O tratamento e prevenção destas alterações passa pela adopção de um estilo de vida mais saudável e adequado, consistindo especialmente na redução da ingestão de gorduras de origem animal, saturadas (leite gordo, queijo, manteiga e carnes gordas) e pela prática de actividade física regular. Quando estas medidas não são suficientes, é

necessário recorrer a medicamentos tais como as estatinas os fibratos entre outros. (Ramalhão e Vagas, 2010).

**Diabetes Mellitus:** Silva et al. (2009) alude que a diabetes mellitus é um factor de risco bem estabelecido para a doença cardíaca e é uma das doenças crónicas mais disseminadas a nível mundial com enorme repercussão em termos de saúde pública. A OMS estima que em 2025, haja 300 milhões de diabéticos em todo o mundo.

Em Portugal, 6,5 % da população adulta sofre de diabetes. Tendo em conta que este número não abrange os diabéticos não diagnosticados a realidade esta seguramente subvalorizada. (Silva et al., 2009).

Podemos distinguir Diabetes tipo 1 ou insulino-dependente e Diabetes tipo 2. O tipo 1 surge normalmente na infância ou adolescência devido a uma destruição pelo sistema imunitário das células produtoras de insulina. A diabetes tipo 2 é bastante mais frequente, e neste caso a glicose permanece na circulação sanguínea por duas razões: as células tornam-se resistentes à insulina ou o pâncreas produz pequenas quantidades desta hormona. É a tipo 2 que nos interessa mais como factor de risco, pois sabe-se que quanto mais tecido adiposo se tem, mais as células se tornam resistentes à insulina. Deste modo, esta doença está fortemente relacionada com o excesso de peso e à inactividade, além dos factores genéticos e da idade. (Vaz, 2010).

A diabetes, particularmente a diabetes tipo 2 influencia o aumento de alterações lipídicas que contribuem para o risco cardiovascular acrescido. A dislipidemia diabética não é estabilizada pelo controle glicémico, implicando terapêutica específica e modificação dos estilos de vida (Silva et al., 2009).

A HTA também é uma doença comum nos diabéticos. Nos diabéticos tipo 2, a HTA é três vezes mais frequente que nos não diabéticos, e nos diabéticos tipo 1, surge normalmente associada à nefropatia diabética (Silva et al., 2009).

Os factores cardiovasculares clássicos como a HTA e a dislipidemia estão fortemente associados à diabetes, no entanto o risco de sofrer de doença cardiovascular é três a

cinco vezes maior apenas relacionado com a diabetes e independentemente dos factores de risco clássicos (Silva et al., 2009).

A SPA (2009), declara como objectivos do controle glicémico: hemoglobina glicada (HbA1C) inferior a 6,5%, glicemia em jejum inferior a 100 mg/dl e glicemia pós-prandial inferior a 140 mg/dl.

Valores acima destes patamares implicam a adopção de estilos de vida mais saudáveis, e caso necessário, de medidas farmacológicas. (Vaz, 2010).

O controlo metabólico permite reduzir significativamente as complicações microvasculares específicas da diabetes, tendo igualmente efeitos positivos na doença cardiovascular (Silva et al., 2009).

**Sedentarismo:** Stefanni et al. (2004), assume que o sedentarismo aumenta o risco cardiovascular. A actividade física promove vários benefícios para o organismo reduzindo o risco cardiovascular e melhorando a função cardíaca como: no aumento do débito cardíaco, diminuição da resistência à insulina, do LDL-colesterol, dos triglicerídeos e dos níveis de pressão arterial e também pode levar a regressão de placas ateroscleróticas e sua estabilização. Os indivíduos sedentários possuem um risco para doença arterial coronária 8 vezes superior ao daqueles fisicamente activos.

Para Silva et al. (2009), há uma serie de contributos que actividade física pode proporcionar relativamente à doença cardiovascular, como:

- Central na prevenção e tratamento da obesidade;
- Optimiza a acção da insulina e reduz a glicemia;
- Central na prevenção e tratamento da diabetes tipo 2;
- Melhora funcionamento do coração, confere estabilidade eléctrica e previne as arritmias graves;
- Favorece a circulação coronária e diminui a vulnerabilidade miocárdica;
- Diminui a agregação e reactividade plaquetária;

- Promove o desenvolvimento físico, psíquico e social harmonioso e combate os comportamentos de adicção;
- Diminuição o stress e libertação basal de adrenalina.

Para manter a saúde cardiovascular todo o adulto deverá acumular, no mínimo, 30 minutos de actividade física moderada diária (Silva et al., 2009).

**Alimentação desequilibrada:** Para Silva et al. (2009), o padrão alimentar actual constitui hoje um importante factor de risco cardiovascular e é caracterizado essencialmente por um excesso nas quantidades energéticas como é o caso do elevado consumo de alimentos densamente calóricos e ricos em gordura saturada, e desequilibrado nos seus constituintes como é o caso de um baixo consumo de produtos hortícolas, fruta, peixe entre outros e deficitário em substâncias protectoras como em fibras e antioxidantes.

A alimentação preventiva das doenças cardiovasculares assentam essencialmente em manter o peso adequado, eleger métodos “saudáveis” de confecção dos alimentos, evitar o sal na cozinha, não comer carne em excesso, rica em gordura predominantemente saturada e dar primazia as carnes magras, comer peixe pelo menos uma vez por dia, comer sopa as principais refeições e fazer 5 a 6 refeições diárias, distribuídas equilibradamente por 3 refeições principais e 2 ou 3 intercalares (Silva et al.,2009).

**Obesidade:** Para Aehlert (2007), a obesidade aumenta o risco de doença cardíaca e a probabilidade de desenvolver outros factores de risco para a doença cardíaca coronária, incluindo hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto.

O índice de massa corporal (IMC) é um cálculo utilizado na avaliação do peso corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso em gramas}}{\text{altura em centímetros}} \times 704,5$$

Esta fórmula, é utilizada em homens e mulheres adultos e tem-se mostrado um preditor eficiente da gordura corporal (Aehlert, 2007).

Outro factor importante é distribuição de gordura corporal, a obesidade abdominal está relacionada com um risco maior de doença cardíaca. Um aumento da circunferência da cintura (superior a 100cm em homens e superior a 89 cm em mulheres) é um preditor de risco cardiovascular mais forte do que o IMC (Aehlert, 2007).

### **Factores de risco contribuintes**

**Stress:** Aehlert (2007), refere que durante episódios de stress, o corpo liberta hormônios como a epinefrina, tendo como resultado um aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da necessidade de oxigénio pelo organismo.

Aumenta também os factores de coagulação no sangue, com isto há um risco aumentado de um coágulo se alojar numa artéria, o que aumenta a probabilidade de um EAM.

A resposta corporal ao stress pode piorar outros factores de risco cardiovasculares como por exemplo: uma pessoa exposta ao stress, pode exercitar menos, comer em demasia, começar a fumar ou fumar mais que o normal.

**Marcadores inflamatórios:** A proteína c-reactiva (PCR), é produzida pelo fígado e libertada na corrente sanguínea quando há actividade inflamatória no corpo. Níveis elevados de PCR no sangue sugerem a existência de inflamação persistente. A aterosclerose é uma doença inflamatória. Altos níveis sanguíneos de PCR podem ser usados para predizer eventos tais como: EAM, AVC, doença vascular periférica e morte súbita.

O fibrinogénio é uma proteína produzida pelo fígado e necessária para a coagulação do sangue. Altos níveis sanguíneos de fibrinogénio aumentam a consistência do sangue e podem ter um papel directo na agregação plaquetária, podendo ser utilizados para predizer o risco futuro de EAM e AVC.

**Factores psicossociais:** Pessoas com depressão tem um risco maior de desenvolvimento de doença cardíaca do que aquelas saudáveis. A depressão é comum em pessoas com doença cardíaca coronária e é preditiva de mau prognóstico para doentes após EAM.

Factores como educação, rendimento familiar e emprego afectam os factores de risco para a doença cardíaca. Estrutura social debilitada e pobreza estão associadas ao aumento no risco de DAC. Como exemplo, pessoas de grupos socioeconómicos mais baixos podem não ter fácil acesso aos cuidados de saúde e são mais propensas a fumar e têm menos acesso a uma dieta saudável.

