

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O RISCO DE
OCORRÊNCIA DE SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA NA PESSOA
COM DOR TORÁCICA**

**Luís Miguel Lucas Fernandes
a10629**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Orientação Científica: Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Categoria: Professor Coordenador

Afiliação: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

Outubro de 2025

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O RISCO DE
OCORRÊNCIA DE SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA NA PESSOA
COM DOR TORÁCICA**

**Luís Miguel Lucas Fernandes
A10629**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Orientação Científica: Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Categoria: Professor Coordenador

Afiliação: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

Outubro de 2025

Lucas, L.M.F (2025). Conhecimento dos Enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica, num SU numa Unidade Local de Saúde do Norte do País. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

DEDICATÓRIA

Dedica-se a realização deste trabalho a todos os doentes que tenham tido um evento crítico cardiovascular, que não tenham tido a oportunidade de chegar a uma cadeia de cuidados ideais, e a todos os outros em que o poderão ter numa caracterização com critérios de gravidade, mas que possam regressar ao seu habitat natural sem sequelas.

Também se dedica este trabalho a todos os que têm uma paixão natural pelo “mundo da cardiologia de Emergência”.

Dedico a toda a família transmontana, desde Miranda do Douro e Bragança, assim como também a Escola Superior de Saúde a oportunidade de realizar este trabalho de forma metódica e estrutural, assim como também à geração do meu filho Rodrigo para que possa desfrutar de estudos em que as patologias cardiovasculares terão o respetivo impacto numa repercussão direta na qualidade em saúde.

Ao meu filho e à minha esposa por tudo o que representam na minha vida pessoal que são o meu alavanque para ser a pessoa que sou e ter sempre em mente uma dignidade pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Carlos Magalhães, pela orientação desta dissertação, como também na persistência da correção e lacunas do trabalho, sempre na procura de uma aprimoração da qualidade metodológica no âmbito desta investigação.

À sra. Professora Doutora Matilde, pelo desafio inicial de concorrer a este Mestrado nas nossas conversas, nas orientações pedagógicas dos alunos do curso base no serviço onde exerço a minha atividade profissional.

À Escola Superior de Saúde de Bragança, a antiga Escola superior de Enfermagem de Bragança, hoje integrada no Instituto Politécnico de Bragança, após cerca de 23 anos me dar a oportunidade de frequentar este ciclo de estudos, na tentativa de elaborar este projeto de investigação.

À minha esposa Sónia e ao meu Rodrigo, estarei sempre eternamente grato pela paciência, e que não foi pouca, por me “aturar”, quando estava a desenvolver inicialmente o projeto e posteriormente a tese, pela respetiva ausência que tive nos momentos em que estava nas terras de Bragança, apesar de serem as minhas raízes, mas como digo... *always the best!!!!,... My World!!!*

Ao Engenheiro Bruno, pela “paciência” em me ajudar a resolver alguns “problemas” informáticos e não poderia esquecer o Dr. João, também por me ajudar em algumas questões inerentes na elaboração desta tese e pelos constantes conselhos de mediação e tradução de pensamentos na área da pessoa em situação crítica.

A todos os colegas de trabalho e doentes que terão recorrido ao serviço onde presto funções e terão feito o “clique” para o despertar mais curioso na área das patologias cardiovasculares e sempre na área da pessoa em situação crítica

À equipa do SU do Hospital Distrital de Bragança, nos anos 1999 – 2001, onde fazia parte o orientador científico desta tese, pois pelas várias passagens neste mesmo serviço, incutiram um espírito desafiador para o trabalho da pessoa em situação crítica.

À geração do meu Rodrigo, na procura continua de uma minimização destas doenças, e na melhoria da qualidade de vida da sociedade

A todos e de forma muito humilde, o meu muito obrigado!!!

Pensamento

“nunca obsoleto, sempre definitivo, a teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”

Paulo Freire (2001)

Resumo

Enquadramento: A dor torácica é um dos sinais clínicos mais significativos, integrados na Síndrome coronária aguda (SCA), sendo assim promotora da afluência dos doentes aos serviços de urgência do nosso país. Os enfermeiros deverão ter uma resposta adequada e atempada, de forma a uma minimização contínua dos critérios de gravidade, com uma respetiva estratificação deste quadro e um encaminhamento célere, com uma repercussão direta do tempo de isquemia total e consequentes comorbilidades.

Objetivos: Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica num serviço de urgência de uma unidade local de saúde do norte do país, bem como a sua relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Metodologia: Estudo observacional, analítico-transversal, de cariz quantitativo, com a aplicação de um questionário a uma amostra de 73 enfermeiros de um serviço de urgência do norte do país.

Resultados: A idade média da amostra situa-se nos $33,58 \pm 7,33$ anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (68,5%). O tempo de exercício profissional varia entre os 2 e os 32 anos, com uma média de $10,27 \pm 6,69$ anos. A média do tempo de exercício profissional no serviço de urgência é de $6,15 \pm 6,51$ anos. Obteve-se uma pontuação média para a variável conhecimento de 56,03 (DP = 13,51), com valores observados a situarem-se entre 25 e 100. A variável conhecimento revelou associação com a variável “tempo no serviço de urgência” ($p < 0,05$) e com a variável “sexo” ($p = 0,022$), com os participantes do sexo masculino e os que possuíam maior experiência no serviço de urgência a apresentarem pontuações médias mais elevadas.

Conclusão: As pontuações médias obtidas ficaram abaixo do valor máximo possível e desejado, indicando margem para melhoria. Sugerem-se estratégias educativas transversais no âmbito da temática, com componente prática, para o seu incremento.

Palavras-chave: dor torácica; síndrome coronária aguda; doença coronária; risco cardiovascular; enfermagem cardiovascular;

Abstract

Background: Chest pain is one of the most significant clinical signs of acute coronary syndrome (ACS), thus driving patient attendance at emergency departments in our country. Nurses must respond appropriately and promptly to continuously minimize severity criteria, stratify the condition, and ensure prompt referral. This directly impacts total ischemia time and consequent comorbidities.

Objectives: To assess nurses' knowledge of nurses regarding the risk of acute coronary syndrome in people with chest pain in an emergency department of a local health unit in the north of the country, as well as its relationship with sociodemographic and professional variables.

