

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

José Paulo de Almeida e Silva

Qualidade de Vida dos Indivíduos após Enfarte  
Agudo do Miocárdio

**Dissertação de Mestrado**

Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica  
2ª Edição

**Trabalho efetuado sob a orientação de**  
Professor António Madureira Dias



Abril de 2012



## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, em especial à minha Esposa, aos meus filhos e à minha irmã, pela ajuda apoio, compreensão e carinho que me transmitiram, durante este período de tempo.

Ao orientador Professor António Madureira Dias, os meus sinceros agradecimentos pelo apoio e a disponibilidade que sempre me disponibilizou, contribuindo para o meu enriquecimento nos conhecimentos de investigação e procedimentos estatísticos utilizados. Pela sua orientação, pela confiança depositada.

Aos indivíduos com patologia de enfarte agudo do miocárdio que frequentam a consulta externa e que pacientemente colaboraram no estudo que sem eles a investigação não poderia ser realizada.

Aos colegas pelo incentivo, paciência apoio e ajuda demonstrados ao longo da realização deste trabalho.

A todos eles, e aos que de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo e que por lapso não foram mencionados, um grande e sincero OBRIGADO.



## **RESUMO**

**TITULO:** Qualidade de vida dos indivíduos após Enfarte Agudo do Miocárdio.

**ENQUADRAMENTO:** A relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX. Há um reconhecimento, e uma consciência, da importância do enfarte agudo do miocárdio na qualidade de vida dos indivíduos. É causador de morte prematura, provocando limitações físicas e emocionais, nos sobreviventes e consequentemente perda da QDV (DGS, 2006).

**OBJECTIVOS:** Relacionar as variáveis sociodemográficas e clínicas referentes aos serviços de saúde, à qualidade de vida (QDV) do indivíduo após EAM.

**MÉTODOS:** É um estudo quantitativo, transversal. Amostra foi constituída por 131 indivíduos com diagnóstico médico de enfarte agudo de miocárdio (EAM) há pelo menos seis meses e cujo último episódio foi entre 1 de Janeiro de 2008 e 31 de Agosto de 2011. Utilizamos um questionário (caracterização sociodemográfica, clínica e Qualidade de Vida - Mac New QLMI) auto-aplicado aos indivíduos em regime de ambulatório que se encontravam a frequentar a consulta externa do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

**RESULTADOS:** Apresentam idades entre 41 e 86 anos (media=67.11 ± 11.78). São 74.0% homens. Os indivíduos do sexo masculino têm melhor (QDV) que os do sexo feminino. Os indivíduos com idade [56-70] anos ( $p < 0.01$ ); os que têm funções laborais no ativo, os que possuem nível de escolaridade intermédio, e os indivíduos que usufruem valor > 970 euros; também apresentam melhores níveis de QDV ( $p < 0.05$ ). Nas variáveis clínicas observa-se que os indivíduos com enfarte com supra de ST, os que tem um primeiro episódio e os submetidos a angioplastia primária, apresentam melhores níveis de qualidade de vida ( $p < 0.001$ ). Na avaliação das limitações físicas 53,43% dos indivíduos refere estar sem limitações e com melhor QDV. ( $p < 0.001$ )

**CONCLUSÃO:** A avaliação da percepção da qualidade de vida permite um maior conhecimento e adaptação à condição do indivíduo. Verificamos que a QDV é o resultado da ação positiva ou negativa dos sujeitos da amostra face à doença, tendo em conta também as suas características sociodemográficas e clínicas

Na generalidade constatou-se que foram os indivíduos com EAMCSST, indivíduos com um primeiro evento e sujeitos ao tratamento mais célere que perceberam a sua QDV de forma mais positiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de vida, Enfarte agudo do miocárdio, Variáveis clínicas e sociodemográficas



## **ABSTRACT**

**TITLE:** Quality of life after Acute Myocardial Infarction

**FRAMEWORK:** The relationship between health and quality of life has existed since the birth of social medicine in the eighteenth and nineteenth centuries. There is an acknowledgement, and an awareness, of the impact of Acute Myocardial Infarction in the quality of life of individuals. It is a cause of premature death, leading to physical and emotional impairment in the survivors and, consequently, loss of QOL (DGS, 2006).

**OBJECTIVES:** To establish a correlation between clinical and sociodemographic variables related to health services and quality of life (QOL) of the individual after MI.

**METHODS:** This is a quantitative and cross-sectional study. Our sample consisted of 131 individuals with a diagnosis of acute myocardial infarction (MI) for at least six months and whose last acute episode was between the 1<sup>st</sup> of January 2008 and the 31<sup>st</sup> of August, 2011. We used a self-administered questionnaire (sociodemographic, clinical and Quality of Life characterization - New Mac QLMI), filled on an outpatient basis by individuals who were attending outpatient consultation at the Hospital Center Tondela-Viseu.

**RESULTS:** Individuals in the sample are aged between 41 and 86 years (mean = 67.11 ± 11.78). 74.0% are men. Males have better QOL than females. Individuals who are aged [56-70] years ( $p < 0.01$ ), those who are employed, those who have completed intermediate education and those who receive > 970 euros in wages also exhibit higher levels of QOL ( $p < 0.05$  .) Considering the clinical variables, we observed that individuals with STEMI, those who present as a first episode and those who underwent primary angioplasty have better quality of life ( $p < 0.001$ ). When evaluating physical limitations, 53.43% of the individuals reported to be without limitations and with better QOL ( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSION:** The evaluation of the perception of quality of life allows for a better understanding and adaptation to the condition of the individual. We found that QOL is the result of positive or negative action of the individuals in the sample towards the disease, taking into account their sociodemographic and clinical characteristics.

In general it was found that individuals with STEMI, those who presented as a first event and those who were subject to rapid treatment perceived their QOL more positively.

**KEY WORDS:** Quality of life, acute myocardial infarction, clinical and sociodemographic variables





## ÍNDICE GERAL

### ÍNDICE DE QUADROS

### ÍNDICE DE FIGURAS

### ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### ÍNDICE DE SIMBOLOS

## Índice

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO.....</b>	<b>25</b>
<b>2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
2.1 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA CARDIOVASCULAR.....	27
2.2 – ALTERAÇÕES ANATOMICAS NO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO .....	34
2.3 - TRATAMENTO INSTITUÍDO NO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO .....	38
2.4 - A QUALIDADE DE VIDA .....	42
<b>PARTE II – ESTUDO EMPIRICO .....</b>	<b>51</b>
<b>3 – METODOLOGIA .....</b>	<b>53</b>
3.1- CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	53
3.2 - TIPO DE INVESTIGAÇÃO .....	55
3.3 – PARTICIPANTES.....	56
3.4 -INSTRUMENTOS.....	60
3.5 - PROCEDIMENTOS.....	65
3.6- PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS .....	65
<b>4 - RESULTADOS .....</b>	<b>69</b>
4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA.....	69
4.2 - ANÁLISE INFERÊNCIAL.....	73
<b>5 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....</b>	<b>85</b>
5.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	85
<b>6 - CONCLUSÕES /SUGESTÕES.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>103</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>115</b>
APÊNDICE I – Competências desenvolvidas durante o ensino clínico .....	117
APÊNDICE II - Documento de Avaliação das Necessidades Afetadas e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Complemento à Carta de Enfermagem - Guia de Preenchimento .....	125
APÊNDICE III – Teste do ventilador “SOXIL” .....	131
APÊNDICE IV – Formação desenvolvida na Unidade de cuidados intensivos coronários .....	133
APÊNDICE V - Operacionalização das variáveis.....	167
<b>ANEXOS .....</b>	<b>173</b>
ANEXO I - Pedido de Autorização para Efetuar colheita de Dado .....	175
ANEXO II – Pedido de autorização de utilização de escala MacNew QLMI.....	177
ANEXO III – Publicação de artigo científico.....	179
ANEXO IV - Consentimento, dos indivíduos que farão parte da amostra, ressaltando a garantia de anonimato e confidencialidade .....	181
ANEXO V – Questionário aplicado .....	183

## Índice de Quadros

QUADRO 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o género	57
QUADRO 2-Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis sociodemográficas e o sexo	58
QUADRO 3 - Sistema de pontuação da QDV nos domínios: emocional, físico e social	62
QUADRO 4 - Classificação do score da QDV total e por domínios	64
QUADRO 5 - Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis clínicas e o sexo	70
QUADRO 6 - Estatísticas relativas à Qualidade de vida segundo o sexo	72
QUADRO 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a Qualidade de vida e o sexo	72
QUADRO 8 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	73
QUADRO 9 - Teste de Mann Whitney entre sexo e Qualidade da vida	74
QUADRO10 - Teste de Kruskal-Wallis entre classe etária e Qualidade da vida	75
QUADRO 11- Teste de Mann Whitney entre estado civil e Qualidade da vida	75
QUADRO 12 - Teste de Mann Whitney entre situação laboral e Qualidade da vida	76
QUADRO13 - Teste de Kruskal-Wallis entre escolaridade e Qualidade da vida	77
QUADRO 14 - Teste de Kruskal-Wallis entre residência e Qualidade da vida	77
QUADRO 15 - Teste de Kruskal-Wallis entre rendimento mensal e Qualidade da vida	78
QUADRO 16 - Teste de Mann-Whitney entre o Tipo de EAM e Qualidade da vida	79
QUADRO 17 - Teste de Kruskal-Wallis entre a extensão da lesão e Qualidade da vida	80
QUADRO 18 - Teste de Mann-Whitney entre o n.º de episódios e Qualidade da vida	80
QUADRO 19 - Teste de Kruskal-Wallis entre o método de tratamento e Qualidade da vida	81
QUADRO 20-Teste de Kruskal-Wallis entre o n.º de factores de risco e Qualidade da vida	82
QUADRO 21 - Teste de Kruskal-Wallis entre a limitação física e Qualidade da vida	83



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis	55
--	----



## INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CV – Coeficiente de Variação

CHTV, EPE – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Entidade Pública Empresarial

CNCDC - Centro Nacional de Coleção de dados em Cardiologia

CPEM – Complicação perante enfarte do miocárdio

DC – Doenças Coronárias

DCV – Doenças Cardio - vascular

DMNID – Diabetes Millitus não Insulino dependentes

DMID – Diabetes Millitus Insulino dependentes

Dp – desvio padrão

EP – Erro Padrão

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCSST – Enfarte Agudo do Miocárdio com supra-desnivelamento de ST

ECG – Electro cardiograma

et al – E outros

FR – Fatores de Risco

H – Hipótese

HDL –

HTA – Hipertensão arterial

ICP - Insuficiência Cardíaca Prévia

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto nacional de Emergência Médica

K – Courtose

K-S – Kolmogorov-Smirnov

OMS - Organização Mundial de Saúde

LDL – Low Density Lipoproteins

mg/dl – miligrama por dicitro

QDV - Qualidade de Vida

QDVS – Qualidade de Vida Saudável

QLMI - Quality of life after miocardia linfarction questionnaire

r – Correlação de Pearson

S/K – Simetria *Skewness*

SCA - Síndromes Coronárias Aguda

SL – Sublingual

SO – Sala de observação

SPC - Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SU – Serviço de Urgência

TEM - Tipo de enfarte do miocárdio

U – Valor do teste U de *Mann-Whitney*

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UND – Unidade de Nefrologia e Diálise

VV - Vias Verdes



## ÍNDICE DE SÍMBOLOS

$\bar{X}$  – média

% - Percentagem

> - Maior que

$\geq$  - Maior ou igual a

<- Menor que

$\leq$  - Menor ou igual a

$X^2$  - Chi-Square

$X_2$  – Teste de qui quadrad

Y – Variável dependente



## 1 – INTRODUÇÃO

Antes de iniciar este estudo será descrita uma breve alusão aos ensinamentos clínicos que o antecederam. Para a realização dos mesmos houve uma necessidade de fazer opções de acordo com o que se pensa ser mais vantajoso para a melhoria da qualidade dos cuidados e que traga benefícios quer em termos pessoais quer para o serviço onde desempenha funções.

A realização do Ensino Clínico na (UCIC) do CHTV, EPE, e na Unidade de Nefrologia e Diálise (UND) do CHTV, EPE, prendeu-se com o facto de a doença Cardíaca e a doença renal serem diagnósticos cada vez mais frequentes, nos indivíduos que recorrem ao serviço de urgência (SU), local onde desempenha funções.

Após a instalação do enfarte agudo do miocárdio começa uma corrida contra o tempo, pois alguns autores referem até que “*Tempo é Miocárdio*”. É imperioso que não haja atraso no tratamento, que esteja relacionado negativamente com o profissional de saúde que faz abordagem do indivíduo. Para isso há necessidade de uma correta interpretação dos sinais, sintomas e alterações após exames complementares de diagnóstico. O tratamento instituído a estes indivíduos, dependendo da gravidade que o evento demonstre em termos eletrocardiográficos e analíticos, refere-se à preparação para angioplastia primária, início de terapêutica trombolítica, ou outra logo após a entrada do indivíduo na urgência, quando justificado.

No domínio da nefrologia e diálise o enfermeiro deve estar desperto todas as situações de desequilíbrio e instabilidade que estas patologias podem causar e ainda porque está previsto a instalação de um monitor de diálise, no SO do serviço de urgência para a realização de técnicas de substituição da função renal. Uma das técnicas a utilizar é uma técnica híbrida, a Sustained Low Efficiency Dialysis (SLED), que combina as vantagens das técnicas contínuas com as vantagens da HD intermitente. Esta linha de pensamento vai ao encontro do mencionado pela Ordem dos Enfermeiros quando refere que a pessoa em situação crítica necessita de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato” (Regulamento nº124/2011, p. 8656). Uma breve abordagem às competências desenvolvidas (Apêndice I página 117). Durante estes ensinamentos clínicos foram elaborados alguns trabalhos que contribuiriam para melhores práticas nos respetivos serviços.

Quanto à unidade curricular Estágio II – Enfermagem em urgência e emergência, foi creditado de acordo com a alínea 5 do artigo 3º, do regulamento de creditações da ESSV, mediante a elaboração de um portefólio reflexivo sobre a experiência profissional, uma vez que se encontra a exercer a atividade profissional no serviço de urgência. Contaram para tal, a experiência profissional como enfermeiro, a exercer funções desde 1995 no Serviço de Urgência do CHTV- EPE e as competências adquiridas e desenvolvidas com a experiência formativa realizada ao longo do percurso profissional, na área da emergência médica e trauma.

Durante a realização destes ensinamentos clínicos surgiram vários temas com necessidade de investigação aprofundada. Para despertar mais a sensibilidade de quem trabalha no serviço de urgência desenvolveu-se um estudo sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio e a qualidade de vida que os indivíduos viriam a usufruir no futuro. Esta escolha teve como base a importância que se deve dar à gravidade da patologia, ao início dos sintomas, reconhecimento dos mesmos, à rapidez de instalação da doença e tipo de tratamento efetuado.

Atualmente, na nossa sociedade ocidental, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbilidade, apesar de, em Portugal, comparativamente a outros países da Europa, apresentar uma taxa de mortalidade mais baixa (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2007).

No entanto, o seu carácter multidimensional, e as suas consequências para a pessoa e Sociedade, levaram a que a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006), as considerasse como doenças sociais, com génese e repercussão social. O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é das mais prevalentes, sendo progressiva, causadora de morte prematura, provocando limitações físicas, emocionais, e perda da QDV.

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral e a doença coronária, com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e diretas, para as pessoas, para a sociedade e para o sistema de saúde, estabelecem que sejam vistas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que é urgente minorar. Por esta razão, a abordagem destas doenças justifica uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, através de um Programa Nacional que tente evitar estas doenças e reduzir as decorrentes incapacidades.

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) pode ser a manifestação de uma doença crónica assintomática ou na doença estabilizada podendo levar a morte súbita ou instabilidade hemodinâmica grave. É a maior causa de morte e incapacidade no mundo. De

acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2005, ocorreram 7.6 milhões de mortes em todo o mundo devido a doença cardíaca coronária.

A doença cardiovascular continua a ser a principal causa de morte nos países industrializados, sendo responsável por mais de 2 400 000 mortes por ano, constituindo 60% da “mortalidade total”.

Por si só, mantém-se no primeiro lugar das causas de morte na União Europeia. É responsável por cerca de 2% dos gastos em saúde na União Europeia, quase €24 mil milhões, mas este valor adquire proporções ainda mais relevantes se considerarem outros fatores, como os gastos relacionados com a perda de produtividade, ascendendo o custo total a €50 mil milhões (ALLENDER S.[ et al.], 2007).

Em Portugal são a principal causa de morte em ambos os sexos. Observa-se, no entanto, uma tendência decrescente a nível nacional e em todos os grupos etários, sendo que 52% destes óbitos correspondem a doenças cérebro vasculares e 22% a doença isquémica do coração (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2009).

Com o intuito de preencher algumas lacunas existentes na realidade nacional foi criado em 2002 o Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas (SCA), promovido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC). Este registo definiu como principais objetivos determinar as características clínicas, abordagem diagnóstica e terapêutica e indicadores de prognóstico em indivíduos com SCA (incluindo o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com e sem supra-desnívelamento do segmento ST e a Angina Instável), internados nos serviços ou departamentos de cardiologia dos hospitais portugueses. De acordo com o Centro Nacional de Coleção de dados em Cardiologia (CNCDC) (2009), ocorreram entre 2002 e 2009, 22353 Síndromas coronários agudos, entre os quais, 19434 EAM. Destes, 10136 com supra desnívelamento do segmento ST e 9298 sem Supra desnívelamento de ST.

No ano de 2009, em Portugal, ocorreram 33314 óbitos relacionados com doenças do aparelho circulatório, 4967 óbitos por enfarte agudo do miocárdio e 974 óbitos apenas na região centro (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2010).

No Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), (local onde foi efetuado este estudo), entre o ano de 2006 e 2010, foram registados 2543 indivíduos com patologia cardíaca, que necessitaram de tratamento em cuidados intensivos coronárias, com um pico 656 indivíduos em 2008 ano que coincide com a implementação da via verde neste hospital. No ano de 2010 deram entrada 590 indivíduos no referido serviço sendo, que a 254 foi diagnosticado EAM e destes 96 indivíduos tinham Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra Desnívelamento

do Segmento ST e 158 indivíduos tinham Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supra Desnívelamento do Segmento ST (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2011).

Compreender os fatores que influenciam a qualidade de vida e o enfarte agudo do miocárdio pode ser determinante para a minimizar esta problemática, o que conduziu à colocação as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de qualidade de vida dos indivíduos após enfarte agudo do miocárdio?
- Em que medida as variáveis Sociodemográficas e Clínicas influenciam a QDV dos indivíduos após EAM?

Partindo destas questões, estabeleceram-se objetivos para conduzir a investigação:

- Determinar o nível de QDV do individuo após EAM?
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas na QDV do indivíduo após EAM?
- Analisar a influência das variáveis clínicas na QDV do indivíduo após EAM?

O corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico. A primeira parte está estruturada em dois capítulos, onde são definidos os conceitos que integram a problemática, bem como a revisão da literatura acerca do tema. A segunda parte engloba todos os conteúdos inerentes ao estudo empírico e está dividida em quatro capítulos. A Metodologia onde é apresentada e descrita a investigação que se irá desenvolver, nomeadamente, o desenho da investigação, a população e a amostra, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados. Seguidamente apresentam-se os resultados, onde é feita a sua análise e interpretação. A discussão, dos resultados e a metodológica e por fim as conclusões.

Referências bibliográficas, apêndices e anexos considerados pertinentes para facilitar a compreensão da investigação, fecham a documentação do processo referente a este estudo.

Sabemos a importância que as doenças cardiovasculares têm na qualidade de vida das pessoas. Por conseguinte, a produção de conteúdos neste campo torna-se reconhecida por todos, conduzindo a uma melhor perceção dos indicadores que motivam e permitem à pessoa, que sofreu um enfarte agudo miocárdio, uma melhor qualidade de vida. No entanto, falta saber até que ponto as diversas variáveis em estudo influenciam essa mesma qualidade de vida, tendo em conta que é um conceito multideterminado, subjetivo e dinâmico. Neste sentido, este estudo pretende ser um contributo para o conhecimento desta realidade limitada aos indivíduos que frequentam a Consulta Externa de Cardiologia do Hospital São Teotónio de Viseu – EPE.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO





## 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Qualidade de Vida é entendida como sendo um juízo subjetivo do indivíduo sobre o grau de satisfação nos diferentes domínios da sua vida. Domínios esses, que incluem o grau de autorrealização, saúde, vida social e familiar, habitação, a situação de trabalho, o nível de rendimentos, a segurança pessoal, a qualidade ambiental, a justiça social e a igualdade, (CHURCHMAN (1992) *cit. in* GUIMARÃES (2000)).

Neste estudo, seleccionámos um conjunto de variáveis independentes: Sociodemográfica e Clínicas que considerámos influenciar a Qualidade de Vida do indivíduo, após EAM, de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada. Assim estas duas entidades (EAM e QDV) estão relacionadas, como demonstram os estudos já realizados.

### 2.1 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA CARDIOVASCULAR

Um estudo da Sociedade Portuguesa de Cardiologia revelou que 39,3% dos portugueses conjugam uma série de fatores de risco para ter enfartes, AVC, problemas renais ou diabetes (Jornal de Notícias, 2007). Sabe-se que os fatores de risco são cumulativos, assim, quanto mais fatores de risco estiverem presentes, maior é a possibilidade do indivíduo sofrer de doenças cardiovasculares (DCV). Nos países desenvolvidos o tabaco (12,7%), a pressão sanguínea alta (9,3%), o excesso de peso e a obesidade (7,2%), o sérico colesterol elevado (6,3%) e o consumo de álcool (4,4%) foram, em 2001, os principais fatores de risco associados às doenças crónicas. (LOPEZ AD [et al], 2006). Os dados epidemiológicos recolhidos, demonstram a existência de associação entre fatores de risco específicos e o desenvolvimento das doenças coronárias.

Os fatores variam em termos de reversibilidade potencial com as técnicas atuais de tratamento. Assim podem dividir-se em fatores: irreversíveis (a idade, o sexo e fatores genéticos), reversíveis (tabagismo, hipertensão, obesidade e o uso de contraceptivos) e parcialmente reversíveis (hiperlipemia, diabetes *mellitus*). (CORREIA, J. M. 2004).

A falta de prática regular de exercício físico moderado potencia outros fatores de risco suscetíveis de provocarem doenças cardiovasculares, tais como a hipertensão arterial, a obesidade, a diabetes ou a hipercolesterolemia (PORTAL DA SAÚDE, 2009).

### **Fatores de risco reversíveis**

O alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais (WORLD DRINK TRENDS, 2000).

Relativamente à doença cardiovascular, à exceção do efeito presumivelmente “protetor” que pequenas doses – consumos inferiores a 10 gr por dia – podem constituir para a doença coronária e que segundo alguns estudos parece estar ligado à elevação do colesterol HDL sérico e a sua interferência com o mecanismo da coagulação sobretudo do vinho tinto e jovem. Isto verifica-se somente em indivíduos saudáveis acima dos 40 anos (HANNIBAL [et al], 2001).

O sistema cardiovascular é frequentemente atingido. O efeito vasodilatador do álcool sobre os pequenos vasos periféricos determina o aparecimento da coloração típica da face do alcoólico e sintomas vasculares locais (RUEFF, 1999). O miocárdio sofre os efeitos do abuso alcoólico, através de alterações metabólicas e lesões celulares. São frequentes hipertrofias e dilatação com insuficiência cardíaca, quadros de mio cardiopatia, perturbações arteriais, fragilidade das paredes vasculares, hemorragias e hipertensão arterial (MELLO, [et al], 1999).

A inalação ativa e/ou passiva do tabaco aumenta o risco de doença das coronárias. O tabagismo é considerado o fator de risco mais importante na União Europeia, estando relacionado a cerca de 50% das causas de morte evitáveis, metade das quais devido à aterosclerose (RAMALHINHO, 2006).

O controlo do tabagismo constitui, a mais eficaz medida de prevenção secundária do enfarte devendo o seu consumo ser energeticamente combatido – com pequeno custo o indivíduo terá uma vida mais longa e com melhor qualidade.

O consumo de tabaco é a causa de mortalidade e morbilidade por Doença cardiovascular de mais fácil prevenção. Os benefícios para a saúde do ato de deixar de fumar são consideráveis e estão bem documentados e manifestam-se primeiro ao nível das Doença cardiovascular e só posteriormente na forma de outras doenças. Espera-se por isso que estratégias de prevenção e redução de consumo de tabaco apresentem grandes

benefícios imediatos na redução da mortalidade por Doença Coronária (EZZATI M [et al], 2005).

O período pós-enfarte constitui um momento particularmente estimulante para o início da abstinência, mas as recorrências são frequentes.

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. É considerada um dos principais fatores de risco para as Doença cardiovascular e para a mortalidade (YUSUF S. [et al.], 2004).

A relação entre a pressão arterial e o risco de Doença cardiovascular, em particular a Doença Coronária, é independente de outros fatores de risco relacionados com a hipertensão e com a propensão para desenvolver Doença Coronária (VASAN RS. [et al], 2001).

A importância da HTA como fator de risco de doença aterosclerótica e cardiopatia isquêmica, bem como fator preditor de morte nos primeiros 30 dias após EAM, tornam o seu controle uma medida de grande valor na prevenção secundária após EAM.

A taxa de mortalidade por doença cardiovascular aumenta com a obesidade. Uma análise recente mostrou que a taxa de mortalidade associada com a obesidade ameaça retroceder nos ganhos obtidos na esperança de vida nos últimos anos. (OLSHANSKY, S [et al.], 2005).

A obesidade exerce influência nociva sobre outros fatores de risco cardiovasculares, incluindo a pressão arterial, o colesterol LDL do plasma, o colesterol das HDL, os triglicéridos e a tolerância à glucose.

A obesidade acompanha-se de hiperinsulinismo com glicemia normal ou elevada. O hiperinsulinismo reflete o aumento de resistência à insulina e é um fator de risco de doença das coronárias, sobretudo quando associado a obesidade de tipo central (androide) caracterizada por acumulação de gordura na região do tronco.

De acordo com os valores do Índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal e os critérios da *American Heart Association* assim se considerar como fator ou não de risco.

A pessoa diabética tem um risco acrescido de morbidade e mortalidade, sendo que 75% de todas as mortes entre as pessoas diabéticas resultam de D.C. (RIDKER [et al.], 2003).

O risco de doença coronária nos diabéticos é duas a três vezes superior à da população não diabética e a mortalidade, na fase aguda do EAM, é duas vezes maior na

população diabética e muitos indivíduos morrem antes de chegar ao hospital (DUARTE, 2002).

A falta de controlo da glicemia e a progressão da doença renal condicionam uma evolução rápida da cardiopatia isquémica.

Os fatores de risco em indivíduos com diabetes mellitus não insulino dependente (DMNID) estão associados a anomalias mais profundas do que na diabetes mellitus insulino dependente (DMID). Na fase precursora da DMNID desenvolve-se o síndrome metabólico de insulino resistência com triglicéridos elevados e colesterol HDL baixo, maior prevalência de, HTA, obesidade de tipo central e hiperinsulinismo. Este padrão adverso de fatores de risco cardiovasculares acompanha-se de progressiva diminuição da tolerância à glucose de tal modo que, quando a DMNID é detetada, o indivíduo já tem manifestações clínicas de cardiopatia isquémica.

O aparecimento de doença coronária e o risco de EAM aumenta muito quando à diabetes se associam outros fatores de risco como as gorduras no sangue (colesterol e triglicéridos) elevados, a HTA, a obesidade e, em especial, o tabaco (POWERS, 2006).

A hiperlipemia é o principal fator responsável pelo desenvolvimento da arteriosclerose. Com efeito o colesterol e os triglicérideos estão presentes na corrente sanguínea de todos os indivíduos, pois estas substâncias são fontes energéticas essenciais. Quando os níveis de colesterol e triglicérideos estão elevados há um aceleração do processo de arteriosclerose em várias artérias, inclusive nas artérias coronárias. (SANDLER, 1999).

Níveis de colesterol sérico inferiores a 200mg/dl estão relacionados com um risco diminuído de doenças coronárias enquanto níveis superiores a 270mg/dl quadruplicam esse risco (NOGUEIRA, 2007).

O colesterol das HDL é denominado “colesterol bom” e protege-nos ativamente da aterosclerose. Os níveis de HDL parecem aumentar em resposta ao aumento do nível de atividade e, em especial, em resposta aos exercícios aeróbios, à perda de peso e ao abandono dos hábitos tabágicos (OLIVEIRA, 1997).

Existe uma relação estreita e positiva entre o colesterol total (ou o colesterol das LDL - *Low Density Lipoproteins*) e o risco de acidentes coronários subsequentes, tanto no homem como na mulher, sendo maior nos indivíduos sintomáticos do que nos assintomáticos. Esta relação é modificada pela coexistência de outras alterações lipídicas (HDL; triglicéridos) e pela presença de outros fatores de risco coronário.

MARMOT M, [et al.], 1992 (citado por TAVARES P., 2008) Diz que “Estima-se que a diminuição de 1% no colesterol total se reflita na diminuição em cerca de 5% no risco de DCV em homens jovens e 2% em indivíduos de meia-idade”.

No momento de atuar pensa-se que a forma com mais eficácia sobre o HDL baixo é corrigir os outros fatores de risco, incluindo uma redução mais acentuada do colesterol das LDL: o exercício e o consumo moderado de álcool podem, também fazer subir o colesterol das HDL.

A relação entre o colesterol sérico e o risco de morte prematura por DC apresenta um padrão contínuo e graduado significando que o risco de morte aumenta com a quantidade de colesterol presente no organismo (STAMLER J [et al.], 1995).

O stress é inevitável enquanto vivemos, sendo uma consequência do ritmo de vida atual. É difícil definir com exatidão o stress porque os fatores diferem de pessoa para pessoa. No entanto, a sensação de descontrolo é sempre prejudicial e pode ser um sinal para abrandar o ritmo de vida.

O ser humano encontra-se, cada vez mais, exposto a situações indutoras de stress e sempre que experimenta uma tal disposição, ocorre um processo de ativação que envolve todo o organismo.

De acordo com Serra (1999), todos estes fatores de stress reproduzem vários tipos de respostas no ser humano. Podem ser de natureza biológica, cognitiva, comportamental e emocional, e ocorrem de forma concomitante influenciando-se mutuamente. Estas respostas são tanto mais acentuadas quanto mais intensa, frequente e prolongada por a exposição ao stress. Contudo, ao falar-se de resposta ao stress, deve considerar-se que os seres humanos não são todos iguais, logo a sua reação ao stress também não o será (MARTIN, 2004).

O coração representa uma profunda vinculação simbólica e real, entre ele e a vida associa-se a ideia das emoções. Como se sabe, não é sede nem origem dos sentimentos/emoções, mas é, contudo, um dos órgãos que, de forma mais clara, reflete os seus efeitos (SILVA, M., 2001).

Os efeitos do stress sobre o indivíduo, em particular sobre o coração, encerram uma importante componente individual. Submetidas a uma mesma situação geradora de tensão, pessoas distintas apresentam respostas distintas. O que determina a variabilidade destas reações é a avaliação que cada pessoa faz das circunstâncias e do meio ambiente (KRENTZ, 2005).

## **Fatores irreversíveis**

Segundo Bueno (1996), a idade é o número de anos que o indivíduo possui desde o nascimento até à data presente. Os indivíduos mais idosos têm maior incidência de insuficiência cardíaca e de choque cardiogénico do que a população mais jovem. O envelhecimento é um dos fatores mais importantes do desenvolvimento de aterosclerose. O grau de arteriosclerose é mínimo até à idade de 35 a 45 anos, mas o processo acelera-se após esta idade, principalmente depois dos 60 anos (THELAN [et al], 1993)

As doenças das artérias coronárias constituem uma importante causa de morte em homens de meia-idade, com uma incidência duas a cinco vezes superior à das mulheres (JACKSON [et al], 1997; RIBEIRO, J, [et al] 1998). Em homens e mulheres, o risco de doença coronária aumenta com a idade (CASTELLI, W.P., 1984; RICH-EDWARDS [et al], 1995). Nos homens, a incidência de doença cardiovascular aumenta gradualmente com o avançar da idade e sensivelmente até aos 60 anos, enquanto que nas mulheres começa aos 50 anos, geralmente após a menopausa, e depois aumenta progressivamente. Os fatores de risco das doenças cardiovasculares são mais elevados na meia e terceira idade (JORNAL DE NOTÍCIAS, 2007).

GOUVEIA (2000) define sexo como o conjunto de características inatas ou não que distinguem o homem da mulher.

Existem grandes diferenças na incidência e mortalidade das doenças cardio-vascular (DCV) entre os homens e as mulheres. Essas diferenças variam entre as populações e, em ambos os sexos, o risco de doença coronária (DC) aumenta com a idade. Durante o período de vida normal homens e mulheres têm a mesma mortalidade proporcional de DCV no entanto os homens desenvolvem DCV, particularmente a DC, 10 a 15 anos mais cedo do que as mulheres, o que resulta numa menor esperança de vida para os homens. Homens de todas as idades apresentam maior mortalidade por DC do que as mulheres. Homens de meia-idade (35-65 anos) têm um aumento de risco progressivo com a idade. Depois dos 65 anos de idade a incidência de DC duplica nos homens e triplica nas mulheres, comparativamente ao grupo etário dos 35-65 anos. Cerca de um terço de todos os eventos novos de DC e cerca de um quarto de todas as mortes relacionadas com a DC ocorrem em homens de meia-idade (TZEROVSKA JGF [et al], 2004).

Um estudo realizado em indivíduos finlandeses com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, com dados recolhidos em 1982 e 1987 (JOUSILAHTI P. [et al], 1999), estudou até que ponto os fatores de risco cardiovascular explicam as diferenças entre os sexos na incidência e mortalidade por DC. Evidenciaram que de entre os participantes do estudo o nível de risco é mais favorável nas mulheres mas que com o aumento da idade

esta vantagem diminui. Entre os homens a incidência de DC é três vezes superior e a mortalidade é cinco vezes superior à das mulheres. Os mesmos autores referem que a diferença entre os sexos no risco cardiovascular medido explica quase metade das diferenças observadas para a incidência e mortalidade por DC.

Vários autores, segundo MARTINS (2004), apontam para uma maior incidência de doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, em indivíduos do sexo masculino. A incidência de EAM nos homens é maior com uma vantagem de cerca de dez anos em relação à mulher, mas estas não são imunes à arteriosclerose, porém, esta diferença tende a desaparecer após a menopausa.

Através de um estudo, constatou que os homens têm uma incidência maior de EAM do que as mulheres até aos quarenta e cinco anos, e duas vezes superior entre os quarenta e cinco e os sessenta e dois anos. Após os sessenta e dois anos a probabilidade de sofrer um EAM é semelhante para homens e mulheres. (CHUNG 1986, cit. por GOUVEIA, 2000).

A predisposição genética de cada indivíduo é também apontada como um fator importante. O risco de se contrair doenças cardiovasculares será maior se houver membros da família que tenham doença coronária. A probabilidade relacionado com a história familiar envolvendo pelo menos dois familiares é maior quando a Doença Coronária se desenvolve antes dos 55 anos de idade do que quando ocorre antes dos 65 (HIGGINS M. 2000). Como se pode observar, a história familiar é um fator de risco significativo. Considera-se que um indivíduo tem história familiar menos positiva, se um parente próximo teve um EAM antes dos sessenta anos (GOUVEIA, 2000).

Às vezes, torna-se difícil estabelecer se a existência de uma história familiar sugestiva de doença cardíaca se relaciona mais com a predisposição genética ou com os hábitos de vida familiares. Desde 1968 que a taxa de mortalidade da população de raça não caucasiana de ambos os sexos é superior à verificada na população branca.

A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, Alto Comissariado da Saúde, no documento “Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ” referente as Vias Verdes do EAM e AVC (2007), apresenta como antecedente clínicos associado a uma maior probabilidade dos sintomas serem devidos a isquemia miocárdios, “Antecedentes de doença coronária – EAM, Insuficiência Cardíaca Prévia (ICP) ou cirurgia coronária”.