**Álcool:** A ingestão excessiva de álcool (duas ou mais doses por dia) está associada a um risco aumentado de morte por diversas causas, incluindo as DCV's. No entanto diversos estudos têm demonstrado que a ingestão leve a moderada de álcool (uma dose diária para as mulheres e duas doses diárias para os homens) tem um efeito protector contra a doença coronária em ambos os sexos.

## **Diagnóstico**

Para Knobel et al. (2002), o diagnóstico é realizado a partir da história, exame físico e análise do electrocardiograma (ECG) de admissão do paciente ao hospital. Deve ser rápido a fim de proporcionar pronto tratamento, e eficaz, pois o erro diagnóstico pode ter consequências desastrosas.

## **Electrocardiograma**

Para Setefanni et al. (2004), o ECG é sem dúvida, a principal ferramenta, ao lado da história clínica, no diagnóstico e avaliação prognóstica do paciente com dor torácica, sugestiva de Síndrome Coronário Agudo (SCA).

Um ECG inicial com supradesnivelemento do segmento ST maior ou igual a 1mm em pelo menos duas derivações contíguas, que não reverte após a administração de nitrato

sublingual ou com bloqueio completo de ramo esquerdo novo ou presumivelmente novo, define com alta probabilidade o diagnóstico de EAM, orientando para o tratamento (Setefanni et al., 2004).

Alterações caracterizadas por inversão da onda T maior ou igual a 1mm ou infradesnivelamento do segmento ST maior que 1mm também em duas ou mais derivações ocorrem na angina instável ou no EAM sem supra ST. Nestes quadros a obstrução da artéria não é total (Setefanni et al., 2004).

Assim o ECG realizado nos primeiros 10 minutos do atendimento inicial do paciente com sintomatologia sugestiva de SCA, coloca-o em um dos três grupos com prognósticos diferentes e que exigem estratégias terapêuticas distintas (Setefanni et al., 2004).

### **Marcadores bioquímicos de necrose miocárdica**

A perda de integridade da membrana dos miócitos em decorrência de isquemia prolongada permite que macromoléculas atinjam o interstício celular e caiam na microcirculação, possibilitando a dosagem sérica dessas substâncias. Entre os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica, os mais utilizados hoje são a mioglobina, a creatininoquinase e as trombinas, sendo as duas últimas as mais importantes (Stefanni et al. 2004).

Os marcadores de necrose miocárdica são utilizados para o diagnóstico de EAM. Mas segundo, Knobel et al. (2002) tem como função mais importante a confirmação do diagnóstico de pacientes com SCA, sem supradesnivelamento de ST. Há uma demora de 3 a 6 horas para que se evidencie aumento nos níveis séricos dos marcadores de lesão comumente utilizados.

Para os pacientes com EAM com supradesnivelamento ST, o tratamento de reperfusão deve ser iniciado imediatamente, não sendo necessária a confirmação do diagnóstico pela elevação desses marcadores (Knobel et al., 2002).

## **Tratamento**

Segundo Gavina e Pinho (2007), o tratamento precoce pode limitar ou mesmo prevenir a lesão do músculo cardíaco. No EAM com supra desnivelamento ST, como artéria esta ocluída e o miocárdio está em sofrimento, é urgente remover o coágulo para permitir o fluxo sanguíneo.

Segundo Gomes et al. (2007,p.10),

“A redução do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento, constitui um objectivo prioritário em todos os programas de EAM. As principais complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução do enfarte. A fibrilhação ventricular é a principal causa de mortalidade precoce, sendo a sua incidência máxima no início do EAM e diminui rapidamente nas primeiras horas.”

Para Gavina e Pinho (2007), alguns tratamentos devem ser iniciados imediatamente quando se suspeita de um EAM, mesmo antes de o diagnóstico ser confirmado, estes incluem:

- Oxigénio, embora a sua utilização nem sempre seja necessária;
- Aspirina (250 mg mastigados) importante para prevenir a formação de mais coágulos, conseguindo reduzir a mortalidade no enfarte.
- Nitratos (nitroglicerina ou dinitrato de isossorbido, sublingual, até três comprimidos com espaço de cinco minutos entres eles) para reduzir o trabalho cardíaco e melhorar o fluxo sanguíneo.
- Morfina (endovenosa) para tratar a dor e reduzir a ansiedade associada ao enfarte.

Para além destes tratamentos existem outras medidas que devem ser tomadas de imediato como monitorização do ritmo cardíaco e colocação de cateteres nas veias para poder administrar rapidamente medicação.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de EAM, o tratamento passa a ser dirigido ao restabelecimento precoce do fluxo sanguíneo. Existem duas formas possíveis de

remover o coágulo: a trombólise (tratamento com fármacos) e angioplastia (tratamento que usa meios mecânicos, (Gavina e Pinho, 2007).

### **Terapia de reperfusão**

A terapia de reperfusão tem como objectivo restaurar a perfusão miocárdica e esta indicada em pacientes que se apresentem dentro de 12 horas do início dos sintomas sugestivos de EAM, e com elevação ST ou novo bloqueio de ramo esquerdo (Knobel et al.,2002).

Quanto mais precoce a reperfusão, maior a hipótese de se atingir o restabelecimento de fluxo, mais músculo cardíaco pode ser salvo e melhor o prognóstico.

Para knobel et al. (2002), existem duas estratégias para se obter reperfusão:

- Reperfusão química: É a administração endovenosa de drogas capazes de lisar o trombo – trombolíticos. A administração de trombolíticos apresenta contra-indicações que representam situações de maior risco de hemorragia, como é o caso de AVC Hemorrágico prévio, outros AVC no último ano, neoplasia intracraniana , sangramento interno activo, suspeita de dissecação de aorta entre outros.
- Recanalização mecânica : A angioplastia primaria consiste na desobstrução, por cateter-balão,ou implante de sent na artéria ocluída responsável por EAM. É utilizada como estratégia de reperfusão alternativa à trombolise, que visa evitar os riscos de grandes sangramentos. Existem situações em que o benefício da angioplastia é superior à trombólise como nos casos seguintes: contra-indicação à trombolise, choque cardiogênico, cirurgia de revascularização prévia, EAM anterior extenso.

## **Farmacologia**

Existem fármacos cujo início deve ser o mais precoce possível na ausência de contra-indicações, dado o seu impacto sobre a mortalidade e as complicações decorrentes do EAM como referem Gavina e Pinho (2007). Estes incluem:

- Os anti-agregantes plaquetários, aspirina e clopidogrel, são essenciais para prevenir a formação de novos trombos.
- Bloqueadores beta diminuem o trabalho cardíaco, reduzindo a frequência cardíaca e a tensão arterial, e diminuem a taxa de reenfarte, as arritmias e a mortalidade.
- Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) são importantes para impedir a progressão da insuficiência cardíaca após o enfarte, mostram prevenir a progressão da doença aterosclerótica, reduzindo o reenfarte e a mortalidade.
- As estatinas são medicamentos que diminuem o colesterol e atrasam a progressão da aterosclerose. No EAM mostraram diminuir a mortalidade e reenfarte quando usados precocemente, independentemente dos valores de colesterol.
- Heparina não fracionada (HNF) é recomendada para pacientes com mais de 75 anos ou mais, como terapia adicional à trombólise. Nos pacientes não submetidos a trombólise a heparina de baixo peso molecular (especificamente enoxaparina) pode ser considerada uma alternativa aceitável à HNF. (Aehlert, 2007)

#### **4.4. Papel do enfermeiro na prevenção das DCVs**

O modelo biomédico adquiriu grande importância na cura das doenças ao longo da primeira metade do século XX, devido aos avanços científicos e tecnológicos que se verificaram nessa época (Pereira, Almeida e Domingos, 2008).

Segundo Pereira, Almeida e Domingos (2008, p.55),

“A sofisticação dos tratamentos médico-cirúrgicos, a invenção do antibiótico e a produção de vacinas, contribuíram para o aumento de esperança de vida e para a diminuição da mortalidade infantil, levando a um maior impacto das doenças crónicas bem como das doenças degenerativas associadas à velhice.”

Deste modo, as principais causas de doença passaram a ser associadas ao comportamento humano.

“A nível mundial e também em Portugal, as questões de saúde deixaram de se focalizar na doença e o foco de intervenção passou a ser a prevenção de doença e a promoção da saúde.” (Antunes e Taveira, 2006, p. 54).

De acordo com Pereira, Almeida e Domingos (2008, p.55), “A promoção da saúde baseia-se no princípio de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas a podem melhorar.”

A carta de Ottawa (1986), define promoção da saúde como:

“(…) o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objectivo de viver.”