Methodology: Observational, analytical-cross-sectional, quantitative study, with the application of a questionnaire to a sample of 73 nurses from an emergency service in the north of the country.

Results: The mean age of the sample was 33.58 ± 7.33 years, and the majority were female (68.5%). The length of professional experience ranged from 2 to 32 years, with an average of 10.27 ± 6.69 years. The mean length of professional experience in the emergency service was 6.15 ± 6.51 years. An average score of 56.03 (SD = 13.51) was obtained for the knowledge variable, with values ranging from 25 to 100. The knowledge variable showed an association with the variable "time in the emergency service" ($p < 0.05$) and with the variable "gender" ($p = 0.022$), with male participants and those with greater experience in the emergency service presenting higher mean scores.

Conclusion: The average scores obtained were below the maximum possible and expected values, indicating room for improvement. Cross-cutting educational strategies within the topic, with a practical component, are suggested to increase its development.

Keywords: chest pain; acute coronary syndrome; coronary disease; cardiovascular risk; cardiovascular nursing;

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AHA – American Heart Association

ECG - Eletrocardiograma

HTA – Hipertensão Arterial

IRD – Instrumento de recolha de dados

PNS – Plano Nacional de Saúde

PCV – Patologias Cardiovasculares

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SMS – Síndrome de Morte Súbita

SCACSST – Síndrome Coronária aguda com supra de ST

SCASSST – Síndrome Coronária Aguda sem Supra de ST

SU – Serviço de Urgência

TIT – Tempo de Isquemia Total

VD – Ventrículo Direito

VVC – Via Verde Coronária

Índice

INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1- SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO	16
1.1- Definição e caracterização	16
1.2- Epidemiologia e Fatores de Risco.....	16
1.3 - Diagnóstico e estratégias de tratamento	18
2 - DOR TORÁCICA	23
3 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA COM DOR TORÁCICA	25
PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	28
1- METODOLOGIA	29
1.1 - Tipo de estudo	29
1.2 - População e amostra	30
1.3 - Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo.....	30
1.4 - Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas.....	31
1.5 - Procedimentos de tratamento de dados	32
2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	33
2.1 – Resultados	33
2.1.1 - Perfil sociodemográfico e profissional da amostra	33
2.1.2 - Conhecimento dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica	35
2.1.3 - Relação entre o conhecimento sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica e o perfil sociodemográfico e profissional da amostra	37
3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	40
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS E APÊNDICES	53
APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	54
ANEXO I – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.....	61
ANEXO II – COMPROVATIVO DA SUBMISSÃO PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA	62

Índice de Figuras

Figura 1 - PROPORÇÃO de óbitos ocorridos no país por causas de morte mais frequentes no total de óbitos (em %), 2020 e 2021	17
--	-----------

Índice de Tabelas

Tabela 1 - <i>Contraindicações absolutas e relativas para o uso de fibrinolíticos</i>	20
Tabela 2 - <i>Perfil sociodemográfico e profissional da amostra</i>	34
Tabela 3 - <i>Estatística descritiva da variável conhecimento</i>	35
Tabela 4 - <i>Estatística descritiva dos itens da prova de conhecimentos</i>	36
Tabela 5 - <i>Relação entre o conhecimento e variáveis sociodemográficas e profissionais</i>	38
Tabela 6 - <i>Estatísticas de grupo e do teste t de student do conhecimento consoante as variáveis sociodemográficas e profissionais</i>	38
Tabela 7 - <i>Estatísticas de grupo e do teste ANOVA do conhecimento consoante o as habilitações académicas e profissionais e estado civil</i>	39

INTRODUÇÃO

As patologias cardiovasculares (PCV), onde se encontram inseridas as doenças coronárias, como a Síndrome Coronária Aguda (SCA), e doenças isquémicas (DI), representam a maior causa de morte mundial (Organização Mundial da Saúde, 2020). Para além disso, são um dos fatores mais impactantes na qualidade de vida da população (Ralapanawa & Sivakanesan, 2021). Tendo isso em conta, os diversos planos nacionais de saúde (PNS) são constituídos por diversas políticas e estratégias de gestão que têm em vista a mitigação gradual da taxa de mortalidade e morbilidade, o que corrobora a relevância destes indicadores. No entanto, a mesma tem sido alvo de especial atenção, não só no desenvolvimento do PNS, como também na literatura, e verifica-se uma maior sensibilização da população, com vista à promoção da responsabilidade da mesma na sua mitigação. Estas são as bases para uma sociedade mais competente e preparada, com base naquilo que é observado noutros países (Direção Geral de Saúde, 2022).

No entanto, um dos pontos mais relevantes para a promoção de uma sociedade mais competente e preparada é o conhecimento dos enfermeiros sobre esta problemática, uma vez que fazem parte do grupo de profissionais de saúde que maior contacto tem com a mesma, especialmente nos serviços de urgência (SU), em que as suas funções fazem a diferença na qualidade de vida futura dos utentes, e sobrevivência em casos clínicos graves. Assim, este conhecimento é essencial para a eficaz promoção da saúde e prestação de cuidados nos SU em Portugal. Ao estarem devidamente formados sobre a SCA, conseguem identificar mais precocemente sintomas relevantes, garantir o encaminhamento adequado do utente e fornecer orientações adequadas para a prevenção de futuras complicações. Estes fatores contribuem não só para a melhoria da qualidade de vida do utente, como para a melhoria da prestação de serviços de enfermagem nos SU em Portugal e, inevitavelmente, para a criação de uma sociedade mais bem preparada para lidar com a SCA. Face ao exposto, constituiu-se como questão de investigação: “qual o conhecimento dos enfermeiros de um SU sobre o risco de ocorrência de SCA na pessoa com dor torácica?”. Na sua resposta, delineou-se como objetivo geral: avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de SCA na pessoa com dor torácica, tendo por base uma amostra de enfermeiros de um SU do Norte de Portugal. Estabeleceram-se como objetivos específicos: identificar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra; identificar os conhecimentos dos enfermeiros de um SU numa

unidade local de saúde do norte do país, sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica; e explorar a relação entre os conhecimentos dos enfermeiros de um SU numa unidade local de saúde do norte do país, sobre o risco de ocorrência SCA na pessoa com dor torácica e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