## 2.2 – ALTERAÇÕES ANATOMICAS NO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

O coração é um órgão relativamente pequeno, pesa cerca de 300 g e tem quase as dimensões de um punho. Situa-se no meio do mediastino, onde os pulmões se lhe sobrepõem parcialmente (PHIPPS [et al.], 2003).

A parede cardíaca é constituída por três camadas de tecido: o pericárdio que protege a superfície cardíaca; o miocárdio, responsável pela contração do coração e o endocárdio, por sua vez, reduz a fricção resultante da passagem do sangue (SEELEY [et al.], 1997). O coração encontra-se dividido em duas partes por uma parede muscular, cada parte possui uma câmara coletora superior (aurícula) e uma cavidade inferior de bombeamento (ventrículo). Durante a diástole ventricular, aproximadamente 80% do sangue venoso regressa à aurícula direita e passa por gravidade para o ventrículo através da válvula tricúspide. O restante 20% é debitado aos ventrículos durante a sístole auricular.

A contração mecânica do coração resulta do processo de estímulo-resposta e as propriedades do músculo cardíaco são a autonomia, a excitabilidade, a contractilidade e a condutibilidade.

O marca-passo principal do coração normal é o nódulo sino-auricular e compõe-se de um grupo de tecidos altamente especializados, localizados na aurícula direita adjacente à veia cava superior, que automática e regularmente emite um impulso elétrico que despolariza as aurículas e progride até ao nódulo auriculoventricular que se localiza na zona média da válvula auriculoventricular direita, nódulo este que coordena os impulsos elétricos que provêm das aurículas.

O impulso é conduzido através de um feixe de fibras musculares especializadas, o feixe de his, que percorrem o septo interventricular, dividindo-se em dois ramos, direito e esquerdo que terminam nas fibras de Purkinge, formando a rede Purkinge (SEELEY [et al.], 1997).

O coração é um órgão constituído maioritariamente por músculo que tem como função principal impulsionar o sangue por todo o organismo, através dos vasos sanguíneos, transportando o oxigénio aos tecidos. Como qualquer outro músculo, o coração também necessita de oxigénio e nutrientes. É irrigado através de duas artérias principais: a artéria coronária direita e a esquerda. A artéria coronária esquerda subdivide-se em duas artérias secundárias, que são a artéria descendente anterior e a artéria circunflexa (OLIVERÓ e GÜELL, 1994). Quando as artérias coronárias ficam com o lúmen mais estreito ou ocluídas, a irrigação sanguínea é insuficiente e o resultado é o aparecimento de doença das artérias



coronárias – a angina de peito. Quando existe a oclusão completa e prolongada de uma artéria coronária, surge o EAM.

O EAM caracteriza-se por danos celulares irreversíveis e necrose do miocárdio, secundários à diminuição súbita ou mesmo à interrupção do aporte sanguíneo numa determinada área do miocárdio (THELAN [et al.], 1993).

A gravidade de um EAM depende da sua localização e extensão, que por sua vez interferem na severidade dos sintomas, bem como no tipo de complicações que podem advir (arritmias, insuficiência cardíaca, choque cardiogénico). Na maior parte dos casos, a causa principal do EAM relaciona-se com o processo arteriosclerótico. Durante a fase aguda do EAM, a maioria dos indivíduos apresenta sintomatologia somática e psicológica típica, que geralmente compreende (American Heart Association, 1997; LEGATO,[et al.], 1997):

- Uma pressão desconfortável, aperto ou dor no centro do peito, que desaparece e pode regressar;
- Dor que irradia pelos ombros, pescoço, maxilares e braço esquerdo;
- Dor na zona epigástrica, confundindo-se muitas vezes com uma indigestão;
- Elevação da tensão arterial nos minutos iniciais;
- Fraqueza, febre, palidez facial, transpiração abundante e fria, náusea e dispneia;
- Medo de morrer e agitação, que produzem uma inquietude característica nestes indivíduos.

No entanto, apesar de por vezes o diagnóstico ser efetuado de uma forma causal, o sintoma predominante no EAM, é a dor, que é comum em homens e mulheres. Contudo, na mulher pode ter uma distribuição diferente, não se centrando apenas na área subesternal e braços, como acontece frequentemente nos homens, podendo irradiar para o alto abdómen, ombros e pescoço. Outros sintomas, como a náusea e a dispneia são sintomas mais frequentes em mulheres.

Segundo SOARES - COSTA (1995), a localização, a extensão e a gravidade da lesão resultam da isquemia do miocárdio e dependem de vários fatores:

- Gravidade e localização da obstrução das coronárias;
- Extensão do leito vascular arterial a jusante dos vasos atingidos;
- Necessidade de oxigénio do tecido miocárdio envolvido;
- Capacidade compensadora das artérias colaterais;
- Presença, duração e intensidade dos fenómenos vasoespásticos associados;

- Presença de fatores tecidulares suscetíveis de agravar ou de limitar os processos de necrose;

- Presença e atuação de fatores endógenos e exógenos que contribuem para a trombo gênese e para a trombólise.

A área do miocárdio onde ocorre morte celular e necrose muscular é denominada zona de enfarte. Ao nível do traçado eletrocardiográfico, esta zona traduz-se pelo aparecimento de ondas Q ou QS patológicas, as quais refletem ausência de despolarização da superfície cardíaca atingida pelo enfarte. À medida que ocorre cicatrização, as células desta área são substituídas por tecido cicatricial. No ECG, esta área de isquemia traduz-se pela inversão da onda T, e é esta área a responsável pela quantidade de disritmias que acompanham o EAM nomeadamente devido a alterações da repolarização (PHIPPS [et al.], 2003).

Durante as primeiras seis semanas que se seguem ao EAM, o miocárdio sofre muitas alterações. Aproximadamente seis horas após o EAM, o músculo distende-se e torna-se pálido e cianótico. Passados dois dias, o miocárdio adquire uma coloração vermelho-púrpura e pode formar-se um exsudado a nível do epicárdio. As células leucocitárias vão-se infiltrando no músculo e digerir os restos de necrose, tornando a parede, onde ocorre a necrose, mais fina.

Cerca de três a quatro semanas após o EAM, começa a formar-se um tecido cicatricial e, deste modo, a parede fica mais esbranquiçada e espessa. (CAPELAS, 2002).

Os EAM poderão ser classificados de acordo com as camadas musculares atingidas: enfartes transmuraais e enfartes não transmuraais.

Os enfartes transmuraais, ao provocarem uma necrose espessa, são vulgarmente acompanhados de alterações na função ventricular esquerda.

As alterações do traçado eletrocardiográfico provocada por um EAM transmural revelam alterações da despolarização (complexo QRS) e a repolarização (complexo ST). As alterações da despolarização traduzem-se pelo aparecimento de novas ondas Q, mais profundas e mais longas que o normal (THELAN [et al.], 1993).

As variações de repolarização dizem respeito a modificações no segmento ST e na onda T, as quais ocorrem em duas fases: a aguda e a evolutiva.

As alterações do segmento ST são consideradas os achados eletrocardiográficos mais importantes e específicos durante um EAM. Nos indivíduos com isquemia transmural, o supra desnivelamento do segmento ST (SST; “corrente de lesão”), tipicamente, está presente nas derivações correspondentes ao local da isquemia e, conseqüentemente,

poder-se-á prever qual a artéria atingida responsável pela isquemia com base apenas nessa observação (WANG, T [et al.] 2009).

Os enfartes não transmuraux dividem-se em sub-endocárdicos, que envolvem o endocárdio e o miocárdio, e os sub-epicárdicos, que envolvem o miocárdio e o epicárdio.

Como a necessidade de oxigénio do endocárdio é superior à do epicárdio, os sub-endocárdicos são os enfartes não transmuraux mais frequentes. A alteração do traçado observado nas situações de isquemia sub-endocárdica é frequentemente a depressão do segmento ST (THELAN [et al.], 1993).

Um dos métodos, para avaliar a função ventricular esquerda, consiste no cálculo da fração de ejeção (volume de sangue ejetado em cada contração). A fração de ejeção normal varia entre os 63% e os 70%. No período pós enfarte recente, uma fração de ejeção igual ou superior a 40% é sinal de bom prognóstico, enquanto um valor inferior a 40% é sugestivo de mau prognóstico (THELAN [et al.], 1993).

Perante um indivíduo com dor torácica característica de isquemia do miocárdio, existem três apresentações primárias sugestivas de SCA (que contrapõem a angina estável ou de esforço): dor/angina em repouso, cuja duração, geralmente, é superior a 20-30 minutos; dor torácica/angina “de novo” que limita de forma marcada a atividade física; angina que aumenta em intensidade, frequência, duração ou que ocorre após um menor esforço que episódios anginosos prévios (angór em crescendo, cuja dor depois persiste). A dor que alivia com a administração sublingual (SL) de nitroglicerina ou outro nitrato não é preditiva de SCA. Tipicamente, a dor tem uma localização retrosternal ou precordial (por vezes epigástrica), irradiando, com frequência, para o pescoço, mandíbula ou ombro e braço esquerdos. Alguns indivíduos podem, ainda, apresentar “equivalentes anginosos”, nomeadamente: dispneia (o mais comum), náuseas, vômitos, hipersudorese, fadiga inexplicável ou síncope (raramente). As apresentações atípicas são mais comuns entre mulheres, diabéticos e idosos (ANDERSON J [et al.], 2007).

O diagnóstico clínico de EAM requer uma avaliação integrada da história com algumas combinações de evidências indiretas de necrose miocárdios, empregando-se modalidades bioquímicas, eletrocardiográfico e de exames por imagem (BRAUNWALD, 2006). Segundo AEHLERT (2007), a lesão miocárdica pode ser extensa o suficiente para produzir uma diminuição da função da bomba ou condutibilidade elétrica das células afetadas. A evidência eletrocardiográfica de lesão miocardia em evolução pode ser observada como elevação do segmento ST. Este fenómeno é devido ao deficiente aporte sanguíneo, a repolarização das células desta área é incompleta, o que se traduz pela elevação do referido segmento.

As variações de repolarização dizem respeito a modificações no segmento ST e na onda T, as quais ocorrem em duas fases: a aguda e a evolutiva.

Os enfartes classificam-se de acordo com a sua localização em relação com a parede cardíaca. A zona de enfarte encontra-se envolvida por uma área de tecido danificado mas potencialmente viável, denominada zona de lesão.

Na região onde ocorre isquemia, ainda existe viabilidade celular, pois apesar da anormal repolarização, esta área poderá ficar normal. No ECG, esta área de isquemia traduz-se pela inversão da onda T, e é esta área a responsável pela quantidade de disritmias que acompanham o EAM nomeadamente devido a alterações da repolarização.

Apesar de todos os progressos alcançados ao nível da redução da mortalidade provocada pelo EAM, a abordagem biomédica apresenta um carácter remediativo, direcionando-se para os cuidados secundários e terciários, provocando deste modo elevados custos económicos diretos, em termos de cuidados de saúde, e indiretos, para o indivíduo, família e sociedade.

### 2.3 - TRATAMENTO INSTITUÍDO NO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

No âmbito desta investigação, o tratamento instituído refere-se à terapêutica trombolítica e à angioplastia primária. Os objetivos primários da terapia são reduzir a quantidade de necrose miocárdio, preservando a função ventricular e evitando a insuficiência cardíaca; prevenir os principais eventos cardíacos, como a morte, por fibrilação ventricular (AEHLERT, 2007).

A terapêutica fibrinolítica consiste na administração endovenosa de agentes farmacológicos ativadores do plasminogénio endógeno em plasmina, que dissolve a matriz de fibrina do trombo intracoronário (AEHLERT, 2007). De acordo com a mesma autora, a angioplastia primária refere-se à obtenção de reperfusão por intervenção mecânica, que fragmenta o trombo e reduz a lesão aterosclerótica residual, por insuflação de um balão intracoronário. O procedimento pode ser complementado com a implantação de “Stent”.

A seleção da estratégia de reperfusão envolve a avaliação do tempo decorrido desde o início dos sintomas, do risco do EAMCSST, do risco de hemorragia e do tempo necessário para o transporte até um laboratório de hemodinâmica onde possa ser efetuada ICP primária por uma equipa habilitada.

Aos hospitais compete estabelecer uma equipa multidisciplinar para desenvolver protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica nos indivíduos com suspeita de EAM, com base nestas recomendações. Esta equipa multidisciplinar deve incluir especialistas em Cardiologia (Cuidados Intensivos Coronários e Cardiologia de Intervenção), Medicina Intensiva, Medicina Interna, Medicina Laboratorial e Enfermagem. Nos hospitais sem Cardiologia de Intervenção, deve haver protocolos para transferência rápida dos indivíduos com necessidade de coronariografia e revascularização urgente para instituições apropriadas. Todos os indivíduos com suspeita de EAM ou angina instável devem ser considerados casos de prioridade elevada para efeitos de triagem e ser avaliados segundo o protocolo estabelecido nessa instituição.

Atendendo a que, a relação entre a demora para a reperfusão e a mortalidade hospitalar é particularmente forte nas primeiras duas horas de evolução do EAMCSST, e a fibrinólise pré-hospitalar reduz significativamente o tempo até à administração de fibrinólise em cerca de 45-60 minutos, os ganhos de saúde associados à fibrinólise podem ser significativamente aumentados se esta é realizada em ambiente pré-hospitalar nos indivíduos que se apresentam nas primeiras duas horas de evolução dos sintomas. (DOCUMENTO ORIENTADOR SOBRE VIAS VERDES DO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO; 2007).

Em situações mais graves e quando não é possível os tipos de tratamento citados anteriormente surge o tratamento cirúrgico. Pode-se definir cirurgia como um ramo da medicina que permite praticar intervenções cirúrgicas ou operações para tratamento de lesões internas ou externas, interromper evolução de uma doença ou patologia, praticar alterações num organismo vivo ou parte dele, através de processos manuais e com o auxílio de instrumentos (ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA, 2001).

Todos os anos, ocorrem cerca de 10 mil EAM em Portugal. Trata-se de um evento patológico que, se não for tratada atempadamente, pode levantar sérias complicações, chegando mesmo a provocar a morte súbita, (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2009).

O Alto Comissariado da Saúde em colaboração com a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares em 2007, elaboraram um documento orientador sobre os procedimentos a efetuar neste tipo de patologia, com o objetivo de tornar o diagnóstico definitivo e o início do respetivo tratamento mais céleres. Por uma questão de terminologia a esta estratégia deu-se o nome de vias verdes. Aplicam-se ao Síndromes Coronários Agudos (SCA) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Define-se “*Via Verde*” como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planejado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações. (Parecer Nº AM 05/2005 de 05.10.2005 – SEAS).

As autoridades nacionais, tomando consciência deste flagelo decidiram no ano de 2005, promulgar o seguinte DECRETO - LEI: nº 175 de 12 de Setembro de 2005 D.R. - II Série o **Despacho nº 19 670/2005**, que na sua alínea e)” dá-se ênfase a um novo conceito em urgência/emergência, as *Vias Verdes*.

e) «Promover a atualização das redes de referência nacionais para as doenças cardiovasculares, tanto de doentes eletivos como de urgentes (vias verdes), de acordo com as especificidades regionais e adotando critérios de base científica comprovada».

Na atualidade, a promoção do bem-estar e a melhoria da qualidade de Vida colocam-se como metas de saúde, onde o indivíduo é um ser único e centralizador dos cuidados, progredindo dos parâmetros tradicionais de avaliação da doença, relacionados suas múltiplas dimensões (PLANO NACIONAL DE SAÚDE DE 2004-2010).

A Qualidade de Vida (QDV) após EAM surge assim, contextualizado num quadro de valores percentuais que continuam a demonstrar que o sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares conferiram-lhes uma marcada preponderância de tal forma que estas doenças se podem considerar atualmente como verdadeiras doenças sociais.

As Vias Verdes (VV) são essenciais não só para melhorar as acessibilidades como para permitir os tratamentos mais eficazes, dado que o fator tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é, nas duas situações agudas, fundamental para a redução de mortalidade (DOCUMENTO ORIENTADOR SOBRE VIAS VERDES DO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO; 2007).

As recomendações clínicas para o diagnóstico e orientação terapêutica pré e intra-hospitalar, do EAM com supra-desnivelamento do segmento ST, são parte integrante deste documento orientador.

O principal objetivo da implementação das vias verdes é aumentar a reperfusão na fase aguda das situações melhorando o conhecimento por parte da população sobre os sinais de alerta, e promovendo a utilização aos acessos de emergência na presença de sintomas. Assim aumenta-se a capacidade de resposta do pré-hospitalar, garantindo melhor acessibilidade aos locais de tratamento (Unidades de intervenção coronária percutânea).

Os profissionais de saúde que estabelecem o primeiro contacto com os indivíduos nas situações agudas de EAM tenham uma base comum de conhecimentos e orientação diagnóstica e terapêutica, semelhante á dos médicos das unidades mais especializadas.

Segundo o documento anteriormente citado o objetivo ideal no tratamento do enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST (EAMCSST) é a perfusão nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas. O principal parâmetro clínico deve ser o tempo entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico, sendo o principal parâmetro logístico o tempo esperado entre o primeiro contacto medica e a reperfusão do miocárdio.

As complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução do EAM. A fibrilação ventricular é a principal causa de mortalidade precoce, sendo a sua incidência máxima no início do EAM e diminui rapidamente após a s primeiras horas.

Para a identificação dos sintomas e sinais característicos do EAM o primeiro exame a realizar é o eletrocardiograma de 12 derivações (ECG), e deve ser complementado com os bio marcadores de necrose do miocárdio, hemograma contagem de plaquetas, INR e a PTT. O ECG deve ser realizado a todos os indivíduos com sinais ou sintomas significativos de EAM, no local onde são atendidos pelo INEM ou na instituição do serviço nacional de saúde onde se encontra, no prazo máximo de 10 minutos, a partir do momento da chegada do INEM ou do momento da chegada do indivíduo ao serviço de urgência.

As medidas gerais aplicadas nos indivíduos com EAM são:

- *Oxigénio*. Deve ser administrado por mascara sendo a sua administração razoável nas primeiras seis horas;

- *Nitratos*. Exercem uma ação hemodinâmica favorável, com dilatações arteriais coronárias (principalmente no local da rutura da placa de aterosclerose e dilatação arterial e venosa sistémica);

Deve ser administrado a todos os indivíduos com sintomas de EAM (0,4mg 5 em 5 minutos até um total de 3 comprimidos).

- *Analgesia*. O alívio da dor tem uma importância fundamental na terapêutica do EAM não só pelo conforto que proporciona ao indivíduo mas por impedir a ativação simpática, responsável pela vasoconstrição e pelo consumo de oxigénio pelo miocárdio.

O analgésico de eleição é o sulfato de morfina (2 a 4 mg por via endovenosa, podendo ser repetida num intervalo de 5-15 minutos).

-*Acido acetilsalicílico (AAS)*. A anti-agregante plaquetário. Vários estudos evidenciam a redução da taxa de mortalidade na SCA. A eficácia deste fármaco é tanto maior quanto mais precoce for a sua administração.

A dose deve ser entre 75-325 mg que hidrossolúvel, mastigável ou endovenoso. O mais aconselhado nas SCA é 250 mg mastigáveis.

- *Clopidogrel*. É um bloqueador irreversível do recetor de ADP das plaquetas que é fundamental na sua ativação e agregação. Não têm efeitos a nível dos prostanóides (que é o mecanismo do AAS, o mais importante dos anti-agregante plaquetários). É um avançado antagonista do recetor de ADP que inibe a agregação plaquetária.

Nas SCA devem ser administrados 600mg de clopidogrel que permite reduzir para 2 horas o tempo para a obtenção da ação máxima anti-agregante.

## 2.4 - A QUALIDADE DE VIDA

A importância da QDV tem vindo a aumentar, acompanhando a mudança no conceito de Saúde. Deixou considerar o indivíduo num binómio de saúde/doença e integra outras componentes, na vertente holística.

Pai da filosofia clássica, Aristóteles foi talvez um dos primeiros pensadores a conceptualizar a QDV ao concretizar o summum *bonum*, isto é, o bem supremo “para o qual todas as Ações convergem”, rompendo inadvertidamente o território do bem-estar e qualidade de vida (ARISTÓTELES, citado por PASCHOAL, 2000).

Após a Segunda Guerra Mundial surgiu o conceito de “boa vida”, que se reportava à aquisição de bens e matérias, num período marcado por repressão e escassez económica. Posteriormente o conceito foi-se diferenciando e justaposto ao desenvolvimento económico e social, surgindo os primeiros indicadores económico/sociais para medir e comparar a QDV objetiva entre diferentes cidades, regiões e países.

A década de sessenta é com o “big boom” das ciências sociais e humanas, houve a necessidade de avaliar a QDV percebida pela pessoa – a qualidade de vida subjetiva – que valorizava o grau de satisfação e bem-estar do indivíduo face à sua vida que, para ser completa teria de ser, segundo (PASCHOAL, 2000), a soma total de todos os aspetos da existência de uma pessoa durante a sua existência inteira, em termos de experiências, atividades realizadas e realizações na vida e ainda eventos e circunstâncias significativas vivenciadas.

O sentir-se com maior qualidade de vida está relacionado com o estado de saúde, mas não depende unicamente dele. Admite-se portanto, que a pessoa pode ser portadora



de uma doença e sentir-se com uma boa qualidade de vida, adaptando-se e vivendo com outros objetivos e perspectivas. Esta adaptação depende de múltiplos fatores, que interagem num equilíbrio dinâmico: da idade, tipo de atividade profissional, das condições socioeconómicas, do espectro ambiental, universo pessoal, características de personalidade, do apoio e suporte familiar, do tipo de reabilitação a que são sujeitos.

Não é fácil determinar a qualidade de vida, por ser um conceito amplo, multifacetado, sendo influenciado por múltiplos fatores.

É entendida como sendo um juízo subjetivo do indivíduo sobre o grau de satisfação nos diferentes domínios da sua vida. Domínios esses, que incluem o grau de autorrealização, saúde, vida social e familiar, habitação, a situação de trabalho, o nível de rendimentos, a segurança pessoal, a qualidade ambiental, a justiça social e a igualdade, (CHURCHMAN (1992) *cit. in* GUIMARÃES (2000).

PIRES G. [et al.], (1998), refere que “Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolve portanto, saúde, educação, moradia, trabalho, e participação nas decisões que lhe dizem respeito, e determinam como vive o mundo. Compreende deste modo, situações extremamente variadas, como, anos de escolaridade, atendimento digno em caso de doença e acidentes, conforto e pontualidade nas condições para se dirigir a diferentes locais, alimentação em quantidade suficiente.” Mas a acumulação de bens materiais não é sinónimo de qualidade de vida, pois o importante possuir o suficiente para viver sem dificuldades. Aqui entra a variável do que cada indivíduo considera suficiente para si próprio. BELINK A. (2007) refere que “É importante é planear para ter o suficiente sem consumir com exagero e desperdício”.

Num outro ponto de vista NAVARO C. (2007) refere que “...gostamos daquilo que pode ser considerado exclusivo ou que nos diferencia dos de mais á nossa volta.”

Assim a noção de qualidade de vida nesta perspectiva impõe uma reflexão bioética na medida em que relaciona o indivíduo com a existência de condições de vida mínimas e razoáveis para a sua existência condigna e para a realização de cada um como pessoa na exigência da implementação dos princípios de solidariedade e justiça social.

Para Organização Mundial de Saúde (OMS) a QDV é definida como “a perceção do indivíduo e da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim sendo, é um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações meio ambiente. (OMS citada por WHOQOL, 1993).O “Grupo para a Qualidade de Vida” da OMS (2002) inclui na sua definição a perceção que o

indivíduo tem de sua posição na vida, em relação a seus objetivos, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive.

O que o indivíduo sonha para a sua vida e o que realmente conquista. Neste sentido, ABAGE (2001) diz que “somos aquilo que buscamos, o que alcançamos, somos o nosso autorretrato”. NAHAS (2001) refere que a mesma é alcançada por cada indivíduo quando este obtém harmonia em quatro grandes áreas da sua vida: saúde, trabalho, social e afetivo. Deste modo, o autor considera que o indivíduo não tem sucesso na sua vida se uma das áreas não estiver equilibrada.

Numa perspectiva atual, o modelo de QDV que engloba algumas ideias de outros teóricos, desenvolvidos em termos dimensionais. Como tal, socorreram-se, para este efeito, de uma representação multidimensional que abarca a dimensão temporal, a qual concebe a QDV como uma interação entre as experiências passadas, os objetivos e perspectivas futuras; a dimensão referencial, que engloba o indivíduo no seu contexto familiar, social, cultural e político; dimensão experiencial, a qual inclui o domínio físico em duas vertentes, a funcionalidade e sintomatologia devido à doença ou tratamento; o domínio psicológico, que engloba todos os fatores cognitivos, emocionais e os de natureza interpessoal; o domínio socioeconómico, referente ao desempenho no emprego, situação financeira e utilização dos tempos livres e o domínio da espiritualidade que abarca as crenças religiosas que cada indivíduo atribui à sua existência, vontade de viver e rede de crenças de motivação ética.

No contexto da área da saúde, a utilização do conceito de QDV foi-se desenvolvendo a partir da década de setenta, chegando-se à conclusão que uma vida longa não era necessariamente uma boa vida.

No domínio da medicina e da psicologia tem havido uma preocupação em avaliar os parâmetros que definem uma vida boa, tendo-se focado quer na identificação dos domínios do quotidiano relevantes para essa qualidade de vida, quer na determinação das suas dimensões e das variações comportamentais e afetivas associadas com as características pessoais e ambientais. Outros domínios estudados são o sofrimento provocado pela doença ou os efeitos secundários associados aos tratamentos que “reduzem o desejo de viver” (MARQUES - TEIXEIRA, 2000).

Traça-se uma dimensão de cuidados em que se reconhece a importância de avaliar o tratamento e os resultados através de variáveis subjetivas que incluem as perceções dos indivíduos em relação ao seu bem-estar e QDV. Isto porque, com as opções metodológicas existentes, a oferta do tratamento permite não só prevenir a morbilidade, mas também aumentar a longevidade com a melhor qualidade de vida possível. A adaptação sociocultural é o ajustamento das Ações e a conduta de uma pessoa às normas, convicções, crenças e

pressões de vários grupos. Tem limitações, dado que tira partido do potencial humano. O seu funcionamento é influenciado pelas limitações do património genético dos indivíduos, condição física, personalidade, inteligência e estabilidade emocional. A doença física desafia as capacidades de adaptação das pessoas. Passa então por encontrar formas de lidar com o problema, implicando inevitavelmente um trabalho de reorganização da sua vida interior e de adoção de novos comportamentos adequados ao enquadramento familiar, profissional, social e terapêutico que vai ocorrer até ao fim da sua vida, o que tem repercussões evidentes na QDV. As ameaças percebidas na situação de estar do indivíduo estimulam a pessoa a adquirir mecanismos defensivos, de modo a diminuir a ansiedade face a esta situação de crise e de stresse. A negação da realidade é o mecanismo mais frequente e consiste em declinar a ideia de estar indivíduo, com o objetivo de anular o conteúdo ansiogénico, minimizando os sintomas ou considerando-os benignos e transitórios.

Para LEYNAERT [et al.], (2003), a QDV reflete mais que o estado de saúde de um indivíduo, tendo de se levar em consideração a maneira como ele percebe e reage tanto à limitação imposta pela doença, como a outros aspetos gerais da sua vida.

Apesar de se tratar de um enunciado com um certo grau de utopia, é também suficientemente abrangente e integrador para operacionalizar o papel e direção da assistência em saúde em torno de um eixo dinâmico e homeostático que se constrói entre o indivíduo e o meio.

A projeção da QDV deve-se sobretudo a uma nova esfera cuidativa que se apoia num modelo salutogénico de saúde. Tradicionalmente, o atendimento clínico baseava-se no modelo médico marcado pelo enfoque no diagnóstico, tratamento e resultados medíveis através de indicadores objetivos: taxa de mortalidade e morbilidade.

Atualmente traça-se uma nova dimensão de cuidados em que se reconhece a importância de avaliar o tratamento e os resultados através de variáveis subjetivas que incluem as perceções dos indivíduos em relação ao seu bem-estar e QDV. Isto porque, com as opções metodológicas existentes, a oferta do tratamento permite não só prevenir a morbilidade, mas também aumentar a longevidade com a melhor qualidade de vida possível (PASCHOAL, 2000).

Nas últimas três décadas, segundo o autor citado, surgiram, em diversas áreas de saúde, instrumentos genéricos e específicos que agrupam parâmetros objetivos e subjetivos do indivíduo em função da sua própria condição. Não menosprezando o valor do conhecimento fornecido pelos indicadores objetivos, a introdução da singularidade humana através de marcadores subjetivos permite ampliar o conhecimento sobre o grau de QDV

percebido do indivíduo e efetivar os cuidados necessários para a sua adaptação à doença e medidas terapêuticas.

Paralelamente, na última metade do século XX assistiu-se a um novo fenómeno: ao envelhecimento populacional, produto da diminuição das taxas de mortalidade secundadas pela redução das taxas de fecundidade e natalidade. Este acontecimento particular designado por transição demográfica deu origem a um processo denominado por transição epidemiológica. Este processo consiste no aumento da incidência e prevalência de doenças, levando ao aumento de pessoas com um maior grau de dependência e necessidade de cuidados de longa duração, devido às alterações verificadas nas taxas de mortalidade e morbidade.

Se o envelhecimento saudável não for acompanhado de uma sobrevivência aumentada e significativa, os anos vividos a mais poderão corresponder a um sofrimento adicional para a família e amigos, marcados por patologias, declínio funcional, aumento da dependência, isolamento social e depressão, ocorrendo com a progressão da idade e com o envelhecimento a maior probabilidade de se vir a ser portador de uma doença

Assim sendo, há autores que referem a importância atribuída à problemática da QDVS, designadamente, à medida que as opções metodológicas e terapêuticas alargam as fronteiras entre a vida e a morte, promovendo por vezes a sobrevivência em oposição à qualidade da mesma. Neste sentido, exemplifica com as tecnologias de suporte vital usadas em diversas áreas de especialidade médicas, destacando a neurologia, a oncologia, a nefrologia e emergência entre outras. Assim, o patológico acaba por se dissolver no normal, porque não constitui uma entidade distinta da saúde. A doença significa a perda da homeostasia, que coarctada o indivíduo a restabelecer um novo equilíbrio. A doença gera crises e momentos de desestruturação para o indivíduo e para a sua família, pois é o primeiro grupo de relações em que o indivíduo está inserido.

A doença pode também ser percebida como uma crise, isto é, uma situação que se apresenta à pessoa de uma forma tão diferente ou grave que as suas respostas usuais são insuficientes ou inadequadas, exigindo a mudança dos padrões de funcionamento pessoais e sociais estabelecidos. A doença entendida como um tipo de crise é uma experiência promotora de altos níveis de ansiedade, obrigando a mobilização e ensaio de novas estratégias de adaptação.

Numa perspetiva biológica QDV será então considerada como a percepção que o indivíduo possui da afeição física, a capacidade que supõe ter para realizar determinadas tarefas, as quais, antes de se terem efetuado mudanças no seu estado de saúde, realizava sem dificuldade. Desta forma, podemos dizer que a qualidade de vida contém a saúde, mas

a saúde não contém a qualidade de vida. Em outros termos, quem tem saúde, não implica estar com qualidade de vida, mas quem tem qualidade de vida, tem saúde.

Saúde e doença não são fenómenos isolados que possam ser definidos em si mesmos, pois estão profundamente vinculados ao contexto sociocultural e económico, tanto nas suas produções, como na percepção do saber que investiga e propõe soluções. Alguns autores afirmam que para medir o que é ou não é razoável em uma conduta, será preciso compará-la com ela mesma e com outros comportamentos comumente aceites em cada sociedade e num dado momento histórico. Esse critério comparativo, ao mesmo tempo que possibilita estabelecer a norma a partir da observação do desvio, e promovê-la na prática, permite articular história individual e história da sociedade, entendendo-as como mudança progressiva e interdependente.

Na atualidade, a promoção do bem-estar e a melhoria da qualidade de Vida colocam-se como metas de saúde, onde o indivíduo é um ser único e centralizador dos cuidados, progredindo dos parâmetros tradicionais de avaliação da doença, relacionados com avaliações epidemiológicas, para uma perspectiva mais abrangente que abarque a vida nas suas múltiplas dimensões (PLANO NACIONAL DE SAÚDE DE 2004-2010).

Quando a QDV é relacionada a intervenções em saúde específicas é utilizada como um indicador nas intervenções clínicas de doenças específicas. Para ELINE S. [et al.], (2004) trata-se "... da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e da sua adaptação á condição de enfermo."

### **Qualidade de Vida e Enfarte Agudo do Miocárdio**

A cardiopatia mata e incapacita os indivíduos durante os seus anos mais produtivos, sendo a principal causa de incapacidade prematura permanente na força de trabalho (CRUZ, 1999).

No estado atual da evolução dos conhecimentos científicos é legítimo afirmar que a intervenção sobre os fatores de risco da aterosclerose prolonga a vida, melhora a, reduz a incidência de episódios coronários agudos e diminui a necessidade de terapêuticas de revascularização mecânica: angioplastia coronária e cirurgia de *bypass* coronário. No entanto, a comunidade médica que aceitou com entusiasmo os avanços na área do diagnóstico e terapêutica, respondeu de forma reticente à implementação de medidas tendentes a prevenir a doença das coronárias, atuando sobre estilos de vida e fatores de risco conhecidos como favorecendo o desenvolvimento da aterosclerose.

Numerosas investigações mostram que apenas cerca de um terço dos indivíduos elegíveis se mantém num programa de controlo de fatores de risco. Mas a experiência de outros países ensinam-nos que esta proporção pode ser aumentada de forma significativa por uma abordagem por equipas multidisciplinares de profissionais de saúde incluindo médicos, enfermeiros, dietistas, assistentes sociais, psicólogos e fisiatras, de forma a aumentar a adesão dos indivíduos e a maximizar os benefícios que podem colher de um programa de redução do risco coronário. CRUZ (1999) diz que a reabilitação do indivíduo cardíaco deverá ter presente as perturbações físicas e psicológicas, atribuindo-se especial destaque ao simbolismo e impacto que o enfarte do miocárdio tem quer na autoimagem do indivíduo, quer sobre a sua vida afetiva e socioprofissional, como condições *sine qua non* para a sua QDV. Neste mesmo sentido, a OMS, referenciada por DELFIEU [et al.], (1990), refere que a reabilitação do indivíduo cardíaco se define como “o conjunto de atividades necessárias a assegurar ao indivíduo cardíaco uma condição física, mental e social ótima, permitindo-lhe ocupar pelos seus próprios meios um lugar tanto normal quanto possível na sociedade”.

À medida que o desempenho físico do indivíduo aumenta, crescem também a segurança e a confiança nas suas capacidades cardiovasculares e, simultaneamente, melhora a capacidade de desempenho físico que determina a melhoria da sua qualidade de vida.

Deste modo, o referido autor referencia os seguintes fatores físicos e psicológicos, implícitos na reabilitação destes indivíduos, os quais contribuem para a melhoria da sua QDV: fatores físicos - diminuição da tensão arterial, da prevalência e incidência de episódios anginosos, da ansiedade, da dependência medicamentosa, redução do “não retorno” à atividade laboral e aumento da resistência à fadiga; fatores psicológicos - diminuição da síndrome depressiva, das tensões provocadas pelo stresse, reforço do “potencial de energia”, melhorias da autoimagem e possibilidade de uma vida sexual satisfatória.

O retorno à atividade laboral, após o EAM, assume um papel crucial para a melhoria da QDV daqueles indivíduos que ainda se encontram no ativo. Assim, refere que a par de uma função “instrumentalização”, apresenta uma função de “realização pessoal”. Assim sendo, está-se perante uma situação multifatorial interdependente, em que o indivíduo/doença/QDV/trabalho se interligam e auto influenciam. No entanto, este retorno à atividade laboral implica uma reabilitação integral do indivíduo, através da qual poderá encontrar novamente uma boa imagem de si próprio ao nível psicológico.