Segundo Palmeira, Pereira e Melo (2004, p.86), “O termo prevenção em saúde pública significa a acção antecipada que tem por objectivo prever e anular a evolução de uma doença.”

De acordo com ROUQUAYROL GOLDBAUM (*cit. in* Palmeira, Pereira e Melo 2004,p.86):

“A prevenção das DCV’s, em grande parte desenvolve-se numa perspectiva de saúde pública, englobando os dois primeiros níveis clássicos: prevenção primária e prevenção secundária. A prevenção primária refere-se ao conjunto de acções que tem como objectivo intervir sobre os factores de risco, reduzindo a possibilidade de manifestação da doença. Já a prevenção secundária diz respeito ao diagnóstico precoce e imediato tratamento destas afecções com o objectivo de evitar agravamento da doença com lesão de órgão alvo, incapacidade ou morte.”

Tendo em conta que o actual padrão de saúde/doença está fortemente relacionado com o comportamento humano, os serviços de saúde e os seus profissionais tem especial importância neste domínio. Neste sentido o enfermeiro destaca-se pela sua crescente autonomia, capacidade e conhecimentos especializados, sendo um importante membro das equipas multidisciplinares como educador de saúde (Antunes e Taveira, 2006).

Peter Hojort (*cit. in*, Pereira, Almeida e Domingos 2008,p.56), considera que a educação para a saúde se identifica a:

“Uma escala que é preciso subir e cada degrau representa uma fase desse processo. O início dá-se com a comunicação, segue-se a compreensão dos factos, acredita-se que é preciso mudar algo, actua-se em conformidade porque se interiorizou um conjunto de atitudes, crenças e habilidades que nos levam à adopção de comportamentos mais adequados.”

Deste modo os enfermeiros devem intervir de forma que as pessoas sejam capazes de um exame crítico dos seus problemas e comportamentos de saúde e deste modo sejam responsabilizados, tornando-os capazes de elegerem comportamentos saudáveis (Pereira, Almeida e Domingos, 2008).

Assim, e tendo em conta a importância da educação para a saúde nos últimos anos os enfermeiros devem ter formação em várias áreas do conhecimento de modo a serem capazes de perceber o desenvolvimento do comportamento humano, os modos de vida das pessoas, a variedade de reacções ao stress e aos acontecimentos inesperados da vida, a importância do apoio e da valorização das famílias e dos grupos no âmbito da saúde. (Honoré 2002; Andrade, 1995;castell, 1993; Grácio, 1996; Larrea e Plana, 1993; skeet,1999, *cit in* Pereira, Almeida e Domingos, 2008).

Os enfermeiros devem procurar compreender a pessoa humana na sua globalidade, inserida num contexto, num ambiente, de forma a promover e favorecer a vida e a saúde (Pereira, Almeida e Domingos, 2008).

Segundo Pádua (2009),

“os adultos dos 30 aos 40 anos, querem (agora!) parar de fumar, mas os rapazes e sobretudo as raparigas, adolescentes e até crianças mergulham de olhos fechados no tabaco, no álcool e na droga, como se as suas vidas disso dependessem, e de facto dependem, no mau sentido.”

Este autor ainda refere:

“Os adultos maiores de 20 anos, quando vão fazer um check-up, a maioria deles já estão gordos e são preguiçosos com hábitos de alimentação e de sedentarismo muito errados. E para além disso, tem já quase sempre sem o saber, pré-hipertensão, pré-diabetes e pré-dislipidemia, quando não a própria doença instalada. (...) Temos de nos antecipar e começar a transmitir o conhecimento dos factores de risco e dos estilos de vida mais saudáveis às crianças, temos de explicar bem por que estas opções são boas e outras más aos nossos jovens, aos nossos filhos pequenos que são futuros homens (e futuros pais de futuros jovens também).”

Para Fernandes (2008), a educação deve abranger toda a comunidade, mas em especial a população jovem, porque as oportunidades de adquirir hábitos de saúde situa-se sobretudo na infância e adolescência e nestas idades ainda não existe muitas oportunidades de adquirir hábitos insanos e onde é mais fácil a assimilação de novos conhecimentos e aprendizagem dos mesmos.

Os jovens universitários segundo Fernandes (2008), são uma população de risco onde é necessário intervir através da educação para a saúde, pois muitos estudantes ao entrar no ensino superior adquirem comportamentos pouco saudáveis como é o caso de hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, a frequentar locais de lazer como cafés, bares e discotecas. Outro factor é por vezes a ausência do seu meio familiar, estando sujeitos a novas influências e a uma diminuição do controlo familiar.

É, portanto, um imperativo Educar para a Saúde os alunos universitários, pois são manifestamente uma população de risco.

Tendo em conta este panorama, o enfermeiro tem um papel central neste domínio, actuando na prevenção através da educação para a saúde na comunidade em geral e em especial na população jovem.

#### **4.5. Jovens adultos**

Para Keneth Keniston (1965) (*cit in* Pereira, A. 2007),

“ o conceito de jovem adulto ganha consistência e passa a ser encarado como uma fase da vida humana que resulta da confluência de vários factores: prolongamento da formação pessoal e profissional, dependência económica dos pais, incerteza quanto ao futuro e adiamento da conquista da autonomia económica e financeira.”

Levinson (1978) ( *cit in* Monteiro, S. Tavares, J. e Pereira, A. 2009,p.130),

“ (...) designou a faixa etária dos 17 aos 33 anos como um estágio principiante de desenvolvimento (“novice phase of development”), cuja tarefa dominante implica a entrada no mundo adulto e a construção de uma estrutura de vida estável. Durante este processo, o jovem experimenta uma serie de mudanças e instabilidade, ao mesmo tempo que surgem diversas e variadas possibilidades na vida profissional e na vida afectiva.”

Arnett (1997, 1998,2000, 2001, 2004, 2006) (*cit in* Monteiro, S. Tavares, J. e Pereira, A. 2009,p.130),

“(…) propôs uma nova etapa de desenvolvimento humano, que designou de adulez emergente. Este período desenvolvimental, que decorre entre os 18 e os 25 anos de idade, corresponde a um período distinto dos períodos desenvolvimentais da adolescência e da adulez.”

Segundo este autor, a adulez emergente é um período de desenvolvimento típico dos jovens nas sociedades industrializadas devido essencialmente as alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas, no que diz respeito ao adiamento do casamento e da parentalidade por parte destes jovens.

Em Portugal este retardamento do casamento e da parentalidade também se tem verificado e mantido ao longo das últimas décadas para ambos os sexos.

De acordo com a teoria deste autor, a adulez emergente apresenta características próprias que a distingue da adolescência e da adulez :

**Exploração da identidade:** Segundo este autor a adulez emergente é a idade de exploração de identidade, quer a nível profissional, quer a nível afectivo. Numa fase em que são mais independentes dos seus pais, mas que ainda não assumiram compromissos típicos da idade adulta (e.g.,casamento, parentalidade), os adultos emergentes têm oportunidade única para experimentar e viver diferentes possibilidades.

**Instabilidade:** Em Portugal, questões como o alargamento da escolaridade obrigatória, a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, o ingresso em carreiras profissionais mais exigentes ou ainda o acesso à habitação própria tornam este período repleto de instabilidades.

**Autofocus:** A adulez emergente é também a idade do autofocus, no sentido de que os adultos emergentes têm poucas obrigações e deveres sociais, e poucos compromissos com os outros, o que lhes permite grande autonomia na gestão das suas vidas.

**Sentimento “in-between”:** Isto é, o sentimento de ter atingido a idade adulta demora tempo a ser alcançado, havendo um período substancial em que os indivíduos se sentem “in-between”, como se estivessem a emergir na idade adulta, embora ainda não se

sintam completamente lá. Obviamente, que esta questão está intimamente relacionada com os critérios, segundo os quais os indivíduos se consideram adultos.

**Possibilidades:** A adulez emergente é também a idade das possibilidades. E o é de duas formas distintas. A primeira relaciona-se com o optimismo e a esperança no futuro, característicos deste período. A segunda tem a ver com o fato de este período representar uma oportunidade crucial para os jovens estabelecerem uma identidade independente, e tomarem decisões acerca do tipo de pessoa que querem ser e do tipo de vida que querem ter no futuro.

É também neste período de vida que os jovens têm oportunidade de se distanciar das suas famílias de origem e tentar construir os seus próprios caminhos, uma vez que até este período (durante a infância e adolescência) são normalmente os pais os grandes responsáveis pelas decisões importantes das suas vidas.