O estudo integra duas partes principais. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, planejado em três capítulos: SCA, dor torácica e respectivas intervenções de enfermagem. A segunda parte faz referência ao estudo empírico, onde se aborda a metodologia, os resultados obtidos e a discussão. Finaliza-se com uma nota conclusiva, onde são mencionadas algumas considerações finais relativas aos resultados obtidos e às limitações do estudo, e indicadas possíveis linhas de investigação futura.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO

1.1 - Definição e caracterização

A SCA refere-se ao grupo de sinais e sintomas associados à obstrução de uma artéria coronária, que pode ser causada por um enfarte do miocárdio ou por uma angina instável Ibanez, et al.(2018), e pode ser categorizado em três grupos: síndrome coronário agudo com supra de ST (SCACSST), síndrome coronário agudo sem supra de ST (SCASSST), e angina instável, em que os dois primeiros, terão uma referência mais específica ao enfarte agudo do miocárdio (EAM). Assim esta síndrome caracteriza-se por um desequilíbrio entre o nível de oxigenação do miocárdio e a sua devida necessidade, Bueno (2019), uma vez que as artérias coronárias não conseguem desempenhar a sua função. A angina instável é marcada pela sua imprevisibilidade, e caracterizada por desconforto e dor no peito, como consequência da diminuição repentina do fornecimento de sangue ao coração. Ao contrário do enfarte, que pode não provocar uma morte celular imediata, mas apresenta um -elevado risco de progredir para o mesmo, podendo verificar-se sem fator específico desencadeante e de forma recorrente, podendo a sua manifestação perdurar durante vários dias, correndo o risco de a situação se intensificar a cada repetição, mesmo quando se verifica pouco ou nenhum esforço por parte da pessoa (Nicolau et al., 2021). Pode ser aliviada através da administração de nitratos, ou mesmo de forma espontânea, sem ação externa, verificando-se a possibilidade de reaparecer novamente após algumas horas (INEM, 2020). Já o enfarte do miocárdio caracteriza-se, também, pela interrupção do fluxo sanguíneo ao coração, ocorrendo, frequentemente, devido à obstrução de uma artéria coronária por um coágulo formado sobre uma placa de aterosclerose, provocando a isquemia do tecido cardíaco, podendo levar à morte do órgão (Nicolau et al., 2021).

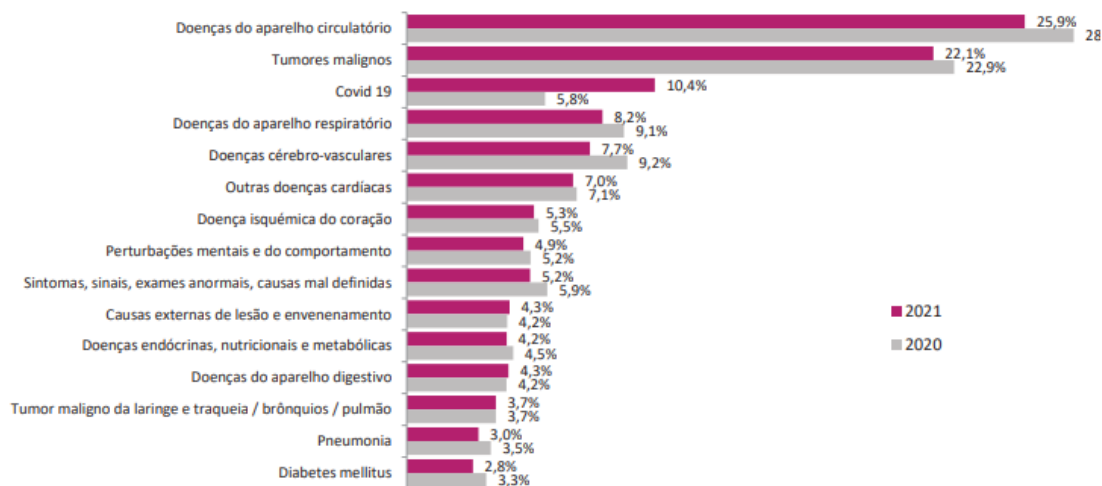
1.2 - Epidemiologia e Fatores de Risco

As doenças do sistema circulatório representam um número significativo na taxa de mortalidade a nível europeu (32,4% do total de mortes), e influencia, significativamente, o tempo e qualidade de vida da população (Eurostat Statistics Explained, 2023). Estes dados são congruentes com os verificados em Portugal, onde, em 2021, 25,9% do total de óbitos foi devido a doenças do aparelho circulatório, apesar de se ter verificado uma quebra de 6,2% em relação ao ano anterior, como ilustrado na figura 1, e do esforço na

implementação de políticas de saúde para mitigar as patologias cardiovasculares (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

FIGURA 1

Proporção de óbitos ocorridos no país por causas de morte mais frequentes no total de óbitos (em %), 2020 e 2021



Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2024, p. 39)

Desta forma, a elaboração de normas, por parte dos serviços centrais, e a gestão das entidades prestadoras de cuidados são determinantes na diminuição contínua destes números, o que vai ao encontro ao investimento significativo observável nos orçamentos de estado, ao nível dos cuidados de saúde primários e ao nível dos departamentos de emergência.

Alguns fatores de risco da SCA incluem o consumo de álcool e tabaco, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, insuficiência renal crónica e histórico familiar de doença coronária precoce (Libby & Theroux, 2005). Para além disso, fatores como o stress têm vindo a demonstrar uma repercussão crescente na qualidade de vida da população, tornando-se importante ter em conta a sua influência na saúde cardiovascular comunitária, uma vez que pode levar indivíduos ao serviço de urgência (SU) com queixas de dor torácica, frequentemente relacionadas com este fator (Rodrigues et al., 2010).