É nesta linha de pensamento que nos propomos a estudar a qualidade de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio nas suas dimensões física, psicológica e social,

tendo também como base “o nível ótimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, as percepções de saúde, bem como o nível de condição física, satisfação com a vida e bem-estar”, (JACOBSON 2002. citado por SILVA [et al.], 2003).

Deste modo, a QDV do indivíduo com EAM pode ser considerada como o impacto da doença e do respetivo tratamento na vida do indivíduo, tudo isto em função do nível de atividade física e ocupacional, interação social, estado psicológico e capacidade de sensação somática.





## PARTE II – ESTUDO EMPIRICO



### 3 – METODOLOGIA

Este capítulo, procura definir as estratégias de forma a dar resposta às questões inicialmente formulada. Descreve e explica o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

Na investigação científica é fundamental especificar a metodologia a utilizar, para que a sua verificabilidade se torne possível. COSTA [et al.], (2003) afirmam que a metodologia é o “conjunto de regras ou princípios empregados no ensino de uma ciência ou arte”. Consideramos ser importante a utilização de uma metodologia rigorosa e bem definida para garantir o rigor necessário de qualquer trabalho deste tipo. Apresentar-se-á neste capítulo a metodologia definida por FORTIN (2009), como o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Para dar resposta a esta questão foram definidos um conjunto de objetivos e de hipóteses que permitirão saber da veracidade ou não desta questão.

#### 3.1- CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A mortalidade provocada pelas doenças cardiovasculares, as doenças cerebrovasculares predomina sobre as doenças cardíacas, no entanto, quanto à morbilidade os seus indicadores são semelhantes, sobretudo a nível da SCA. Com efeito, esta última implica um grande consumo de recursos, tanto na prevenção como no tratamento, o que implica um esforço dos profissionais de saúde para melhorar estes indicadores. (MACEDO; ROSA, 2010).

Não existe dúvida que há um reconhecimento, e uma consciência, da importância do enfarte agudo do miocárdio na qualidade de vida dos indivíduos, no entanto, falta saber até que ponto as diversas variáveis em estudo influenciam essa mesma qualidade de vida, tendo em conta que é um conceito multideterminado, subjetivo e dinâmico.

Neste enquadramento, a orientação assistencial nos indivíduos após Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) deve compreender uma perspetiva multidimensional e holística, de forma a garantir a melhoria da qualidade de vida.

Segundo dados do (INE, 2010), as doenças do sistema cardiovascular constituem a principal causa de morte em Portugal. No sexo feminino é de (29,6%), no sexo masculino o valor é mais elevado (38,9%).

A “Qualidade de Vida (QDV) após EAM, surge assim, contextualizado num quadro de valores percentuais que continuam a demonstrar que o sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares conferiram-lhes uma marcada preponderância de tal forma que estas doenças se podem considerar atualmente como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006).

É importante delinear medidas de atuação sobre a efetiva prevenção, deteção e correção de todos os potenciais fatores de risco, tendo em conta que o conceito inerente a este termo aglutina, não apenas a prevenção, mas também todas as ações que promovem a sua recuperação, reinserção e qualidade de vida dos indivíduos (PIRES 2009).

Neste sentido, considera-se pertinente estudar a patologia EAM como doença crónica, tornando-se essencial considerar todo o envolvimento cultural, étnico e social da pessoa para avaliar, de forma a intervirmos fatores externos que interferem na QDV. Isto revela a importância que tem a investigação sobre; *“A QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS APÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO.*

Neste sentido, este estudo pretende ser um contributo para o conhecimento desta realidade limitada aos indivíduos que frequentam a Consulta Externa de Cardiologia do CHTV.

- Qual o nível de qualidade de vida dos indivíduos após enfarte agudo do miocárdio?
- Em que medida as variáveis Sociodemográficas e Clínicas influenciam a QDV dos indivíduos após EAM?

Partindo destas questões, estabeleceram-se objetivos para conduzir a investigação:

- Determinar o nível de QDV do individuo após EAM
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas na QDV do indivíduo após EAM.
- Analisar a influência das variáveis clínicas na QDV do indivíduo após EAM.

### 3.2 - TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Para a concretização da presente investigação realizou-se um estudo, de tipo observacional, quantitativo, de cariz transversal, que seja orientado segundo uma lógica descritivo-correlacional. Tendo por base um estudo analítico, procuraremos estudar a Qualidade de Vida dos Indivíduos após terem sofrido Enfarte Agudo do Miocárdio, através da análise da influência das variáveis clínicas e sócio - demográficas.

A recolha de dados observacional constitui um meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos. O facto de recolher e estudar dados relacionados com determinado assunto, num determinado período de tempo, caracteriza o estudo como transversal. Quantitativo, uma vez que, conforme o próprio termo indica, recolhe e quantifica opiniões e dados, empregando técnicas estatísticas.

Objetivando explorar relações entre variáveis e descreve-las, qualifica o estudo de descritivo correlacional, pois estabelecem-se relações entre variáveis e circunscreve-se o fenómeno em estudo. Para a realização deste estudo seguiu-se o desenho de investigação, que expõe a articulação das variáveis estudadas, representada de forma esquemática:



Figura 1- Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis

Neste estudo, as hipóteses traduzem a dimensão interativa das análises e dos pressupostos que permitiram formular o problema. Assim, as hipóteses espelham relações

de âmbito mais geral, que por sua vez incluem relações de natureza mais específica. Partem de bases teóricas tomadas dos resultados de trabalhos precedentes.

As hipóteses deste estudo são as seguintes:

**H<sub>1</sub>** - Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado civil, Residência, Habilitações literárias, Rendimento mensal) e a perceção da Qualidade de Vida dos indivíduos;

**H<sub>2</sub>** - Existe relação significativa entre as variáveis clínicas (tipo e extensão da lesão, nº de episódios, presença de fatores de risco, associação de fatores de risco e limitação física) e a perceção da Qualidade de Vida dos indivíduos;

### 3.3 – PARTICIPANTES

A população do estudo foi constituída por indivíduos com registo de diagnóstico médico de EAM a frequentar a consulta externas do no Centro Hospitalar, Tondela e Viseu, Entidade Pública Empresarial (CHTV, EPE). A amostra do estudo foi constituída por 131 indivíduos, dos quais 74.0% (N=97) do sexo masculino e 26.0% (N=34) do sexo feminino.

A amostra foi não probabilística por conveniência, dado foi formada pelos indivíduos portadores de SCA em regime de ambulatório que frequentaram a consulta externa do CHTV,EPE, no período compreendido de 1 de Junho de 2011 a 29 de Fevereiro de 2012.

Os participantes elegíveis foram todos adultos (idade superior a 18 anos), com diagnóstico médico de enfarte agudo de miocárdio há pelo menos, seis meses e cujo último episódio foi entre 1 de Janeiro 2008 e 31 de Agosto de 2011.

Os **critérios de exclusão** incluíram utentes com diagnóstico médico de patologia psiquiátrica, ou ser portador de outra doença crónica.

#### **Caracterização sociodemográfica**

Pela análise do quadro 1 verificamos que amostra foi constituída por 131 participantes. A **idade** mínima foi 41 ano e a máxima 86 anos, o que corresponde a uma média de 67,11 (dp=11.78) e um Coeficiente de Variação (CV) de 17.55%. Esta medida estatística aponta para a existência de uma dispersão média (15% <CV≤30%). Os valores

de simetria (SK/EP = -1.953) indicam uma curva simétrica e negativa (enviesamento para a direita) e os valores da curtose (K/EP = -1.962) indicam uma curva platicurtica.

Quanto ao sexo constatamos que os valores das médias ordenadas dos indivíduos masculinos (59.66) são inferiores aos indivíduos femininos (84.07), sendo as diferenças estatisticamente significativas (U= 1034.5; p =0.001)

**QUADRO 1** - Estatísticas relativas à idade segundo o género

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp	CV	Sk/Ep	Ku/Ep	Mean Rank	Mann-Whitney U	p
Masculino	97	41	86	65.32	11.46	17.54	-1.180	-1.793	59.66	1034.5	0.001
Feminino	34	44	86	72.21	11.33	15.69	-2.567	0.412	84.07		
Valor Global	131	41	86	67.11	11.78	17.55	-1.953	-1.962			

No que respeita à **idade**, os elementos da amostra foram agrupados em três classes etárias: “≤ 55 anos”, “56 - 70 anos” e “> 70 anos”. Verificamos que o grupo mais representativo (42.7%) é dos sujeitos com idades “> 70 anos”, seguidos pelo grupo “56 - 70 anos” com 37.4% e por último os que possuem “≤ 55 anos” com 19.8%.

Se estratificar por sexo, amostra masculino está mais representado na classe etária entre 55 e os 70 anos (41.2%), enquanto amostra feminina está mais representado na classe etária de idade superior a 70 anos (58.8%).

Na variável **estado civil** verifica-se que maioria dos sujeitos tem como estado civil casado (72.5%). Dos casados, a maioria pertence ao sexo masculino (78.4%) da amostra masculina, enquanto que nos viúvos, o sexo feminino é o mais representativo (41.2%) da amostra feminina. Verifica-se também que a amostra masculina tem mais indivíduos solteiros (11.3%). De onde salientamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ( $X^2=27.967$ ;  $p=0.000$ ).

Relativamente à **situação laboral**, 70.2% dos indivíduos são reformados o que corresponde a 92 indivíduos, e que 22.9% estão empregados. Do total da amostra podemos, ainda, inferir que os desempregados são 6.2% na amostra masculina e 2.9% na amostra feminina.

Nas **habilitações literárias**, verifica-se que a maioria dos sujeitos possui o ensino primário (58.8%), mas também se pode constatar que é na amostra feminina com 14.7% não sabe ler nem escrever, em oposição a 2.1% amostra masculina. É de salientar a existência de diferenças estatísticas significativas ( $X^2=14.347$ ;  $p=0.014$ ).

Quanto à **residência**, a maioria dos indivíduos vivem na aldeia (54.2%), 26% vivem em cidade e 19,9% em vilas.

A maioria dos inquiridos (49,6%) auferem um **rendimento mensal** inferior ao ordenado mínimo nacional. Quanto ao sexo, verificamos que, as mulheres encontram-se maioritariamente neste grupo de rendimentos, com 67.6%.

Quando inquiridos sobre a sua **situação financeira** a maioria diz que tem algumas dificuldades (51.9%) estratificando por sexo a amostra masculina a mais significativa com 54.6%. Nos indivíduos que referem estar em posição confortável aparecem 13% dos indivíduos e mais uma vez por sexo a amostra masculina está mais representada com 14.4%. Em situação muito problemática aparece 13.7% da amostra e neste parâmetro o estratificando por sexo a amostra feminino é o mais representativo com 20.6% da sua amostra.

Na **variável com quem vive** 53.4% dos sujeitos vivem com o cônjuge/companheiro(a) e 29,0% com o cônjuge e filhos. Na amostra 10.7% dos indivíduos vivem sozinhos, estratificando por sexo 20.6% da amostra feminina vive sozinha enquanto que na amostra masculina são 7.2%.

**QUADRO 2** – Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis sociodemográficas e o sexo

	Masculino (n=97)		Feminino (n=34)		Total (n=131)		χ <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Classe etária</b>								
≤55 anos	21	21.6	5	14.7	26	19.8	4.855	0.088
56-70 anos	40	41.2	9	26.5	49	37.4		
>70 anos	36	37.1	20	58.8	56	42.7		
<b>Estado civil</b>							27.967	0.000
Solteiro	11	11.3	01	02.9	12	09.2		
Casado	76	78.4	19	55.9	95	72.5		
Viúvo	05	05.2	14	41.2	19	14.5		
Divorciado	05	05.2	---	00.0	05	03.8		
<b>Situação laboral</b>							6.555	0.088
Empregado	27	27,8	3	8.8	30	22.9		
Desempregado	6	6.2	1	2.9	7	5.3		
Baixa médica	1	1.0	1	2.9	2	1.5		
Reformado	63	64.9	29	85.3	92	70,2		
<b>Escolaridade</b>							14.347	0.014
Não sabe ler nem escrever	2	2.1	5	14.7	7	5.3		
Sabe ler e escrever	3	3.1	4	11.8	7	5.3		
Escola primária	59	60.8	18	52.9	77	58,8		
Ciclo preparatório	14	14.4	2	5.9	16	12.2		
Escola secundaria	13	13.4	2	5.9	15	11.5		
Ensino superior	6	6.2	3	8.8	9	6.9		



**QUADRO 2 – (Continuação) - Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis sociodemográficas e o sexo**

	Masculino(n= 97)		Feminino (n=34)		Total (n=131)		χ <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Residência</b>								
Aldeia	52	53.6	19	55.9	71	54.2	0.141	0.932
Vila	20	20.6	6	17.6	26	19.9		
Cidade	25	25.8	9	26.5	34	26.0		
<b>Rendimento mensal</b>								
Inferior a 485 €	42	43.3	23	67.6	65	49.6	6,982	0.072
Entre 486 a 970 €	32	33.0	7	20.6	39	29.8		
Entre 971 a 1455	18	18.6	2	5.9	20	15.3		
Superior a 1455 €	5	5.2	2	5.9	7	5.3		
<b>Situação financeira</b>								
Confortável	14	14.4	3	8.8	17	13.0	3.272	0.352
Suficiente para as necessidades	19	19.6	9	26.5	28	21.4		
Algumas dificuldades	53	54.6	15	44.1	68	51.9		
Muito problemática	11	11.3	7	20.6	18	13.7		
<b>Com quem vive</b>								
Com o cônjuge/companheiro(a)	54	55.7	16	47.0	70	53.4	8.441	0.077
Com a família restrita	31	32.0	7	20.6	38	29.0		
Com a família alargada	4	4.1	4	11.8	8	6.1		
Sozinho	7	7.2	7	20.6	14	10.7		
No Lar	1	1.0	--	0.0	0.8	0.8		

**Síntese:**

- A amostra estudada foi constituída por 131 participantes, sendo 74.0 % do sexo masculino e 26.0% do sexo feminino.
- A média de idades foi de 67.11 (dp=11.78), 42.7% dos inquiridos situa-se na classe etária com mais de 70 anos, sendo que, 41.2% da amostra masculina situa-se na classe etária dos 56 aos 70 anos e 58.8% da amostra feminina na classe etária superior a 70 anos.
- A maioria dos participantes (72.5%) é casada, vive na aldeia (54.2%), possui ensino primário (58.8%) e está reformada (49.6%). Apenas 22.9% dos inquiridos estão empregados.
- Relativamente ao rendimento mensal, 49.6% da amostra auferem um rendimento inferior ao ordenado mínimo mensal.
- A maioria dos participantes (53,4%) vive com o cônjuge.

### 3.4 -INSTRUMENTOS

O estudo obedeceu aos princípios éticos constantes no Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses, nomeadamente o anonimato e confidencialidade das respostas dadas, informação sobre a natureza do estudo e métodos utilizados, assim como sobre as condições, procedimentos, vantagens e riscos de participação na investigação. A participação dos sujeitos foi feita de forma voluntária, mediante consentimento informado, sendo os mesmos livres de abandonar o estudo em qualquer momento.

Quanto ao tempo de pesquisa, prevê-se que o mesmo decorra no período compreendido de 1 de Junho de 2011 a 29 de Fevereiro de 2012.

#### ***Instrumento de Colheita de Dados***

Este instrumento está englobado num instrumento que foi desenvolvido para avaliação de adesão á terapêutica pelo Senhor Professor António Madureira.

O questionário foi autoaplicado mas perante os indivíduos que manifestaram dificuldades, foram esclarecidas questões que se encontravam menos perceptíveis sem nunca alterar o sentido original da pergunta. No caso de utentes com diminuição da acuidade visual ou auditiva, ou com um nível educacional baixo, as perguntas foram-lhes dirigidas e as respostas transcritas para o papel pelo investigador.

Foi realizado um pré-teste a 12 indivíduos (7 homens e 5 mulheres) com critérios de inclusão na nossa amostra, no período de 2 a 6 de maio de 2011. Foi necessário retirar questões e proceder a alterações de redação, de forma reduzir a extensão e a simplificar a compreensão do questionário.

O instrumento de recolhas de dados encontra-se estruturado da seguinte forma:

**Parte I** - Caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, coabitação, habilitações literárias, residência, situação laboral e rendimento mensal);

**Parte II** - Caracterização clínica (Tipo de lesão, Extensão da lesão, Tipo de Tratamento, Nº de episodios, Factores de risco, Associação de factores de risco e Limitações físicas)

**Parte III** - Para trabalhar as variáveis é necessário operacionalização das mesmas (Apêndice V página 167). Inicia-se pela operacionalização da variável dependente. À medida que o investigador introduz, tira ou altera a variável independente, esta aparece ou

desaparece. Deste modo, é o efeito, resultado, consequência ou resposta da (s) variável (eis) manipulada (s).

Segundo FORTIN (1999) a variável dependente é muitas vezes denominada de variável crítica ou explicada, podendo no mesmo estudo várias variáveis dependentes serem alteradas em virtude de uma ou várias variáveis independentes.

Qualidade de Vida. A escala QLMI (*Quality of life after myocardial infarction questionnaire* - Qualidade de Vida após enfarte agudo do Miocárdio). Com um total de 27 itens que além de quantificar o total da QDV global do indivíduo, permite ainda obter o total da pontuação por domínios: emocional, social e físico. O domínio emocional refere-se à satisfação com a vida pessoal e à autoconfiança, o domínio social integra as atividades sociais e o relacionamento enquanto o domínio físico inclui a existência de dor ou de limitação para realizar atividades (MATOS, 2001).

As questões da escala QLMI estão formuladas numa escala tipo *Likert*, com sete respostas possíveis, em que o 1 representava o nível mais baixo e o 7 o nível mais elevado na qualidade de vida. O score resultante do questionário é calculado através da média de todos os itens e isto para o total da QDV, relativamente aos domínios considerados passa-se da mesma forma, ou seja é obtida a média das respostas consideradas para cada domínio.

A menor pontuação da escala dirá respeito aos indivíduos que apresentam uma QDV inferior, e a uma maior pontuação da escala corresponderá uma QDV superior. Para apresentação e interpretação dos resultados, a variável dependente – QDV, que varia entre 1 e 7 pontos será agrupada nos seguintes intervalos: 1 a 3, 3 a 5 e 5 a 7, em que aos indivíduos cuja média se situa no intervalo [1 a 3] corresponde uma pior QDV, considera-se moderada QDV os indivíduos cuja média se situe entre os [3 e 5], e uma elevada QDV os indivíduos nos quais a média do QLMI se situe entre os [5 e 7] pontos, visando deste modo concentrar alguns dados com o mínimo de perda da informação colhida. É de referir que alguns itens são considerados na avaliação de mais do que um domínio

Relativamente à escala aplicada, apenas os scores referentes à QDV durante os seis meses após a alta hospitalar é que serão examinados, uma vez que tem vindo a ser relatado que a qualidade de vida alcança um estado estável entre o segundo e décimo segundo mês depois do enfarte agudo do miocárdio.

**Quadro 3 – Sistema de pontuação da QDV nos domínios: emocional, físico e social.**

ITEM	Questão: sentiu-se ...	Emocional	Físico	Social
1	Frustrado			
2	Inútil			
3	Confiante			
4	Desencorajado			
5	Relaxado			
6	Exausto			
7	Satisfeito com a vida pessoal			
8	Impaciente			
9	Dispneico			
10	Choroso			
11	Mais dependente			
12	Incapaz de realizar atividades sociais			
13	Que os outros têm menos confiança em si			
14	Dores no peito			
15	Falta de autoconfiança			
16	Dores nas pernas			
17	Limitado no desporto ou exercício diário			
18	Assustado			
19	Atordoado			
20	Restringido ou limitado			
21	Inseguro acerca do exercício			
22	Família demasiado protetora			
23	“Peso” para os outros			
24	Excluído			
25	Incapaz de conviver			
26	Fisicamente restringido			
27	Limitado nas relações sexuais			

**Fonte:** Adaptado de Valenti, L. *et al.* (1996) – Na improved questionnaire for assessing quality of life acute myocardial infarction. *Quality of life research*. Vol. 5, n.º 1. Oxford. Cit in Matos (1999).

Os fatores principais dos componentes de análise com uma varimax rotation foram utilizados para determinar a fixação dos itens do questionário QLMI-2 em relação às subcategorias dos domínios da qualidade de vida. A reabilitação foi avaliada através da avaliação da consistência interna (escala de reabilitação) separadamente de cada um dos três domínios usando a  $\alpha$  de Cronbach.

A validade da estrutura foi determinada através da associação entre cada score da qualidade de vida de cada um dos três domínios e o estudo das variáveis, previamente referidas como sendo associadas com a qualidade de vida: registo de enfarte agudo do miocárdio anteriormente, sexo, readmissão hospitalar durante os 6 meses após alta hospitalar, se houve necessidade de ser feito algum bypass coronário durante esses meses, diagnóstico clínico (enfarte do miocárdio ou angina do peito) e a faixa etária (<60 ou ≥60). A importância estatística destas associações foi computadorizada utilizando o Teste de Amostra Wilcoxon 2.

O Teste de Amostra Wilcoxon 2 também foi utilizado para comparar os scores dos domínios da qualidade de vida entre os pacientes da amostra dos estudos feitos em 1990-1991 e 1993-1994. Nestas comparações os pacientes do estudo de 1993-1994 com 70 anos ou mais foram excluídos, tal como as três novas questões.

VALENTI [et al]. (1996) cit in MATOS (1999), referem que o QLMI, após uma primeira aplicação com sucesso, em Newcastle na Austrália, foi submetido a algumas alterações. Esta versão modificada do QLMI, foi denominada de MacNew QLMI e a sua fidelidade foi obtida pela avaliação da consistência interna de cada um dos três domínios utilizando o coeficiente alfa de Cronbach's. este questionário compreende um total de 27 itens que além de quantificar o total da QDV do individuo, permite ainda obter o total da pontuação por domínios e selecionar as áreas mais afetadas onde atuar mais concretamente.

O MacNew foi utilizado em vários estudos clínicos experimentais com sucesso (LIM [et al.], 1993; VALENTI [et al.], 1996; HILLERS [et al.], 1994; LIM [et al.], 1998; OLDRIDGE [et al.], 1998) somando um total de 5200 pacientes com doença cardíaca (OLDRIDGE [et al.], 1991; GARDNER [et al.], 2003).

A validação da versão do MacNew QLMI para a população portuguesa foi realizada por LEAL [et al.], (2005). O estudo envolveu 150 pacientes com diagnóstico de síndrome coronário agudo, no início do estudo e novamente por 48 indivíduos clinicamente estáveis 2-3 semanas mais tarde. Um coorte de 50 pacientes diferentes completou o questionário antes e depois de um programa de reabilitação cardíaca com o objetivo de avaliar a responsabilidade. Os indivíduos com função ventricular esquerda normal, com a melhoria do estado de saúde e que não estavam ansiosos ou deprimidos apresentaram uma pontuação significativamente maior. A consistência interna, a intra-correlação de classe e o teste-reteste excedeu 0,72 cada um. A previsão da validade na construção de hipóteses foi parcialmente confirmada. O estudo concluiu a versão portuguesa do questionário MacNew e um instrumento fiável, válido e moderadamente responsivo para avaliar a QVRS após o diagnóstico de síndrome coronário agudo (LEAL [et al.], 2005).

No processo de resposta ao questionário (MacNew QLMI), o indivíduo deverá responder a cada questão de acordo com sete termos quantitativos, sendo atribuída, em todas as questões, uma pontuação crescente de 1 a 7 pontos. As questões 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 e 27 apresentam como alternativa de resposta uma das seguintes situações: “sempre - 1”, “quase sempre - 2”, “uma grande parte do tempo - 3”, “algumas vezes - 4”, “poucas vezes - 5”, “quase nunca - 6” e “nunca - 7”.

Para a questão 27, relativa à atividade sexual, e após estudos que revelaram que alguns indivíduos inquiridos consideravam a questão inapropriada dada a sua idade e estado civil, foi assim, incluída por LIMCIT in MATOS (1999) no MacNew QLMI, a possibilidade de não resposta – “não aplicável”, e à qual foi atribuída a pontuação de 0 pontos.

Para as questões 3 e 5, a escala apresentada foi invertida ou seja, é apresentada da seguinte forma: “nunca - 1”, “quase nunca - 2”, “poucas vezes - 3” “algumas vezes - 4”, “uma grande parte do tempo - 5”, “quase sempre – 6” e “sempre - 7”.

A questão 7, relativamente à satisfação com a vida pessoal apresenta a seguinte escala: “muito insatisfeito, infeliz a maior parte do tempo - 1”, “geralmente insatisfeito, infeliz – 2”, “algo insatisfeito, infeliz - 3”, “geralmente satisfeito, feliz - 4”, “feliz a maior parte do tempo - 5”, “muito feliz a maior parte do tempo - 6” e “satisfeito ou agradecido - 7”.

A questão 9, relativa à alteração da frequência respiratória durante a prática de atividade física, está operacionalizada do seguinte modo: “elevada alteração da frequência respiratória - 1”, “muita alteração da frequência respiratória – 2”, “bastante alteração da frequência respiratória - 3”, “moderada alteração da frequência respiratória - 4”, “alguma alteração da frequência respiratória - 5”, “pouca alteração da frequência respiratória - 6” e “nenhuma alteração da frequência respiratória - 7”.

As questões 17, 20 e 26, apresentam os seguintes indicadores: “extremamente limitado - 1”, “muito limitado – 2”, “bastante limitado - 3”, “moderadamente limitado - 4”, “alguma limitação - 5”, “pouco limitado - 6” e “sem limitação - 7”.

Tal como já referido, o cálculo da pontuação do MacNew QLMI será realizado através das médias das pontuações pelos diferentes três domínios (cf. Quadro 2). A menor pontuação da escala dirá respeito aos indivíduos que apresentam uma QDV inferior, e a uma maior pontuação da escala corresponderá uma QDV superior. Para apresentação e interpretação dos resultados, a variável dependente – QDV, que varia entre 1 e 7 pontos será agrupada nos seguintes intervalos: 1 a 3, 3 a 5 e 5 a 7, em que aos indivíduos cuja média se situa no intervalo [1 a 3[ corresponde uma pior QDV, considera-se moderada QDV os indivíduos cuja média se situe entre os [3 e 5[, e uma elevada QDV os indivíduos nos quais a média do QLMI se situe entre os [5 e 7] pontos, visando deste modo concentrar alguns dados com o mínimo de perda da informação colhida (MATOS, 1999).

**Quadro 4 - Classificação do score da QDV total e por domínios.**

	Domínios da QDV			Total da QDV
	<i>Emocional</i>	<i>Físico</i>	<i>Social</i>	
<b>Baixa QDV</b>	[1 a 3]	[1 a 3]	[1 a 3]	[1 a 3]
<b>Moderada QDV</b>	[3 e 5]	[3 e 5]	[3 e 5]	[3 e 5]
<b>Elevada QDV</b>	[5 e 7]	[5 e 7]	[5 e 7]	[5 e 7]

### 3.5 - PROCEDIMENTOS

Para a realização do estudo e, nomeadamente para a aplicação dos formulários aos participantes, foi necessário enviar um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração do Hospital São Teotónio – EPE de Viseu, a fim de se obter autorização para a realização do mesmo. (Anexo I página133).

Procurando orientar a atuação em todo o processo de investigação, foi efetuado um pedido de autorização, aos autores, para utilização da escala MacNew QLMI validade para Portugal por Leal [et al.] 2005 (Anexo II página 135 e III página 137).

Foi também indispensável pedir o consentimento aos doentes que fizeram parte da nossa amostra, ressaltando a garantia de anonimato e confidencialidade. (Anexo IV página 139 e V página 141). e garantindo os princípios básicos da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial. Estes são constituídos pelo conjunto dos princípios relativos aos métodos científicos, à publicação dos resultados e à diferenciação entre a investigação terapêutica, que tem por finalidade melhorar a saúde dos participantes e a investigação não terapêutica que visa o avanço dos conhecimentos. (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000).

### 3.6- PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

No processamento da informação utilizar-se-á como ferramenta informática, o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20.0 e, como metodologia para o tratamento de dados, implementar-se-á a análise estatística descritiva inferencial.

Após a colheita de dados, foi efetuada uma primeira análise e seleção de todos os instrumentos de colheita de dados, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se posteriormente processado a sua codificação e inserção em base de dados a partir *Statistical Package for Social Sciences, 20* (SPSS), onde foi efetuado o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, foram determinadas frequências absolutas (N) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central ou de localização como médias (M) e medidas de dispersão ou variabilidade como desvio padrão (Dp), coeficiente de variação (CV), para além de

medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo. Quanto ao CV utilizamos os intervalos definidos por Pestana e Gageiro (2008): “ $CV < 15\%$  – Dispersão fraca”; “ $15\% < CV < 30\%$  – Dispersão média”; “ $CV > 30\%$  – Dispersão elevada” (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Para analisar a simetria Skewness (SK), que se obtém através do quociente entre SK com o erro padrão (EP) utilizamos os valores definidos por PESTANA E GAGEIRO (2008):  $SK/EP \leq -1.96$  – assimétrica negativa ou enviesada à direita;  $-1.96 < SK/EP \leq 1.96$  – simétrica;  $SK/EP > 1.96$  – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. Do mesmo modo e para as medidas de achatamento Curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP):  $K/EP \leq -1.96$  – platicúrtica;  $-1.96 < K/EP \leq 1.96$  – mesocúrtica;  $K/EP > 1.96$  – leptocúrtica. (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

A operacionalização de algumas variáveis obedeceu à reunião de alguns itens, obrigando à realização de grupos de extremos tendo por base a fórmula [valor médio  $\pm$  0.25 x Dp], originando 3 grupos (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Relativamente à estatística inferencial, foram aplicados testes não paramétricos uma vez que as condições da homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificaram (MAROCO, 2011) e porque como PESTANA ; GAGEIRO (2008) referem, consideram-se grupos de dimensão semelhante quando o quociente entre a maior dimensão (N) e a menor (n) for inferior a 1.5, quando este quociente é superior a 1.5 os grupos não são de dimensões semelhantes, há grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade, pondo-se em risco as conclusões tidas na análise de variância.

Sempre que se verificaram condições de afastamento da normalidade e homogeneidade do (N) utilizamos os Testes de U Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Quando comparámos uma variável dependente e mais que uma variável independente utilizámos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão (PESTANA; GAGEIRO, 2005).

Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, PESTANA E GAJEIRO (2005) sugerem:

$r < 0.2$  – associação muito baixa

$0.2 < r < 0.39$  – associação baixa

$0.4 < r < 0.69$  – associação moderada



0.7 r 0.89 – associação alta

0.9 r 1 – associação muito alta

Como métodos de estimação utilizámos o Stepwise e o Enter, o primeiro origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditores da variável dependente, e o segundo incorpora as variáveis no modelo numa única etapa.

Os valores de significância considerados estatisticamente significativos foram de  $\alpha=.05$  (espera-se que a probabilidade de erro seja de  $p < 0.05$ ), pois em ciências sociais é considerada uma probabilidade de erro admissível. (ALMEIDA; FREIRE, 2003).

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância (FORTIN, 2009):

$p \geq .05$  não significativo (n.s.)

$p < .05$  \*Significativo

$p < .01$  \*\*Bastante significativo

$p < .001$  \*\*\*Altamente significativo

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a quadro, onde se apresentam os dados mais relevantes.



## 4 - RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, serão apresentados os resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os obtidos com as análises inferenciais.

### 4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados permitiu obter os resultados que a seguir são apresentados.

Irá ser efetuada uma caracterização da amostra estudada tendo em conta os dados sociodemográficos, a atividade profissional, a formação (académica e continua), os conhecimentos e a experiência com EAM.

#### ***Caracterização Clínica***

Analisando o quadro 3 respeitante às variáveis clínicas, pode constatar-se que na variável **tipo de enfarte**, os EAM com supra de ST são menos representativos (42.0%) do que os EAM sem supra de ST (58.8%).

Verifica-se, que quanto a **extensão da lesão** que a doença de um vaso é a mais comum em ambos os sexos com 51.9%. Na doença de 2 vasos é o segundo grupo mais representativo com 27.5%, sendo que sexo o feminino tem um ligeiro domínio, 38.2% da sua amostra.

Verifica-se ainda que no parâmetro sem registo de doença mas com sintomas estão 4.6% da amostra total sendo que o sexo masculino apresenta um ligeiro domínio 5.2% da sua amostra, contra 2.9% sexo o feminino.

Na variável **número de episódios** o primeiro episódio é o mais representativo com 76,3% da amostra. Se estratificar por sexo, amostra masculino está mais representado com 80.4%, enquanto que a feminina é de 64.7%. Já com um segundo episódio a população

feminina está mais representado com 32.4% da sua população contra 18.6% do sexo masculino.

Na interpretação dos dados relativos ao **tipo de tratamento** efetuado após o EAM verifica-se que o tratamento de eleição foi a angioplastia primária (45.8%), seguido da angioplastia/cateterismo (35.9%).

Relativamente aos **fatores de risco**, 97.2% dos indivíduos apresentam fatores de risco.

No **número de fatores de risco** por individuo verifica-se que o maior número de sujeitos possui três fatores de risco (39.1%), seguido dos indivíduos com dois fatores de risco (29.7%). Com cinco fatores de risco estão 6.2% da amostra total, sendo somente do sexo masculino.

Quando inquiridos sobre a variável **limitação física** a maioria diz que está sem sintomas ou limitações (53.4%) Se a análise for por sexo a amostra masculina a mais representativa com 56.7%. Com limitações de atividades quotidianas estão 33.6%, sendo que a percentagem por sexo é equivalente.

**QUADRO 5** – Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis clínicas e o sexo

	Masculino (n=97)		Feminino (n=34)		Total (n=131)		χ <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Tipo de enfarte</b>								
Com supra	40	41.2	15	44.1	55	42.0	0.086	0.770
Sem supra	57	58.8	19	55.9	76	58.8		
<b>Extensão da lesão</b>							3.129	0.536
Sem doença	5	5.2	1	2.9	6	4.6		
Doença de 1 vaso	52	53.6	16	47.1	68	51.9		
Doença de 2 vasos	23	23.7	13	38.2	36	27.5		
Doença de 3 vasos	16	16.5	4	11.8	20	15.3		
Doença do tronco comum	1	1.0	--	0.0	1	0.8		
<b>Número de episódios</b>							3.580	0.167
1º Episodio	78	80.4	22	64.7	100	76.3		
2º Episodio	18	18.6	11	32.4	29	22.1		
3º Episodio	1	1.0	1	2.9	2	1.5		
<b>Tipo de tratamento</b>							0.599	0.963
Fibrinólise	4	4.1	1	2.9	5	3.8		
Angioplastia primária	43	44.3	17	50.0	60	45.8		
Angioplastia/Cateterismo	35	36.1	12	35.3	47	35.9		
Conservador	5	5.2	1	2.9	6	4.6		
Cirurgia	10	10.3	3	8.8	13	9.9		
<b>Fatores de risco</b>							0.087	0.768
Sim	95	97.9	33	97.1	128	97.7		
Não	2	2.1	1	2.9	3	2.3		

**QUADRO 5 – (Continuação) Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis clínicas e o sexo**

	Masculino (n=97)		Feminino (n=34)		Total (n=131)		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Associação de fatores de risco</b>								
Um	11	11.6	3	9.1	14	10.9	3.701	0.448
Dois	27	28.4	11	33.3	38	29.7		
Três	35	36.8	15	45.5	50	39.1		
Quatro	14	14.7	4	12.1	18	14.1		
Cinco	8	8.4	--	0.0	8	6.2		
<b>Limitação Física</b>								
Sem sintomas ou limitações	55	56.7	15	44.1	70	53.4	7.319	0.098
Limitação de atividades	33	34.0	11	32.4	44	33.6		
Acentuadas limitações atividades	7	7.2	8	23.5	15	11.5		
Severas limitações	2	2.1	--	0.0	2	1.5		

#### Síntese:

- Na amostra estudada o EAM mais frequente é sem supra de ST com, 58.8% dos participantes, e que a doença de um vaso é a mais frequente com 51.9%.
- Com 1º episódio de doença surgem 76.3% dos inquiridos. O sexo masculino (80,4%) é o mais representativo
- O Tratamento mais utilizado foi a angioplastia primária (45.8%), seguido de angioplastia/cateterismo (35.9%).
- A presença de fatores de risco é de 97.7% e 39.1% dos individuo apresentam três fatores de risco associados.
- A maioria dos participantes (53.4%) refere não ter sintomas ou limitações.