Chikering (cit in Pereira, A. 2007), formulou a teoria do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário, e designou as fases do desenvolvimento por vectores do desenvolvimento que são: tornar-se competente, dominar as emoções, desenvolver a autonomia, estabelecer a identidade, libertar as relações interpessoais, desenvolver ideais e desenvolver a integridade.

Segundo este autor, cada uma destas fases terá de ser ultrapassada e resolvida para permitir o processo de construção da identidade. Este conjunto de vectores desenvolve-se igualmente, independentemente da entrada ou não, para a universidade.

## II- FASE METODOLOGICA

Fortin (2003,p.40) refere que, “No decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas e às hipóteses formuladas.”

### 1. Considerações éticas

Segundo Fortin (2003,p.116),

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.”

Com base nos direitos fundamentais das pessoas, Fortin (2003) definiu cinco princípios ou direitos que são aplicáveis aos seres humanos, sendo estes estabelecidos pelos códigos de ética. Segundo esta autora os cinco princípios são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito á protecção contra o desconforto e prejuízo e direito ao tratamento justo e leal. Descreve-se de seguida cada um dos direitos:

**Direito à autodeterminação:** Os sujeitos que participam no estudo têm o direito a decidir livremente sobre a sua participação no estudo ou o direito de se retirarem a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os próprios, o investigador não pode influenciar a tomada de decisão dos sujeitos, bem como o material utilizado ter como finalidade, o estudo.

**Direito à intimidade:** Os sujeitos que participam no estudo têm o direito a decidir quanto à quantidade de informação a transmitir aquando da participação na investigação.

**Direito ao anonimato e à confidencialidade:** A identidade dos intervenientes no estudo de investigação deve ser confidencial e anónima.

**Direito á protecção contra o desconforto e prejuízo:** Refere a protecção dos sujeitos contra inconvenientes susceptíveis de provocarem danos de ordem física, psicológica, legal ou económica.

**Direito ao tratamento justo e leal:** Os intervenientes no estudo têm o direito a receber um tratamento equitativo antes, durante e após a sua participação no processo de investigação.

## **2. Desenho de investigação**

Segundo Fortin (2003,p.132),

“ O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas validas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (...) para além de visar responder às questões de investigação, o desenho tem como objectivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo.”

Os componentes fundamentais do desenho de investigação passam pelo meio onde o estudo é realizado; a selecção dos participantes e tamanho da amostra; a escolha do tipo de estudo; as estratégias utilizadas para conduzir as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita de dados e o tratamento dos mesmos (Fortin, 2003).

### **2.1. Meio**

O instrumento de colheita de dados foi aplicado em meio natural, ou seja, segundo Fortin (2003), o estudo fora de laboratório denomina-se estudo em meio natural, o que significa que ele se faz fora de locais fortemente controlados, como os laboratórios.

O presente estudo realizar-se-á na Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

## **2.2. Tipo de estudo**

Pela natureza do estudo que se pretende efectuar, a estratégia de investigação utilizada visa a metodologia de investigação exploratória-descritiva, transversal, inserida num paradigma quantitativo e qualitativo, desenvolvida em meio natural.

Fortin (2003,p.52), refere que a investigação exploratória-descritiva “ (...) consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido”.

Trata-se de um estudo transversal, uma vez que a recolha de dados realizar-se-á num único momento e não ao longo do tempo.

Por fim, nesta investigação utiliza-se a abordagem quantitativa e qualitativa com os resultados expressos em gráficos e quadros. Esta abordagem baseia-se na observação de factos e objectivos, de acontecimentos que existem independentemente do investigador (Fortin,2003).

## **2.3. População**

A população é um conjunto de indivíduos que tem interesse ao investigador para aplicar o seu estudo, “A população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns; definidas por um conjunto de critérios.” Fortin (2003,p.202).

A população será constituída pelos alunos do 3ºano dos cursos de Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da UFP, no ano lectivo 2010/2011.

## **2.4. Amostra**

De acordo com Fortin (2003,p. 202), “ A amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.”

A amostra será constituída pelos alunos do 3º ano dos cursos de Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da UFP, no ano lectivo 2010/2011, que se encontrarem disponíveis para responder ao questionário.

### **Processo de amostragem**

No processo de selecção dos elementos para a amostra, foi escolhida a amostragem não probabilística accidental, por nos parecer mais adequada ao estudo e tempo disponível para a colheita de dados.

Segundo Fortin (2003,p.208)

“ (...) o método de amostragem não aleatório accidental, a amostra é formada por sujeitos acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...) os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam a ate a amostra atingir o tamanho desejado”.

### **2.5. Variáveis**

Segundo Fortin (2003,p.36), variáveis são:

“ (...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.”

Fortin (2003,p.37) define variável atributo como: “ (...) são as características dos sujeitos no estudo”

As variáveis atributo aplicadas neste estudo são: idade, género.

### **2.6. Instrumento de colheita de dados**

O planeamento e colheita de dados visam fornecer os dados necessários para a elaboração de respostas às questões e levantadas. Assim e segundo Fortin(2003):

“A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for o caso disso.”

Para efectuar uma colheita de dados capaz de validar o conhecimento e a compreensão da realidade de um estudo, através de um método científico, é necessária a utilização de um instrumento de colheita de dados.

No que refere ao instrumento de colheita de dados, Fortin (2003,p.240) refere que: “Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer recolher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tenha necessidade para responder aos objectivos de investigação.”

Face a análise da população e ao estudo optou-se como instrumento de recolha de dados, o questionário estruturado. Fortin (2003,p.249) refere que:

“ Um questionário (...) é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser recolhidas de uma maneira rigorosa.”

Para o presente estudo escolheu-se o questionário como instrumento de colheita de dados, por este ser o mais pertinente para o estudo, pois possibilita atingir um grande número de alunos; é de fácil aplicação; implica menos gastos; garante o anonimato das respostas; permite que os alunos respondam no momento em que julgarem mais conveniente, embora dentro de um prazo pré-definido; garante a veracidade das respostas; é um instrumento uniforme de aplicação aos diferentes alunos e facilita a análise dos dados e resultados obtidos.

O questionário será enviado aos alunos por correio electrónico, com prévia autorização do coordenador dos cursos de Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da UFP.

O questionário em questão encontra em anexo (Anexo I) e apresenta-se dividido em três partes; a primeira refere-se à caracterização da amostra; a segunda é relativa à percepção dos jovens adultos sobre o EAM e a terceira e última parte reporta-se à informação acerca do EAM.

## **2.7. Pré-teste**

“O pré-teste consiste no preenchimento por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.” (Fortin, 2003,p.253).

O pré teste foi aplicado a 5 alunos do 3º ano dos cursos de Licenciatura em Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da Universidade Fernando Pessoa, com o intuito de averiguar se as questões se encontravam correctamente formuladas e avaliar a sua eficácia, da sua aplicação não foi preciso proceder a alterações em função da opinião dos alunos a quem foi aplicado o pré-teste.

## **2.8. Previsão do tratamento e análise de dados**

Após a colheita dos dados através do questionário aplicado procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos. Segundo Fortin (2003, p.135) o tratamento dos dados “deve ser congruente em relação aos objectivos e desenho do estudo”.

As informações quantitativas recolhidas do instrumento de colheita de dados serão informatizadas e analisadas estatisticamente através do programa informático Excel 2007.

Os dados qualitativos serão sujeitos a análise de conteúdo, agrupando-se as respostas em categorias e subcategorias.

A apresentação dos resultados será feita em quadros e a sua respectiva análise e discussão.



### **III. FASE EMPÍRICA**

O presente trabalho de investigação encontra-se direccionado para a percepção dos alunos do 3ºano dos cursos de Licenciatura em Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da UFP sobre o EAM e, perante a metodologia usada, analisaram-se, apresentaram-se e discutiram-se os dados obtidos a partir dos 15 questionários, de modo a alcançar os objectivos propostos.

Segundo Fortin (2003,p.42),

“ A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados segundo o objecto do estudo segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar a relação entre variáveis.”

Os resultados serão apresentados conforme a ordem do questionário pelo que se encontra dividido em três partes, a primeira corresponde a caracterização da amostra, seguidamente as respostas dos alunos inerentes à sua percepção sobre o EAM, e em último a informação que possuem os alunos acerca do EAM.