Para além disso, outro dos grandes desafios com que se deparam os profissionais de saúde é lidar com a síndrome de morte súbita (SMS), que pode estar relacionada com a SCA. De acordo com Carvalho et al., (2005), esta manifestação clínica, além de traduzir a caracterização mais grave da SCA, corresponde a cerca de 50% das pessoas que relatam algum desconforto torácico prévio, e encontra-se associada a alguns dos fatores de risco previamente descritos. Relativamente à SMS, segundo Tavares et al. (2015), a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos, representando a morte súbita mais de 60% destas. Não bastasse, a maioria dos casos de paragem cardiorrespiratória ocorre fora das unidades hospitalares, longe dos profissionais de saúde. Neste sentido, a educação da população para a prevenção das doenças cardiovasculares revela-se fundamental, e cabe aos profissionais de enfermagem, desde a triagem até às intervenções nas áreas clínicas, adotarem um processo ativo na tomada de decisões, sendo importante a sua formação para o contexto normal do início do quadro clínico de SCA e a sua sensibilização para a sintomatologia fora deste contexto.

1.3 - Diagnóstico e estratégias de tratamento

Numa primeira abordagem à SCA, é essencial avaliar determinados critérios de gravidade, desde a identificação e caracterização da dor torácica à isquemia da estrutura cardíaca e deterioração da fisiologia cardíaca. Estes critérios são fulcrais para o enquadramento do agravamento da doença coronária e, respetivamente, do quadro de SCA (Thompson & Shea, 2022). Os enfermeiros são os profissionais que mais horas de cuidado prestam à pessoa em situação aguda. Assim, é fundamental que se encontrem preparados com formação e ferramentas que agilizem o tratamento de casos de SCA no SU, prevenindo, consequentemente o agravamento do Tempo de Isquemia Total (TIT).

Para além disso, devem ter acesso a *scores* ou escalas de risco para monitorização cardiovascular, permitindo uma estratificação de risco, na iminência de uma SCA na fase aguda, assim como evitar o protelar de estratégias que não vão ao encontro à diminuição do TIT (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021). Futuramente, poderão, também, existir outras plataformas de monitorização, tais como a inteligência artificial, em que o recurso a algoritmos simplificará a prestação de cuidados numa fase aguda. A inteligência artificial também será alvo de interligações com outras estratégias, como as de monitorização e tratamento (Briganti & Le Moine, 2020).

Com foco no TIT e nas comorbidades, após identificar a causa provável da condição clínica primária, e reunir certas variáveis, torna-se essencial interromper o avanço do processo. O sucesso dependerá da estratégia estabelecida e da implementação no momento adequado (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021). Assim, numa fase de decisão imediata, a estratégia atenderá sempre ao quadro clínico e respetiva interpretação do eletrocardiograma (ECG), com elevação ou não do segmento ST. Segundo Sousa et al. (2024), os enfermeiros que tratam doentes críticos devem realizar e interpretar o ECG de forma recorrente, pois a estratégia de tratamento baseia-se tanto na caracterização clínica quanto na correta interpretação do exame.

Como já foi referido numa fase aguda, deve-se ter em conta os 3 grandes de diagnóstico integradas na manifestação da SCA: SCACSST, SCASSST e Angina Instável. Relativamente ao primeiro, num contexto estrutural de fase aguda da isquemia com elevação do segmento ST, a condição é geralmente identificada por elevações contínuas em duas derivações adjacentes, de 2 a 2,5 mm nos homens até 40 anos e, após essa idade, com elevações de 2 mm nos homens e 1,5 mm nas mulheres. Em doentes que apresentam essa alteração do segmento ST e uma caracterização clínica sugestiva, é crucial considerar o contexto em que se encontram, especialmente se houver um atraso no tempo de chegada ao SU, pois em tais casos a fibrinólise pode ser uma opção viável. Em pacientes com sintomas que evoluem por algumas horas, até um limite de 12 horas, a fibrinólise, se considerada de acordo com as diretrizes da AHA (2020), pode reduzir a mortalidade em cerca de 47%. No entanto, após 24 horas com quadro clínico sugestivo, a terapêutica fibrinolítica não deve ser priorizada; em vez disso, recomenda-se a realização de uma coronariografia para melhor estratificação e tratamento do evento agudo (Ibanez et al., 2017).

Em casos de SCA com elevação do segmento ST, mas de menor gravidade, observa-se que, nas primeiras 3 horas de dor torácica, a realização de uma angioplastia não apresenta benefícios significativos, conforme indicam as diretrizes da AHA (2020) e os estudos de Xavier e Setta (n.d.). Em caso de uso de fibrinolíticos, deve-se ter em conta as contraindicações absolutas e relativas, indicadas na tabela 1.

Tabela 1*Contraindicações absolutas e relativas para o uso de fibrinolíticos*

Contraindicações Absolutas	Contraindicações relativas
Qualquer hemorragia intracraniana; Lesão vascular cerebral estrutural; Neoplasia cerebral maligna, com metástases ou primária; AVC isquémico recente (3 meses); Suspeita de disseção da aorta; Hemorragia ativa ou suspeita; TCE ou traumatismo facial fechado nos últimos 3 meses; Cirurgia intracraniana ou espinal medula nos últimos 2 meses; HTA grave, não controlada; Fibrinólise com estreptoquinase nos últimos 6 meses;	HTA crónica, grave ou mal controlada; HTA significativa no momento agido (PAS maior que 180mmhg e PAD maior que 110mmhg); AVC isquémico há cerca de 3 meses; Síndrome demencial; RCP traumática ou prolongada, mais que 10 min, se suspeita de SCA; Grande cirurgia, menos de 3 semanas; Histórico de hemorragia interna recente (2 a 4 semanas); Gravidez; Úlcera gástrica ativa; Terapêutica anticoagulante oral; Punções vasculares não compressíveis; Doença hepática grave;

Fonte: (AHA, 2020)

Sob outra perspetiva, se o paciente chega ao SU com acesso, mas sem disponibilidade imediata, para angioplastia primária, a equipa responsável tem até 120 minutos para o transferir para uma unidade de terceira linha onde o procedimento possa ser concluído, encerrando o TIT. No caso de admissão numa unidade central, o prazo para realizar a angioplastia é de até 90 minutos, em conformidade com as boas práticas recomendadas por Soar et al. (2021) e pela AHA (2020).