#### Qualidade de vida

Ao interpretar os resultados verifica-se a QDV Global mínima foi 2.94 e o máximo de 6.86, o que corresponde a uma média de 5.29, (dp=0.98) e um Coeficiente de Variação (CV) de 18.47%. Esta medida estatística aponta para a existência de uma dispersão média (15%<CV≤30%). Os valores de simetria (SK/EP =-2.137) indicam uma curva simétrica e negativa (enviesamento para a direita) e os valores da curtose (Kw/EP = -1.301) indicam uma curva platicúrtica.

**QUADRO 6 – Estatísticas relativas à qualidade de vida segundo o sexo**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp	CV (%)	Sk/Ep	Kw/Ep
Emocional	131	3.29	6.93	5.34	0.87	16.34	-1.100	-1.487
Físico		2.86	7.00	5.17	1.08	20.89	-2.117	-1.812
Social		2.38	7.00	5.36	1.09	20.41	-3.23	-10.479
Valor Global		2.94	6.86	5.29	0.98	18.47	-2.137	-1.301

Analisando a QDV nos seus domínios verificou-se que em ambos os sexos e valor Global, a maioria dos indivíduos tem uma qualidade de vida de nível elevado tanto nos subgrupos (emocional, físico, social), como no valor global.

Quanto ao sexo, os sujeitos do sexo masculino revelam maior percentagem em todos os subgrupos, sendo 72.2% no valor global da QDV. Os elementos do sexo femininos são mais representativos no nível moderado em todos os domínios e valor global da QDV. Contudo os valores não apresentam diferenças estatísticas significativas.

**QUADRO 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a qualidade de vida e o sexo**

QDV	Masculino(n=97)		Feminino(n=34)		Total(n=131)		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Emocional</b>								
Pior	--	0.0	--	0.0	--	0.0	3.736	0.053
Moderado	28	28,9	16	47.2	44	33,6		
Elevado	69	71.1	18	52.9	87	66,4		
<b>Físico</b>								
Pior	1	1.0	1	2.9	2	1,5	5.349	0.069
Moderado	30	30.9	15	44.1	45	34.4		
Elevado	66	68.0	18	52.9	84	64.1		
<b>Social</b>								
Pior	2	2.1	2	5.9	4	3.1	5.349	0,069
Moderado	21	21.6	13	38.2	34	26,0		
Elevado	74	76.3	19	55.9	93	71.0		
<b>Valor Global da QDV</b>								
Pior	1	1.0	--	0.0	1	0.8	2.772	0.250
Moderado	26	26.8	15	44.1	15	31.3		
Elevado	70	72.2	19	55.9	19	67.9		

## 4.2 - ANÁLISE INFERÊNCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos descrita anteriormente, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses, relacionando algumas das variáveis independentes em estudo, à nossa variável dependente.

Feita a aplicação do teste da normalidade de Kolmogorov–Smirnov para amostras superiores a 50, verificamos que a variável dependente (qualidade de vida) nas suas dimensões não respeita uma distribuição normal à exceção do valor global (cf. Quadro nº6) . Nesse sentido, MAROCO (2007) refere que os testes paramétricos são bastante robustos, podendo ser utilizados mesmo quando este pressuposto é violado. Contudo recorreu-se a testes não paramétricos, sempre que o quociente entre a maior e menor dimensão dos grupos é superior a 1.5, visto que há grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade.

**QUADRO 8 –** Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	
	Estadísticas	P
Emocional	0.090	0.012*
Físico	0.093	0.008**
Social	0.082	0.031*
QV global	0.069	0.200

\*p < 0.05  
\*\*p < 0.01

Com a finalidade de saber quais os fatores que influenciam a qualidade de vida e suas dimensões, formulámos as hipóteses que se seguem, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

H<sub>1</sub> - Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado marital, Residência, Situação laboral, Habilitações literárias, Rendimento mensal) e a Qualidade de Vida dos indivíduos.

H<sub>1.1</sub> - Existe relação significativa entre Sexo e Qualidade de Vida.

No que diz respeito ao sexo, o homens apresentam melhores valores médios de qualidade de vida nas suas dimensões e no valor global do que as mulheres.

Contudo, o teste de Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente significativas somente no domínio físico da Qualidade de vida ( $U=1207.500$ ;  $Z=-2.319$ ;  $p=0.020$ ), ou seja, os homens não referem desconforto ou limitação na realização de atividades física.

**Quadro 9** – Teste de Mann Whitney entre sexo e Qualidade de vida

Sexo	Masculino (n=97)	Feminino (n=34)	U	Z	Sig.
	MeanRank	MeanRank			
Emocional	69.13	57.06	1345.000	-1.597	0.110
Físico	70.55	53.01	1207.500	-2.319	0.020*
Social	69.22	56.82	1337.000	-1.639	0.101
Valor Global	69.79	55.19	1281.500	-1.929	0.054

\* -  $p < 0.05$

#### H<sub>1.2</sub> - Existe relação significativa entre classe etária e Qualidade de Vida.

A variável idade foi reclassificada em três classes etária assim ordenadas:  $\leq 55$  anos;  $[56 - 70$  anos  $]$ ;  $\geq 70$  anos. Para averiguar a sua influência na Qualidade de Vida, recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis. Da análise do Quadro 10 consta-se que os indivíduos que pertencem à classe etária  $[56 - 70$  anos $]$  apresentam melhores valores médios nas dimensões emocional, física e valor global da Qualidade de vida.

Quanto à dimensão social são os indivíduos da classe etária  $[\leq 55$  anos $]$  que registam melhor média. As diferenças estatisticamente significativas registam-se nas dimensões: Física ( $p=0.000$ ), social ( $p= 0.004$ ) e valor global ( $p=0.004$ ).

Após a ordenação das médias foi utilizado a ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos.

Observa-se que classe etária explica 12.54% da variação da dimensão física; 8.69% da variação da *dimensão social* e 8.62% da variação do valor global da Qualidade de vida.

Quanto às diferenças, estas situam-se:

- Na dimensão física, entre os que pertencem à classe etária  $[\leq 55$  anos $]$  e  $[>$  de 70 $]$  ( $p=0.007$ ); e entre os da classe etária  $[55 - 70$  anos $]$  e  $[>$  de 70 anos $]$  ( $p=0.000$ )
- Na dimensão social, entre os que pertencem à classe etária  $[\leq 55$  anos $]$  e  $[>$  de 70 $]$  ( $p=0.02$ ); e entre os da classe etária  $[55 - 70$  anos $]$  e  $[>$  de 70 anos $]$  ( $p=0.008$ )
- No valor global, entre os que pertencem à classe etária  $[\leq 55$  anos $]$  e  $[>$  de 70 $]$  ( $p=0.039$ ); e entre os da classe etária  $[55 - 70$  anos $]$  e  $[>$  de 70 anos $]$  ( $p=0.05$ ).



**Quadro 10** – Teste de Kruskal-Wallis entre classe etária e Qualidade de vida

Idade	≤ 55 anos (n =26)	[56 - 70] (n =49)	>de 70 (n =56)	X <sup>2</sup>	Sig.
	MeanRank	MeanRank	MeanRank		
Emocional	71.75	72.75	57.83	4.539	0.103
Físico	76.65	78.04	50.52	16.307	0.000**
Social	76.79	74.99	53.13	11.300	0.004*
Valor Global	74.58	76.11	53.17	11.202	0.004*

\* - p< 0.01  
\*\* - p< 0.001

**H<sub>1,3</sub>** - Existe relação significativa entre estado marital e Qualidade de Vida.

Quanto a variável estado civil esta foi recodificada dois grupos: *Com companheiro* que engloba os casados e os que vivem em união de facto e *Sem companheiro* que engloba solteiros viúvos e divorciados.

No que se refere ao estado marital, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os utentes com cônjuge apresentam melhores valores médios na totalidade das dimensões e no Valor global, não existindo contudo diferenças estatísticas significativas.

**Quadro 11** – Teste de Mann Whitney entre estado civil e Qualidade de vida

Estado civil	Sem companheiro(a) (n=36)	Com companheiro(a) (n=95)	U	Z	Sig.
	MeanRank	MeanRank			
Emocional	60.83	67.96	1524.000	-0.959	0.337
Físico	61.58	67.67	1551.000	-0.820	0.412
Social	61.18	67.83	1536.500	-0.895	0.371
Valor Global	60.96	67.91	1528.500	-0.936	0.349

**H<sub>1,4</sub>** - Existe relação significativa entre situação laboral e Qualidade de Vida.

No que diz respeito à variável situação laboral, esta foi recodificada em: *Ativos* que engloba os indivíduos empregados e com baixa médica e *Inativos* que engloba desempregados e reformados

A análise do quadro 12 mostra que indivíduos ativos apresentam melhores valores médios de qualidade de vida nas suas dimensões e no valor global do que os inativos.

O teste de Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Física (U= 1074,500; Z=-2.730; p=0.006) e Social (U=1038.000; Z= -2926; p=0.003).

No valor global da Qualidade de vida (U=1120.000; Z=-2.486; p=0.013). Ou seja os indivíduos ativos não referem desconforto ou limitação na realização de atividades física, no domínio social integram bem as atividades sociais, relativamente aos indivíduos inativos.

**Quadro 12 – Teste de Mann Whitney entre situação laboral e Qualidade da vida**

Situação laboral	Ativo (n=32)	Inativo (n=99)	U	Z	Sig.
	MeanRank	MeanRank			
Emocional	74.69	63.19	1306.000	-1.490	0.136
Físico	81.92	60.85	1074.500	-2.730	0.006**
Social	83.06	60.48	1038.000	-2.926	0.003**
Valor Global	80.05	61.31	1120.000	-2.486	0.013*

\* - p < 0.05  
\*\* - p < 0.001

H<sub>1.5</sub> - Existe relação significativa entre escolaridade e Qualidade de Vida.

A variável escolaridade foi recodificada em:

- *Inferior* que engloba, Não sabe ler nem escrever; Sabe ler e escrever; Escola primária
- *Intermédio* que engloba, Ciclo preparatório; Escola secundaria
- *Superior* que engloba o Ensino superior.

Para testar o efeito da escolaridade nas dimensões da qualidade de vida, aplicou-se um teste de Kruskal-Wallis.

Análise do quadro 13 salientamos os individuo que apresenta o nível de escolaridade intermédia registam melhores valores médios nas dimensões emocional, físico e valor global, enquanto os que possuem o nível de escolaridade superior apresentam melhor qualidade de vida social.

Quanto às diferenças estatísticas, estas são significativas nas dimensões, física (p=0.005), social (p=0.014) e valor global da Qualidade de Vida (p=0.027).

Foram de seguida realizados testes para comparação múltipla de médias (ANOVA e TUKEY) para localizar as diferenças estatísticas. As diferenças localizam-se:

- Na dimensão física, entre os que possuem nível escolaridade inferior e intermédio ( $p=0.004$ );
- Na dimensão social, entre os que possuem nível escolaridade inferior e intermédio ( $p=0.034$ );
- No valor global da Qualidade de Vida, entre os que possuem nível escolaridade inferior e intermédio ( $p=0.025$ ).

Pelo cálculo da variabilidade verifica-se que a escolaridade é responsável por 8.14% da variação do domínio físico, 6.54% da variação do domínio social e 5.56% do valor global da Qualidade de vida.

**Quadro 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre escolaridade e Qualidade da vida**

Escolaridade	Inferior (n =91)	Intermédio (n =31)	Superior (n =9)	KW ( $\chi^2$ )	Sig.
	MeanRank	MeanRank	MeanRank		
Emocional	62.36	76.76	65.78	3.332	0.189
Físico	59.03	84.19	73.83	1.583	0.005**
Social	59.66	79.06	85.11	8.500	0.014*
Valor Global	60.16	80.63	74.67	7.227	0.027*

\* -  $p < 0.05$   
\*\* -  $p < 0.01$

H<sub>1,6</sub> - Existe relação significativa entre Residência e Qualidade de Vida.

Para sabermos a influência da residência nas dimensões da qualidade de vida, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os habitantes das vilas tem um valor médio de qualidade de vida superior na totalidade das dimensões e na qualidade de vida global, mas com ausência de diferenças estatísticas significativas.

**Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre residência e Qualidade da vida**

Residência	Aldeia (n =71)	Vila (n =26)	Cidade (n =34)	KW ( $\chi^2$ )	Sig.
	MeanRank	MeanRank	MeanRank		
Emocional	66.19	75.02	58.71	2.728	0.256
Físico	63.76	81.58	58.76	5.865	0.053
Social	64.74	78.17	59.32	3.807	0.149
Valor Global	64.59	78.83	59.13	4.179	0.124

## H<sub>1.7</sub> - Existe relação significativa entre Rendimento mensal e Qualidade de Vida

Quanto a variável rendimento mensal esta foi recodificada três grupos de indivíduos:

- Os que tem rendimento inferior a 485 euros;
- Os que tem rendimento entre 486 a 970 euros;
- Os que tem rendimento superior a 971 euros, que corresponde a: entre 971 a 1455 euros; entre 1456 a 1940 euros; superior a1941 euros.

Com o objetivo de verificar a influência do rendimento mensal nas dimensões da qualidade de vida do indivíduo que sofreu enfarte agudo do miocárdio, aplicou-se um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos os indivíduos que apresentam um rendimento superior a 970 euros registam melhores valores médios em todas dimensões (emocional, físico, social) e valor global.

Relativamente às diferenças estatísticas, estas são significativas nas dimensões, física ( $p=0.022$ ), social ( $p=0.033$ ).

Foram de seguida realizados testes para comparação múltipla de médias (ANOVA e TUKEY) para localizar as diferenças estatísticas. As diferenças localizam-se: Na dimensão física, entre os que possuem rendimento inferior a 485 euros e os que possuem rendimento superior a 970 euros ( $p=0.017$ ); e na dimensão social, entre os que possuem rendimento inferior a 485 euros e os que possuem rendimento superior a 970 euros ( $p=0.026$ );

Pelo cálculo da variabilidade verifica-se que o rendimento mensal é responsável por 5,87% da variação do domínio físico e 5.25% da variação do domínio social.

### Quadro 15 –Teste de Kruskal-Wallis entre rendimento mensal e Qualidade da vida

Rendimento mensal	< 485 € (n =65)	>485 e<970€ (n =39)	>970 € (n =27)	KW (X <sup>2</sup> )	Sig.
	MeanRank	MeanRank	MeanRank		
Emocional	62.38	66.96	73.33	1.627	0.443
Físico	58.11	68.21	81.81	7.634	0.022*
Social	58.49	68.22	80.87	6.825	0.033*
Valor Global	59.28	68.38	78.72	5.221	0.074

\* -  $p < 0.05$

H<sub>2</sub> - Existe relação significativa entre as variáveis clínicas (Tipo de EAM, Extensão da lesão, N.º de episódios, Tratamento, Fatores de risco, Limitação física) e a percepção da Qualidade de Vida dos indivíduos.

## H<sub>2.1</sub> - Existe relação significativa entre o tipo de enfarte e a qualidade de vida.

A análise da influência do tipo de enfarte na qualidade de vida, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os utentes com enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST dominam nas três dimensões (emocional, físico, social), e valor global.

O teste de Mann-Whitney revelou diferenças estatísticas altamente significativas nas três dimensões: Emocional (U= 1011.00; Z=-5.035; p=0.000); Física (U= 1119.00; Z=-4.530; p=0.000); Social (U=1172.50; Z= -4.281; p=0.000) e valor global (U=1097.00; Z=-4.631; p=0.000).

Podemos inferir que os indivíduos que sofreram de enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento de ST são os que mantém satisfação com a vida pessoal e à autoconfiança, não referem desconforto ou limitação na realização de atividades física e integram bem as atividades sociais comparativamente aos indivíduos que sofreram de enfarte agudo do miocárdio sem supra desnivelamento de ST.

**Quadro 16 – Teste de Mann-Whitney entre o Tipo de EAM e Qualidade da vida**

Tipo de EAM	Com Supra ST (n =55)	Sem Supra ST (n =76)	U	Z	Sig.
	MeanRank	MeanRank			
Emocional	85.62	51.80	1011.00	-5.035	0.000***
Físico	83.65	53.22	1119.00	-4.530	0.000***
Social	82.68	53.93	1172.50	-4.281	0.000***
Valor Global	84.05	52.93	1097.00	-4.631	0.000***

\*\*\*p<0,001

## H<sub>2.2</sub> - Existe relação significativa entre a extensão da lesão e a qualidade de vida

Para sabermos a influência variável extensão da lesão, na qualidade de vida efetuámos um teste de Kruskal-Wallis, de onde interpretamos os indivíduos com doença de apenas um vaso, apresentam valores médios de qualidade de vida superior na totalidade das dimensões e na qualidade de vida global, contudo não se verificam diferenças estatísticas significativas.

**Quadro 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre a extensão da lesão e Qualidade da vida**

Extensão da lesão	Sem doença (n=6)	Doença 1 vaso (n=68)	Doença 2 vasos (n=36)	Doença 3 vasos (n=20)	KW ( $\chi^2$ )	Sig.
	MeanRank	MeanRank	MeanRank	MeanRank		
Emocional	55.33	67.99	64.72	64.79	0.724	0.868
Físico	48.25	70.95	64.57	57.50	3.574	0.311
Social	62.50	70.91	62.61	56.90	2.684	0.443
Valor Global	53.67	70.26	63.92	59.31	2.249	0.522

**H2.3 – Existe relação significativa entre o número de episódios anteriores enfarte e qualidade de vida**

Quanto a variável número de episódios esta foi recodificada dois grupos: *1 episódio* e *2 a 3 episódios*.

Quanto ao número de episódios de enfarte que cada indivíduo foi vítima, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os utentes com apenas um episódio apresentam melhores valores médios de qualidade de vida na totalidade das dimensões e no valor global.

Quanto às diferenças estatísticas, estas são altamente significativas: Emocional (U=998.50; Z=-2.988; p=0.000), Física (U= 904.00; Z=-3.500; p=0.000), Social (U= 900.50; Z= -3.519; p=0.000) e valor global da Qualidade de vida (U= 902.00; Z=-3.509; p=0.000).

Podemos deduzir, que os indivíduos que sofreram o primeiro episódio de enfarte agudo do miocárdio, são aqueles que mantém satisfação com a vida pessoal e à autoconfiança, não referem desconforto ou limitação na realização de atividades física, no domínio social integram bem as atividades sociais.

**Quadro 18 – Teste de Mann-Whitney entre o n.º de episódios e Qualidade da vida**

N.º de episódios	1 episódio (n =100)	2 a 3 episódios (n =29)	U	Z	Sig.
	MeanRank	MeanRank			
Emocional	71.52	48.21	998.50	-2.988	0.000***
Físico	72.46	45.16	904.00	-3.500	0.000***
Social	72.50	45.05	900.50	-3.519	0.000***
Valor Global	72.48	45.10	902.00	-3.509	0.000***

\*\*\*p <0,001

H<sub>2.4</sub> - Existe relação significativa entre o método de tratamento do enfarte e a qualidade de vida

Para sabermos a influência do tratamento nas dimensões da qualidade de vida, efetuámos um teste de Kruskal-Wallis. Pela análise dos resultados há um claro domínio dos utentes em usufruíram da angioplastia primária, apresentando valores de média superiores na totalidade das dimensões e no valor global qualidade de vida, com diferenças estatísticas altamente significativas em todas dimensões: Emocional (p=0.000), Física (p=0.000), Social (p=0.000) e no Valor global (p=0.000).

Na realização de testes para comparação múltipla de médias (ANOVA e Tukey) para localizar as diferenças estatísticas. As diferenças localizam-se:

- Na dimensão emocional, estão entre os que foram submetidos a angioplastia primária e Angioplastia/cateterismo (p=0.000) e entre angioplastia primária e a cirurgia (p=0.003).
- Na dimensão física, estão entre os que foram submetidos a angioplastia primária e Angioplastia/cateterismo (p=0.000) e entre angioplastia primária e a cirurgia (p=0.001).
- Na dimensão social, estão entre os que foram submetidos a angioplastia primária e Angioplastia/cateterismo (p=0.000) e entre angioplastia primária e a cirurgia (p=0.001).
- No valor global da Qualidade de Vida, estão entre os que foram submetidos a angioplastia primária e Angioplastia/cateterismo (p=0.000) e entre angioplastia primária e a cirurgia (p=0.001).

Pelo cálculo da variabilidade verifica-se que o tipo de tratamento instituído em meio hospitalar é responsável por 22,94% da variação no domínio emocional; 20,69% do domínio físico; 18,90% da variação do domínio social; 20,54% do valor global da Qualidade de vida.

**Quadro 19 – Teste de Kruskal-Wallis entre o método de tratamento e Qualidade da vida**

Tratamento	Fibrinólise (n =5)	Angioplastia primária (n =60)	Cateterismo (n =47)	Conservador (n =6)	Cirurgia (n =13)	KW (X <sup>2</sup> )	Sig.
	MeanRank	MeanRank	MeanRank	MeanRank	MeanRank		
Emocional	59.90	85.49	48.24	55.33	47.50	29.824	0.000***
Físico	79.30	83.42	51.31	48.25	41.81	26.898	0.000***
Social	74.20	82.64	51.23	62.50	41.04	24.571	0.000***
Valor Global	72.20	83.85	50.60	53.67	42.62	26.707	0.000***

\*\*\*p <0,001

## H2.5 - Existe relação significativa entre a associação de factores de risco e a qualidade de vida

A designação da variável número de fatores de risco, corresponde ao fatores que cada individuo é portador. Para avaliar a influência desta variável na qualidade de vida efetuámos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos o domínio dos utentes com 5 fatores de risco associados na totalidade das dimensões e na qualidade de vida global, mas sem diferenças estatísticas significativas.

**Quadro 20** –Teste de Kruskal-Wallis entre o número de fatores de risco e Qualidade da vida

Associação de factores de risco	1 (n =14)	2 (n =38)	3 (n =50)	4 (n =18)	5 (n =8)	KW ( $\chi^2$ )	Sig.
	MeanRank	MeanRank	MeanRank	MeanRank	MeanRank		
Emocional	72.89	58.29	66.74	58.69	78.38	3.528	0.474
Físico	68.86	58.26	65.78	59.50	89.75	5.365	0.252
Social	64.46	61.83	64.75	60.47	83.75	2.798	0.592
Valor Global	68.61	59.07	66.16	59.61	83.75	3.554	0.470

## H2.5–Existe relação significativa entre a limitação física e a qualidade de vida

A variável limitação física foi recodificada em: *Sem sintomas*, que corresponde a doença cardíaca sem sintomas e nenhuma limitação para atividades rotineiras; *Limitação de atividades*, que corresponde a limitação física para atividades quotidianas e *Acentuadas limitações*, que corresponde a acentuada limitação física para atividades simples e severas limitações e sintomas mesmo em repouso.

Para analisar a variável limitação física, nas dimensões da qualidade de vida, efetuámos um teste de Kruskal-Wallis. Pela análise dos resultados há um claro domínio dos utentes que referem estar “sem limitações”, apresentando valores de média superior na totalidade das dimensões e no valor global qualidade de vida, com diferenças estatísticas altamente significativas para todos os parâmetros avaliados. Quanto às diferenças estatísticas por dimensão: Emocional ( $p=0.000$ ); Física ( $p=0.000$ ); Social ( $p=0.000$ ) e no Valor global ( $0,000$ )

Na realização de testes para comparação múltipla de médias (ANOVA e Tukey) para localizar as diferenças estatísticas. As diferenças localizam-se:

- Na dimensão emocional, entre os indivíduos sem limitações e os que referem limitação física para atividade quotidiana ( $p=0.000$ ) e entre os indivíduos sem



limitações e os que referem acentuada limitação física para atividade simples (p=0.000).

- Na dimensão física, entre os indivíduos sem limitações e os que referem limitação física para atividade quotidiana (p=0.000); entre os indivíduos sem limitações e os que referem acentuada limitação física para atividade simples (p=0.000); entre os indivíduos com limitação física para atividade quotidiana e os que referem acentuada limitação física para atividade simples (p=0,032)
- Na dimensão social, entre os indivíduos sem limitações e os que referem limitação física para atividade quotidiana (p=0.000) e entre os indivíduos sem limitações e os que referem acentuada limitação física para atividade simples (p=0.000).
- No valor global da Qualidade de Vida, entre os indivíduos sem limitações e os que referem limitação física para atividade quotidiana (p=0.000) e entre os indivíduos sem limitações e os que referem acentuada limitação física para atividade simples (p=0.000).

Calculando a variabilidade verifica-se que as limitações no indivíduo são responsáveis por 35,29% da variação no domínio emocional; 52,30% do domínio físico; 50,17% da variação do domínio social; 50,09% do valor global da Qualidade de vida.

#### Quadro 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre a limitação física e Qualidade da vida

Limitação física	Sem limitação (n =70)	Limitação de actividade (n =44)	Acentuada limitação (n =15)	KW (X <sup>2</sup> )	Sig.
	MeanRank	MeanRank	MeanRank		
Emocional	86.62	46.00	32.85	45.883	0.000***
Físico	90.92	42.76	23.53	67.996	0.000***
Social	90.53	42.53	25.74	65.226	0.000***
Valor Global	90.57	42.22	26.38	65.120	0.000***

\*\*\*p<0,001



## 5 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Ao iniciar a discussão dos resultados, deve mencionar-se o facto de se ter recorrido ao método de amostragem por conveniência, assumiu-se como uma limitação metodológica, apesar de ser mais rápido, barato e fácil, os resultados e as conclusões só se aplicarem à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo, isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do universo.

A recolha de dados respeitante às variáveis clínicas foi retrospectiva pelo que estes podem estar sujeitas a um viés de informação.

### 5.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é feita com base nos resultados anteriormente apresentados, na revisão da literatura e experiência profissional.

A amostra deste estudo é constituída por 131 indivíduos, com uma média de idades de 67.11 anos (Dp 11.78), oscilando entre os 41 e os 86 anos. A amostra masculina é a mais representativa com 76.33% do total e com uma média de idades inferior à média global ou seja (65.32 e um Dp=11.46), já a amostra feminina tem uma média de idades mais elevada (72.21 anos e um Dp=11.33). Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos por GÍRIA, CATARINO E ROCHA (2004), que realizaram um estudo no nosso país, com o objetivo de caracterizar a frequência e a distribuição da doença coronária como causa de internamento hospitalar, nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde do continente, no período de 1997 a 2001, com uma amostra de 136.179 sujeitos, na qual encontraram uma média de idade de 65,8 anos, com predomínio do género masculino (67,4%).

Num estudo apresentado por STRAUB, 2005 refere que as doenças cardíacas apresentam prevalência de 30% nas mulheres após a menopausa e de 50% em homens após os 40 anos de idade. As pesquisas desenvolvidas referem que estas diferenças têm relação com as hormonas sexuais. Assim a testosterona foi relacionada a agressividade e competitividade além de gerar um aumento dos níveis de LDH-colesterol. O estrogénio

contribui para uma redução do LDL-colesterol e um aumento do HDL-colesterol, considerando que este quadro se altera quando a mulher atinge a menopausa. As mulheres jovens possuem um menor risco de doença aterosclerótica, baseado na diferença dos níveis hormonais em ambos os sexos, sendo que a reposição hormonal reduz em 50% o risco de desenvolvimento de doença coronária (NAVARRO; CONEGERO, 2002); (AMARANTE [et al], 2009).

Estudos epidemiológicos demonstram que os fatores de risco metabólicos das doenças cardiovasculares tendem a aumentar com a idade (ACELAS; OCHOA, 2010).

Observou-se também que a maioria dos indivíduos é casada (72.50%), na situação laboral a maioria são reformados (70.20%) e com um nível de instrução, correspondente ao ensino básico (58.80%). Registámos também que a maioria dos indivíduos da amostra reside em meio rural (54.20%), e que quase metade dos indivíduos recebe um valor mensal inferior a 485 € (49.60%). Quando questionado com a situação financeira a maioria tem dificuldades (51.90%). Os inquiridos vivem maioritariamente com o “cônjuge / companheiro(a)”(53.4%), mas somente 10,7% moram sozinhos.

Na sociedade atual, o cônjuge tem papel fundamental na reabilitação do indivíduo vítima de EAM Num estudo realizado com indivíduos com doença arterial coronária, 78,3% eram casados (LUNELLI [et al.], 2009). Dados estatísticos verificados em outros estudos mostraram que há relação entre estado civil e os processos de morbidade e mortalidade por doenças crónico-degenerativas. A frequência das doenças eleva-se nos solteiros e a mortalidade é maior entre viúvos, divorciados e solteiros. A relação entre estado civil e saúde é vulnerável a mudanças, na proporção em que outros tipos de relacionamentos sejam incorporados ao conceito de vida conjugal, (IDE [et al.], 2000), (GALLAN [et al.], 2003).

Quanto às habilitações literárias, a maioria dos inquiridos possuía o ensino primário, nível inferior ao encontrado noutros estudos. De acordo com um estudo sobre a escolaridade europeia, a escolaridade média portuguesa, apresentava em 2010, a mesma posição que ocupava em 1960. Apesar da escolaridade média ter subido para 6,89 anos, Portugal nunca conseguiu acompanhar os seus parceiros europeus no aumento do nível desqualificações da população ativa (LUNELLI [et al.], 2010;PEREIRA; SANTOS; SAKAE, 2010).

Características sociodemográficas, renda familiar, nível de escolaridade, têm sido relacionadas ao desenvolvimento de doença cardiovascular. É conhecido que os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência e maior número em populações com menor poder económico e cultura. O rendimento mensal dos indivíduos é inferior ao ordenado

mínimo nacional, valor que vai de encontro à sua situação laboral e ao nível de escolaridade.

Os indivíduos casados ou que vivem em união de facto têm um apoio social mais elevado, estando este relacionado com o estado emocional de forma positiva. Morar sozinho pode estar relacionado com o aumento dos reinternamentos de indivíduos com patologia cardíaca. (DANTAS; PEREGRINO; GARBIN, 2007).

No que se refere às **variáveis clínicas**, pode constatar-se que os enfartes, com supra de ST são menos representativos (42.0%) do que os EAM sem supra de ST (58.8%). Verifica-mos ainda que quanto a gravidade da lesão a doença de um vaso é a mais comum (51.90%) seguida da doença com dois vasos (27.50%). Neste tipo de doença o indivíduo pode ser vítima mais do que uma vez do mesmo evento. Assim na amostra procurou saber-se o número de episódios que cada indivíduo já foi vítima e verificou-se que a maior percentagem de indivíduos tinha apenas um episódio (76.30%), e que o número de indivíduos decaiu à medida que os episódios aumentam. Quanto ao tratamento a que foram submetidos pode dizer a angioplastia primária foi o mais utilizado (45.80%), seguida da angioplastia/ cateterismo (35.9%). Dos indivíduos inquiridos neste estudo a grande maioria é portadora de fatores de risco (97.70%). Destes 39.10% é portador de três fatores de risco e 29.70% de dois.

No documento, Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral Indicadores de Atividade (2007), elaborado pela coordenação nacional para as doenças cardiovasculares refere que a nível nacional os enfartes sem supra de ST (55%) são mais frequentes do que os que apresentam supra de ST (45%). No hospital onde foi recolhida a amostra no ano de 2010 os enfartes sem supra de ST também foram os mais frequentes (61.20%) o que vão de encontro a este estudo.

A extensão do EAM depende do local, da gravidade, do estreitamento do lúmen da artéria. Da dimensão do leito profundido dos vasos afetados da extensão dos vasos colaterais e da necessidade de Oxigénio do miocárdio pouco profundido.

O Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2007), refere que o principal objetivo do tratamento do enfarte é aumentar a reperfusão na fase aguda das situações melhorando o conhecimento por parte da população sobre os sinais de alerta, e promovendo a utilização aos acessos de emergência na presença de sintomas. Assim aumenta-se a capacidade de resposta do pré-hospitalar, garantindo melhor acessibilidade aos locais de tratamento (Unidades de intervenção coronária percutânea).

No enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST o objetivo é a perfusão nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas. O principal parâmetro clínico deve ser o tempo entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico, sendo o principal parâmetro logístico o tempo esperado entre o primeiro contacto médico e a reperfusão do miocárdio. No EAM, os objetivos passam claramente por aumentar o número de indivíduos tratados com terapêutica de reperfusão, facilitando o acesso às técnicas de intervenção coronária percutânea, mas, e de forma particular, alargar o tratamento fibrinolítico ao meio pré-hospitalar; otimizar a terapêutica de reperfusão, aumentando substancialmente o número de indivíduos tratados com angioplastia de recurso; e estimular o cumprimento das recomendações internacionais que evidenciaram um claro impacto no prognóstico a curto, médio e longo prazo. “Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)” referente as Vias Verdes do EAM e AVC (2007).

Nas limitações físicas verifica-se que a maioria dos indivíduos não apresenta qualquer limitação (53.40%). Estes valores segundo alguns estudos são contraditórios, mas atendendo a que nesta amostra a maior parte dos indivíduos é um primeiro episódio, só tem doença de um vaso e é tratado por angioplastia primária ou angioplastia/cateterismo pode alterar os resultados em relação a alguns estudos anteriores. Segundo BIRNBAUM [et al.], (2002) e BURSI [et al.], (2006), determinados fatores clínicos estão associados a maior risco e limitação física nomeadamente, a idade avançada (superior a 65 anos), género feminino, EAM prévio, doença arterial coronária com envolvimento de múltiplos vasos, EAM extenso, isquemia recorrente e HTA.

Quanto aos resultados obtidos da análise inferencial, ou seja, dos testes de verificação das hipóteses, obtiveram-se as seguintes considerações:

### ***Sexo e Qualidade de Vida.***

Os valores médios mais altos verificam-se no grupo de indivíduos do sexo masculino, em todas as dimensões e no valor global sugerindo que o sexo masculino apresenta melhor QDV. Somente na dimensão “Física”, se registaram diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). A diferença de sexo favorece claramente a mulher no que diz respeito a velocidade de desenvolvimento da aterosclerose e de eventos relacionados com a DCV.

Enquanto a mortalidade por DAC permanece estável em 60 % para homens de mais 50 anos, nas mulheres ela continua a aumentar constantemente com a idade. Além disso, as mulheres tem menor probabilidade de sobreviver a um EAM inicial ou recorrente ou a

uma cirurgia de revascularização do miocárdio. A prevalência de doenças cardiovasculares em mulheres pré-menopausa é menor do que em mulheres pós-menopausa, onde o risco sofre um aumento exponencial, provocando o risco para as mulheres que a igualdade entre homens pela idade de 70 anos (AHA SCIENTIFIC STATEMENT 2004).

### ***Classe etária e Qualidade de Vida.***

Ao estudar a relação entre a idade e a qualidade de vida aceita-se a hipótese formulada para esta dimensão. Verifica-se que o grupo etário com melhores médias, na dimensão social, física e valor global é o grupo [56-70 anos], onde se registou diferenças estatisticamente bastante significativas ( $p \leq 0,01$ ) mas na dimensão social é o grupo  $\leq 55$  anos com diferenças estatisticamente bastante significativas ( $p \leq 0,01$ ). O teste Post Hoc (TUKEY) para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos, a classe etária explica 12.54% da variação da dimensão física; 8.69% da variação da dimensão social e 8.62% da variação do valor global da Qualidade de vida. O envelhecimento biológico que a comunidade define “(...) como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual de determinadas doenças crônicas - degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim de vida.” (IMAGINÁRIO, 2004)

### ***Estado marital e Qualidade de Vida.***

Verificou-se que as melhores médias de qualidade de vida em todas as dimensões e valor global estão nos indivíduos que vivem com companheiro ( $p > 0.05$ ). Para este achado há refere-se que os indivíduos casados ou que vivem acompanhados possuem um maior apoio quando comparados aos que são solteiros, viúvos ou separados, contudo, alguns autores têm defendido a ideia de que o casamento é um fator protetor para os homens, mas não para as mulheres (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009).