A análise quantitativa dos dados fez-se recorrendo ao programa informático Microsoft Office Excel 2007 e para a análise qualitativa utilizaram-se categorias e subcategorias de forma a agrupar as respostas obtidas pelo tratamento de dados do instrumento de colheita de dados.

#### **1. Caracterização da amostra**

A amostra utilizada neste estudo de investigação é constituída por 15 alunos do 3ºano dos cursos de Licenciatura em Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática.

### **Distribuição da amostra segundo o género**

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	4	26,67%
Masculino	11	73,33%
Total	15	100,00%

**Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo a género**

De acordo com o quadro obtido pode concluir-se que a amostra é constituída maioritariamente por alunos do sexo masculino, constituindo 73% do total da amostra. As alunas do sexo feminino formam 27% da mesma.

### **Distribuição da amostra segundo a idade**

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Entre os 23 e os 25 anos	9	60,00%
Igual ou superior a 26 anos	6	40,00%
Total	15	100,00%

**Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a idade**

No quadro apresentado podemos observar que 40% dos alunos tem a idade compreendida entre os 23 e os 25 e 60% tem idades iguais ou superiores a 26.

## 2. Apresentação análise e discussão dos resultados

Passamos a apresentar os dados alusivos à segunda parte do questionário que são referentes a percepção dos jovens adultos sobre o EAM.

Órgão	N	%
Rim	0	0,00%
Cérebro	0	0,00%
Coração	15	100,00%
Fígado	0	0,00%
Total	15	100,00%

**Quadro 3 – Órgão afectado no EAM.**

Relativamente ao quadro 3 podemos concluir que 100% dos alunos inquiridos responderam “coração” como resposta o que significa que todos têm esta percepção correcta.

2.1	N	%
Concordo	7	46,67%
Sem opinião	4	26,67%
Discordo	4	26,67%
Total	15	100,00%

**Quadro 4 – EAM como principal causa de morte da população portuguesa**

Ao observarmos este quadro veremos que 46,67% da amostra concorda que o EAM é a principal causa de morte da população Portuguesa, 26,67% não tem opinião em relação a este assunto e 26,67% discorda desta afirmação. Podemos concluir que as respostas encontram-se divididas, no entanto a maior parte concordou que o EAM é a principal causa de morte em Portugal, o que segundo Gomes *et al.* (2007) não se verifica.

Este autor refere que o EAM constitui a manifestação mais grave de doença coronária, sendo a terceira causa de morte em Portugal em 2004 (8.6%), seguindo-se as neoplasias (22,3%) e o AVC (16.4%).

2.2	N	%
Concordo	12	80,00%
Sem opinião	1	6,67%
Discordo	2	13,33%
Total	15	100,00%

**Quadro 5 – O EAM entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos da população Portuguesa.**

De acordo com os dados obtidos nesta questão, 80% da amostra concorda que o EAM está entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população Portuguesa, 6,67% não tem opinião em relação a este assunto e 13,33% discorda desta afirmação. Podemos concluir que a maior parte dos inquiridos concordou que o EAM está ente as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população Portuguesa, o que segundo o Programa Nacional de prevenção das doenças cardiovasculares (2006), confirma-se. Referindo que as DCV's, nomeadamente o AVC e a DIC, estão entres as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdida na população Portuguesa.

2.3	N	%
Concordo	0	0,00%
Sem opinião	0	0,00%
Discordo	15	100,00%
Total	15	100,00%

**Quadro 6 – O EAM como uma doença sexualmente transmissível**

A análise do quadro permite-nos afirmar que 100% da amostra referiu discordar que o EAM é uma doença sexualmente transmissível. Podemos concluir que os alunos constituintes da amostra tem esta percepção correcta.

2.4	N	%
Concordo	6	40,00%
Sem opinião	9	60,00%
Discordo	0	0,00%
Total	15	100,00%

**Quadro 7 – A aterosclerose como factor desencadeante do EAM**

Alusivamente ao quadro 7 podemos observar que 60% dos alunos constituintes da amostra não tem opinião quanto à aterosclerose desencadear um EAM e 40% da amostra concorda com esta afirmação. Relativamente à opção dos alunos nesta questão, esta encontra-se dividida, em que a maior parte dos alunos constituintes da amostra não tem opinião em relação à questão, concluindo-se que estes não possuem informação acerca do que é aterosclerose ou então não sabem se esta pode desencadear um EAM. Os restantes (40%) concordam com esta afirmação, concluindo-se desta forma que estes têm esta percepção correcta.

Relativamente a este assunto Carageta (2008) refere que a aterosclerose é uma doença em que as artérias ficam estreitadas devido a depósitos de colesterol, comumente chamadas placas de aterosclerose, na parte interior da parede arterial. À medida que a placa cresce, vai estreitando o lúmen da artéria, deste modo reduzindo o afluxo de sangue e oxigénio ao órgão afectado, que pode ser o cérebro, o coração, o rim, os membros, etc. Se a artéria fica completamente bloqueada, sem passagem de sangue, pode ocorrer, por exemplo, um enfarte do miocárdio.

2.5	N	%
Concordo	12	80,00%
Sem opinião	3	20,00%
Discordo	0	0,00%
Total	15	100,00%

**Quadro 8 – O EAM ocorre quando o fluxo d sangue de uma artéria coronária é interrompido provocando a morte do músculo cardíaco**

Ao observar este quadro analisamos que 80% dos alunos constituintes da amostra concorda que o EAM ocorre quando o fluxo de sangue de uma artéria coronária é interrompido provocando a morte do músculo cardíaco, 20% da amostra não tem opinião face a esta afirmação e nenhum dos elementos da amostra referiu discordar do assunto. Deste modo podemos concluir que a maior parte dos constituintes da amostra tem a percepção correcta do que é um EAM, segundo Aehlert (2007) “Um EAM ocorre quando o fluxo de sangue para o músculo cardíaco é interrompido ou diminui subitamente por tempo suficiente por tempo suficiente para provocar morte celular”.

2.6	N	%
Concordo	14	93,33%
Sem opinião	0	0,00%
Discordo	1	6,67%
Total	15	100,00%

**Quadro 9 – O EAM como uma emergência médica**

Podemos afirmar na observação do quadro que 93.33% dos alunos constituintes da amostra concordam que o EAM é uma emergência médica e apenas 6.67% da amostra discorda da afirmação. Concluimos que quase a totalidade dos alunos constituintes da amostra acredita que o EAM é uma emergência médica e portanto tem esta percepção correcta, segundo Gomes *et al.* (2007) que refere que um dos principais objectivos para a redução da mortalidade por EAM, é a diminuição do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento e que a maior parte das complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução.

2.7	N	%
Concordo	7	46,67%
Sem opinião	7	46,67%
Discordo	1	6,67%
Total	15	100,00%

**Quadro 10 – Mortes de EAM nas primeiras horas após o início dos sintomas.**

Ao estudarmos esta questão verificamos que 46,67% dos elementos constituintes da amostra refere concordar que 50% das mortes de EAM ocorrem nas primeiras horas do início dos sintomas, 46,67% não tem opinião sobre o assunto e 6,67% discorda desta afirmativa. Desta forma podemos concluir que menos de metades dos alunos constituintes da amostra conhecem a mortalidade associada ao EAM, pois segundo Cardoso, Sampaio e Nunes (2004), 50% das mortes no EAM ocorrem na primeira hora após o início dos sintomas, isto deve-se as complicações que ele acarreta como as arritmias ventriculares em maior grau e a rotura da parede do ventrículo e choque cardiogénico em menor grau. Por esta razão é que é tão importante o atendimento médico precoce destes doentes.

Também menos de metade dos elementos constituintes da amostra não tem opinião e, uma pequena parte discorda, concluindo-se que estes não tem informação relativa a este assunto.

A terceira parte do questionário diz respeito à informação acerca do EAM, que constitui a terceira parte do questionário, as perguntas abertas foram sujeitas a análise de conteúdo e respectiva categorização que passamos a apresentar.