Neste mesmo grupo de doentes, deverão ser executados os seguintes procedimentos, de acordo com Ibanez et al. (2017): administração de oxigénio (O₂) quando se verificam SPO₂ a menos de 90%, ou sinais de hipoxia; administração de vasodilatadores, exceto caso se verifiquem sinais de falência do Ventrículo Direito (VD), ou mesmo instabilidade hemodinâmica; administração de ácido acetilsalicílico (AAS) - (160 – 325 mg PO); ter em consideração a administração de AAS endovenosa; ter em consideração a aplicação de nitroglicerina; ter em consideração a administração de analgesia opioide; ter em consideração o uso de inibidores P2Y₁₂, para dupla antiagregação plaquetária; ter em conta que o uso de analgesia opioide é controverso,

devido à provocação de défice de absorção de estatinas; realizar monitorização em pás; realizar a canulação de dois acessos venosos; realizar o envio de amostras sanguíneas para a patologia clínica e imunohemoterapia; ter sempre em consideração os sinais de gravidade da doença; verificar sempre o contexto clínico e primário do início do quadro clínico; promover a integração do próprio doente e família no quadro de tratamento; proceder ao encaminhamento do doente para a sala de cateterismo. De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia (2024), apesar de se recorrer ao uso de fibrinolíticos numa fase aguda, quando o doente se encontra estável, este deverá, numa fase secundária ou eletiva, realizar uma angioplastia primária, devendo, sempre, ser acompanhada pela realização de uma coronariografia.

Relativamente ao segundo e terceiro grupo, SCA sem supra de ST e angina instável, os mesmos podem ser integrados num só grupo, ressalvando as diferentes características entre ambos, como foi já referido. De acordo com Periotto et al. (2008), a angina instável caracteriza-se por uma dor torácica que pode ser intensa e persistir por mais de 20 minutos. No entanto, ao contrário de outras condições semelhantes, os níveis de biomarcadores não apresentam uma elevação acentuada. Já a mioglobina tende a subir rapidamente na fase inicial do quadro clínico. Atendendo às respetivas semelhanças de apresentação, nesta fase aguda, podemos integrar um conjunto de medidas e procedimentos comuns, de acordo com Ibanez et al. (2017): administração de O₂ quando se verificam SPO₂ a menos de 90% ou sinais de hipoxia; administração de vasodilatadores, exceto caso se verifiquem sinais de falência do VD, ou mesmo instabilidade hemodinâmica; administração de ácido acetilsalicílico (AAS) - (160 – 325 mg PO); ter em consideração a administração de AAS endovenosa; ter em consideração a aplicação de nitroglicerina; ter em consideração a administração de analgesia opioide; ter em consideração o uso de inibidores P2Y₁₂, para dupla antiagregação plaquetária; ter em conta que o uso de analgesia opioide é controverso, devido à provocação de défice de absorção de estatinas; realizar a monitorização em pás e, se possível, com tradução e vigilância por telemetria; se não existir a monitorização em pás, ter sempre um monitor desfibrilador com fácil acesso; realizar a canulação de dois acessos venosos; proceder ao envio de amostras sanguíneas para a patologia clínica e imunohemoterapia; ter sempre em consideração os sinais de gravidade da doença; ter em consideração a possibilidade de realizar ECG em série; realizar a colheita de marcadores de necrose miocárdica em série, em intervalos de duas a quatro horas; deve verificar-se o contexto clínico e primário do início do quadro clínico; deve promover-se a integração do próprio doente e família

no quadro de tratamento; monitorizar o desenvolvimento do caso clínico; agilizar o processo multidisciplinar. Deste modo, é crucial uma metodologia adequada, tendo sempre como foco o doente agudo, com vista à diminuição do TIT. Uma vigilância adequada, durante a fase aguda, de acordo com as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (2024), deve estar sempre alinhada com as novas orientações e práticas inovadoras, de modo garantir cuidados de qualidade.

2 - DOR TORÁCICA

A dor torácica é uma queixa clínica comum, que pode indicar condições que oscilam de benignas a emergências médicas. É identificada como um dos principais motivos de procura pelos serviços de saúde em Portugal e uma componente crítica nos fluxogramas de triagem. Para a existência de um diagnóstico diferencial, é essencial uma caracterização adequada da dor torácica, uma vez que pode apresentar diferentes características. No contexto da triagem, é essencial identificar claramente o discriminador associado, de modo a determinar o grau de gravidade envolvido (Jobé et al., 2018). O Grupo Português de Triagem (2011) destaca a importância deste aspeto, especialmente com a integração das vias verdes. Este processo, baseado numa abordagem primária de "dupla triagem", contribui significativamente para a redução do tempo de espera e, consequentemente, do TIT. Ainda, de acordo com Jobé et al. (2018), é essencial que os profissionais responsáveis pela triagem tenham a devida formação e treino, tendo em conta os critérios de estratificação, elevando, assim, a qualidade assistencial.

Nesse sentido, em Portugal, o Ministério da Saúde definiu como estratégia de triagem a utilizar, com obrigatoriedade, em todos os SU do país, o Sistema de Triagem de Manchester (Costa, 2020). De acordo com Hinkle & Cheever (2021), os aspetos fundamentais a ter em conta são: localização, que permite determinar onde se encontra localizada a dor; qualidade, que permite avaliar se a dor descrita é opressiva, em queimação, pungente, em facada ou difusa; intensidade, onde são utilizadas escalas validadas para medir a intensidade da dor, em escala numérica (0-10); irradiação, em que se investiga se a dor se irradia para outras áreas (mandíbula, ombro esquerdo ou braço esquerdo); duração, questionando-se acerca da duração da dor (transitória, contínua ou intermitente); fatores precipitantes e de alívio, sendo identificadas as atividades ou condições onde a dor é desencadeada ou aliviada; e, por fim, a associação com outra sintomatologia, onde se verifica a existência de náuseas, sudorese, dispneia ou tonturas. Segundo Carpenito (2019), no diagnóstico de enfermagem, uma avaliação sistematizada deve abranger escalas de dor e uma abordagem multidimensional, para que seja possível correlacionar a dor com possíveis causas clínicas. Alguns utentes podem apresentar sintomas atípicos, sobretudo em grupos particulares. Pessoas com idade avançada, por exemplo, podem relatar sintomas vagos, como fadiga extrema, dispneia sem dor evidente, confusão mental ou mal-estar geral; Pessoas do sexo feminino, muitas vezes, apresentam

sintomas não clássicos, como desconforto epigástrico, náuseas, ansiedade e opressão torácica leve; e pessoas com diabetes *mellitus* podem não apresentar dores significativas, apresentando-se com dispneia, sudorese e fadiga como sintomatologia predominante, devido à neuropatia autonómica (Ignatavicius & Workman, 2020).