### ***Situação laboral e Qualidade de Vida.***

No que diz respeito à situação laboral, esta foi reagrupada em duas classes, ativos e inativos os indivíduos ativos apresentam melhores valores médios de qualidade de vida nas suas dimensões e no valor global do que os inativos. Contudo a dimensão emocional não apresenta valores estatisticamente significativos ( $p > 0.05$ ). Para a dimensão física e social encontram-se valores altamente significativos ( $p < 0,01$ ). Para o valor global sujeitos diferenças estatísticas significativas ( $p < 0,05$ ). Uma situação laboral ativa acarreta uma maior percepção de qualidade de vida (MARTINS, 2005). As relações sociais são de grande

importância em todos os momentos da vida, e, sendo assim, os comportamentos alteram-se de acordo com as mudanças de objetivos e de acordo com as motivações implementadas pelas tarefas evolutivas (RESENDE [et al.], 2011). O desempenho de uma atividade profissional, põe o indivíduo em contacto com outros que vivem na mesma comunidade, partilhando interesses, valores e laços de proximidade social (ORNELAS, 2008).

### ***Escolaridade e Qualidade de Vida.***

Os indivíduos que apresenta o nível de escolaridade intermédia registam melhores valores médios nas dimensões emocional, físico e valor global, na dimensão física e valor global há diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) enquanto os que possuem o nível de escolaridade superior apresentam melhor qualidade de vida social com diferenças significativas ( $p < 0,05$ ).

Mais instrução equivale perentoriamente a mais informação, mais conhecimento e mais perceção para controlar a doença e, por consequência, melhor perceção da QDV. Poder-se-á dizer que, na atualidade, os indivíduos no geral, ainda que não tenham todos os mesmos recursos escolares, começam a estar mais sensibilizados e encorajados pelos profissionais de saúde para o conhecimento da doença, traduzindo-se em melhor QDV. Como tal, importa referir que, independentemente, das habilitações literárias, tem de haver um investimento por parte dos referidos profissionais, demonstrando ao ser cuidado que o conhecimento da doença e do seu tratamento contribui para a manutenção da sua vida.

Sabe-se que o nível educacional de uma população se relaciona com o seu estado de saúde, mais especificamente, existe uma correlação significativa entre a educação dos pais e a saúde dos seus filhos. Indivíduos com melhor nível educacional têm uma situação ocupacional mais elevada, melhores condições habitacionais e estilos de vida mais saudáveis.

### ***Residência e Qualidade de Vida.***

Verificou-se a influência da residência nas dimensões da qualidade de vida, de onde salientamos que os habitantes das vilas têm um valor médio de qualidade de vida superior na totalidade das dimensões e na qualidade de vida global ( $p > 0.05$ ).

Em Portugal, também Santana identificou uma correlação estatisticamente significativa entre a utilização dos serviços de urgência e das consultas externas e a distância percorrida entre o lugar de partida (residência dos utentes) e o destino, concluindo que o fator distância influencia negativamente a utilização dos cuidados de saúde. Mas para



o mesmo autor, considera-se que o efeito distância pode ser contrariado por diferentes elementos, em particular, relativos à mobilidade e à doença. No que trata ao primeiro, constata-se que o acréscimo generalizado das acessibilidades e o aumento considerável da capacidade de mobilidade das populações, sobretudo, promovido pela diversificação dos modos de transporte e generalização do transporte individual, tem contribuído para suprimir os efeitos da distância, tornando consideravelmente próximos lugares fisicamente afastados.

Relativamente ao segundo especto, constata-se que também a natureza dos sintomas ou a própria natureza da doença, pode tornar o efeito distância mais ou menos acentuado, pois se em patologias pouco graves ou face a sintomas pouco relevantes, a população poderá optar por não utilizar os cuidados de saúde face à distância elevada a que estes se localizam em relação ao seu ponto de referência (residência), já no caso de situações de doença e sintomas graves e exigentes na prestação de cuidados de saúde com urgência, o fator distância não será suficientemente capaz de impedir o acesso e utilização dos mesmos (SANTANA, 2005).

### ***Rendimento mensal e Qualidade de Vida***

A influência do rendimento mensal nas dimensões da qualidade de vida do indivíduo, verifica-se que os indivíduos que apresentam um rendimento superior a 970 euros registam melhores valores médios em todas dimensões (emocional, físico, social) e valor global.

As dimensões física e social apresentam valores estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ).

O rendimento é considerado por muitos autores como o fator mais relevante no âmbito das características mutáveis, na medida em que uma baixa capacidade económica corresponde a maiores necessidades reais em saúde e gera maiores dificuldades no acesso e na utilização, fomentando assim um ciclo de degradação do capital saúde, o que exige maior compensação do lado da oferta. No entanto, todos os outros aspetos manifestam grande importância, destacando-se em particular a ocupação profissional e as garantias sociais (SANTANA, 2005).

### ***Tipo de enfarte e a qualidade de vida.***

A análise dos resultados da influência do tipo de enfarte na qualidade de vida, mostra que os utentes com enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento de ST dominam nas três dimensões (emocional, físico, social) e valor global, com valores de estatística altamente significativos ( $p \leq 0,001$ ), ou seja, os indivíduos que foram vítima de enfarte agudo

do miocárdio, com supra desnivelamento de ST, mantém satisfação com a vida pessoal e à autoconfiança, não referem desconforto ou limitação na realização de atividades física, no domínio social integram bem as atividades sociais. O teste revela ainda um bom Valor global de qualidade de vida.

Pela literatura consultada estes achados estatísticos são contraditórios, isto porque os enfartes agudos do miocárdio com supra ST mais danosos do que os sem supra de ST, podendo mesmo causar morte súbita. Os enfartes com supra são enfartes transmuralis, envolvem toda a parede do miocárdio na zona da lesão provocando assim uma necrose espessa, e são vulgarmente acompanhados de alterações na função ventricular esquerda. Mas como a região onde ocorre esquemia, ainda existe viabilidade celular, pois apesar da anormal repolarização, esta área poderá ficar normal, dependendo da celeridade do tratamento (AEHLERT, 2007).

O advento da terapêutica de repercussão (Angioplastia) modificou a história natural e o momento de aparecimento de complicações decorrentes de SCA, (BIRNBAUM [et al], 2003). Este estudo desenvolveu-se num hospital central onde há laboratório de hemodinâmica, unidade de cuidados intensivos coronários e presença física de cardiologia 24h, o que permite celeridade e eficácia do tratamento e que vai de encontro ao recomendado pelo documento, Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral Indicadores de Atividade (2007) elaborado pela coordenação nacional para as doenças cardiovasculares.

### ***Extensão da lesão e a qualidade de vida.***

Para sabermos a influência da extensão da lesão, na qualidade de vida, de onde se observa o domínio dos utentes com doença de apenas um vaso, tem um valor médio de qualidade de vida superior na totalidade das dimensões, (emocional, físico, social) e valor global, contudo não se verificam diferenças estatísticas significativas.

Para (KOSUGE [et al.], 2009), o resultado após o evento agudo de enfarte está diretamente relacionado com a extensão da lesão do miocárdio. Desse modo, a análise quantitativa da depressão do segmento ST (DST), isto é, o grau e extensão da mesma, assim como o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e a DST são fortes preditores de prognóstico reservado. Além do referido, a elevação do segmento ST em aVR concomitante com DST em outras derivações é um marcador viável de doença do tronco comum e/ou dos três vasos

Segundo AEHLERT (2007), a lesão do miocárdio pode ser extensa o suficiente para produzir uma diminuição da função da bomba ou condutibilidade elétrica das células

afetadas. A evidência eletrocardiográfica de lesão do miocárdio em evolução pode ser observada como elevação do segmento ST. A extensão da lesão está associada ao número de vasos afetados e ao local onde o evento acontece, isto é quanto mais proximal, em relação ao tronco da coronária maior é o dano.

### ***Número de episódios anteriores enfarte e qualidade de vida***

A avaliação da relação entre o número de episódios de enfarte que cada indivíduo foi vítima e qualidade de vida, revela que os utentes com apenas um episódio apresentam melhores valores médios de qualidade de vida na totalidade das dimensões e no valor global.

Quanto às diferenças estatísticas, estas são altamente significativa ( $p \leq 0.001$ ). Os indivíduos que foram vítimas de primeiro episódio enfarte agudo do miocárdio, mantêm satisfação com a vida pessoal e a autoconfiança, não referem desconforto ou limitação na realização de atividades físicas, no domínio social integram bem as atividades sociais. O teste ainda revela um bom Valor global de qualidade de vida.

A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, Alto Comissariado da Saúde, no documento “Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)” referente as Vias Verdes do EAM e AVC (2007), apresenta como antecedente clínicos associado a uma maior probabilidade dos sintomas serem devidos a isquemia miocárdios, “Antecedentes de doença coronária – EAM, ICP ou cirurgia coronária”.

Um estudo efetuado sobre o risco cardiovascular (indivíduos sem história prévia de enfarte do miocárdio e com níveis favoráveis dos restantes fatores de risco), e a mortalidade/morbilidade a longo prazo e a esperança de vida, refere que a taxa de mortalidade por DC para as coortes de baixo risco é entre 77% e 92% mais baixa do que para as outras coortes, e que as mortes por DC representam uma proporção bastante mais baixa do que as mortes por outras causas. Este facto foi também verificado para todas as DC. Sugeriu também que a esperança de vida é em média 5,8 a 9,5 anos maior para os grupos de baixo risco cardiovascular (WANG T [et al.], 2009).

Segundo o mesmo autor estes resultados reforçam a importância das estratégias de prevenção primária ao nível populacional como meio de combater a epidemia das DC, garantindo um aumento na proporção de indivíduos na população que mantêm, ao longo da vida, níveis favoráveis dos principais fatores de risco e que, por isso, se apresentam com baixo risco cardiovascular.

### ***Tipo de tratamento do enfarte e a qualidade de vida.***

A influência do tratamento nas dimensões da qualidade de vida, a análise dos resultados há um claro domínio dos utentes em que lhes foi efetuado angioplastia primária há chegada ao hospital, apresentando valores de média superiores na totalidade das dimensões e no valor global qualidade de vida, com diferenças estatísticas altamente significativas para todos os parâmetros avaliados. Mantém satisfação com a vida pessoal e à autoconfiança, não referem desconforto ou limitação na realização de atividades física, no domínio social integram bem as atividades sociais. O teste ainda revela um bom Valor global de qualidade de vida.

Os indivíduos com EAMCSST devem ser rapidamente submetidos a avaliação para realizar terapêutica de reperfusão, a qual deve ser implementada prontamente (KUSHNER [et,al.], 2009) A angioplastia primária é o método de eleição quando o indivíduo se apresenta nas primeiras 12 horas do início dos sintomas, mas nem sempre é viável (KEELEY [et,al.], 2003). Na ausência de contraindicação, a terapêutica fibrinolítica constitui uma alternativa válida de reperfusão coronária (a instituir nas primeiras 3 horas ou nas primeiras 12 h quando não houver disponibilidade para realizar angioplastia primária) (KUMAR [et,al.], 2009).

Uma metanálise de 23 estudos clínicos randomizados que comparou a angioplastia primária e a terapêutica fibrinolítica demonstrou que a angioplastia primária apresenta uma eficácia superior na redução da incidência de eventos adversos a curto e longo prazo, incluindo a morte (KEELEY [et al.], 2003). Apesar da superioridade clínica da angioplastia primária ser clara, o principal desafio reside na capacidade de implementar essa estratégia rapidamente (mantendo um primeiro contacto médico-balão num período de tempo inferior a 90 minutos). Uma análise multivariável ajustada evidenciou que, para indivíduos submetidos a ICP primária, o aumento do tempo decorrido entre “porta-balão” (especialmente se superior a 2 horas) está associado a um aumento na taxa de mortalidade (41% de óbitos se tempo decorrido inferior a duas horas vs 62% se superior a duas horas) (CANNON. [et al.], 2000).

As guidelines atuais da American Heart Association (AHA) e do American College of Cardiology (ACC), assim como as guidelines da European Society of Cardiology (ESC), recomendam a angioplastia primária como a estratégia para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, se efetuado por operadores experientados e atempadamente (ANTMAN, 2004 e 2008, WERF, 2008).

### ***Associação de fatores de risco e a qualidade de vida***

A designação da variável número de fatores de risco, corresponde aos fatores que cada indivíduo é portador. A análise desta variável na qualidade de vida revela que as melhores médias nos indivíduos com 5 fatores de risco associados na totalidade das dimensões e na qualidade de vida global, seguido dos indivíduos que apresentam só um fator de risco ( $p > 0.05$ ) Os fatores de risco devem ser conceptualizados como componentes de um perfil de fatores de risco (FR) para as doenças cardiovasculares, a sua avaliação e análise devem ser efetuadas segundo uma perspectiva multifatorial em que risco da combinação de FR é muito superior quando comparado com o desenvolvimento acentuado de um FR isolado, o que significa que um nível de relação entre a identificação de um FR e o seu impacto real num indivíduo depende, em grande parte, do quadro geral de FR que esse mesmo indivíduo apresenta (KANNEL, 1991).

Num estudo efetuado no Brasil com subordinado ao tema “Associação dos fatores de risco para doença cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde” observaram que a presença de um ou mais fatores de risco demonstra que esta população tem maior probabilidade de ser acometida doenças cardiovasculares (MATEUS [et al.], 2010).

No estudo aqui realizado verifica-se que os resultados não vão de acordo aos estudos e a literatura anteriormente apresentada, mas este estudo não estuda a relação entre os FR e a doença cardiovascular, estuda a relação entre os fatores de risco e a qualidade de vida.

Pires G. [et al.], (1998), refere que “Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolve portanto, saúde, educação, moradia, trabalho, e participação nas decisões que lhe dizem respeito, e determinam como vive o mundo. Compreende deste modo, situações extremamente variadas, como, anos de escolaridade, atendimento digno em caso de doença e acidentes, conforto e pontualidade nas condições para se dirigir a diferentes locais, alimentação em quantidade suficiente.” Mas a acumulação de bens materiais não é sinónimo de qualidade de vida, pois o importante possuir o suficiente para viver sem dificuldades. Aqui entra a variável do que cada indivíduo considera suficiente para si próprio. BELINK A. (2007) refere que “É importante é planear para ter o suficiente sem consumir com exagero e desperdício”.

Num outro ponto de vista NAVARO C. (2007) refere que “...gostamos daquilo que pode ser considerado exclusivo ou que nos diferencia dos de mais á nossa volta.”

Hoje para se atingir um determinado patamar de segurança é exigido um ritmo de vida que leva a pessoa ao stress e a tomar opções e vícios com os quais sente algum conforto, o que vai de encontro ao que alguns autores relacionam com qualidade de vida e atualidade.

### ***Limitação física e a qualidade de vida.***

Ao analisar a influência da variável limitação física, nas dimensões da qualidade de vida, observa-se que há um claro domínio dos utentes “sem limitações”, apresentando valores de média superiores na totalidade das dimensões e no valor global qualidade de vida ( $p < 0.001$ ).

Como já foi referido anteriormente, estudos verificaram que os scores da QDV, no domínio emocional dos indivíduos após EAM, desciam durante as seis primeiras semanas após a alta hospitalar, mas ao sexto mês tinham regressado a níveis similares dos scores avaliados enquanto hospitalizados. (BRINK E. [et al.], 2008), (DHAMOOMET [et al.], 2010).

A doença pode também ser percebida como uma crise, isto é, uma situação que se apresenta à pessoa de uma forma tão diferente ou grave que as suas respostas usuais são insuficientes ou inadequadas, exigindo a mudança dos padrões de funcionamento pessoais e sociais estabelecidos, obrigando a mobilização e ensaio de novas estratégias de adaptação. O EAM traz consequências físicas e mentais de considerável impacto na qualidade de vida, havendo diferença na habilidade de cada indivíduo se adaptar a elas. A dificuldade em ajustar-se ao novo estado de saúde leva a que cerca de 20% dos indivíduos tenham uma QDV diminuída, ao nível da função emocional. As estratégias de adaptação são potenciadas e melhoradas pelo apoio familiar, reabilitação cardíaca e regresso ao trabalho.

As intervenções de Enfermagem devem focar-se na identificação e redução dos fatores desencadeantes de stress assim como dar-lhes competências no incremento das suas estratégias de adaptação depois do EAM, para melhorar a sua QDV. (MIERZYNSKA [et al.], 2010), (GARNEFSKI, N. [et al.], 2008), (WHITE 2007), (CHUNG, M. C.; BERGER Z.; RUDD H., 2008), (ALSEN, P.; BRINK, E.; PERSON, L., 2008), (VERSTEEG, H., [et al.], 2009).

Se for incluída a reabilitação cardíaca, a incorporação de estratégias de adaptação ativas, ajuda na mudança de resposta à “frustração” e tem correlação positiva com aumento da QDV ao longo do tempo, na medida em que está associada à mudança de comportamento para hábitos de vida mais saudáveis. (DEMPSTER [et al.], 2010)

Embora contrariando alguns estudos que referem que há de facto limitações físicas após enfarte, estas podem ser interpretadas pelo indivíduo, provendo ele próprio as suas adaptações, e no futuro interpretar as essas limitações como fazendo parte do seu quotidiano, adaptando-se assim a outros scores de qualidade de vida.

Neste estudo há também a facto de os indivíduos na sua grande maioria ter sido submetido a tratamento de acordo com as novas *guidelines nacionais e internacionais* o que minimiza o dano em termos patológicos, sugerindo assim uma diminuição das limitações físicas.





## 6 - CONCLUSÕES /SUGESTÕES

Atualmente, na nossa sociedade ocidental, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbidade, apesar de, em Portugal, comparativamente a outros países da Europa, apresentar uma taxa de mortalidade mais baixa (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2007).

No entanto, o seu carácter multidimensional, e as suas consequências para a pessoa e Sociedade, levaram a que a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006), as considerasse como doenças sociais, com génese e repercussão social. O EAM é das mais prevalentes, sendo progressiva, causadora de morte prematura, provocando limitações físicas, emocionais, e perda da QDV.

Dos inquiridos os indivíduos do sexo masculino tem melhor (QDV) que os do sexo feminino com ( $p < 0.05$ ) para a dimensão Física. Os indivíduos com idade [56-70] ano ( $p < 0.01$ ), os indivíduos com funções laborais no ativo, e com nível de escolaridade intermédio tem melhores nível de QDV ( $p < 0.05$ ), para a dimensões Física e para o Valor global). Na dimensão social as melhores médias de qualidade de vida são dos indivíduos que apresentam idade  $< 55$  anos ( $p < 0.01$ ), nível de escolaridade superior e que usufruem melhores rendimentos ou seja valor  $> 970$  euros ( $p < 0.05$ ).

Nas variáveis clínicas os indivíduos com enfarte com supra de ST, os que tem um primeiro episódio e os submetidos a angioplastia primária, apresentam melhores valores médios de qualidade de vida em todas as dimensões ( $p < 0.001$ ). Na avaliação das limitações físicas 53,43% dos indivíduos refere estar sem limitações e com melhor QDV ( $p < 0.001$ ).

Pode dizer-se que na generalidade constatou-se que foram os indivíduos com EAMCSST, sujeitos com um primeiro evento e sujeitos ao tratamento mais célere que percecionaram a sua QDV de forma mais positiva. Este facto que até pode considerar-se contraditório com alguns estudos, mas pode estar relacionado com as datas em que os pacientes tiveram o EAM e a aplicação das novas diretrizes do seu tratamento. Desde 2007 que os EAMCSST tem indicação de tratamento por angioplastia primária que neste momento é a forma mais rápida de desobstrução da coronária afetada, o que leva a que

estes indivíduos estejam menos sujeitos a danos melhorando assim a QDV (Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), 2007).

A importância da Qualidade de Vida tem vindo a aumentar, acompanhando a mudança no conceito de Saúde. Deixou de se considerar o indivíduo num binómio de saúde/doença e integraram-se outras componentes, na vertente holística. Colocando-se a tónica num desafio lançado pela OMS, (1998) que refere que não chega “Dar anos à vida”, mas é crucial que se dê “vida aos anos”, pretende-se que se ultrapasse a vertente exclusivamente tecnicista de se ver a vida, para que se caminhe para a tão almejada “humanização dos cuidados”, investindo-se na Qualidade de Vida das Pessoas.

Não é fácil determinar a qualidade de vida, por ser um conceito amplo, multifacetado, sendo influenciado por múltiplos fatores. O sentir-se com maior qualidade de vida está relacionado com o estado de saúde, mas não depende unicamente dele. Admite-se portanto, que a pessoa pode ser portadora de uma doença e sentir-se com uma boa qualidade de vida, adaptando-se e vivendo com outros objetivos e perspetivas.

Esta adaptação depende de múltiplos fatores, que interagem num equilíbrio dinâmico: da idade, tipo de atividade profissional, das condições socioeconómicas, do espectro ambiental, universo pessoal, características de personalidade, do apoio e suporte familiar, do tipo de reabilitação a que são sujeitos. Todos sabemos a importância que as doenças cardiovasculares têm na qualidade de vida das pessoas.

Depois da pesquisa efetuada podemos dizer que é da responsabilidade de todos os que estão ligados à saúde diminuir este flagelo e quando incapazes de o diminuir devemos minorar as suas sequelas.

Até agora e apesar de todos os progressos alcançados ao nível da redução da mortalidade provocada pelo EAM, a abordagem biomédica apresenta um carácter remediativo, direcionando-se para os cuidados secundários e terciários, provocando deste modo elevados custos económicos diretos, em termos de cuidados de saúde, e indiretos, para o indivíduo, família e sociedade.

A prevenção primária é a base de ataque a este flagelo pois os estudos comprovam a associação entre os fatores de risco e os EAM. Segundo OLIVEIRA, (1997), o colesterol das HDL é denominado “colesterol bom” e protege-nos ativamente da aterosclerose. Os níveis de HDL parecem aumentar em resposta ao aumento do nível de atividade e, em especial, em resposta aos exercícios aeróbios, à perda de peso e ao abandono dos hábitos tabágicos. Com o reconhecimento nos anos 70 de que os estilos de vida das pessoas eram fatores adjuvantes do desenvolvimento, manutenção e evolução das doenças coronárias,

diversos estudos e investigações foram produzidas para evitar ou reduzir os custos relacionados com a doença, através de estratégias de promoção da saúde, educação para a saúde e adoção de comportamentos saudáveis. Existe evidência na literatura científica de que os fatores psicossociais e comportamentos de saúde desempenham um papel crucial na etiologia, prevenção, diagnóstico e prognóstico do EAM e que existem diferenças relativamente ao género, no que concerne ao tratamento e recuperação do EAM (CORREIA, 2004).

O fator TEMPO (para o tratamento), em detrimento das distâncias quilométricas e dos critérios tradicionais de áreas de influência geográfica dos hospitais. O objetivo ideal no tratamento do EAMCSST é a perfusão nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas. O EAM requer intervenção médica urgente para melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida dos sobreviventes. Torna-se assim importante dar a conhecer os objetivos da Via Verde e prestar informação de como ativar. As Vias Verdes pré-hospitalares de EAM, devem ter em consideração os critérios diagnósticos de fase aguda, o conhecimento das Unidades mais adequadas para o encaminhamento dos indivíduos, o tempo decorrido desde o início de sintomas/sinais, o tempo necessário para o transporte e a disponibilidade de internamento de cada Unidade

A utilização e aplicação correta deste instrumento permite uma recuperação quase total o que proporciona ao indivíduo uma redução do tempo de internamento hospitalar assim como retornar a sua vida normal sem morbilidade, ou seja permite manter a qualidade de vida que tinha antes de ser vítima de EAM. Podemos também dizer que há ganhos monetários em saúde quer na redução do tempo de internamento hospitalar quer em termos de recuperação, reabilitação e absentismo no local de trabalho. (Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral. Indicadores de Atividade 2010).

Num artigo de revisão (MACEDO A. [et al.], 2010), concluíram que o médico de família é a linha da frente e a base de apoio na abordagem do indivíduo coronário. Este profissional é o primeiro responsável por evitar os eventos coronários através da implementação de medidas preventivas primárias dirigidas aos principais fatores de risco mas também, ao conhecer as diferentes formas de apresentação do SCA e ao ter um elevado nível de suspeição está na posição ideal de reconhecer o indivíduo coronário agudo e iniciar o seu tratamento e referência urgente aos cuidados secundários para os tratamentos agudos. A base de apoio vai-se refletir na continuidade de cuidados. Ele terá de continuar e incentivar a adesão do indivíduo de todos os tratamentos que comprovadamente melhoram a mortalidade bem como implementar medidas agressivas de prevenção secundária.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A linguagem científica na investigação social. In DIAS, Maria Olívia – **O vocabulário do desenho de investigação : a lógica do processo em ciências sociais**. Viseu : Psico& Soma, Março de 2009. Cap. 2. p. 34-73.
- ABAGE, V. R. (2001). **Investigação científica em psicologia – teoria e prática**. Almedina. Coimbra.
- AEHLERT B. **ACLS Advanced Cardiac Life Support. EMERGENCIAS EM CARDIOLOGIA**. Tradução da 3rd Edition Editora Elsevier 2009 ISBN: 9788535222951
- AEHLERT, Barbara (2007). **Emergência em Cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia**. Editora Elsevier, 2.<sup>a</sup> reimpressão. Rio Janeiro
- AHA SCIENTIFIC STATEMENT 2004. **Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. Arterioscler Thromb Vasc Biol**. 2004; 24:29-50.
- ALCANTARA, Erikson Custódio - **Qualidade de Vida após Infarto Agudo do Miocárdio: Avaliação com os Questionários Mac New QLM1 e SF-36**. Em Linha].2010. [Consult. 25 de Jan.2011]. Disponível em [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/5501871.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/5501871.html)
- Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernandez R et al. **European cardiovascular disease statistic**. 2008 ed. Oxford: Department of Public Health, University of Oxford; 2007
- ALSÉN, P.; BRINK E.; PERSON L.-**Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction**. Journal of Advanced Nursing [EmLinha].2008. 459-468.[Consult. 23 Jan. 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=8&sid=d7d83823-06df-4662-aaa6-75b48329b9c5%40sessionmgr113&vid=71>
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE–**Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. 2007. ISBN 978-989-95146-2-1.

- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) (2005). **Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult-Summary Article**: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure
  - ANDERSON J, ADAMS, C, ANTMAN, E, ET AL. ACC/AHA 2007 **guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction)**: developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, American College of Physicians, Society for Academic Emergency 81 Medicine, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol 2007
  - BHATTACHARYYA, M [et al.] - **Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome**. EuropeanHeartJournal [Em Linha]. 2007. 28 (2) (Janeiro, 160-165. [Consult. 14 Jan. 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=111&sid=d7d83823-06df-4662-aaa6-75b48329b9c5%40sessionmgr113&vid=23&bdata=Jmxhbmc9cHQfYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=17185305>
  - BIRNBAUM Y, CHAMOUN A, ANZUINI A, LICK SD, AHMAD M, URETSKY BF. **Ventricular free wall rupture following acute myocardial infarction**. Coron Artery Dis 2003;14(6):463-70
  - BIRNBAUM Y, CHAMOUN AJ, CONTI VR, URETSKY BF. **Mitral regurgitation following acute myocardial infarction**. Coron Artery Dis 2002;13:337-44.
- BRAUNWALD E, ZIPES D, LIBBY P. **HEART Disease:a textbook of cardiovascular medicine**. 6th ed. Philadelphia: W B Saunders; 2006
- BRINK E. [et al.] - **Illness consequences after myocardial infarction: problems with physical functioning and return to work**. Journal of Advanced Nursing [EmLinha]. 2008. 64 (6)(December, 587-594). [Consult. 23 Jan. 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=122&sid=ce9991fd-6982-46ef-b1ec-56944b060a1a%40sessionmgr113&vid=49&bdata=Jmxhbmc9cHQfYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010123032>

- BUENO, Ana M. (1996) – **Rehabilitación post-infarto de Miocárdio: Propuesta de un modelo de intervención psicológica**. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 203-213.
- CA - Education Matters For Health: **Issue brief 6: education and health** [Emlinha] september 2009 [Consult. 1 Out. 2011]. Disponível em <http://www.commissiononhealth.org/PDF/c270deb3-ba42-4fbd-baeb2cd65956f00e/Issue%20Brief%206%20Sept%2009%20%20Education%20and%20Health.pdf>
- CANNON CP, GIBSON CM. **Relationship of symptom-onset-to-balloon time and door-to-balloon time with mortality in patients undergoing angioplasty for acute myocardial** *JAMA* 2000;
- CAPELAS, M.L.V. (2002) – **Enfarte agudo do miocárdio** [em linha]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias. Disponível em <URL: <http://www.enfermagem.com/dl/eam.PDF>>.
- CASTELLI, W.P. (1984) – **Epidemiology of coronary heart disease: the Framingham Study**. *American Journal of Medicine*, 76, 4–12.
- CHUNG, M. C.; BERGER Z.; RUDD H., 2008- **Coping with post-traumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction**. *ScienceDirect, revComprehensivePsychiatry* [EmLinha].2008. (nº 49), [Consult. 21 Jan. 2011]. Disponível em [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6WCV-4PYYGCX-3-1&\\_cdi=6748&\\_user=2465353&\\_pii=S0010440X07001113&\\_origin=search&\\_coverDate=02%2F29%2F2008&\\_sk=999509998&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkzk&md5=dbb50df9498c768aefb07fe4bc0e8918&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WCV-4PYYGCX-3-1&_cdi=6748&_user=2465353&_pii=S0010440X07001113&_origin=search&_coverDate=02%2F29%2F2008&_sk=999509998&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkzk&md5=dbb50df9498c768aefb07fe4bc0e8918&ie=/sdarticle.pdf)
- COORDENAÇÃO NACIONAL DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – **Indicadores de Atividades, [em linha], Alto Comissariado da Saúde, Portugal, Julho de 2009** [consultado em 20-01-2011] disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2009/07/indicadores-de-atividades-2009-final.pdf>.
- CORREIA, J.M. (2004) – **Obesidade e doenças coronárias**. Lisboa: Permanyer Portugal.
- COSTA et al (2003). **Prevalência da hipercolesterolemia em Portugal e na Europa: a mesma realidade**. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 22 (7-8), 967-974.
- CRUZ, João José Capinha (1999) – **Qualidade de vida do indivíduo após enfarte agudo do miocárdio**. *Referência*, n.º 3 (Novembro, 1999). Coimbra

- DANTAS, Rosana; PELEGRINO, Viviane; GARBIN, Livia - ***Avaliação do suporte social e sua relação com variáveis sócio-demográficas de pacientes em insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial.*** *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 6, 2007, p. 456-462.
- **DECRETO - LEI: nº 175 de 12 de Setembro de 2005 D.R. - II Série o Despacho nº 19 670/2005 - Decreto Regulamentar nº 7/2005, de 10 de Agosto**
- DELGADO, Artur Barata; LIMA, Maria Luísa. - ***Contributo para a Validação Concorrente de Uma Medida de Adesão aos Tratamentos.***[Em Linha].2001.[Consult. 20 Dez. 2010]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>.
- DEMPSTER, M; CARNEY, R; MCCLEMENTS, R. - ***Response shift in the assessment of quality of life among people attending cardiac rehabilitation.*** *British Journal of Health Psychology*[EmLinha].2010. 15 (Pt 2): 307-319. [Consult. 21 Jan. 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=8&sid=d7d83823-06df-4662-aaa6-75b48329b9c5%40sessionmgr113&vid=62>
- DEWULF, NathalieL. S. - ***Adesão ao Tratamento Medicamentoso em Pacientes com Doenças Gastrointestinais Crônicas Acompanhados no Ambulatório de um Hospital Universitário.*** *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas* [Em Linha]. 2006. Vol 42, nº 4 (Out./Dez.). [Consult. 20Dez. 2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n4/a13v42n4.pdf>
- Documento, ***Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral*** Indicadores de Atividade (2007)
- DUARTE, R. e colaboradores (2002) – ***Diabetologia Clínica***, 3ª Edição. Lisboa: Edições Lidel.
- DURMAZ, Tahir[et al.] - ***Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease.****Turkish journal of medical Sciences, Scientific and Technical Research Council of Turkey.*Turquia.2009. Vol. 39, nº 3.
- EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DO PNS 2004-2010, ***Observatório Português dos sistemas de Saúde, Alto Comissariado da Saúde***, [em linha], Dezembro de 2010, Portugal, [consultado em 10-01-2011], disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EvolucaoIndicadoresPNS.pdf>
- Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. ***Role of Smoking in Global and Regional Cardiovascular Mortality.*** *Circulation*. 2005;112:489-97.
- Fase conceptual do processo de investigação. In FREIXO, Manuel João Vaz – ***Metodologia científica: fundamentos métodos e técnicas.*** Lisboa: Instituto Piaget –



- Epistemologia e Sociedade; Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, Lda, 2009. Cap. 5. p. 158-177. ISBN 978-989-659-020-8.
- Fase metodológica. In FREIXO, Manuel João Vaz – **Metodologia científica: fundamentos métodos e técnicas**. Lisboa: Instituto Piaget – Epistemologia e Sociedade; Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, Lda, 2009. Cap. 6. p. 177-213. ISBN 978-989-659-020-8.
  - Fases e etapas do processo de investigação. In FREIXO, Manuel João Vaz – **Metodologia científica: fundamentos métodos e técnicas**. Lisboa: Instituto Piaget – Epistemologia e Sociedade; Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, Lda, 2009. Cap. 3. p. 155-221. ISBN 978-989-659-020-8.
  - Formulação dos problemas e das hipóteses. In CARVALHO, J. Eduardo – **Metodologia do trabalho científico: «saber-fazer» da investigação para dissertações e teses**. 2ª ed. Lisboa : Escolar Editora, 2009. Cap. 8. p. 124-125. ISBN 978-972-592-244-6.
  - FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Col. José Côté; Françoise Filion. Loures : Lusociência, D. L. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.
  - GARNEFSKY, Nadia [et al.] - **Post-traumatic growth after a myocardial infarction: A matter of personality, psychological health, or cognitive coping**. ClinPsychol Med Settings [EmLinha]. 2008. [Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em <https://openaccess.leidenuniv.nl/dspace/bitstream/1887/14249/4/Garnefski+clinical+psychology+in+medical+settings+2008.pdf>
  - GÍRIA, J.; CATARINO, J.; ROCHA, E. – **Síndromes coronárias agudas e outras formas de cardiopatia isquémica no serviço nacional de saúde no período 1997-2001**. Revista Portuguesa de Cardiologia. Lisboa. ISSN 0304-4750. 23:6 (Jun. 2004) 883-892.
  - GOUVEIA, A.C. (2000) – **Prevenção Cardiovascular**. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia.
  - HALLAS [et al.]- **Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure**. Rev. Heart&Lung [EmLinha]. 2010. [Consult. 17Dez. 2010]. Disponível em [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6WG7-4YT6NC4-7-7&\\_cdi=6815&\\_user=2465353&\\_pii=S0147956309003252&\\_origin=search&\\_coverDate=04%2F08%2F2010&\\_sk=999999999&view=c&wchp=dGLzVtb-zSkzS&md5=9caae2641c4bfd8df95a43c447515b73&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WG7-4YT6NC4-7-7&_cdi=6815&_user=2465353&_pii=S0147956309003252&_origin=search&_coverDate=04%2F08%2F2010&_sk=999999999&view=c&wchp=dGLzVtb-zSkzS&md5=9caae2641c4bfd8df95a43c447515b73&ie=/sdarticle.pdf)

- HANNIBAL, J.U. et al. (2001). **Alcohol and the Community**. Geneva. WHO
- Higgins M.; **Epidemiology and prevention of coronary heart disease in families**.  
Am J Med. 2000;108(5):387-95.
- Hillers, T, Guyatt, G. Oldridge, [et al.]. **Quality of life after myocardial infarction**. J Clin Epidemiol 1994, 47:1287-1296.
- IMAGINÁRIO, C. (2004). **O Idoso Dependente em contexto familiar**. Formasau.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Indicadores Sociais**; Lisboa: INE, I.P. 2010. ISBN 978-989-25-0054-6.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. [Em linha]. s/d. [Consult. Jun. 2011]. Disponível em WWW: URL: [http://www.ine.gov.mz/censos\\_dir/recenseamento\\_geral/estudos\\_analise/estado](http://www.ine.gov.mz/censos_dir/recenseamento_geral/estudos_analise/estado).
- IUTI, Myrthes Emy [et al.] - Artigos, Teses e Dissertações. **Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico**. Em Linha]. 2007. [Consult. 26 de Jan.2011]. Disponível em <http://www.radarciencia.org/doc/qualidade-de-vida-apos-revascularizacao-cirurgica-do-miocardio-angioplastia-ou-tratamento-clinico/oTyfYGD1ZmN0AN==/>
- JACKSON, R., CHAMBLESS, L., HIGGINS, M., KUULASMAA, K., WIJNBERG, L., Williams, D. (1997) – **“Sex difference in ischaemic heart disease mortality and risk factors in 46 communities: an ecologic analysis”**. In *Cardiovascular Risk Factors*, 7, 43–54.
- JIANG, W.[et al.]- **Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with CHF (SADHART-CHF): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sertraline for major depression with congestive heart failure**. American Heart Journal[EmLinha].2008. 156(3):437-444 [Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=111&sid=d7d83823-06df-4662-aaa6-75b48329b9c5%40sessionmgr113&vid=32&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cgh&AN=CN-00650854>
- JOEKES, K.; MAES, S.; WARRENS, M.–**Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction**.**British Journal of Health Psychology**. United Kingdom. 2007. nº 12, 437-489.
- JORNAL De NOTÍCIAS (2007) – 40% Da População Em Alto Risco De AVC Ou Enfarte, 50642; 10.

- Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P. **Sex, Age, Cardiovascular Risk Factors, and Coronary Heart Disease.** A Prospective Follow-Up Study of 14 786 Middle-Aged Men and Women in Finland. *Circulation* 1999;99:1165-72.
- KEELEY EC, BOURA JA, GRINES CL. **Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction; a quantitative review of 23 randomised trials.** *Lancet* 2003;361:13-20.
- KINN JW, O'NEIL WW, [et al.] **Primary angioplasty reduces risk of myocardial rupture compared to thrombolysis for acute myocardial infarction.** *Cathet Cardiovasc Diagn* 1997;42:151-7.
- KOLANSKY D. **Acute coronary syndromes: morbidity, mortality, and pharmaco-economic burden.** *Am J Manag Care* 2009; 15(2 Suppl):S36-41.
- KOSUGE M, KIMURA K. **Clinical implications of electrocardiograms for patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in the interventional era.** *Circ J* 2009;73:798-805.
- KRENTZ, A. J. (2005) – **Stress e doença cardiovascular.** Miraflores: Edições Médicas.
- KUMAR A, CANNON CP. **Acute coronary syndromes: diagnosis and management, part I.** *Mayo Clin Proc* 2009; 84(10):917-38.
- Kushner FG, Hand M, Smith SC Jr, et al. 2009 Focused Updates: **ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (Updating the 2005 Guideline and 2007 Focused Update: a Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.** *Catheter Cardiovasc Interv* 2009;74:E25-68.
- LEAL, A. PAIVA, C. HOFER, S. AMADO, J. GOMES, L. OLDRIDGE, N. **Evaluative and discriminative properties of the Portuguese MacNew health-related quality of life questionnaire.** *Qual Life Res.* 2005; 14(10):2335-41.
- LEGATO, M.J., PADUS, E., & SLAUGHTER, E.,. **Women's perceptions of their general health, with special reference to their risk of coronary artery disease: results** (1997)
- LETT, H. [et al] – **Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction.** *Health Psychology.* 26, 2007, p.418-127.

- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. **Global and regional burden of disease and risk factors**, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006;367:1747-57.
- LOPEZ, A. D.[et al.] - **Global and regional burden of disease and risk factors: systematic analysis of population health data**. Lancet. 2006. nº 367, 1747-1757.
- LUNELLI, Rosana Pinheiro, [et al] – **Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana**. Acta Paulista Enfermagem. 2009; 22(4); p. 367-73.
- Macedo, A.; Rosa, F. ; Artigo de Revisã: **O Síndrome Coronário Agudo nos Cuidados de Saúde Primários**, 2008
- MANICA, André [et al.] – **O papel da Depressão na Doença Coronária**. [Em Linha]. Porto Alegre. Vol. 73, nº 2, (1999). [Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/1999/7302/73020012.pdf> .
- MARMOT M, ELLIOT P. **Coronary heart disease epidemiology from aetiology to public health**. . Oxford: Oxford University Press 1992.
- MAROCO, João Paulo - **Análise Estatística com a utilização do SPSS**. 3ª Ed. Silabo. Lisboa. 822 p. ISBN: 978-972-618-452-2.
- MARTIN, P. (2004) – **A mente indivíduo**. Lisboa: Editorial bizâncio.
- MARTINS, Rosa M. Lopes – **Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu**. Dissertação de Doutoramento.Universidade de Extremadura. Badajoz.2006.
- MATOS, A.P.; FERREIRA, A.- **Desenvolvimento de uma Escala de Apoio Social: alguns Dados sobre a sua Fiabilidade**. Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol. 21. nº 3 (Julho/Agosto/Setembro 2000), p.243-253.
- MATOS, Salomé – **Qualidade de Vida dos Indivíduos após Enfarte Agudo do Miocárdio**. Nursing.Lisboa.ISSN: 0871-6196.n. ° 152 (Fevereiro 2001).
- MATOS; Salomé – **Qualidade de Vida dos Indivíduos após Enfarte Agudo do Miocárdio**. Monografia realizada no âmbito do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Coimbra: 1999.
- MENDOZA, Quispe; FARO, Mancussi – **Suporte Social do idoso cirúrgico: Revisão Bibliográfica**. Enfermería Global. ISSN 1695-6141. Nº 15, (Febrero, 2009).
- MIERZYNSKA, Anna[et al.] –**Psychological support for patients following myocardial infarction**.CardiologyJournal[EmLinha].Polónia. Vol. 17, nº3,

2011].Disponível em [http://www.viamedica.pl/gazety/gazeta1/darmowy\\_pdf.phtml?indeks=111&indeks\\_art=1572](http://www.viamedica.pl/gazety/gazeta1/darmowy_pdf.phtml?indeks=111&indeks_art=1572)

- NAHAS, M. V. (2001). **Actividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida activo**. Londrina PR of a national telephone survey. *Journal of Womens Health*, 6, 189-198.
- NOGUEIRA, Armanda Paula – **Stress e Doença Coronária** . Porto: 2010. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- NOGUEIRA, J.B. (2007) – **“Hipertensão arterial e risco cardiovascular global”**. In *Revista Médico*, nº51, Março/Abril, pp. 108-109.
- O significado da metodologia e da presepça do investigador. In DIAS, Maria Olívia – **O vocabulário do desenho de investigação : a lógica do processo em ciências sociais**. Viseu : Psico& Soma, Março de 2009. Cap. 1. p. 18-33.
- O’NEIL, Adrienne; SANDERSON, Kristy; OLDENBURG, Brian – **Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction: a review of recent research evidence– Health and quality of life outcomes**. BioMed Central. Austrália. (2010).
- OLDRIDGE, N; GOTTLIEB, M; GUYATT, G; JONES, N; STREINER, D; FEENY, D. **Predictors of healt related quality of life cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction**. *Jornal of cardiophmari reabilitatacion*, V.18p. 95-103, 1988.
- OLDRIDGE, N. GUYATT, G. JONES, N. CROWE, J. SINGER, J. FEENY, D. MCKELVIE, R. RUNIONS, J. STREINER, D. TORRANCE, G. **Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction**. *Am J Cardiol* 1991; 67(13):1084-1089.
- OLIVEIRA, J. Braz (1997). **“Hipertensão arterial e risco cardiovascular global”**. In *Revista Médica*, nº51, Março/Abril, pp. 108-109.
- OLIVERÓ, R. & GÜELL, J. (1994). **O Enfarte**. Lello e Irmão – Editores
- OLSHANSKY, PASSARO SJ, HERSHOW DJ, LAYDEN RC, CARNES J, BRODY BA, ET AL. **A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century**. *N Engl J Med*. 2005;352:1138-45.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) – **Grupo para a Qualidade de Vida**. Direcção Geral da Saúde. Lisboa

- ORNELAS, José – **Psicologia Comunitária. Fim de Século**. Edições Sociedade Unipessoal Lda. Lisboa. 2008. ISBN978-972-754-256-7.
- PASCHOAL, S. (2000) - **A qualidade de vida no idoso: um instrumento que privilegia a sua opinião. A hipertext writing guide**. [Documento WWW]. URL <http://www.usp.br/teses>.
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para Ciências Sociais : a complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 4ª ed. 2005. ISBN 972-618-391-X.
- PETRINA M, GOODMAN S, EAGLE KA. **The 12-lead electrocardiogram as a predictive tool of mortality after acute myocardial infarction: current status in an era of revascularization and reperfusion**. Am Heart J 2006;152:11-8
- PHIPPS, W.J. SANDS, J.K.; MAREK, J.F. - **Enfermagem Médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica** (capítulo I ao XXII). Loures: Lusociência 2003
- PIRES, Maria José Garcia Gonçalves, - **Factores de Risco da Doença Coronária e Qualidade de Vida – um Estudo Exploratório no Concelho de Odivelas**. Dissertação de Mestrado. [Em Linha].Universidade Aberta, Lisboa: 2009.[Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em <https://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1432/1/Tese%20pdf%20final.pdf>.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010, Direcção Geral de Saúde, [em linha], Portugal, [consultado em 10-01-2011], disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação e Utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- POWERS, A.C. (2006) – “**Endocrinologia e metabolismo. Diabetes Mellitus**” (Parte XIV).
- RAMALHINHO, V. (2006) – “**Classificação da pressão arterial, prevalência da HTA. Recomendações**”. In Polónia, J.; Carmona, J. e Savedra, J. **A Hipertensão arterial na prática clínica**. Lisboa: CórTEX – Publicações técnicas e científicas, Lda.
- RICH-EDWARDS, J.W., MANSON, J.E., HENNEKENS, C.H., BURING, J.E., (1995) – **The primary prevention of coronary heart disease in women. New England Journal of Medicine**, 332, 1758–1766

- RIDKER, P. M., GENEST, J., LIBBY, P. (2003). **Factores de Risco para a Doença Aterosclerótica**. In: BRAUNWALD, E., ZIPES, D. P., LIBBY, P. – **Tratado de Medicina cardiovascular**. Vol.2, 6ª ed. São Paulo, Editora Roca.
- ROCHA, Ana Paula – **O Auto Conceito dos Idosos. Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia**. [Em Linha].Lisboa: Faculdade de Medicina, 2007.[Consult. 11 Jan. 2011].  
Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1103/1/17177\\_O\\_Autoconceito\\_dos\\_Idosos.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1103/1/17177_O_Autoconceito_dos_Idosos.pdf)
- RUEFF, B. (1999). **Alcoologie Clinique**. Paris. Flammarion
- SANDLER A; (1999). - **The role of prophylatic cholecystectomy during splenectomy. In children with hematologic hereditary spherocytosis**. J Pediatric Surg 1999;34(07):1077-8
- SANTANA, P.– **Geografias da Saúde e do Desenvolvimento – Evolução e Tendências em Portugal**. Almedina, Lisboa (2005).
- SEELEY, R. R.; STEPHENS, T. D. e TATE, P. (1997) - **Anatomia e Fisiologia**. 3ª Edição, Loures: Lusodidacta. Loures
- SERRA, A. (1999) – **O stress na vida de todos os dias**.: Formasau. Coimbra
- SILVA, M.A.D. (2001) – **“Qualidade de Vida e Doenças Cardiovasculares”**. In Porto C.C. - **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Gunabara
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, **Recomendações europeias para prevenção da doença cardiovascular**, [em linha], Portugal 2007, [consultado em 10-01-2011], disponível em <http://www.spc.pt/DL/AreaCientifica/Recomendacoes/POCKETPDC.pdf>
- STAMLER J. **The potencial for prevention of the major adult cardiovascular diseases**.Tokyo: Springer-Verlag 1995.
- THELAN, L; URDEN, Linda; DAVIE, Joseph (1993) - **Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção**. Lusodidacta. Lisboa.
- Thygesen K., Alpert J., White H., **Universal Definition of myocardial infarction**. Eur Heart J 2007 Oct 11;28(20);2525-2538
- VALENTI, L. et al. (1996) – **Na improved questionnaire for assessing quality of life acute myocardial infarction. Quality of life research**. Vol. 5, n.º 1. Oxford. Cit in Matos (1999).

- Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. ***Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease.*** N Engl J Med. 2001;345:1291-7.
- VERSTEEG [et al.] - ***Negative and positive affect are independently associated with patient-reported health status following percutaneous coronary intervention. Quality of Life Research.***[EmLinha].2009. 18 (8): 953-960. [Consult. 11 Jan. 2011].Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=111&sid=d7d83823-06df-4662-aaa6-75b48329b9c5%40sessionmgr113&vid=42&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=44190329>
- WANG T, ZHANG M, FU Y. ***Incidence, distribution, and prognostic impact of occluded culprit arteries among patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes undergoing diagnostic angiography.*** Am Heart J 2009;157:716-23.
- Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. ***Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study.*** . . Lancet. 2004;364:937-52.



## APÊNDICES



## **INTRODUÇÃO**

A qualidade dos serviços e dos cuidados deriva directamente dos profissionais que nele trabalham. É fundamental que não se deixe de aprender ao longo da vida, mas que se ganhem novas competências técnico-científicas e humanas.

A partilha de experiências entre elementos duma mesma instituição, mas de serviços distintos, em conjunto com a apreensão da filosofia dos vários serviços, cria laços favoráveis a um bom ambiente entre os mesmos, favorecendo a estrutura organizacional e institucional.

Os enfermeiros que anseiam por uma prática melhor, que utilizem dados válidos e fiáveis, demonstrarão cuidados e práticas de qualidade, orientados para os resultados. É essa a sua postura profissional, foi essa a sua postura em campo de estágio, e pensa ser esta a postura esperada de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Espera ter conseguido demonstrar o mesmo com este relatório, embora exista dificuldade em passar para o papel tudo o que constituiu a aprendizagem e crescimento em termos pessoais e profissionais.

Este período permitiu refletir acerca da importância da especialização de um enfermeiro numa área de atuação, contribuindo com intervenções de enfermagem especializadas, tendo assim um papel essencial e singular no desenvolvimento da enfermagem e na sua valorização.

Constatou que os colegas eram envolvidos na tomada de decisão sobre os cuidados a prestar ao indivíduo e que esta colaboração era um processo dinâmico e construído ao longo do tempo por virtude dos conhecimentos e competências demonstradas pelos mesmos.

Sendo uma mudança constante, exige dos enfermeiros flexibilidade e adaptação à mudança. Nos ensinos clínicos, apesar da boa integração nas equipas, existiu um ou outro episódio em que colegas se demonstraram renitentes a esta mudança, e pouca colaboração nas iniciativas tomadas pelos alunos de especialidade.

O pouco tempo disponibilizado para os vários campos de estágio, não permitiu o desenvolvimento adequado de programas de melhoria contínua da qualidade.

A presença da família junto ao indivíduo na UCIC, ocorre nos períodos de visita, curtos, o que permite informar sobre a situação clínica e/ou evolução da doença, e pouco

mais, uma vez que esta é a preocupação major dos familiares. Não permitindo uma intervenção diferenciada.

Durante o ensino na diálise peritoneal, teve oportunidade de realizar algumas das trocas reais do indivíduo e colaborar no ensino e supervisão dos procedimentos realizados pela indivíduo e pelo marido. Sentiu-se parte integrante da equipa. Não foi um ensino fácil o indivíduo mostrava algumas ansiedade mas que durante o passar dos cinco dias foi desaparecendo.

Na UND as situações identificadas relacionadas com a abertura da terapêutica em suspensão, que deveria ser rotulada a data no frasco, para se poder verificar a validade da terapêutica, uma vez que tem medicação aberta por longos períodos.

Esta e outras sugestões permitem diminuir os riscos associados à prestação de cuidados, sendo por isso pertinente a criação de condições de segurança para os indivíduos.

A realização destes estágios, representou um desafio dada a especificidade dos serviços, mas permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo ainda a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista

## **COMPETÊNCIAS**

As competências comuns, definidas como competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda o exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº122/2011).

As competências específicas, definidas como as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº122/2011).

### **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Durante a permanência na UCIC e UND pode refletir sobre a situação clínica dos indivíduos, da importância de possuir conhecimentos na área da cardiologia intensiva e diálise, e capacidade para dominar questões clínicas e sistémicas complexas. Todas as

suas tomadas de decisão, nos cuidados aos indivíduos, foram fundamentadas com conhecimentos científicos, transferidos da teoria.

Teve a possibilidade de desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, assim como promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, procurando desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Para conseguir transmitir à equipa, os cuidados prestados, evoluções e alterações relativas aos indivíduos, houve a necessidade de interligação da teoria à prática. Foram importantes as partilhas de opinião sobre conhecimentos adquiridos e práticas realizadas com base na evidência.

Todas as suas decisões foram executadas com base nos princípios, valores e normas deontológicas.

### **Domínio da melhoria da qualidade**

Na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, elaborou o guia de procedimentos, para teste de ventilador “Soxil” (Apêndice III página 131) que ficou arquivado no manual de procedimentos do serviço .

Na UND Sr. Enfermeiro Coordenador, sugeriu que fosse elaborada, uma carta de alta complementar á já existente no serviço, onde estivessem presentes as necessidades afetadas dos indivíduos que entram em programa de diálise e que posteriormente são transferidos para outras unidades, assim como aquelas que por motivos de urgência ou de internamento para tratamentos de patologias várias, vejam as suas capacidades, quer físicas quer psíquicas quer sociais diminuídas.

O objetivo desta folha é acompanhar o indivíduo durante o processo de alta e facilitar a sua integração nas unidades onde venham a realizar tratamentos. Esta ferramenta de trabalho foi elaborada segundo uma linguagem da “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” vulgarmente denominada por CIPE (Apêndice II página 125).

Para facilitar e uniformizar a avaliação das necessidades afetadas nestes indivíduos, foi ainda criado um documento, de suporte ao preenchimento da mesma.

### **Domínio da gestão dos cuidados**

O indivíduo em estado crítico, inserido quer numa UCIC, quer numa sala de diálise necessita de um apoio contínuo e específico por parte da equipa multidisciplinar. Assim, o Enfermeiro, como membro integrante desta equipa, irá exercer um papel determinante para

a recuperação e manutenção do indivíduo em risco de vida, sendo fundamental não só a aquisição de conhecimentos técnico-científicos permanentemente atualizados, como também, dedicação e apoio emocional, segundo uma aplicação holística e humanizada.

Mais do que prestar cuidados ao indivíduo IRC em situação de emergência/urgência, permitiu-lhe a reflexão sobre a sua atuação enquanto enfermeiro num serviço de urgência, onde por vezes é difícil estabelecer cuidados individualizados, uma vez que cada indivíduo é uma pessoa com necessidades próprias. O indivíduo IRC é um indivíduo diferente, quer pela sua situação de doença crónica, mas também aquele que depende diariamente de um tratamento sem o qual não sobrevive.

A prestação de cuidados não se limita apenas ao indivíduo mas também a toda a família/cuidadores, “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003).

Exige dos enfermeiros a atenção às necessidades do indivíduo e família, controlo do ambiente, estar atento às respostas emocionais e comportamentais, manter uma visão holística, mais ainda no contexto de cuidados intensivos, do indivíduo apesar do mesmo se encontrar sedado e parecer não comunicar e o imprescindível toque terapêutico, incentivando os familiares ao mesmo.

O ambiente criado foi bom e estabeleceu-se uma boa relação interpessoal, favorável à realização das atividades que desempenhou, procurou ser pró-ativa e autocrítica no seu desempenho, demonstrando disponibilidade e aceitando as críticas efetuadas, de forma construtiva.

### **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O conteúdo funcional do enfermeiro especialista refere que este é “responsável pela formação em serviço do pessoal de enfermagem” (DL 161/1996). Desta forma procurou-se *identificar as necessidades formativas na área da especialização médico-cirúrgica, e promover a formação em serviço.*

Como o grupo do curso em estágio na UCIC ficou responsável pela formação subordinada ao tema VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA, (Apêndice IV página 133) com o objectivo de: Rever o conceito da VNI; Conhecer indicações e cuidados de Enfermagem inerentes à VNI; Identificar complicações e sinais de falência da VNI; Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem relacionados com VNI.

Desta formação fez também parte a exposição de um caso clínico que se insere no mesmo apêndice e foi ainda complementada por um **Manual prático de ventilação não invasiva**, elaborado para meio auxiliar de consulta no serviço.

Esta atividade formativa contou com a participação dos elementos da equipa de Enfermagem da Unidade. Esta atividade formativa prolongou-se ao longo de vários dias, efetuando-a de modo individual introduzindo na mesma uma componente prática, e montagem e manuseamento do equipamento de VNI, o que permitiu verificar particularmente o grau de aquisição de conhecimentos por parte dos formandos, potenciando-o.

No início do meu ensino realizou-se uma palestra formativa apresentada por um clínico e subordinada ao tema “Tratamentos com o método de Plasmaférese”. Aproveitei a oportunidade para estar presente pois é uma formação de que raramente se houve falar, mas com uma importância relevante para um método aplicada em várias patologias que carecem de tratamento Urgente/Emergente.

Estas atividades permitiram a aquisição de competências no domínio da *melhoria da qualidade* e no domínio do *desenvolvimento das aprendizagens profissionais*.

Em síntese, o gratificante trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, permitiu atingir os objetivos iniciais, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (Regulamento nº122/2011)

### **Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e /ou paliativa**

Os enfermeiros trabalham diariamente com indivíduos em risco de morte e que dependem dos cuidados, destes profissionais, para a manutenção da vida. As ações da equipa de enfermagem visam sempre a assistência ao indivíduo da melhor forma possível, expressando assim, a qualidade e a importância da profissão.

Que vai ao encontro do mencionado pela Ordem dos Enfermeiros quando refere que a pessoa em situação crítica necessita de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato” (Regulamento nº124/2011, p. 8656).

Importa, valorizar a Dor e os efeitos da sua terapêutica e, sistematicamente devem ser diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, “como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas” (CN, 2003).

**Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

Na execução dos cuidados de saúde, deve ter-se em conta as condições de assepsia, higiene e segurança de utentes e profissionais, de modo a prevenir a transmissão cruzada da infeção e outros riscos (PNCI, 2007). A aplicação das precauções padrão foi adotada na abordagem a todos os utentes, uma vez que se deve assumir que todos podem estar colonizados ou infetados.

A avaliação de risco de transmissão de infeções, seguida da implementação de boas práticas deve ser incorporada na cultura organizacional e nas práticas diárias de cada profissional. Pois só desta forma será possível diminuir este risco.

Na UND um indivíduo realizou uma sessão de hemodiálise, com necessidade de isolamento de contacto, foram utilizadas medidas para prevenir a transmissão de agentes infecciosos no contacto direto com o indivíduo e no contacto indireto com superfícies ou materiais contaminados (cadeira, circuito extracorporal, máquina de diálise).

## **CONCLUSÃO**

A realização dos ensinamentos clínicos de opção em Nefrologia/diálise e Cuidados Intensivos Coronários foi uma escolha pessoal, dado que sentia necessidades de desenvolver competências específicas nesta área de cuidados.

É com satisfação que constatou que o investimento feito nestes indivíduos, quer a nível da evolução dos materiais associados à técnica dialítica, dos medicamentos utilizados, mas principalmente no investimento feito a nível dos recursos humanos, para o acompanhamento destes indivíduos, permite melhorar em muito a qualidade de vida dos mesmos.

Os indivíduos crónicos, sempre foram considerados de “difícil trato” e em especial os indivíduos renais, mas verifico que a relação de confiança e de segurança que a equipa transmite aos indivíduos ajuda em muito a minimizar os atritos e melhorar a relação interpessoal.

É de salientar que sinto que não foi só eu que enriqueci os meus conhecimentos pois partilha de experiências entre elementos duma mesma instituição, mas de serviços distintos, (a minha experiência de urgência e a experiência dos colegas de Nefrologia e UCIC) permite



uma troca de conhecimentos, enriquecendo ambas as partes e criando laços favoráveis a um bom ambiente entre os mesmos, favorecendo a estrutura organizacional e institucional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECCÃO HOSPITALAR. Norma nº2. [Em linha]. Lisboa. (2002), p.1-3 [Consult. 19 Maio. 2011]. Disponível em [http://www.chln.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Precaucoes\\_basicas.pdf](http://www.chln.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Precaucoes_basicas.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Lisboa. (Março 2007), p.1-20 [Consult. 19 Maio. 2010]. Disponível em [www.<URL:http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:FKH8CNTst6MJ:srsdocs.com/parce-rias/publicacoes/diversos/programa\\_nacional\\_infeccao.pdf](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:FKH8CNTst6MJ:srsdocs.com/parce-rias/publicacoes/diversos/programa_nacional_infeccao.pdf)

LEI nº 111/2009. **D.R. 1ª série**.(2009-16-09) 6528-6550. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril

DECRETO-LEI nº 161/96. **D.R. I Série**. (96-09-04). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI nº 437/9. **D. R. I Série-A**. (91-11-08). Ministério da Saúde.

REGULAMENTO nº 122/2011. **D.R. 2ª Série**. 35 (2011-02-18) 8648-8653. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

DECRETO-LEI nº 437/9. **D. R. I Série-A**. (91-11-08). Ministério da Saúde.

REGULAMENTO nº 124/2011. **D.R. 2ª Série**. 35 (2011-02-18) 8656-8658. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica



APÊNDICE II - Documento de Avaliação das Necessidades Afetadas e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Complemento à Carta de Enfermagem - Guia de Preenchimento

**Complemento à Carta de Enfermagem**

**Identificação do Doente**

Colar Vinheta de Identificação
--------------------------------

Necessidades Afetadas	
<b>1 – Capacidade para alimentar-se</b> Independente <input type="checkbox"/> Dependente parcial <input type="checkbox"/> Dependente total <input type="checkbox"/>	<b>2 – Capacidade para cuidar da higiene pessoa</b> Independente <input type="checkbox"/> Dependente parcial <input type="checkbox"/> Dependente total <input type="checkbox"/>
<b>3 - Erguer-se</b> Independente <input type="checkbox"/> Dependente parcial <input type="checkbox"/> Dependente total <input type="checkbox"/>	<b>3.1 – Capacidade para transferir-se</b> Independente <input type="checkbox"/> Dependente parcial <input type="checkbox"/> Dependente total <input type="checkbox"/>
<b>4 – Andar</b> Independente <input type="checkbox"/> Dependente parcial <input type="checkbox"/> Dependente total <input type="checkbox"/>	<b>5 – Capacidade para usar o sanitário</b> Independente <input type="checkbox"/> Dependente parcial <input type="checkbox"/> Dependente total <input type="checkbox"/>
<b>6 – Visão</b> Nenhum (Invisual) <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	<b>7 – Audição</b> Nenhum (Surdo) <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>

Rede de Apoio	
<b>Pessoa de Referência:</b>	
<b>Parentesco:</b>	
<b>Contacto:</b>	
<b>Morada:</b>	
<b>Vive com:</b>	Sozinho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Família Nuclear <input type="checkbox"/> Família Alargada <input type="checkbox"/> Instituição <input type="checkbox"/>
<b>Usufri de Apoio Social</b>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
	Qual: _____

Sentimentos que demonstra			
Ambivalência <input type="checkbox"/>	Angústia <input type="checkbox"/>	Confiança <input type="checkbox"/>	Culpa <input type="checkbox"/>
Depressão <input type="checkbox"/>	Desamparo <input type="checkbox"/>	Desespero <input type="checkbox"/>	Esperança <input type="checkbox"/>
Euforia <input type="checkbox"/>	Frustração <input type="checkbox"/>	Insegurança <input type="checkbox"/>	Medo <input type="checkbox"/>

## **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)**

### **Complemento à Carta de Enfermagem - Guia de Preenchimento**

Quando um indivíduo, recém entrado em programa regular de hemodiálise, tem alta hospitalar é enviado a um Centro de Hemodiálise para dar continuidade ao seu tratamento. A continuidade de cuidados é fundamental, ainda mais, que estando num processo de integração e adaptação a uma nova etapa da sua vida, a Pessoa com IRC está num período de grande vulnerabilidade.

Neste sentido, a Carta de Transferência de Enfermagem, constitui um documento fundamental para transmitir à Equipe de Enfermagem do Centro de Diálise as características e necessidades do indivíduo que vai integrar.

Para além da informação referente à técnica dialítica e ao acesso vascular, consideramos pertinente a informação relativa às necessidades humanas básicas afectadas, a rede de apoio que o indivíduo tem ao seu dispôr e, os sentimentos que transmite; no seu conjunto poderão indicar à equipe de enfermagem áreas do cuidar onde precisa estar mais atenta.

Surgiu assim a esta proposta de complemento da carta de enfermagem, onde foi nosso objectivo utilizar linguagem de acordo com a CIPE em uso no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

Seguem-se algumas orientações para o preenchimento das questões apresentadas.

#### **Necessidades Afectadas**

##### **1 – Capacidade para alimentar-se**

Surge no eixo FOCO, no sub-grupo do Auto-Cuidado e, refere-se a “Actividade Executada pelo Próprio”, “capacidade de levar e colocar na boca os alimentos sólidos e líquidos”.

O utente pode ser:

Independente – não necessita de qualquer ajuda;

Dependente parcial – necessita de ajuda parcial;

Dependente total – necessita de ajuda total.

## **2 – Capacidade para cuidar da higiene pessoal**

Surge no eixo FOCO, no sub-grupo do Auto-Cuidado e, refere-se a “Actividade Executada pelo Próprio”, com as características específicas: “capacidade para ter o cuidado de manter o corpo limpo e bem arranjado.”

O utente pode ser:

Independente – não necessita de qualquer ajuda;

Dependente parcial – necessita de ajuda parcial;

Dependente total – necessita de ajuda total.

## **3 - Erguer-se**

Surge no eixo FOCO, no sub-grupo do Processo de Comportamento, refere-se a “Actividade Executada pelo Próprio”, com as características específicas: Mover-se, modificando a posição do corpo para a vertical.

O utente pode ser:

Independente - não necessita de qualquer ajuda;

Dependente parcial – necessita de ajuda parcial;

Dependente total – necessita de ajuda total.

### **3.1 –Transferir-se**

Surge no eixo FOCO, no sub-grupo do auto-cuidado e, refere-se a Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para auto – transferir-se; “capacidade para deslocar-se e mudar o corpo de um lado para outro” (ex: do cadeirão para a cadeira de rodas).

O utente pode ser:

Independente - não necessita de qualquer ajuda;

Dependente parcial – necessita de ajuda parcial;

Dependente total – necessita de ajuda total.

## **4 – Andar**

Surge no eixo FOCO, no sub-grupo do processo de comportamento, refere-se a actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: Movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão do lento ao moderado ou rápido, subir e descer escadas e rampas.

O utente pode ser:

Independente - não necessita de qualquer ajuda;  
Dependente parcial – necessita de ajuda parcial;  
Dependente total – necessita de ajuda total.

### **5 – Usar o sanitário**

Surge no eixo FOCO, no sub-grupo do auto-cuidado e, refere-se a Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: “capacidade para realizar actividade de utilizar o sanitário para urinar e defecar”.

O utente pode ser:

Independente - não necessita de qualquer ajuda;  
Dependente parcial – necessita de ajuda parcial;  
Dependente total – necessita de ajuda total.

### **6 – Visão**

Surge no eixo FOCO, no sub-grupo do processo de comportamento, no ramo sistema nervoso, percepção com as características específicas: Capacidade de ver, devido a respostas a estimulação dos órgãos visuais; capacidade para ver.

Nenhum - invisual;  
Parcial – apresenta défice da acuidade visual;  
Total – capacidade visual sem limitações.

### **7 – Audição**

Surge no eixo FOCO, no sub-grupo do processo de comportamento, no ramo sistema nervoso. Percepção com as características específicas: Faculdade de perceber os sons devida às respostas a estímulos por parte dos órgãos auditivos; capacidade de ouvir.

Nenhum – surdo;  
Parcial – apresenta défice da acuidade auditiva;  
Total – capacidade auditiva sem limitações;

## **Rede de Apoio**

**Pessoa de Referência:** familiar, amigo ou cuidador.

**Parentesco:**

**Contacto:**

**Morada:**

**Vive com:**

Sozinho

Cônjuge

Família Nuclear – cônjuge e filhos

Família Alargada – cônjuge, filhos, pais, sogros, tios, irmãos, e/ou outros familiares

Instituição

**Usufrui de Apoio Social**, tem apoio domiciliário de uma instituição e/ou frequenta centro de dia.

**Sentimentos que demonstra**

Em linguagem CIPE, no FENÓMENO DE ENFERMAGEM surge o FOCO – Área de atenção relevante para a enfermagem (p. ex., dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento). A integrar o FOCO temos o PROCESSO – Foco com as características específicas: Conjunto de funções ou acções para atingir um resultado e neste surge o PROCESSO PSICOLÓGICO que, por sua vez, integra a EMOÇÃO.

A EMOÇÃO define-se como o Processo Psicológico com as características específicas: “sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença.”

Como referimos no início, nesta fase especial da vida da Pessoa com IRC, a Equipe de Enfermagem deve estar atenta a alguns sentimentos demonstrados pelo indivíduo, que poderão indicar necessidade de ajuda e orientação. Assim, o indivíduo poderá demonstrar:

**Ambivalência** - Estado de experienciar sentimentos contraditórios e opostos sobre o mesmo objecto.

**Angústia** - Sentimento de dor intensa e forte, pena e aflição.

**Confiança** - Sentimento de segurança, acreditar na bondade, força e fiabilidade dos outros.

**Culpa** - Sentimento de ter procedido erradamente, conflito de valores ou tensões internas quando alguém desce abaixo do conjunto de normas que traçou para si próprio; os sentimentos de culpa são dirigidos para o próprio, não para os outros.

**Depressão** – Estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça.

**Desamparo** - Sentimento de incapacidade de tomar o controlo ou de agir independentemente, ficar indefeso; acompanhado por coping incapacitante ou abandono aprendido, submissão às autoridades, por exemplo, a dos prestadores de cuidados, associada ao comportamento do papel de indivíduo.

**Desespero** - Sentimentos de profunda falta de esperança, desencorajamento, demérito ou vazio.

**Esperança** - Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, optimismo; associada ao traçar de objectivos e mobilização de energia.

**Euforia** - Sentimento de júbilo; sentimento exagerado de bem-estar físico e emocional que se manifesta habitualmente por extrema alegria, optimismo e auto-satisfação, sem base na realidade ou na verdade, desproporcionado às causas e inapropriado à situação; associada ao estado maníaco de perturbações mentais, como doença bipolar ou ao uso de drogas.

**Frustração** - Sentimentos de descontentamento e desapontamento no alcançar de um desejo devido a limitações externas, falta de apoio externo; resistência ou comportamentos errados, desonrosos e insensatos da parte de outros; os sentimentos de frustração dirigem-se para os outros, não para o próprio.

**Insegurança** - Sentimento de incerteza, falta de confiança, inadequação, vergonha, comportamento desastrado, desistência ou mudança de opinião quando confrontada com a opinião de outros.