**Quadro 11. Sinais e sintomas de um Enfarte Agudo do Miocárdio.**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Sinais e sintomas</b>	Desconforto retroesternal	“ Dor no peito ” Q1;Q2;Q3;Q4; Q6;Q7;Q11;Q14;Q12;Q15.
	Fraqueza Generalizada	“ Fraqueza ” Q1
	Tonturas	“ Tonturas ” Q1;Q9
	Náuseas e vômitos	“ Náuseas e vômitos ” Q12
	Sincope	“ Perda dos sentidos ” Q3
	Dispneia	“ Falte de ar ” Q4;Q8;Q9,Q12
	Arritmias/ Palpitações	“ Coração acelerado ” Q6;Q5
	Sinais referentes a um AVC	“ Paralisia do lado esquerdo...” Q6 “ Paralisia de alguns membros” Q13; Q4;Q7;Q8 “...perda de sensibilidade” Q5 “ ...boca discal, braço esquerdo fica dormente ” Q10 “...perda de força no braço” Q3 “... dormência do braço esquerdo” Q9,Q10, Q15

Os elementos constituintes da amostra agrupam os sinais e sintomas em sete grupos distintos: “Desconforto retroesternal”, “Fraqueza Generalizada”, “Tonturas”, “Náuseas e vômitos”, “Sincope”, “Dispneia” e, por ultimo “Arritmias/ Palpitações”.

Verificou-se que a maioria dos alunos inquiridos respondeu “dor no peito” como sinal sugestivo de EAM e, a dispneia foi a segunda resposta mais dada pelos inquiridos. Relativamente à fraqueza muscular, síncope, náuseas e vômitos foram apenas referidos uma vez por três inquiridos. As palpitações/arritmias e tonturas foram referidas duas vezes por quatro inquiridos.

É de salientar que muitos dos alunos referiram sinais e sintomas referentes ao AVC como por exemplo: “Paralisia do lado esquerdo...” (Q6). Desta forma pode-se concluir que existe alguma confusão por parte dos alunos em distinguir os sinais e sintomas de um EAM e um AVC.

Segundo Gomes et al. (2007), um dos principais objectivos para redução da mortalidade por EAM, é a diminuição do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento. A maior parte das complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução. Para tal é necessária a população estar informada dos sinais e sintomas de alerta da doença e do número nacional de emergência médica (112), pois o grande atraso na condução dos doentes ao hospital deve-se geralmente, ao não reconhecimento por parte dos mesmos da importância dos sintomas.

Aehlert (2007) refere que o desconforto torácico é o sintoma mais comum de enfarte e tipicamente persistente por mais de 30 minutos. Esta presente em 75% a 80% dos pacientes com EAM.

Para além da dor e do desconforto torácico existem outros sintomas associados ao EAM que são os seguintes (Aehlert, 2007)

- Fraqueza generalizada;
- Dificuldade respiratória;
- Sudorese excessiva;
- Náuseas ou vômitos sem explicação;
- Tonturas;
- Síncope ou pré-síncope;

- Palpitações;
- Dor localizada no braço ou mandíbula;
- Fadiga;
- Arritmias;

De um modo geral os alunos que constituem a amostra, têm a percepção de alguns dos sintomas de EAM, pelo menos do mais comum “dor no peito”. No entanto existe ainda alguma confusão por parte destes em distinguir os sinais e sintomas de um EAM e um AVC.

**Quadro 12. Intervenções perante uma pessoa com sinais e sintomas de um Enfarte Agudo do Miocárdio.**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Intervenções</b>	Acciona número Nacional de Emergência médica (112)	“Ligar 112” Q2; Q15; Q4; Q7; Q3; Q6; Q8; Q10; Q12.
	Necessidade de hospitalização	“Chamava a ambulância” Q5 “Chamava o INEM” Q9 “Contactava as urgências” Q11 “Levava-a imediatamente ao Hospital” Q14
	Intervenções directas à vítima	“Acalmar a pessoa” Q1 “Levantaria o braço da pessoa em causa e tentaria mantê-la acordada” Q3 “Deitava-o” Q5 “Dar duas aspirinas e aconselhar respiração calma e lenta” Q6 “Colocava a pessoa em PLS” Q9 “Pedia a pessoa para tossir” Q10 “Dava lhe uma aspirina” Q14
	Iniciar Suporte Básico de vida	“Respiração boca a boca para a reanimar” Q12 “Massagem cardíaca” Q13

Relativamente a esta questão, os elementos constituintes da amostra agrupam as intervenções em cinco grupos: “Acciona número Nacional de Emergência médica (112)”, “Necessidade de hospitalização”, “Intervenções directas à vítima”, “Iniciar Suporte Básico de vida”.

Verificamos que maioritariamente os alunos responderam como intervenção “ligar o 112”. Deste modo podemos concluir que os alunos têm a percepção do número nacional de emergência médica e que consideram o EAM uma emergência médica, necessitando de profissionais de saúde para o seu tratamento. No entanto nem todos referiram o número de emergência médica, apesar disso estes aludiram à necessidade de hospitalização precoce por parte destes doentes como nos seguintes casos: “Aguardar a chegada de pessoal especializado” Q1, “Chamava a ambulância” Q5, “Contactar urgências” Q1 e “...levava-a imediatamente ao hospital” Q14.

Sete dos alunos inquiridos referiram “intervenções directas à vítima” o que reflecte alguma noção do assunto. Dois dos inquiridos abordam o “Suporte Básico de Vida” como intervenção como é o caso de “respiração boca a boca para o reanimar” Q12 e “Massagem cardíaca” Q13, o que reflecte alguma preocupação com a situação clínica. No entanto nem sempre é necessário actuar desta forma.

Podemos concluir que a maior parte dos inquiridos respondeu “Accionar o número Nacional de emergência médica (112)” e “Necessidade de hospitalização”, o que era de esperar como intervenções perante uma pessoa com EAM, pois segundo Gomes *et al.* (2007), para reduzir a mortalidade por EAM, o tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento deve ser reduzido, desta forma a população deve estar informada sobre o número de emergência médica (112).

**Quadro 13. Factores de risco das doenças cardiovasculares, nomeadamente de um Enfarte Agudo do Miocárdio**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Factores de risco</b>	Hábitos tabágicos	“Fumar” Q1; Q2; Q3; Q4; Q5; Q6; Q7; Q8; Q9
	Alimentação desequilibrada	“Má alimentação” Q1; Q2; Q3; Q4; Q5; Q6; Q8; Q10; Q11; Q12
	Álcool	“Consumo de bebidas alcoólicas” Q1; Q3; Q4; Q5; Q8
	Sedentarismo	“Falta de exercício físico” Q1; Q2; Q3; Q4; Q6; Q7; Q8; Q10; Q11; Q12; Q13; Q14;
	Stress	“Stress” Q3; Q12; Q13
	Obesidade	“Excesso de peso” Q14
	Hipertensão	“Hipertensão” Q9; Q15
	Dislipidemia	“Gordura no sangue” Q13; Q14

Os alunos constituintes da amostra agrupam os factores de risco em oito grupos: “Hábitos tabágicos”, “Alimentação desequilibrada”, “Álcool”, “Sedentarismo”, “Stress”, “Obesidade” e “Hipertensão”.

Constatou-se que os alunos inquiridos dão grande importância aos factores de risco do EAM como a alimentação desequilibrada, o sedentarismo e o tabaco, tendo em conta que foram as respostas mais frequentes pelos alunos. O factores de risco álcool e stress foram as respostas mais frequentes a seguir as mencionadas anteriormente. Relativamente à obesidade, foi referida apenas uma vez por um dos inquiridos. Apenas dois dos inquiridos referiu HTA como factor de risco e outros dois referiram dislipidemias. A diabetes não foi referida por nenhum dos alunos.

Aehlert (2007), define factores de risco como “(...) traços e hábitos de vida que podem aumentar a probabilidade de uma pessoa desenvolver uma doença.”

E divide-os em três grupos distintos: factores de risco não-modificáveis como hereditariedade, sexo e idade e que não podem ser modificados, factores de risco modificáveis como HTA, hábitos tabágicos, Dislipidemia, Diabetes Mellitus, sedentarismo, alimentação desequilibrada, e obesidade que podem ser mudados ou tratados e factores de risco contribuintes como stress, marcadores inflamatórios, factores psicossociais e álcool que levam a um risco aumentado de doença cardíaca, mas o seu papel exacto ainda precisa de ser definido.

Deste modo podemos concluir que a maior parte dos factores de risco das DCV's foram referidas pelos alunos, à excepção dos factores de risco não-modificáveis como o sexo idade, do factor de risco modificável Diabetes Mellitus e dos factores de risco contribuintes marcadores inflamatórios e factores psicossociais. No entanto os factores de risco mais mencionados foram alimentação desequilibrada, o sedentarismo e o tabaco.