Dada a amplitude das patologias cardiovasculares, é essencial que os enfermeiros, que constituem o grupo profissional com mais contacto direto com estes pacientes, disponham de ferramentas eficazes de monitorização e vigilância contínua, para reconhecer precocemente os critérios de gravidade. A relevância destas estratégias de observação para grupos vulneráveis nos serviços de saúde, especialmente nos SU ou em departamentos de emergência, tem um impacto direto na qualidade de vida da população. Como observado por Ferreira (2003), tal abordagem é um dos indicadores de referência, e deve ser replicada em todos os PNS, tendo sempre em consideração o peso das comorbilidades e o seu paralelismo económico. Neste contexto, é crucial alcançar uma sustentabilidade autónoma do sistema de saúde, como indicado pelo mais recente PNS (DGS, 2022), que sugere uma inversão deste processo, promovendo a responsabilização dos pacientes sobre a própria saúde e o aumento da literacia em saúde. Esta abordagem inclui a agilização de procedimentos para a rápida estratificação dos pacientes em falência cardíaca nos serviços críticos. Em Portugal, os dados recolhidos e submetidos nas plataformas de interligação, como a PORDATA, são posteriormente analisados por entidades governamentais e utilizados como indicadores de qualidade em saúde, reforçando a importância da criação de *scores* e ferramentas de monitorização para uma melhor caracterização dos pacientes.

3 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA COM DOR TORÁCICA

A vigilância contínua é essencial em todo o tipo de doentes críticos. No entanto, em pacientes com patologias cardiovasculares, o recurso a ferramentas e/ou estratégias específicas para uma estratificação de risco torna-se ainda mais crucial para uma avaliação aprimorada do risco cardiovascular. Isto ganha especial relevo no tratamento do doente crítico em contexto de urgência, pois é necessária uma monitorização constante da sua condição clínica. Fatores como a idade, história clínica e antecedentes clínicos, assim como a monitorização eletrocardiográfica as observações ou dados analíticos, são essenciais para uma minimização do TIT. Rocha (2016) refere, também, a importância das escalas de estratificação de risco cardiovascular, já dentro dos fluxogramas específicos para a via verde de dor torácica. Neste processo contínuo, ressalva-se, também, a importância dos cuidados de saúde primários e o acompanhamento no pós-alta de eventos críticos. Esta abordagem é fundamental para obter resultados eficazes e sustentáveis, contribuindo para a qualidade do atendimento dos doentes com doenças cardiovasculares, em estado crítico.

Na literatura, é dada especial importância às “ferramentas de monitorização” e à criação de escalas de identificação estandardizadas e parametrizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Estas escalas atribuem, de acordo com o grau de risco identificado, um *score* ao doente, categorizando-o, ao nível do risco, como: “baixo”, “médio” ou “alto”. Em Portugal, não existe nenhuma escala validada para utilização nestes doentes, na área das PCV, no entanto existem linhas de orientação, tal como referem as normas da Direção Geral de Saúde (2013/2015). Nesta perspetiva, e de forma a acompanhar as boas políticas de *benchmarking*, é crucial a implementação deste tipo de escalas ou *scores* de risco cardiovascular para a minimização do quadro agudo dos doentes com dor torácica, e para a melhoria da gestão de cuidados.

Em síntese, as escalas de monitorização refletem-se positivamente no cuidado ao paciente, conforme evidenciado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, pela Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular e pela própria Direção-Geral de Saúde (DGS), que as destacam nas suas normas e orientações.

Esta área clínica caracteriza-se como uma componente multidisciplinar contínua e otimizada, e promove uma dinâmica interativa dentro do SU e ao nível departamental, com processos que devem ser inócuos e com foco na qualidade dos cuidados de saúde.

Isto vai ao encontro ao que referem algumas plataformas de formação em urgência e emergência, como a American Heart Association (AHA) e o European Resuscitation Council, que apontam ações rápidas e otimizadas, como a precoce ressuscitação cardiopulmonar e a utilização de desfibrilação em casos de paragem cardiorrespiratória, como fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados.

Deverá, assim, existir um ambiente de constante otimização dos cuidados de saúde e procura de novas linhas ou estratégias de tratamento, através do investimento na formação em enfermagem, com foco, em simultâneo, na investigação científica, para garantir uma prática adequada, baseada na evidência. A formação em contexto de SCA é, então, fundamental para as boas práticas de enfermagem, uma vez que garante a identificação precoce das queixas e sintomatologia, uma adequada gestão clínica e um cuidado contínuo aos pacientes. Destaca-se, por exemplo, a criação de núcleos formativos em investigação, organizados por áreas de acordo com as especialidades de enfermagem, em algumas unidades hospitalares do país. Esta iniciativa reflete uma das políticas promovidas pela Ordem dos Enfermeiros para a implementação de projetos de melhoria contínua nos serviços hospitalares. Para além disso, as condições inicialmente caracterizadas, como a angina instável e o enfarte do miocárdio, exigem intervenções rápidas e bem coordenadas. Nesse sentido, a atualização dos conhecimentos sobre os protocolos de atendimento, monitorização cardíaca, administração de medicamentos, como antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, e estratégias de prevenção secundária são, também, fundamentais (Morais, Silva & Leite, 2022).

Nesse sentido, a investigação, com vista à evolução contínua do conhecimento científico, é fundamental para elevar os cuidados de enfermagem a um nível estruturado e alinhado com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros. A mesma, através da definição do ato de enfermagem no Diário da República, n.º 131 (Ordem dos enfermeiros, 2022), enfatiza esta dinâmica, procurando promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. O objetivo é, assim, aumentar o número de anos de vida com qualidade (*QUALYs*) e reduzir o número de anos de vida com incapacidade (*DAILYs*) da população.