**Medo** - Sentimento de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo, comportamento agressivo em posição de ataque com os olhos muito abertos ou fuga da fonte do medo.

Viseu, Setembro 2011

Elaborado por: Elisabete Sousa e José Paulo Silva, alunos do 2º CEMMC da ESSV.

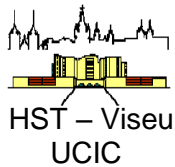
Fontes:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/browserCIPE.aspx>

CIPE – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, Versão 2. Internacional Council of Nurses. Genebra 2010. ISBN: 978



APÊNDICE III – Teste do ventilador “SOXIL”

 <p>HST – Viseu UCIC</p>	<p>Procedimento Nº 225</p> <p><b>Teste do ventilador “SOXIL”</b></p>	<p>Data de Emissão 17 Outubro 2011</p>
		<p><b>Próxima revisão:</b> Outubro 2014</p>
		<p><b>Página</b> 131</p>

**Área/ Tópico:** Teste Funcionalidade do Ventilador.

**Âmbito:** Serviços de Enfermagem.

**Fundamentos:** Uniformizar manuseamento/teste do equipamento;

**Objectivos:**

- Uniformizar critérios de actuação referente ao equipamento acima citada;
- Controlar / Manter material operacional em caso de emergência;

**Descrição:**

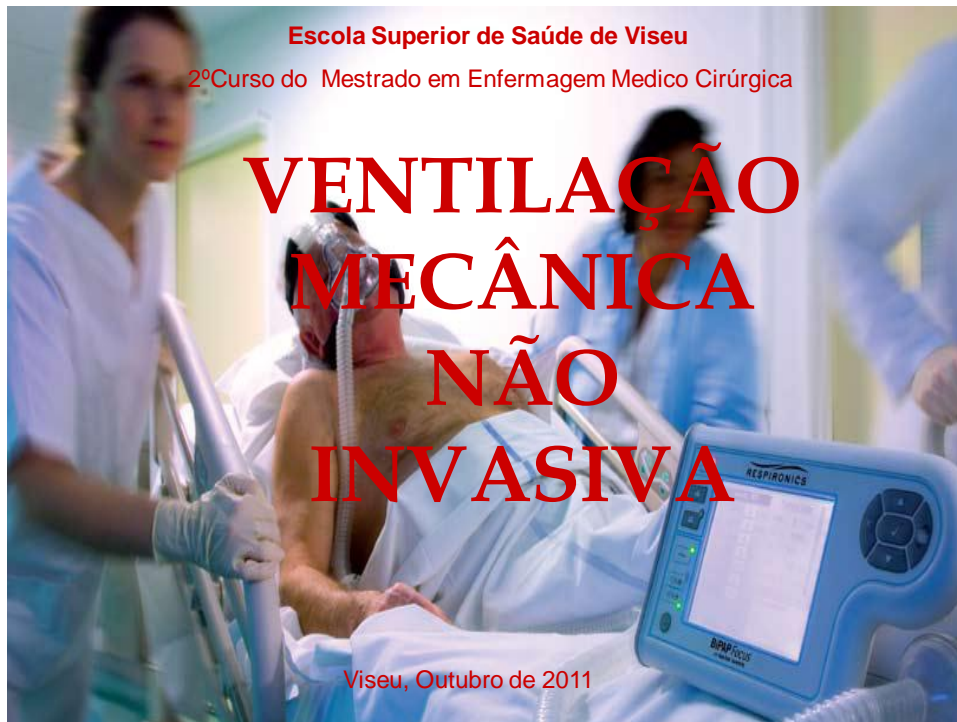
**TESTE DO VENTILADOR “SOXIL”**

PROCEDIMENTOS

- Conectar ventilador a fonte de Oxigénio (BALA).
- Abrir fonte de Oxigénio.
- Retirar pulmão artificial da extremidade da válvula Unidireccional, situado na extremidade da traqueia.
- Ligar Ventilador.
- Tapar orifício da válvula unidireccional.
- Observar manómetro que se encontra no painel frontal do ventilador. O valor máximo deve oscilar entre 50 e 70 cmH2O.
- Abrir orifício da válvula Unidireccional e conectar Pulmão artificial.
- Manter o ventilador ligado durante 60 segundos.
- Se não houver alarmes e/ou fugas dá-se por terminado o teste do utilizador.

<p><b>Elaborado por:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Revisto por:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Aprovado por:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---	--





## OBJECTIVOS

- ☉ Rever o conceito da VNI;
- ☉ Conhecer indicações e cuidados de Enfermagem inerentes à VNI;
- ☉ Identificar complicações e sinais de falência da VNI;
- ☉ Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem relacionados com VNI.

## SUMÁRIO

1. Ventilação Não Invasiva
  - 1.1. Objectivos da VNI
  - 1.2. Indicações e contra-indicações para VNI
  - 1.3. Vantagens e complicações da VNI
  - 1.4. Modalidades da VNI
  - 1.5. Tipos de Ventiladores e Interfaces
  - 1.6. Sinais de Falência da VNI;
  - 1.7. Cuidados de Enfermagem;
2. Como montar o circuito ventilatório?
3. Caso clínico
4. bibliografia

## VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Método de assistência ventilatória aplicada à via aérea do doente através de máscaras (faciais/nasais) ou bucais, que funcionam como interface paciente/ventilador.



- VNI com pressão negativa
- VNI com pressão positiva

## OBJECTIVOS DA VNI

- ☺ Melhorar as trocas gasosas;
- ☺ Facilitar a ventilação alveolar;
- ☺ Diminuir o trabalho respiratório;
- ☺ Aliviar os sintomas.



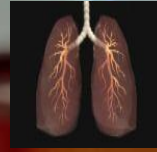
## INDICAÇÕES PARA VNI

- Insuficiência respiratória aguda hipercápnica **DPOC agudizada**
- Edema pulmonar agudo cardiogénico
- Insuficiência respiratória aguda hipoxémica
- Exacerbação aguda de Síndrome de Obesidade-Hipoventilação
- Desmame de ventilação / falência de extubações (evitar reintubações)
- Período peri-operatório
- Doentes com indicação de "não-entubação"



## CONTRAINDICAÇÕES PARA VNI

- Paragem cardíaca ou respiratória;
- Instabilidade eléctrica / hemodinâmica grave;
- Hipoxémia severa ( $PaO_2 < 60$  mmHg com  $FiO_2 1.0$ );
- Encefalopatia grave ( $GCS < 10$ ) / confusão / agitação;
- Traumatismo / queimadura / cirurgia / deformidade facial;
- Impossibilidade de protecção da VA e/ou elevado risco de aspiração;
- Pneumotorax não drenado e/ou pneumomediastino;
- Incapacidade de drenagem de secreções.



Excepção:  
**Encefalopatia  
hipercápnica**

## VANTAGENS DA VNI



- ☺ Maior segurança, eficácia e conforto para o doente;
- ☺ Redução do tempo de ventilação;
- ☺ Diminuição da necessidade de sedação e curarização;
- ☺ Menor incidência de atrofia dos músculos respiratórios;
- ☺ Menor risco de infecção nosocomial (Pneumonia e Sinusite nosocomial);
- ☺ Preserva a tosse e expectoração - máscara nasal (mantém o mecanismo de defesa pulmonar);
- ☺ Permite a comunicação e alimentação oral.

## COMPLICAÇÕES DA VNI

- ⊙ Fugas e deslocamento da máscara;
- ⊙ Asfixia pela perda de fluxo ou desconexão do circuito;
- ⊙ Disfunção respiratória;
- ⊙ Intolerância e sensação de claustrofobia;
- ⊙ Alteração da integridade cutânea;
- ⊙ Secura das mucosas (nasal e oral);
- ⊙ Aerofagia, distensão gástrica, diminuição da mobilidade diafragmática, risco de broncoaspiração;
- ⊙ Contaminação do sistema.

## MODALIDADES DA VNI

➤ **CPAP** ("Continuous Positive Airway Pressure") - o mesmo nível de pressão positiva é aplicado nas vias aéreas durante a ins

➤ **BIPAP** ("B") 2 níveis de pressão posi

na inspiração, outro menor na expiração

O volume corrente é determinado pelo suporte da pressão do ventilador e pela compliance pulmonar do doente. A frequência respiratória depende só do doente.

IPAP	Pressão inspiratória	8-14 cmH <sub>2</sub> O
EPAP	Pressão expiratória	3-5 cmH <sub>2</sub> O

## Sinais de Falência da VNI

- ⊖ Deterioração clínica;
- ⊖ Agravamento do estado de consciência;
- ⊖ Valores de GSA sem melhoria ou com agravamento (diminuição do pH e/ou PaCO<sub>2</sub>);
- ⊖ Polipneia - FR ≥ 35 ciclos/min;
- ⊖ Instabilidade hemodinâmica;
- ⊖ Arritmias graves;
- ⊖ Isquemia miocárdica;
- ⊖ Distensão abdominal severa;
- ⊖ Intolerância à máscara;
- ⊖ Incapacidade de coordenação com ventilador.

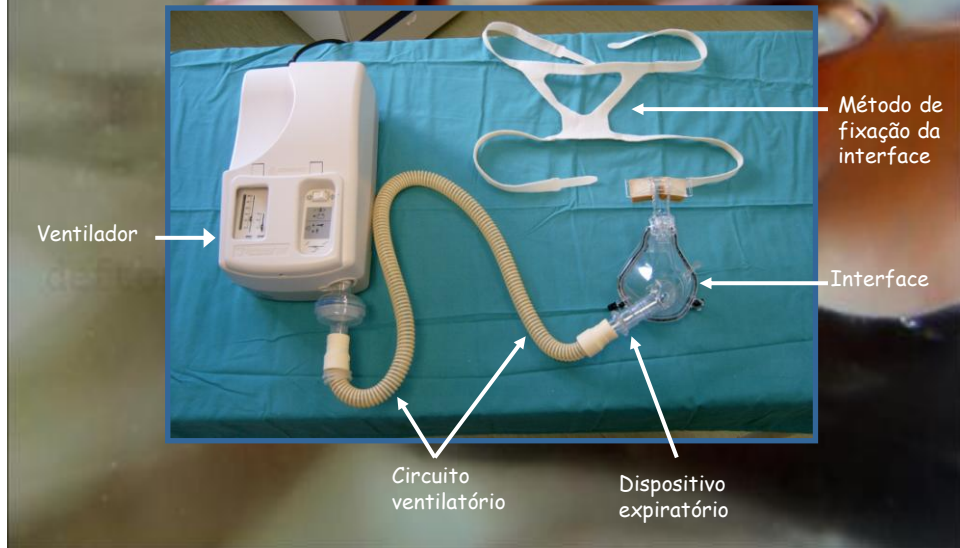
Plano de contingência

## VNI - EQUIPAMENTO

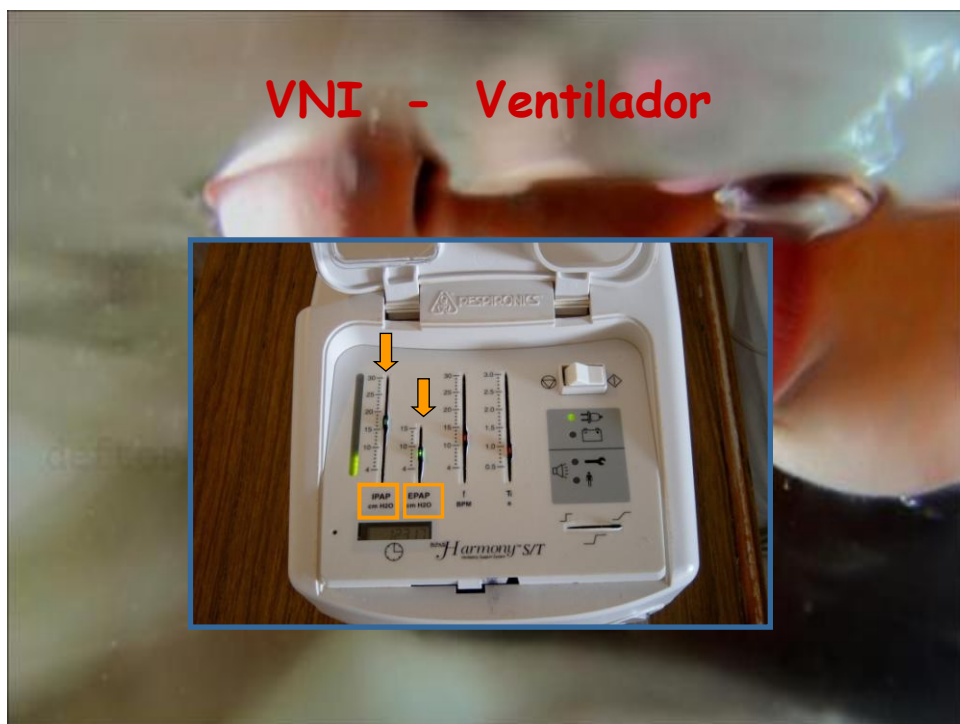
- Ventilador
- Circuito ventilatório
- Interface doente-ventilador / fixação da máscara
- Dispositivo expiratório (ventiladores portáteis de circuito único)



## VNI - Equipamento



## VNI - Ventilador



## VNI - Interface



Máscara nasal



➔ Máscara facial

## Tipos de Ventiladores e Interfaces

- ☉ **Máscara Nasal**
- ☉ Possibilita a fala e a deglutição;
- ☉ Maior facilidade de expectoração;
- ☉ Menor possibilidade de aspiração em casos de vômitos;
- ☉ Porém possui uma adaptação mais difícil em pacientes com dispneia aguda.



## Tipos de Ventiladores e Interfaces

### Máscara Facial

Cobre o nariz e a boca impedindo assim as fugas pela boca, no entanto há maior risco de aerofagia e maior sensação de claustrofobia.



## Tipos de Ventiladores e Interfaces

### Máscara Facial Total

☺ Confortável alternativa para pacientes em que a fuga seja demasiado grande com as máscaras nasais ou faciais;

☺ Adapta-se à totalidade da face, sem qualquer ponto de pressão.



Não obstrui a visão, prevenindo a claustrofobia.



## Tipos de Ventiladores e Interfaces

### "Helmet"



- ☺ Possibilita ao paciente total liberdade de movimentos da cabeça e pescoço, sem que exista qualquer ponto de pressão na cabeça;
- ☺ Permite uma clara visão e comunicação;
- ☺ Deverá ser usado apenas com ventiladores de cuidados intensivos com a devida monitorização.

## Tipos de Ventiladores e Interfaces

### ☺ Peça Bucal



- ☺ Favorece a VNI em pacientes com falência respiratória crónica que requerem ventilação contínua;
- ☺ Usada durante períodos diurnos, permitindo ao paciente fazer uma ventilação intermitente com claros benefícios em termos de conforto e tolerância à VMNI.

## Tipos de Ventiladores e Interfaces

### Máquina da Tosse

Capaz de fazer insuflação com pressão positiva e, aspiração, com pressão negativa

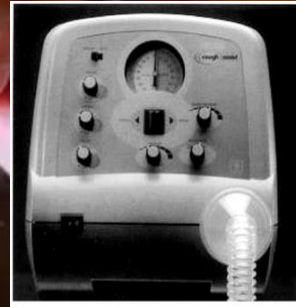


Figura 5 - Máquina da tosse (Cough-assist<sup>®</sup>).

## Cuidados de Enfermagem

Antes de iniciar a técnica, é fundamental que o Enfermeiro avalie o estado de consciência do doente.

O Enfermeiro deve explicar ao doente todos os procedimentos a efectuar de forma clara, precisa e objectiva, pois a colaboração do doente é fundamental para o sucesso da ventilação

*Reduzir a ansiedade do doente e, conseqüentemente o medo da morte e de asfixia provocado pela máscara facial ou nasal*

## Cuidados de Enfermagem

- ⊙ Montar todo o equipamento, seleccionando o tipo e tamanho da máscara, ajustando-os a face do doente;
- ⊙ Conectar a máscara ao ventilador que, habitualmente já está ligado com os parâmetros colocados pelo médico \*
- ⊙ Colocar tubo de  $O_2$  e seleccionar débito prescrito;
- ⊙ Posicionar o doente de forma a facilitar a ventilação;
- ⊙ Monitorização do doente (ECG, TA, FC, Oximetria de Pulso)

## Cuidados de Enfermagem

- ⊙ Aplicar a máscara no nariz ou face e, verificar se o doente se encontra confortável e sincronizado com o ventilador \*
- ⊙ Ajustar e fixar de maneira simétrica as fitas de fixação da máscara
- ⊙ Verificar se a conexão expiratória da máscara se encontra correctamente posicionada para evitar reinalação de  $CO_2$ ;
- ⊙ Ensinar o doente a alertar caso surjam sinais de desconforto, dor, saída da máscara, náuseas, sensação de enfartamento, dificuldade em respirar e em expelir as secreções;
- ⊙ Verificar se existem fugas pela máscara ou restante circuito;

## Cuidados de Enfermagem

- ☉ Vigiar sinais e sintomas de hipoxémia e insuficiência respiratória;
- ☉ Vigiar distensão gástrica, considerando a necessidade de entubação nasogástrica;
- ☉ Colaborar na realização da gasimetria arterial ( 0, 1-2, 4-6 h)
- ☉ Vigiar tolerância da VNI (evolução da dispneia, actividade dos músculos respiratórios acessórios, estado de consciência, conforto do doente, FC, TA e oximetria);
- ☉ Vigiar integridade da pele nos locais de pressão exercida pela máscara (aplicar creme gordo, se necessário);

## Cuidados de Enfermagem

- ☉ Adequar os períodos de ventilação ao doente e as actividades de vida diária;
- ☉ Trocar filtros a cada 24h
- ☉ Ensinar o doente a adoptar medidas facilitadoras de drenagem de secreções e a tossir eficazmente, nos períodos de interrupção da VNI;
- ☉ Períodos de 1-2 horas - avaliação da resposta
- ☉ Sem melhoria- abandono da técnica -não atrasar EET- pois agrava o prognóstico





## Quando usar VNI



**Doentes** →

- Exacerbação aguda da DPOC
- EPAC, sem resposta a CPAP
- IRA
- SAOS
- Doença neuromuscular

**Estado clínico** →

- Doente mas não moribundo
- Capaz de proteger VA
- Consciente e cooperante
- Hemodinamicamente estável
- Secreções não abundantes
- Poucas co-morbidades

**Gasometria** →

- Acidose respiratória apesar do tratamento médico otimizado

**Contra indicações da VNI**

- Queimaduras/traumatismo/cirurgia facial recente
- Vômitos
- Pneumotórax não drenado

## VNI- Monitorização



**Avaliação Clínica**

- Movimento da parede torácica
- Coordenação esforço respiratório - ventilador
- Uso de musculatura acessória
- FC, FR
- Conforto do doente
- Estado mental

**Saturação de O<sub>2</sub> Periférica**

- Monitorização contínua spo<sub>2</sub> - >88%

**Gasometria arterial**

- 1-2, 4-6 horas

## VNI- Falência do tratamento

- Deterioração clínica
- Gasometria sem melhoria/com agravamento
- Desenvolvimento de novos sintomas ou complicações
- Intolerância ou incapacidade de coordenação com o ventilador
- Ausência de alívio sintomático
- Deterioração do estado de consciência

## Alertas

### Doente

- Explicar técnica
- Posicionamento
- Vigilância e monitorização

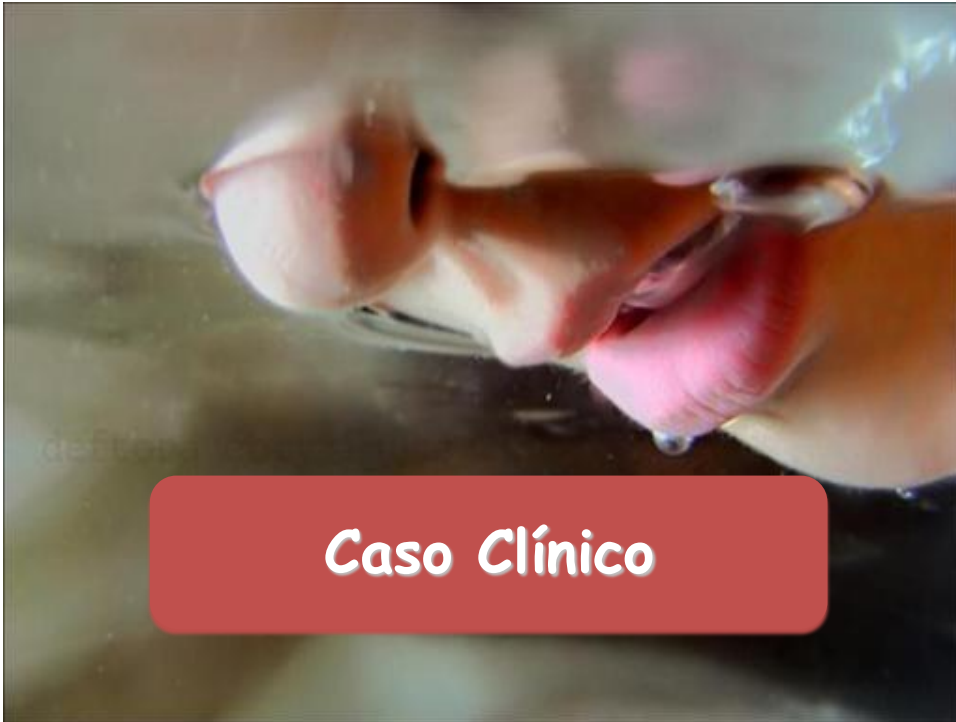
### Interfaces

- Tamanho de máscara/arnês
- Zonas de pressão da máscara
- Valvula expiratória

### Ventilador

- Pressões instituídas
- Filtros bacteriológicos
- Administração de O<sub>2</sub>
- Tipo de Máscara

TER MATERIAL À MÃO PARA EOT



## Caso Clínico

© História da doença actual:

- Doente de 80 anos, do sexo feminino com antecedentes pessoais de DPOC e Doença cardíaca, recorreu ao SU por:
  - Dispneia de instalação súbita
  - Trazida pela VMER já com necessidade de ventilação invasiva no transporte
  - Fez desmame da ventilação invasiva no serviço de urgência com sucesso
- Iniciou oxigênio terapia com FIO<sub>2</sub> 35%
- Fez Gasimetria arterial

Diagnóstico Clínico

↓

- Edema Agudo do pulmão

## Conclusão

A VNI tem tido uma grande evolução nas diversas patologias que implicam a falência ventilatória

A VNI é uma técnica que requer ajustes frequentes o que obriga a que, **tanto equipa Médica como de Enfermagem**, exerçam uma **monitorização apertada** para assegurar a compreensão, conforto e colaboração do doente, bem como a eficácia da técnica e prevenção de complicações

## Bibliografia

CADECO, Aurora [et al.] - Avaliação da Qualidade de Vida dos Doentes com Insuficiência Respiratória Crónica a efectuar Ventilação por Pressão Positiva Não Invasiva no Domicílio. **REVISTA Sinais Vitais**. Coimbra : Formasau. 18 (1998) 29 - 34.

GONÇALVES, Miguel; PINTO, Tiago - Ventilação Mecânica Não Invasiva: **Novos Horizontes para a Intervenção da Fisioterapia** [em linha]. Porto : EssFisiOnline, [2008]. [Consult. 10 OUT.. 2011. Disponível na WWW:

[URL:http://www.ess-ips.pt/EssFisiOnline/vol1n2/pdfs/revista\\_VMNI.pdf](http://www.ess-ips.pt/EssFisiOnline/vol1n2/pdfs/revista_VMNI.pdf)

FELGUEIRAS, Joana [et al.] - Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados Intermédios [em linha]. Lisboa : Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, [2006]. [Consult. 17 Out. 2011]. Disponível na WWW:

[URL:http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13\\_n2\\_2006\\_073\\_078.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_073_078.pdf)

MAGANO, Conceição [et al.] - Ventilação Não Invasiva. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : Formasau. ISSN 0872-8844. 72 (2007) 13 - 19.

## Bibliografia

MERCK SHARP & DOHME - Enciclopédia Médica: Doenças do Aparelho Respiratório, Perturbações dos Ossos, Articulações e Músculos (vol. 2). Lisboa : Editorial Oceano, 2006. ISBN 989-554-252-6.

PINHEIRO, Bruno; OLIVEIRA, Júlio César - *Ventilação Mecânica Não Invasiva* [em linha]. ISSN 1519-521X [2008]. [Consult. 17 Out. 2011]. Disponível na WWW:  
[URL:http://www.capscursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf](http://www.capscursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf)

Rodriguez, A.M.E. et al.(2006). *Tratado de Ventilación no Invasiva-Práctica Clínica y Metodologica Tomo II*. 1ª edição, Edições Livros Princeps-Biblioteca aula medica.

Mason, et al.(2000). *Textbook of respiratory Medicine*. 4ª edição, Edições Elsevier Saunders. California.

Páginas da Internet com informação relevante relativamente:

<http://www.chestjournal.org/content/117/3/828.full.html>

<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/brochure.aspx?e=258>

[www.mayo.edu/proceedings](http://www.mayo.edu/proceedings)

"Aquele que tome este remédio há de recuperar...excepto aqueles que não recuperem e morram. Então, é obvio que o remédio será inútil só nos casos incuráveis..."

Galeno

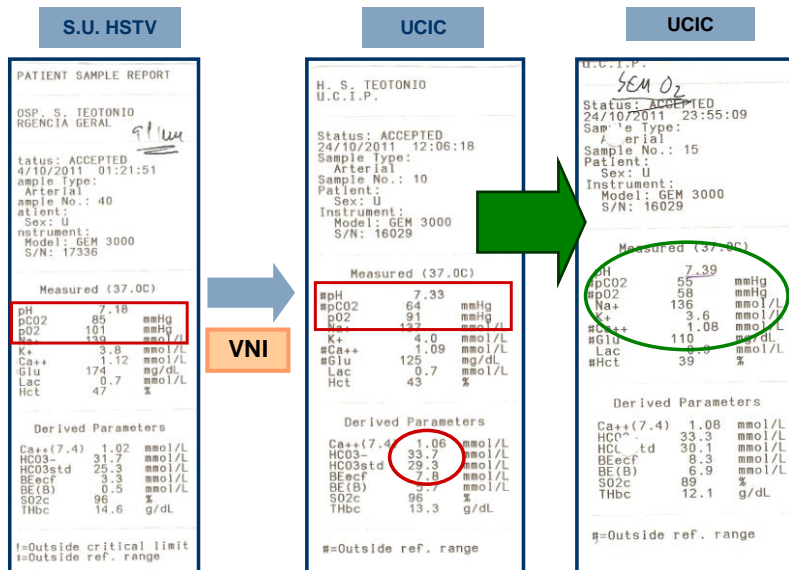
**OBRIGADO PELA ATENÇÃO!!!**

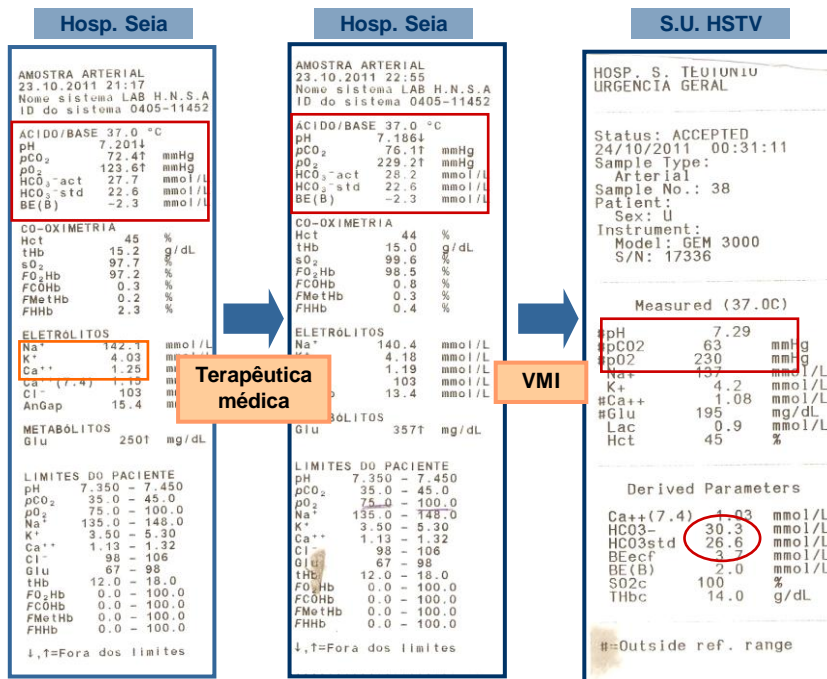


# Ventilação Não Invasiva

## Aplicações na UCIC

27 Outubro 2011






## Ecocardiograma (25/10/2011)


- VAo e VM ligeiramente espessadas por fibrose; IM ligeira.
- AE de dimensões ligeiramente aumentadas; AD de dimensões normais.
- VD de dimensões normais e função sistólica mantida.
- VP e VT estruturalmente normais com boa abertura e regurgitação mínima.
- **VE de dimensões normais e depressão severa da função sistólica global**
- **Acinesia / hipocinesia severa do SIV anterior e posterior bem como 2/3 distais da parede anterior. Hipocinesia inferior e posterior.**
- Disfunção diastólica grau 1
- Hipertrofia concêntrica de grau moderado

Provável **cardiopatia isquémica** com atingimento do território da DA e CD

# VNI – Aplicações na UCIC


 European Heart Journal (2008) 29, 2388–2442  
 doi:10.1093/eurheartj/ehn309
 **ESC GUIDELINES**

---


**ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008<sup>†</sup>**

**The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)**

**Table 17** Conditions associated with a poor prognosis in heart failure

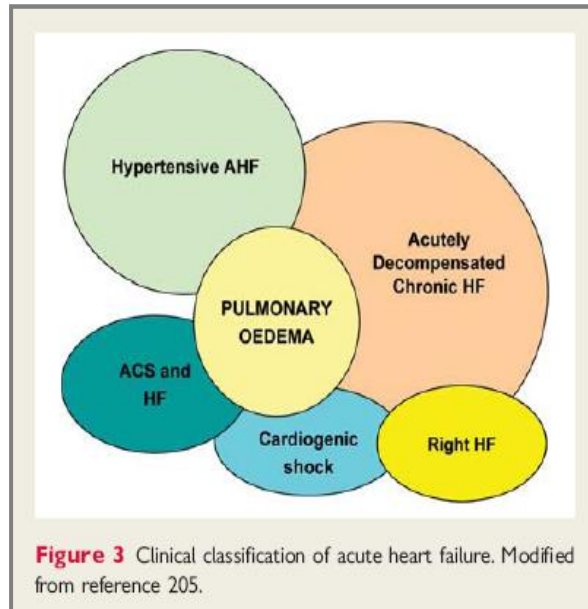
Demographics	Clinical	Electrophysiological	Functional/exertional	Laboratory	Imaging
Advanced age*	Hypotension*	Tachycardia Q waves	Reduced work, low peak VO <sub>2</sub> *	Marked elevation of BNP/NT pro-BNP*	Low LVEF*
Ischaemic aetiology*	NYHA functional class III–IV*	Wide QRS*		Hyponatraemia*	
Resuscitated sudden death*	Prior HF hospitalization*	LV hypertrophy Complex ventricular arrhythmias*		Elevated troponin* Elevated biomarkers, neurohumoral activation*	
Poor compliance	Tachycardia	Low heart rate variability Atrial fibrillation	Poor 6 min walk distance	Elevated creatinine/BUN	Increased LV volumes
Renal dysfunction	Pulmonary rales	T-wave alternans	High VE/CO <sub>2</sub> slope	Elevated bilirubin Anaemia	Low cardiac index
Diabetes	Aortic stenosis		Periodic breathing	Elevated uric acid	High LV filling pressure
Anaemia	Low body mass index				Restrictive mitral filling pattern, pulmonary hypertension
COPD	Sleep-related breathing disorders				Impaired right ventricular function
Depression					

\* = powerful predictors.





## VNI – Aplicações na UCIC



## VNI – Aplicações na UCIC

**Table 27** Goals of treatment in acute heart failure

- **Immediate (ED/ICU/CCU)**
  - Improve symptoms
  - Restore oxygenation
  - Improve organ perfusion and haemodynamics
  - Limit cardiac/renal damage
  - Minimize ICU length of stay
- **Intermediate (in hospital)**
  - Stabilize patient and optimize treatment strategy
  - Initiate appropriate (life-saving) pharmacological therapy
  - Consider device therapy in appropriate patients
  - Minimize hospital length of stay
- **Long-term and pre-discharge management**
  - Plan follow-up strategy
  - Educate and initiate appropriate lifestyle adjustments
  - Provide adequate secondary prophylaxis
  - Prevent early readmission
  - Improve quality of life and survival



## VNI – Aplicações na UCIC

 European Heart Journal (2008) 29, 2388–2442  
doi:10.1093/eurheartj/ehn309

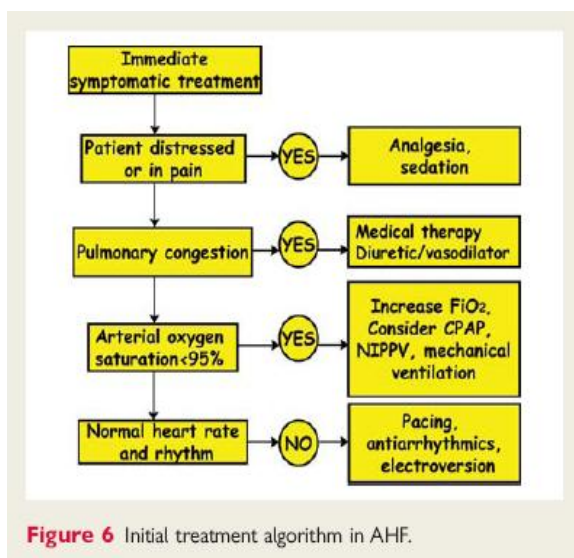
**ESC GUIDELINES**

---

**ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008<sup>†</sup>**

**VNI no EPAC:**  
Recomendação classe IIa, nível de evidência B

## VNI – Aplicações na UCIC



Centro Hospitalar Tondela – Viseu EPE  
Unidade de Viseu



# Manual prático de ventilação não invasiva

Elaborado por:  
Amélia Lopes  
Etelvina Silva  
José Paulo

Outubro 2011

## Manual prático - VNI

### SUMÁRIO

	Pág.
■ 1 - VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA .....	3
■ 1.1.- Objectivos da VNI.....	3
■ 1.2.- Indicações para VNI.....	4
■ 1.3 - Contra-indicações para VNI.....	4
■ 1.4.- Vantagens da VNI.....	5
■ 1.5- Complicações da VNI.....	5
■ 1.6 - Modalidades da VNI.....	6
■ 1.7- VNI- Equipamento.....	7
■ 1.8.- Tipos de ventiladores e Interfaces.....	8
■ 1.9 - Cuidados de Enfermagem .....	11
■ 1.10- Sinais de Falência da VNI.....	14
■ 2. COMO MONTAR O CIRCUITO VENTILATÓRIO PARA VNI...15	
■ 3 - CONCLUSÃO.....	17

### 1. Ventilação Não Invasiva

Consiste na aplicação de um suporte ventilatório total ou parcial sem recorrer ao uso de uma via aérea invasiva (tubo endotraqueal ou traqueostomia).

Método de assistência ventilatória aplicada à via aérea do doente através de máscaras (faciais/nasais) ou bucais, que funcionam como interface paciente/ventilador.

#### 1.1 Objectivos da VNI

- ⊙ Melhorar as trocas gasosas;
- ⊙ Facilitar a ventilação alveolar;
- ⊙ Diminuir o trabalho respiratório
- ⊙ Aliviar os sintomas.