#### **Questão 14. Alterações no dia-a-dia para prevenir Enfarte Agudo do Miocárdio.**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Prevenção</b>	Cessaçãõ Tabágica	“Deixar de fumar” Q1;Q3;Q5;Q7;Q8; Q10
	Alimentaçaõ saudável	“Alimentaçaõ saudável” Q1;Q2;Q3; Q4;Q5;Q6;Q7;Q9;Q11;Q12;13;Q14
	Ingestãõ de álcool moderada	“Álcool” Q1;Q5;Q9
	Pratica de exercíciõ físico	“Praticar exercíciõ físico” Q1;Q2;Q3; Q4;Q5;Q6;Q7;Q9;Q11;Q12;Q13
	Evitar o stress	“Evitar o stress diário” Q8

Os alunos que constituem a amostra agrupam as alterações no quotidiano para prevenir um EAM em cinco grupos distintos: “Cessação Tabágica”, “Alimentação saudável”, “Ingestão de álcool moderada”, “Prática de exercício físico” e “Evitar o stress”.

Nesta questão os alunos focaram as suas respostas na alimentação saudável, na actividade física regular e na cessação tabágica. Estas constituem as principais alterações, na opinião dos alunos que constituem a amostra, onde se deve intervir. Segundo Pádua (2009) ,

“os adultos dos 30 aos 40 anos, querem (agora!) parar de fumar, mas os rapazes e sobretudo as raparigas, adolescentes e até crianças mergulham de olhos fechados no tabaco, no álcool e na droga, como se as suas vidas disso dependessem, e de facto dependem, no mau sentido.”

O mesmo autor refere ainda:

“Os adultos maiores de 20 anos, quando vão fazer um check-up, a maioria deles já estão gordos e são preguiçosos com hábitos de alimentação e de sedentarismo muito errados. E para além disso, tem já quase sempre sem o saber, pré-hipertensão, pré-diabetes e pré-dislipidemia, quando não a própria doença instalada. (...) Temos de nos antecipar e começar a transmitir o conhecimento dos factores de risco e dos estilos de vida mais saudáveis às crianças, temos de explicar bem por que estas opções são boas e outras más aos nossos jovens, aos nossos filhos pequenos que são futuros homens (e futuros pais de futuros jovens também).

**Quadro 15. Papel do enfermeiro na prevenção do Enfarte Agudo do Miocárdio.**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Papel do Enfermeiro	Educação para a saúde	“ Participar em campanhas de sensibilização das pessoas para estarem atentas aos factores de risco e sintomas que possam ter ” Q1 “ Deverá aconselhar o utente ” Q2;Q4; Q5 “... Deve divulgar as melhores práticas diárias de saúde e informar o cidadão para que este saiba como prevenir o EAM, e como actuar perante alguém com sintomas ” Q3;Q12;Q15 “ Sensibilização da sociedade ” Q6 “ Aconselhar, informar e esclarecer ” Q7;Q13 “ Deve incentivar o controlo da doença e bons hábitos no dia-a-dia ”Q9
	Desconhece	“ Desconheço ” Q11
	Diagnóstico	“ Diagnóstico ”Q15

Os elementos que constituem a amostra agrupam o papel do enfermeiro na prevenção do EAM, em três grupos distintos: “Educação para a saúde”, “Diagnóstico”, “Desconhece”.

Quanto a esta questão uma grande parte dos alunos vêem o enfermeiro como educador de saúde que aconselha, informa e incentiva para os melhores hábitos de saúde de forma a prevenir as doenças cardiovasculares.

Para Antunes e Taveira (2006), tendo em conta que o actual padrão de saúde/doença está fortemente relacionado com o comportamento humano, os serviços de saúde e os seus profissionais tem especial importância neste domínio. Neste sentido o enfermeiro destaca-se pela sua crescente autonomia, capacidade e conhecimentos especializados, sendo um importante membro das equipas multidisciplinares como educador de saúde.

No entanto um dos inquiridos refere que não conhece o papel do Enfermeiro a nível prevenção das DCV's e, também um dos inquiridos refere que o enfermeiro tem o "Diagnóstico" como papel.

## CONCLUSÃO

Chegando ao fim deste estudo, torna-se importante reflectir sobre algumas questões relacionadas com a investigação decorridas.

A elaboração deste trabalho, permitiu ao investigador não só aplicar os saberes adquiridos ao longo de quatro anos de Licenciatura, como também aplicar e aprofundar conhecimentos, quer acerca de uma temática pertinente e actual quer na realização de trabalhos de investigação. Assim pensamos ter atingido os objectivos académicos.

Em relação a utilização da metodologia científica na investigação em enfermagem foi possível aumentar os conhecimentos respectivos à sua devida aplicação, ficando ainda mais consciente da importância da investigação no desenvolvimento da profissão.

Este estudo foi realizado a 15 (quinze) alunos do 3º ano dos cursos de Licenciatura em Engenharia do Ambiente e Engenharia Informática da UFP.

A amostra é constituída maioritariamente por alunos do sexo masculino, constituindo 73% do total da amostra. As alunas do sexo feminino formam 27% da mesma.

Quanto à idade, 40% dos alunos tem a idade compreendida entre os 23 e os 25 e 60% tem idades iguais ou superiores a 26.

Relativamente à percepção dos jovens adultos sobre o EAM, conclui-se que maioritariamente os alunos que constituem a amostra têm uma percepção correcta acerca da doença. No entanto relativamente a alguns aspectos como “o EAM é a principal causa de morte em Portugal”, a aterosclerose pode desencadear um EAM” e 50% das mortes de EAM, ocorrem nas primeiras horas após o início dos sintomas” as opiniões dividiram-se e muitos não souberam responder.

Relativamente às informações que possuem os jovens adultos acerca do EAM, podemos concluir que no que se refere aos sinais e sintomas de um modo geral os alunos que constituem a amostra, tem a percepção de alguns dos sintomas de EAM, pelo menos do mais comum “dor no peito”. No entanto existe ainda alguma confusão por parte destes em distinguir os sinais e sintomas de um EAM e um AVC.

Falando das intervenções perante uma pessoa com sinais e sintomas de um EAM, podemos concluir que a maior parte dos inquiridos respondeu “Accionar o número Nacional de emergência médica (112)” e “Necessidade de hospitalização”, o que era de esperar como intervenções perante uma pessoa com EAM.

Quanto aos factores de risco das DCV's, nomeadamente do EAM concluir-se que a maior parte dos factores de risco das DCV's foram referidas pelos alunos, à excepção dos factores de risco não-modificáveis como o sexo idade, do factor de risco modificável Diabetes Mellitus e dos factores de risco contribuintes marcadores inflamatórios e factores psicossociais. Os factores de risco mais mencionados foram alimentação desequilibrada, o sedentarismo e o tabaco.

Relativamente as alterações no quotidiano para prevenir um EAM, os alunos focaram as suas respostas na alimentação saudável, na actividade física regular e na cessação tabágica. Estas constituem as principais alterações na opinião dos alunos que constituem a amostra, onde se deve intervir na população jovem.

Quanto ao papel do Enfermeiro na prevenção do EAM, uma grande parte dos alunos vêem o enfermeiro como educador de saúde que aconselha, informa e incentiva para os melhores hábitos de saúde de forma a prevenir as doenças cardiovasculares.

No decorrer da investigação, foram sentidas algumas dificuldades no tratamento dos dados mas com algum empenho foram ultrapassadas.

O presente trabalho permitiu aplicar os nossos conhecimentos sobre investigação, sendo certo que por ser o primeiro trabalho do investigador nos seja difícil fazer deduções mais globalizadas e também pela pouca experiencia na análise e discussão de dados.

Contudo foi um trabalho extremamente gratificante, na medida em que a formulação do problema se baseou numa preocupação pessoal. Com a elaboração deste trabalho foi permitido estudar e ampliar conhecimentos dentro desta área.

## **BIBLIOGRAFIA**

Aehlert, B. (2007). *ACLS – Emergências em Cardiologia – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Um guia para estudo*, 3ª edição, Rio de Janeiro, Elsevier Editora.

Antunes, C., Taveira, M. C. (2006). Formação em educação para a saúde, um estudo com profissionais de Enfermagem. *Revista bimestral de ciência e investigação em saúde*, nº3, Janeiro/Fevereiro, pp. 52-71.

Cardoso, L. F., Sampaio, C. R. e Nunes, P. A. (2004). Tratamento Pré-hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio. *In: Chagas, A. C. P. e Ferreira, J. F. M. PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO*. São Paulo, Editora Atheneu, pp. 35-67.