Neste contexto, a implementação de políticas de *benchmarking*, a utilização de ferramentas inovadoras, como a criação de novas escalas, e a validação rigorosa dessas mesmas ferramentas são essenciais para objetivar o sofrimento e os danos estruturais do miocárdio.

Outro processo indispensável ao sucesso dos cuidados de enfermagem é o encaminhamento diferenciado, uma vez que assegura que o paciente seja encaminhado para o nível de cuidado adequado, seja em unidades de terapia intensiva, unidades coronárias ou acompanhamento ambulatorio, com base na caracterização do quadro clínico. Este encaminhamento deve ter como base a contínua avaliação do risco, dado que uma abordagem adequada e bem fundamentada contribui, significativamente, para resultados positivos e redução da mortalidade associada à SCA (Silva & Costa, 2021).

Num futuro próximo, tecnologias mais avançadas, como a inteligência artificial, adaptada aos *softwares* de monitorização, poderão aprimorar as estratégias de vigilância, alertando quer os profissionais quer os próprios doentes para a ocorrência imediata, ou o risco de ocorrência, de falência miocárdica (Martins et al, 2024). Porém, até não se ter acesso a esse nível de tecnologia, é essencial aproveitar as políticas de boas práticas, como as escalas de monitorização contínuas e precisas, o nível formativo e integrado para o tratamento destes doentes em situação crítica e o adequado e fundamentado encaminhamento diferenciado.

PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

1- METODOLOGIA

No enquadramento empírico são apresentados todos os procedimentos e a respetiva metodologia que guiaram o estudo, uma vez que se trata de um processo devidamente esquematizado, para obter respostas à questão de investigação. Segundo Fortin (2009), este processo está enquadrado numa temática de forma a aprofundar os conhecimentos e a obter as respostas a essa mesma pertinência, com um quadro estrutural e um conjunto de regras dentro do processo de investigação.

Todo o processo de investigação deverá apresentar uma matriz, que assente numa padronização de procedimentos e de instruções bem standardizadas, de forma que toda a caracterização seja o alicerce da projeção do estudo. Pois, de acordo com Vilelas (2020), trata-se de um conjunto de procedimentos bem sistematizados e vinculados, com uma componente científica marcada e uma estrutura organizada de forma a dar resposta às questões de investigação.

De acordo com Vilelas (2020), o processo de investigação, decorre na origem e pertinência de qualquer tentativa de estudo e de uma maior abrangência de conhecimentos, de forma a tentar dar resposta a lacunas que temos em causa, como outras que possam surgir. Desta forma o objetivo final será sempre chegar a uma conclusão efetiva com uma estrutura sequencial e metodológica adequada.

Os paradigmas da investigação poderão ter vários sistemas de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá ao seu alcance, tal como refere, (Coutinho et al., 2009), nas múltiplas abordagens e na construção de uma caminho estrutural. Por conseguinte também refere que este deverá ter em conta as técnicas e princípios que podem ser entendidos com métodos, determinando-se assim conjunto de procedimentos suficientes e gerais por serem comuns às diferentes ciências, com uma capacidade didática e uma carga de cientificidade marcada.

1.1 - Tipo de estudo

Tendo como base os objetivos delineados, foi desenvolvido um estudo observacional, analítico-transversal, de cariz quantitativo.

Segundo Ribeiro (2010), os estudos analíticos-transversais têm como objetivo, num único momento, explicar os resultados através da análise das relações estatísticas

entre as variáveis. De acordo com Usher, citado por Coutinho (2021), um estudo quantitativo é uma abordagem eficaz e relevante para compreender a investigação científica, focando-se no estudo de factos e eventos observáveis, na identificação de causas e na medição de variáveis. Para Fernandes et al. (2020) a característica principal do estudo quantitativo é a utilização da estatística na recolha e tratamento dos dados, permitindo ao investigador traduzir os conhecimentos obtidos em números (Prodanov & Freitas, 2013)

1.2 - População e amostra

A população é definida como o conjunto de pessoas ou elementos que compartilham uma característica comum e para os quais se pretende generalizar os resultados (Coutinho, 2021). Segundo Freire e Pattussi (2018), trata-se de um grupo de indivíduos que possuem as características necessárias e previamente definidas para o desenvolvimento do estudo, sendo também o grupo do qual pode ser extraída uma amostra. Assim, a população em estudo diz respeito a todos os enfermeiros a exercer funções no SU de uma unidade local de saúde do norte do país, correspondendo a 97 enfermeiros.

Para a seleção da amostra, como critérios de inclusão, consideraram-se os enfermeiros que exerciam as suas funções na prestação direta de cuidados de enfermagem. Como critérios de exclusão consideraram-se os enfermeiros que não se encontrassem no ativo no momento da recolha de dados (por incapacidade temporária para o trabalho, gozo de férias, licença parental). Aplicados os critérios, e com base na técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, obteve-se uma amostra de 73 enfermeiros, que aceitaram voluntariamente participar no estudo.

1.3 - Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

Para avaliar o conhecimento dos enfermeiros acerca do risco de ocorrência de SCA, foi construído um IRD para esse efeito, através de um *consulting* com pessoas da área, nomeadamente, três enfermeiros especialistas na área da pessoa em situação crítica, dois cardiologistas da urgência e um cardopneumologista da urgência e, ainda, com base na literatura científica mais atual. Este questionário encontra-se dividido em 2 partes (Apêndice I). Sendo a primeira parte para o conhecimento e caracterização

sociodemográfica e profissional da amostra e a segunda, constituída por 20 questões, de forma a avaliar o objetivo geral do estudo, ou seja, o conhecimento do risco de ocorrência da SCA na pessoa com dor torácica pelos enfermeiros de um SU de uma unidade local de saúde do norte do país. A segunda parte do questionário aborda os temas: risco de ocorrência do SCA, monitorização contínua dos fatores de risco e TIT. Para o desenvolvimento deste questionário, foi aplicado um pré-teste envolvendo 4 elementos do serviço de urgência, para testar a compreensão das questões e o tempo necessário para o seu preenchimento, não tendo sido levantada qualquer dúvida, pelos participantes, acerca das questões.