#### 1.2. Indicações da VNI

- ⊙ Insuficiência respiratória aguda hipercápnica
- ⊙ Edema pulmonar agudo cardiogénico
- ⊙ Insuficiência respiratória aguda hipoxémica
- ⊙ Exacerbação aguda de Síndrome de Obesidade-Hipoventilação
- ⊙ Desmame de ventilação / falência de extubações (evitar reintubações)
- ⊙ Período peri-operatório
- ⊙ Doentes com indicação de "não-entubação"

#### 1.3. Contraindicações da VNI

- ⊙ Paragem cardíaca ou respiratória
- ⊙ Instabilidade eléctrica / hemodinâmica grave;
- ⊙ Hipoxémia severa ( $PaO_2 < 60$  mmHg com  $FiO_2$  1.0);
- ⊙ Encefalopatia grave ( $GCS < 10$ ) / confusão / agitação;
- ⊙ Traumatismo / queimadura / cirurgia / deformidade facial;
- ⊙ Impossibilidade de protecção da VA e/ou elevado risco de aspiração;
- ⊙ Pneumotorax não drenado e/ou pneumomediastino;
- ⊙ Incapacidade de drenagem de secreções.

### 1.4 - Vantagens da VNI

- ⊗ Redução do tempo de ventilação;
- ⊗ Diminuição da necessidade de sedação e curarização;
- ⊗ Menor incidência de atrofia dos músculos respiratórios;
- ⊗ Menor risco de infecção nosocomial (Pneumonia e Sinusite nosocomial);
- ⊗ Preserva a tosse e expectoração - máscara nasal (mantém o mecanismo de defesa pulmonar);
- ⊗ Permite a comunicação e alimentação oral.

### 1.5 - Complicações da VNI

- ⊗ Fugas e deslocamento da máscara;
- ⊗ Asfixia pela perda de fluxo ou desconexão do circuito;
- ⊗ Disfunção respiratória;
- ⊗ Intolerância e sensação de claustrofobia;
- ⊗ Alteração da integridade cutânea;
- ⊗ Secura das mucosas (nasal e oral);
- ⊗ Aerofagia, distensão gástrica, diminuição da mobilidade diafragmática, risco de bronco-aspiração;
- ⊗ Contaminação do sistema.

5

### 1.6 - Modalidades de VNI

🌈 **CPAP** ("Continuous Positive Airway Pressure") - o mesmo nível de pressão positiva é aplicado nas vias aéreas durante a inspiração e a expiração;

🌈 **BIPAP** ("Bilevel Positive Airway Pressure") - dois níveis de pressão positiva são fornecidos nas vias aéreas: um maior na inspiração, outro menor na expiração

**IPAP Pressão inspiratória 8-14 cmH<sub>2</sub>O**

**EPAP Pressão expiratória 3-5 cmH<sub>2</sub>O**

*O volume corrente é determinado pelo suporte da pressão do ventilador e pela compliance pulmonar do doente.*

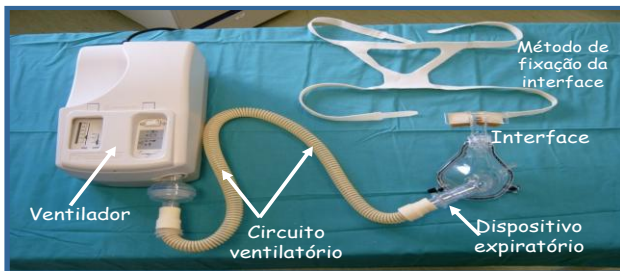
*A frequência respiratória depende só do doente.*

6

## Manual prático - VNI

### 1.7-VNI - Equipamento

- ⊗ Ventilador
- ⊗ Circuito ventilatório ( traqueia, filtro, peça do O2)
- ⊗ Tubo de oxigênio
- ⊗ Interface doente-ventilador / fixação da máscara
- ⊗ Dispositivo expiratório (ventiladores portáteis de circuito único)



7

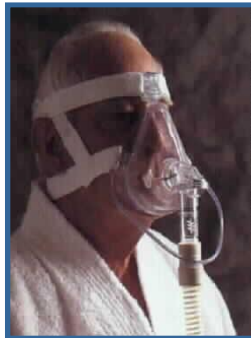
## Manual prático - VNI

### 1.8- Interfaces



#### Máscara Nasal

- ⊗ Possibilita a fala e a deglutição;
- ⊗ Maior facilidade de expectoração;
- ⊗ Menor possibilidade de aspiração em casos de vômitos;
- ⊗ Porém possui uma adaptação mais difícil em pacientes com dispneia aguda.



#### Máscara Facial

Cobre o nariz e a boca impedindo assim as fugas pela boca, no entanto há maior risco de aerofagia e maior sensação de claustrofobia e risco de aspiração

8

## Manual prático - VNI



### Máscara Facial Total

- ☉ Confortável alternativa para doentes em que a fuga seja demasiado grande com as máscaras nasais ou faciais;
- ☉ Adapta-se à totalidade da face, sem qualquer ponto de pressão.
- ☉ Não obstrui a visão, prevenindo a claustrofobia



### "Helmet"

- ☉ Possibilita ao doente total liberdade de movimentos da cabeça e pescoço, sem que exista qualquer ponto de pressão na cabeça;
- ☉ Permite uma clara visão e comunicação;
- ☉ Deverá ser usado apenas com ventiladores de cuidados intensivos com a devida monitorização.

9

## Manual prático - VNI



### Peça Bucal

- ☉ Favorece a VNI em pacientes com falência respiratória crónica que requerem ventilação contínua;
- ☉ Usada durante períodos diurnos, permitindo ao paciente fazer uma ventilação intermitente com claros benefícios em termos de conforto e tolerância à VNI.

10

### 1.9- Cuidados de Enfermagem

Antes de iniciar a técnica, é fundamental que o Enfermeiro avalie o estado de consciência do doente.

O Enfermeiro deve explicar ao doente todos os procedimentos a efectuar de forma clara, precisa e objectiva, pois a colaboração do doente é fundamental para o sucesso da ventilação



*Objectivo: Reduzir a ansiedade do doente e, consequentemente o medo da morte e de asfixia provocado pela máscara facial ou nasal*

- ⊙ Solicitar ao doente a sua máxima colaboração;
- ⊙ Montar todo o equipamento, seleccionando o tipo e tamanho da máscara ou conexão nasal e touca, ajustando-os (uma fixação ideal é aquela que permite a colocação com facilidade de 2 dedos entre as tiras elásticas e a face do doente);
- ⊙ Conectar a máscara ao ventilador que, habitualmente já está ligado com os parâmetros prescritos ou colocados pelo médico;
- ⊙ Colocar tubo de O<sub>2</sub> e seleccionar débito prescrito;
- ⊙ Aplicar a máscara no nariz ou face e, verificar se o doente se encontra confortável e sincronizado com o ventilador;

11

### Cuidados de Enfermagem

- ⊙ Colocar a touca na cabeça do doente e fixar com as tiras de velcro;
- ⊙ Verificar se a conexão expiratória da máscara se encontra correctamente posicionada para evitar reinalação de CO<sub>2</sub>;
- ⊙ Posicionar o doente de forma a facilitar a ventilação;
- ⊙ Monitorizar o doente (ECG;TA;FC; FR e SatO<sub>2</sub>);
- ⊙ Vigilância intensiva sobretudo na fase inicial;
- ⊙ Verificar se existem fugas pela máscara ou restante circuito;
- ⊙ Ensinar o doente a alertar caso surjam sinais de desconforto, dor, saída da máscara, náuseas, sensação de enfartamento, dificuldade em respirar e em expelir as secreções;
- ⊙ Realização de gasimetrias às 0h, 1-2h, 4-6h depois do início da VNI;
- ⊙ Despistar sinais e sintomas de hipoxémia e insuficiência respiratória, ( FR, FC, cianose, tiragem, sudorese etc...)
- ⊙ Adequar os períodos de ventilação ao doente e as actividades de vida diária;
- ⊙ Vigiar quantidade de secreções e capacidade do doente as expelir;

12



### Cuidados de Enfermagem

- ⊗ Nos períodos de interrupção da VNI, administrar  $O_2$  por sonda nasal a um débito mais baixo nas situações de IRA hipercápnica; e, na IRA hipoxémica administrar  $O_2$  por máscara;
- ⊗ Programar desconexões para realizar uma boa hidratação da pele e mucosas; higiene oral;
- ⊗ Vigiar distensão gástrica, considerando a necessidade de entubação nasogástrica;
- ⊗ Vigiar integridade da pele nos locais de pressão exercida pela máscara (aplicar creme gordo, se necessário);
- ⊗ Vigiar tolerância da VNI (evolução da dispneia, actividade dos músculos respiratórios acessórios, estado de consciência, conforto do doente, FC, TA e oximetria);
- ⊗ Prevenir complicações, actuar atempadamente;
- ⊗ Trocar filtros a cada 24h;
- ⊗ Ensinar o doente a adoptar medidas facilitadoras de drenagem de secreções e a tossir eficazmente, nos períodos de interrupção da VNI;

13

### 1.10 - Sinais de Falência da VNI

- ⊗ Deterioração clínica;
- ⊗ Agravamento do estado de consciência;
- ⊗ Valores de  $GSA$  sem melhoria ou com agravamento (diminuição do pH e/ou  $PaCO_2$ );
- ⊗ Polipneia -  $FR \geq 35$  ciclos/min;
- ⊗ Instabilidade hemodinâmica;
- ⊗ Arritmias graves;
- ⊗ Isquémia miocárdica;
- ⊗ Distensão abdominal severa;
- ⊗ Intolerância à máscara;
- ⊗ Incapacidade de coordenação com ventilador.

14

## Manual prático - VNI

### 2- Como Montar o circuito para VNI



Ventilador de VNI



Colocar o filtro



Peça para o O2



Tubo de oxigênio



Traqueia e máscara

15

## Manual prático - VNI

### Tipo de máscaras



Não precisam de swivel

16



### 3- CONCLUSÃO

A VNI tem tido uma grande evolução nas diversas patologias que implicam a falência ventilatória e o número de doentes submetidos a esta técnica tem aumentado substancialmente.

É uma técnica não invasiva que tem o potencial de melhorar a qualidade de vida do doente com patologia respiratória crónica e consequentemente a sua auto-estima.

A VNI é uma técnica que requer ajustes frequentes, o que obriga a que, tanto equipa Médica como de Enfermagem, exerçam uma monitorização apertada para assegurar a compreensão, conforto e colaboração do doente, bem como a eficácia da técnica e prevenção de complicações.

Este manual procura ser uma compilação sintética de informações teórico-práticas úteis e visa a actualização continua dos enfermeiros, com o objectivo de se prestar os melhores cuidados de Enfermagem ao doente submetido a VNI.



## APÊNDICE V - Operacionalização das variáveis

A operacionalização das variáveis é uma tarefa indispensável para que se possam obter os dados necessários ao teste das hipóteses. Por isso, antes de prosseguir com um estudo, o investigador deve esclarecer e definir as variáveis que vai estudar e a forma como as vai medir e “quantificar/qualificar”. A esta etapa chama-se operacionalização.

Este processo de operacionalização requer primeiramente uma definição teórica da variável e, posteriormente, uma definição empírica que faz referência às dimensões e aos respetivos indicadores, ou seja, aos elementos que indicam o valor de forma prática.

### *Variável dependente*

A variável dependente, é aquela em que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever. (POLIT e HUNGLER, 2004). Ou seja, é aquela que se supõem ser influenciada pelas variáveis independentes, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado, que é devido à presença de uma ou várias variáveis independentes.

Define-se para este estudo a Qualidade de Vida nos indivíduos após sofrerem Enfarte Agudo do Miocárdio, como variável dependente.

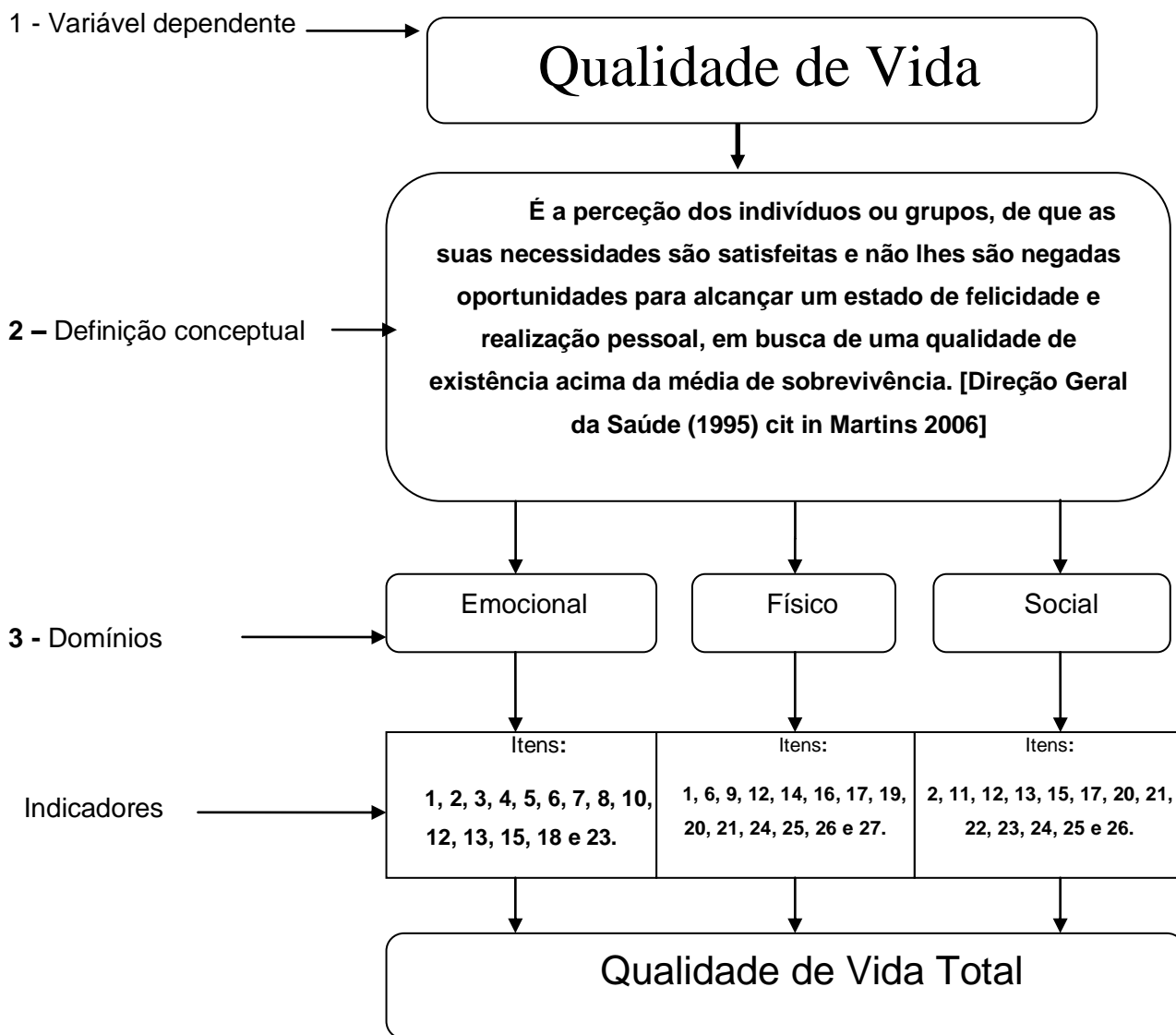
Esta variável será operacionalizada através da escala QLMI (*Quality of life after myocardial infarction questionnaire* - Qualidade de Vida após enfarte agudo do Miocárdio). Com um total de 27 itens que além de quantificar o total da QDV global do indivíduo, permite ainda obter o total da pontuação por domínios: emocional, social e físico. O domínio emocional refere-se à satisfação com a vida pessoal e à autoconfiança, o domínio social integra as atividades sociais e o relacionamento enquanto o domínio físico inclui a existência de dor ou de limitação para realizar atividades (MATOS, 2001).

As questões da escala QLMI estão formuladas numa escala tipo *Likert*, com sete respostas possíveis, em que o 1 representava o nível mais baixo e o 7 o nível mais elevado na qualidade de vida. O score resultante do questionário é calculado através da média de todos os itens e isto para o total da QDV, relativamente aos domínios considerados passa-se da mesma forma, ou seja é obtida a média das respostas consideradas para cada domínio.

A menor pontuação da escala dirá respeito aos indivíduos que apresentam uma QDV inferior, e a uma maior pontuação da escala corresponderá uma QDV superior. Para apresentação e interpretação dos resultados, a variável dependente – QDV, que varia entre 1 e 7 pontos será agrupada nos seguintes intervalos: 1 a 3, 3 a 5 e 5 a 7, em que aos indivíduos cuja média se situa no intervalo [1 a 3] corresponde uma pior QDV, considera-se moderada QDV os indivíduos cuja média se situe entre os [3 e 5], e uma elevada QDV os indivíduos nos quais a média do QLMI se situe entre os [5 e 7] pontos, visando deste modo

concentrar alguns dados com o mínimo de perda da informação colhida. É de referir que alguns itens são considerados na avaliação de mais do que um domínio (Figura 2)

Figura 2 - Operacionalização da variável Qualidade de Vida.



Fonte - Adaptado de Matos (1999)

### Variáveis independentes

O investigador geralmente manipula-a na tentativa de manter a relação do fator com um fenómeno observado ou a ser descoberto, para determinar a influência que exerce sob um possível resultado. Pode ser denominada de explicativa.

*Variáveis sociodemográficas:*

**Sexo** Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada e dicotômica com duas alternativas de resposta que categorizámos em: Sexo Masculino e Sexo Feminino.

**Idade** Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta e posteriormente de acordo com a amplitude de idades encontradas serão criados grupos etários (<55 anos; >55 e <70 Anos; >70 anos).

**Estado civil** Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada com quatro alternativas de resposta: Solteiro, Casado, Divorciado, Viúvo. Na análise inferencial esta apresentação foi reagrupada em: com **companheiro** e sem **companheiro**.

**Situação Laboral** Para operacionalizar esta variável, foi formulada uma pergunta fechada com quatro opções de resposta Empregado; Desempregado; Baixa médico; Reformado. Na análise inferencial esta apresentação foi reagrupada **ativos e inativos**, sendo que os ativos englobam empregados e baixa médica e os inativos os restantes.

**Nível de escolaridade** Para operacionalizar esta variável, foi elaborada uma pergunta fechada com 6 opções; Não sabe ler nem escrever; Sabe ler e escrever; Escola primária; Ciclo preparatório; Escola secundaria; Ensino superior. Na análise inferencial esta apresentação foi reagrupada em três grupos. De nível **Inferior** que engloba, Não sabe ler nem escrever; Sabe ler e escrever; Escola primária. **Intermédio** que engloba, Ciclo preparatório; Escola secundaria. Nível **Superior**, Ensino superior.

**Zona de Residência** Para operacionalizar esta variável, foi formulada uma questão fechada, com três alternativas de resposta e que categorizámos em: Aldeia, Vila, Cidade.

**Rendimento mensal** Para operacionalizar esta variável, foi formulada uma pergunta fechada com quatro opções de escolha. Inferior a 485 €; Entre 486 a 970 €; Entre 971 a 1455; Superior a 1455 €. Na análise inferencial esta apresentação foi reagrupada em três grupos. (<485 €; >485 e < 970 €; >970)

**Situação financeira** Para operacionalizar esta variável, foi formulada uma questão fechada com quatro alternativas de resposta. Confortável; Tenho o suficiente para as necessidades; Tenho algumas dificuldades; É muito problemática.

**Com quem vive** Para operacionalizar esta variável, foi elaborada uma questão fechada com quatro alternativas de resposta. Com o cônjuge/companheiro(a); Com a família restrita; Com a família alargada; Sozinho; No Lar.

## Variáveis clínicas

**Tipo de enfarte** A operacionalização desta variável realizou-se através de questão fechada referente a patologia EAM e constou de duas hipóteses de registro. Com supradesnivelamento do segmento ST e sem supradesnivelamento do segmento ST.

**Extensão da lesão** Para operacionalizar esta variável, foi elaborada uma pergunta fechada com quatro opções de resposta: sem doença; doença de um vaso; doença de dois vasos; doença de três vasos.

**Numero de episódios** A operacionalização desta variável, realizou-se através de uma questão fechada, com três alternativas de resposta e que categorizamos em: um episódio; dois episódios; três episódios. Na análise inferencial esta apresentação foi reagrupada em dois grupos: **Um**, corresponde a um episódio; **Dois**, corresponde a dois e a três episódios;

**Tipo de Tratamento.** Para operacionalizar esta variável, efetuou-se uma pergunta fechada com 5 opções; Fibrinólise; Angioplastia primária; Angioplastia/Cateterismo; Conservador; Cirurgia.

**Fatores de risco** Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada e dicotômica com duas alternativas de resposta que categorizamos em Sim; Não.

**Associação de fatores de risco** Para operacionalizar esta variável, realizou-se uma pergunta fechada com cinco opções de resposta. Nesta é feita uma associação dos fatores de risco por individuo ou seja corresponde ao número de fatores de risco que cada individuo apresenta. Esta assim operacionalizada: *Um*, corresponde a que o individuo seja portador de um fator de risco; *Dois*, corresponde a que o individuo seja portador de dois fatores de risco; *Três*, corresponde a que o individuo seja portador de três fatores de risco; *Quatro*, corresponde a que o individuo seja portador de quatro fatores de risco; *Cinco*, corresponde a que o individuo seja portador de cinco fatores de risco.

**Limitações físicas** Para operacionalizar esta variável, efetuou-se uma pergunta fechada com quatro opções de resposta: Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em atividades rotineiras; Limitação física para atividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras); Acentuada limitação física para atividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal) Confortável somente no repouso; Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso.

Na estatística inferencial esta variável foi recodificada em:



-*Sem sintomas*, que corresponde a doença cardíaca sem sintomas e nenhuma limitação para atividades rotineiras;

- *Limitação de atividades*, que corresponde a limitação física para atividades cotidianas;

- *Acentuada limitação*, que corresponde a acentuada limitação física para atividades simples e severas limitações e sintomas mesmo em repouso



## ANEXOS



ANEXO I - Pedido de Autorização para Efetuar colheita de Dado

13/06/11 SERG 11:30 FAX 232 420595

S. ADMINISTRAÇÃO

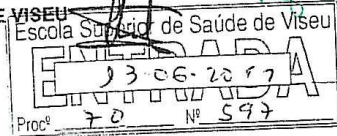
001

*Aos Exmos. Directores de Cardiologia, Director de C. Externa e  
chefes-chefe de C. Exi. s. para informação.*



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-843 VISEU  
Tel. 232 419 100  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE  
Av. Rei D. Duarte  
3504-509 VISEU

*Copiar ao Prof. Padua  
13.06.2011*

*Autorizado  
13/06/11*

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº 453	Data: 08/04/2011
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Adesão Terapêutica do Doente com Cardiopatia Isquémica". Trata-se de um estudo de enorme relevância para o levantamento das reais necessidades dos referidos doentes. Segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivos:

- Determinar o perfil sócio-demográfico de doentes com coronariopatia isquémica;
- Determinar a prevalência da adesão ao tratamento de doentes com coronariopatia isquémica;
- Identificar factores determinantes na adesão ao tratamento de doentes com coronariopatia isquémica;

Quanto à população-alvo do estudo, esta é constituída por doente com Cardiopatia Isquémica (Consulta Externa de Cardiologia) no Hospital de São Teotónio de Viseu.

Será pedida a colaboração aos doente a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações, sendo aplicado pelos estudantes do referido curso. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação durante os meses de Abril, Maio e Junho de 2011.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mais informamos que o Professor António Madureira Dias é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

AM/NC

824 Accto

13.06.2011 ✓

2410572011 ✓

13/06/2011 ✓

O Presidente do ESSV  
  
 Professor Doutor João Carvalho Duarte  
 (Prof. Coordenador)



## ANEXO II – Pedido de autorização de utilização de escala MacNew QLMI

Em Maio de 2011, foi feito um pedido ao Senhor Professor Doutor António Rui Marcelino Leal para a utilização da escala MacNew QLMI por ele validade em 2005, para a qual não obteve resposta. A 3 de Abril e mais tarde a 21 do mesmo mês de 2012 voltou a solicitar autorização para a utilização da mesma (para diferentes mail), e até à data da entrega do trabalho não obteve qualquer resposta. Dado que a sua validação para a população portuguesa está publicada em artigo científico (Anexo V) esta foi utilizada.

Novo | Responder | Responder a todos | Reencaminhar | Eliminar | Marcar como | Mover para | Categorias | Voltar a mensagens | Voltar a mensagens | Voltar a mensagens

Ao cuidado do Sr. Professor Doutor António Rui M. Leal

JOSE SILVA  
Para vitaclinic.porto@gmail.com  
03-04-2012  
Responder

Ex. Senhor Professor Doutor Antonio Rui M. Leal  
Sou Enfermeiro José Paulo de Almeida e Silva, aluno da Escola Superior de Saúde de Viseu, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, venho junto do Senhor pedir o favor de me ajudar a obter autorização, para a utilizar a escala QLMI (Qualityoflifeaftermiocardialinfarctionquestionnaire- Qualidade de Vida após enfarte agudo do Miocárdio, que o Senhor utilizou na Tese de doutoramento em 2004.  
Atenciosamente  
José Paulo Almeida e Silva

Novo | Responder | Responder a todos | Reencaminhar | Eliminar | Marcar como | Mover para | Categorias | Voltar a mensagens | Voltar a mensagens | Voltar a mensagens

Pedido de autorização de escala (MacNew QLMI) (Quality of life after miocardial infarction questionnaire- Qualidade de Vida após enfarte agudo do Miocárdio

JOSE SILVA  
Para antonioruileal@gmail.com  
21-04-2012  
Responder

Ex. Senhor Professor Doutor António Rui M. Leal Sou Enfermeiro José Paulo de Almeida e Silva, aluno da Escola Superior de Saúde de Viseu, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, e a fazer uma dissertação subordinada ao tema Qualidade de Vida do Doente Após Enfarte Agudo do Miocárdio, venho junto do Senhor pedir o favor de me autorizar, a utilizar a escala (MacNew QLMI) (Quality of life after miocardial infarction questionnaire- Qualidade de Vida após enfarte agudo do Miocárdio, que o Senhor Professor Doutor validou para Portugal em 2005

Atenciosamente  
José Paulo Almeida e Silva

Novo | Responder | Responder a todos | Reencaminhar | Eliminar | Marcar como | Mover para | Categorias | Voltar a mensagens | Voltar a mensagens | Voltar a mensagens





ANEXO III – Publicação de artigo científico

<http://hdl.handle.net/10400.16/552>

Evaluative and discriminative properties of the Portuguese MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire.

LEAL, A. PAIVA, C. HOFER, S. AMADO, J. GOMES, L. OLDRIDGE, N.

Dez-2005

Springer verlag

Qual Life Res. 2005 Dec;14(10):2335-41. Evaluative and discriminative properties of the Portuguese MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire. Leal A, Paiva C, Höfer S, Amado J, Gomes L, Oldridge N. Cardiac Rehabilitation Unit, Hospital Sto António Porto, Largo Prof Abel Salazar 400, Portugal. antl@clix.pt Abstract The aim of this study was to validate the Portuguese version of the self-administered MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life (MacNew) questionnaire in patients after diagnosis of acute coronary syndrome. The MacNew, with a Global score and physical, emotional and social subscales, the Short Form SF-36 (SF-36) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were completed at baseline by 150 patients and again by 48 clinically stable patients 2-3 weeks later. A cohort of 50 different patients completed the same questionnaires before and after a cardiac rehabilitation program in order to examine responsiveness. Acceptance of the MacNew by the patients was good and the three factor model was substantiated and explained 52.2% of the variance. Internal consistency, intra-class-correlation, and test-retest reliability each exceeded 0.72. The predicted construct validity hypotheses were partially confirmed. The discriminative validity of the MacNew was confirmed with significantly higher MacNew scores for patients with normal left ventricular function, with improved health status, and who were not anxious or depressed. Even though MacNew scores improved significantly following cardiac rehabilitation, the evaluative validity of the MacNew was less robust with small responsiveness statistics. The Portuguese version of the MacNew HRQL questionnaire appears to be a reliable, valid, and moderately responsive instrument to evaluate health-related quality of life after diagnosis of acute coronary syndrome. PMID: 16328913 [PubMed - indexed for MEDLINE]



ANEXO IV - Consentimento, dos indivíduos que farão parte da amostra, ressalvando a garantia de anonimato e confidencialidade



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
INVESTIGAÇÃO

*Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica*

COD: \_\_\_\_\_

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

**Investigador Principal:** António Madureira Dias

**Investigadores Colaborador:** José Paulo de Almeida Silva,

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo. Preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
INVESTIGAÇÃO

*Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica*

COD: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO

Sou estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estou a desenvolver um trabalho sobre *Doente com Cardiopatia Isquémica*. Como tal solicito a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

ANEXO V – Questionário aplicado



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
INVESTIGAÇÃO

*Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica*

COD: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

**Investigador Principal:** António Madureira Dias

**Investigadores Colaborador:** José Paulo de Almeida Silva,

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo. Preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_





Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
INVESTIGAÇÃO

*Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica*

COD: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO

Sou estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estou a desenvolver um trabalho sobre *Doente com Cardiopatia Isquémica*. Como tal solicito a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Grato pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

## VARIAVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

1 - Idade: \_\_\_\_ anos

2 - Sexo:  Masculino  
 Feminino

3 - Estado Civil:  Solteiro  
 Casado  
 Viúvo  
 Outro \_\_\_\_\_

4 - Actualmente que é a sua Situação laboral:  Empregado  
 Desempregado  
 Baixa médica  
 Reformado

5 - Escolaridade:  Não sabe ler nem escrever  
 Nunca andou na escola, mas sabe ler e escrever  
 Escola primária  
 Ciclo preparatório  
 Escola secundária  
 Ensino superior  
 Outro, Qual

6 - Residência:  Aldeia  
 Vila  
 Cidade

7 - Rendimento mensal (líquido):  Inferior a 485 €  
 Entre 486 a 970 €  
 Entre 971 a 1455 €  
 Superior a 1456 €

8 - Como é que se sente em relação à sua situação financeira?  Confortável  
 Tenho o suficiente para as necessidades  
 Tenho algumas dificuldades  
 É muito problemática

9 - Com quem vive:  Com o cônjuge/companheiro(a)  
 Com a família restrita (marido, esposa e filhos)  
 Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros)  
 Sozinho(a)  
 Num lar

## VARIAVEIS DE CLÍNICAS (DADOS DO PROCESSO CLÍNICO)

Nº do Processo: \_

\_\_\_\_\_

Admissão: VIA VERDE -  Sim  Não

1 - Tipo de enfarte:  Com supra ST  Sem supra ST  Outros. Qual? \_\_\_\_\_



- 2 - Extensão da lesão:**  Sem doença  
 Doença de 1 vaso  
 Doença de 2 vasos  
 Doença de 3 vasos  
 Doença do tronco comum
- 3 - Localização do enfarte:**  Inferior  Anterior  Outros. Quais? \_\_\_\_\_
- 3.1 - Este foi:**  1º episódio  
 2º episódio  
 3º episódio
- 4 - Factores de risco:**  Sim  Não
- 4.1 - Se sim, Qual?**  HTA  Diabetes  Dislipidémia  
 Tabagismo  Alcoolismo  Obesidade  
 Sedentarismo  Stress
- 5 - Tem um familiar com doença cardíaca?**  Sim  Não  
Se sim, qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_
- 6 - Tratamento:**  Fibrinólise  Angioplastia Primária  Conservador  Cirurgia
- 7 - Responda de acordo com a sua limitação física (selecione apenas uma afirmação)**  
 Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras  
 Limitação física para actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras)  
 Acentuada limitação física para actividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal)  
 Confortável somente no repouso  
 Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso

(Classificação Funcional, NYHA)

### QUALIDADE DE VIDA (MacNew QLMI)

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas, acerca de como se sentiu durante as últimas duas semanas. Por favor, assinale o quadrado que melhor traduz a sua resposta.

	Sempre	Quase sempre	Uma grande parte do tempo	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. De uma maneira geral, quanto tempo durante as últimas duas semanas se sentiu <b>frustrado, impaciente</b> ou <b>zangado</b> ?							
2. Com que frequência durante as últimas duas semanas se sentiu <b>inútil</b> ou <b>incapaz</b> ?							
3. Nas últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu muito <b>confiante</b> e seguro de que podia lidar com o seu problema de coração?							
4. De uma maneira geral, quantas vezes se sentiu <b>desencorajado</b> ou triste, durante as últimas duas semanas?							
5. Quanto tempo durante as últimas duas semanas, se sentiu <b>relaxado e descontraído</b> ?							
6. Com que frequência durante as últimas duas semanas se sentiu <b>exausto</b> ou abatido?							
8. De uma maneira geral, quantas vezes durante as últimas duas semanas se sentiu <b>impaciente</b> , ou teve dificuldades em se acalmar?							
10. Com que frequência durante as últimas duas semanas se sentiu <b>choroso</b> , ou com vontade de chorar?							
11. Com que frequência durante as últimas duas semanas se sentiu <b>mais dependente</b> do que era, antes de ter o seu problema cardíaco?							
12. Com que frequência durante as últimas duas semanas se sentiu <b>incapaz de fazer as actividades sociais</b> usuais, ou as actividades sociais com a sua família?							
13. Com que frequência durante as últimas duas semanas sentiu <b>que os outros não têm a mesma confiança em si</b> , que tinham antes de ter o problema cardíaco?							
14. Com que frequência durante as últimas duas semanas sentiu <b>dores no peito</b> enquanto praticava as suas actividades diárias?							
15. Com que frequência durante as últimas duas semanas, se sentiu inseguro ou com <b>falta de autoconfiança</b> ?							
16. Com que frequência durante as últimas duas semanas, se sentiu aborrecido com <b>dores</b> ou cansado das <b>pernas</b> ?							
18. Quantas vezes durante as últimas duas semanas se sentiu apreensivo ou <b>assustado</b> ?							
19. Quantas vezes durante as últimas duas semanas se sentiu <b>atordoado</b> ?							
21. Quantas vezes, durante as últimas duas semanas se sentiu <b>inseguro quanto à quantidade de exercício</b> ou de actividade física que devia praticar?							
22. Quantas vezes durante as últimas duas semanas sentiu a sua <b>família ser demasiado protectora</b> para consigo?							
23. Quantas vezes durante as últimas duas semanas se sentiu como sendo um <b>"peso" para os outros</b> ?							
24. Quantas vezes durante as últimas duas semanas se sentiu <b>excluído</b> de fazer algo com as outras pessoas, devido ao seu problema cardíaco?							
25. Quantas vezes durante as últimas duas semanas se sentiu <b>incapaz de conviver</b> com os outros, devido ao seu problema cardíaco?							

	Muito insatisfeito	Infeliz a maior parte do tempo	Geralmente insatisfeito, infeliz	Algo insatisfeito, infeliz	Feliz a maior parte do tempo	Muito feliz a maior parte do tempo	Extremamente feliz
7. Quão feliz, <b>satisfeito</b> , ou agradecido se sentiu com a sua <b>vida pessoal</b> durante as últimas duas semanas?							

	Elevada alteração	Muita alteração	Bastante alteração	Moderada alteração	Alguma alteração	Pouca alteração	Nenhuma alteração
9. Que alteração da <b>frequência respiratória</b> lhe ocorreu, durante as últimas duas semanas, enquanto praticava a sua actividade física diária?							

	Extremamente limitado	Muito limitado	Bastante limitado	Moderadamente limitado	Alguma limitação	Pouco limitado	Sem limitação
17. Durante as últimas duas semanas, quão <b>limitado</b> se sentiu ao <b>praticar desporto ou exercício diário</b> , devido ao seu problema cardíaco?							
20. De uma maneira geral, durante as últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu <b>restringido ou limitado</b> como resultado do seu problema cardíaco?							
26. De uma maneira geral, durante as últimas duas semanas, quanto se sentiu <b>fisicamente restringido</b> ou limitado como consequência do seu problema cardíaco?							

	NÃO APLICÁVEL	Sempre	Quase sempre	Uma grande parte do tempo	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
27. Quantas vezes durante as últimas duas semanas sentiu que o seu problema cardíaco <b>limitou</b> ou <b>interferiu</b> na sua <b>actividade sexual</b> ?								