Davidson, C. (2005). *Compreender as Doenças de Coração*. Porto, Porto Editora.

Direcção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Despacho 766/2006, Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

Fernandes, M. M. (2008). *A saúde também se educa*. Lisboa, Instituto Piaget.

Fortin, M. (2003). O processo de investigação: Da concepção à realização, 3ª ed., Lusociência.

Gago, P., Gomes, V. (2006). Via Verde Coronária Um projecto para a vida na região do Sotavento Algarvio. *Revista bimestral de ciência e investigação em saúde*, nº2, Novembro/Dezembro, pp. 52-61.

Gavina, C. e Pinho, T. (2007). *O essencial da saúde: Enfarte Agudo do Miocárdio*, Lisboa, Editora QUIDNOVI.

Giannini, S. D. Forti, N. e Diament, J. (2000). *Cardiologia Preventiva: prevenção primária e secundária*, São Paulo, Editora Atheneu.

Knobel, E. et al. (2002). Infarte Agudo do Miocárdio. *In: Augusto, J. Sousa, M. e Andreia, M.. A TERAPIA INTENSIVA – CARDIOLOGIA*. São Paulo, Editora Atheneu, pp. 25-44.

Pádua, F. (2009). *O livro do coração: Viver mais e melhor*, 2ª edição, Lisboa, Editora academia do livro.

Pereira, A. (2007). As crises de vida do jovem adulto e o seu desenvolvimento pessoal. *In: Santos. P. S. (Org.). Temas candentes em psicologia do desenvolvimento*. Lisboa, Climepsi Editores.

Pereira, G. A., Almeida, C., Domingos, M. (2008). Stress e as doenças cardiovasculares. *Revista trimestral de ciência e investigação em saúde*, nº10, Abril/Maio/Junho, pp.50-71.

Ramalhão, C. e Vargas, G. (2010). Factores de risco cardiovascular. *Revista À sua saúde*, nº3, Julho, pp. 17-19.

Stefanni, E. Matsushita, A. M. e Gil, M. A. (2004). Síndromes Coronárias Agudas: Angina Instável e Infarte Agudo do Miocárdio. *In: Stefanni, E. Kasinski, N. e Carvalho, A. C. (organizadores do guia). Guias de Medicina Ambulatória e Hospitalar – UNIPEST/ Escola Paulista de Medicina - cardiologia*, São Paulo, Editora Manole.

Vaz, M. R. (2010). Risco cardiovascular. *Revista À sua saúde*, nº3, Julho, pp.12-13.

Carrageta, M. (2008). Um importante problema de Saúde Pública no nosso País. [Em linha]. Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/docs/N7.pdf>. [Consultado em 26 de Fevereiro de 2011].

Carrageta, M. (2008). Cardiologia. Dossier A a Z. [Em linha]. Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/docs/N7.pdf>. [Consultado em 28 de Fevereiro de 2011].

Gomes, R.(2007). Recomendações clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). [Em linha]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/09/recomendacoesclinicas.pdf>. [Consultado em 1 de Maio de 2011].

Monteiro, S. Tavares, J. e Pereira, A. (2009). ADULTEZ EMERGENTE: NA FRONTEIRA ENTRE A ADOLESCENCIA E A ADULTEZ. Revista @mbienteeducação, São Paulo, v.2,nº1, [Em linha].Disponível em[http://www.unicid.br/old/revista\\_educacao/pdf/volume\\_2\\_1/14\\_Rev\\_v2,n1\\_Monteiro,Tavares,Pereira.pdf](http://www.unicid.br/old/revista_educacao/pdf/volume_2_1/14_Rev_v2,n1_Monteiro,Tavares,Pereira.pdf). [Consultado em 23.03.2011].

Palmeira, C.S., Pereira, A. e Melo, C. (2004/2005). PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, V 19/20, nº 1/2/3, [Em linha] Disponível em <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3893/2856> [Consultado 3 de Maio de2011].

Silva, P. M. (2004). Compreender a Aterosclerose para prevenir [Em linha]. Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/docs/N7.pdf>. [Consultado em 25 de Fevereiro de 2011].

Sociedade Portuguesa de Aterosclerose (2009). Recomendações Portuguesas para a Prevenção Primária e Secundária da Aterosclerose. [Em linha]. Disponível em: [http://www.spaterosclerose.org//nm\\_quemsomos.php?id=62](http://www.spaterosclerose.org//nm_quemsomos.php?id=62) [Consultado em 22 de Fevereiro de 2011].

## A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Joana Bárbara Faria Campos

A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011



Joana Bárbara Faria Campos, a frequentar o 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar um trabalho de investigação com o título: “A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ”, que tem por objectivos:

- Conhecer a percepção dos jovens adultos sobre o EAM;
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre os sinais e sintomas do EAM;
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre os factores de risco do EAM;
- Identificar a informação que possuem os jovens adultos sobre a prevenção do EAM.

Para tal solicita a sua colaboração e o máximo de rigor nas suas respostas a este questionário.

Este questionário é anónimo e confidencial, pelo que se agradece a resposta a todas as questões sem colocar o seu nome ou simbolismos que o identifiquem.

A sua colaboração é imprescindível ao bom desenvolvimento deste estudo.

A aluna

---

Joana Bárbara Faria Campos

## Parte I – Caracterização da amostra

1. Idade: ----- anos

2. Género: Feminino  Masculino

## Parte II – Percepção dos jovens adultos sobre EAM

1. Assinale com um (X) a resposta que considerar mais correcta.

1.1. O Enfarte Agudo do Miocárdio é uma doença que afecta qual órgão?

a) Rim

b) Cérebro

c) Coração

d) Fígado

2. Assinale com um (X) a opção que considerar mais correcta, nos respectivos quadrados.

Legenda: 1- Concordo  
2- Sem opinião  
3- Discordo

Questões	1	2	3
2.1.O Enfarte Agudo do Miocárdio é a principal causa de morte da população portuguesa.			
2.2.O Enfarte Agudo do Miocárdio está entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.			
2.3.O Enfarte Agudo do Miocárdio é uma doença sexualmente transmissível.			

<p>2.4.A aterosclerose pode desencadear um Enfarte Agudo do Miocárdio.</p>			
<p>2.5.O Enfarte Agudo do Miocárdio ocorre quando o fluxo de sangue de uma artéria coronária é interrompido provocando a morte do músculo cardíaco.</p>			
<p>2.6.O Enfarte Agudo do Miocárdio é uma emergência médica.</p>			
<p>2.7.50% das mortes de Enfarte Agudo do Miocárdio ocorrem nas primeiras horas após o início dos sintomas.</p>			

**Parte III- Informação acerca do Enfarte Agudo do Miocárdio.**

1. Relativamente aos sinais e sintomas de um Enfarte Agudo do Miocárdio, descreva aqueles que conhece.

-----  
-----  
-----

.

2. Perante uma pessoa com sinais e sintomas de um Enfarte Agudo do Miocárdio, o que faria?

-----  
-----  
-----

.

3. Quais são os principais factores de risco das doenças cardiovasculares, nomeadamente de um Enfarte Agudo do Miocárdio? Descreva os que sabe.

-----  
-----  
-----  
-----

4. Considerando que o Enfarte Agudo do Miocárdio é uma doença que pode ser prevenida, o que poderia alterar no seu dia-a-dia para prevenir esta doença?

-----  
-----  
-----

5. Em sua opinião que papel desempenha o enfermeiro ao nível da prevenção do Enfarte Agudo do Miocárdio?

-----  
-----  
-----  
-----.

## **ANEXO II**

A percepção dos jovens adultos sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio

Tempo / Actividades	OUT 2010	NOV 2010	DEZ 2010	JAN 2010	FEV 2011	MAR 2011	ABR 2011	MAI 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SET 2011
Pesquisa Bibliográfica	+	+	+	++	++	++	++	+	+	+		
Questões de investigação	+	+	+	++	++	++	++					
Objectivos				++	++	++	++					
Variáveis				++	++	++	++					
População e amostra				++	++	++	++					
Processo de amostragem				++	++	++	++					
Instrumento de colheita de dados						+	+	+				
Pré-teste								+	+	+		
Colheita de dados								+	+	+		
Tratamento								+	+	+		
Resultados								+	+	+		
Discussão								+	+	+		
Entrega ao orientador									+	+		
Entrega à UFP									+	+		
Defesa de monografia										+		

Legenda: + : Actividades Planeadas      + : Actividades Realizadas