Nesta investigação, a variável dependente corresponde ao conhecimento dos enfermeiros do risco de ocorrência de SCA, avaliado com base na classificação obtida (0-100), no qual quanto maior a pontuação, maior o conhecimento. As variáveis independentes correspondem às variáveis sociodemográficas e profissionais: idade, sexo, estado civil, pessoas e filhos do agregado familiar), categoria profissional, vínculo profissional, área de especialidade, tempo de exercício profissional e habilitações académicas e o nível de interesse de formação na área das PCV.

1.4 - Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

O estudo foi previamente submetido à Comissão de Ética, tendo obtido parecer favorável quanto à sua realização, e com posterior autorização do conselho de administração (Anexo I). Todo o processo de recolha se encontra integrado nas regras do serviço, em que o IRD, se encontra na sala de coordenação, com autorização da enfermeira gestora e coordenadora, e os enfermeiros preenchem e arquivam numa pasta própria. O período de recolha da amostra, decorreu ao longo de 2 meses, de 1 de Setembro a 31 de Outubro de 2024. No início do protocolo de investigação disponibilizou-se o consentimento informado e a informação necessária acerca da investigação. Realizado convite para participação voluntária.

1.5 - Procedimentos de tratamento de dados

As várias análises estatísticas apresentadas ao longo deste trabalho foram realizadas com recurso ao programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.

Para a análise da normalidade da amostra, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, uma vez que é o mais adequado para uma amostra igual ou superior a 30 (Marôco, 2018).

Para a análise dos dados recolhidos foram utilizados procedimentos de estatística descritiva e inferencial. Para a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, e avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica, foram utilizadas medidas de estatística descritiva como: frequências absolutas (n) e relativas (%) e medidas de tendência central, como a média (M), o desvio padrão (DP) e os valores mínimos e máximos, assimetria e curtose.

Para estudar a relação entre o conhecimento (pontuações médias) sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica e o perfil sociodemográfico e profissional da amostra recorreu-se a técnicas de estatística inferencial, como o teste T para duas amostras independentes e o teste ANOVA para mais do que duas amostras, para um grau de significância $p < 0,05$. Previamente à realização destas análises, procedeu-se à análise dos pressupostos, mais especificamente, ao estudo da normalidade das variáveis em estudo. Nesta análise, teve-se em consideração a análise da homogeneidade das variâncias entre os grupos (analisada com o teste de *Levene*). De referir que nas categorias com apenas um indivíduo, estes foram excluídos para aplicação do teste T.

Para a estatística correlacional, valores acima de 0,90 foram considerados muito fortes, valores entre 0,70 e 0,90 considerados fortes, valores entre 0,50 e 0,70 considerados moderados, valores entre 0,30 e 0,50 considerados fracos, e valores abaixo de 0,30 considerados negligenciáveis (Mukaka, 2012).

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

2.1 – Resultados

Neste subcapítulo apresentam-se os resultados com base em cada objetivo específico delineado.

2.1.1 - Perfil sociodemográfico e profissional da amostra

A amostra é constituída por 73 enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica do Norte, com idades compreendidas entre os 24 e os 61 anos, com uma idade média de $33,58 \pm 7,33$ anos.

Quanto ao sexo, 68,5% dos participantes são do sexo feminino, 28,7% do sexo masculino, 1,4% com outro sexo e 1,4% com sexo não declarado.

Relativamente às habilitações académicas e profissionais, 61,6% da amostra detém, somente, a licenciatura. Quanto ao exercício profissional de enfermagem, 83,6% da amostra tem contrato por tempo indeterminado e 23,3% da amostra são enfermeiros especialistas. Desses mesmos, 28,8% são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (Tabela 2).

No que concerne à experiência profissional da amostra, o tempo de exercício profissional varia entre os 2 e os 32 anos, com experiência média de $10,27 \pm 6,69$ anos. Já o tempo de exercício profissional no serviço de urgência varia entre 1 e 32 anos, com experiência média de $6,15 \pm 6,51$ anos. O sexo masculino apresenta uma experiência média de tempo de exercício profissional no serviço de urgência de $10,10 \pm 7,26$ anos, enquanto o sexo feminino apresenta uma média de $4,14 \pm 4,16$ anos.

Quanto à formação nas PCV e/ou via verde coronária nos últimos dois anos, 57,5% da amostra não teve formação nos últimos dois anos (Tabela 2). No entanto, todos os participantes da amostra consideram importante a formação na via verde coronária, numa vertente multidisciplinar.

TABELA 2*Perfil sociodemográfico e profissional da amostra*

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Sexo		
Masculino	21	28,7
Feminino	50	68,5
Outro	1	1,4
Não declarado	1	1,4
Estado Civil		
Solteiro	32	43,8
Casado	30	41,1
União de facto	5	6,8
Divorciado	5	6,8
Viúvo	1	1,4
Agregado familiar		
1	12	16,4
2	15	20,5
3	18	24,7
4	21	28,8
5	6	8,2
Filhos		
Sim	30	41,1
Não	43	58,9
Nº de filhos no agregado familiar		
0	32	43,8
1	15	20,15
2	10	13,7
3	3	4,1
4	1	1,4
Habilitações académicas e profissionais		
Licenciatura	45	61,6
Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem	16	21,9
Mestrado	12	16,4
Vínculo profissional com a entidade empregadora		
Contrato a termo certo	11	15,1
Contrato por tempo indeterminado	61	83,6
Contrato em funções públicas	1	1,4
Categoria profissional		
Enfermeiro	56	76,7
Enfermeiro especialista	17	23,3
Área de enfermagem de especialidade		
Enfermagem Comunitária	1	1,4
Enfermagem Médico-Cirúrgica	21	28,8
Enfermagem de Reabilitação	1	1,4
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1	1,4
Formação nas patologias cardiovasculares e/ou via verde coronária nos últimos dois anos		
Sim	31	42,5
Não	42	57,5

2.1.2 - Conhecimento dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica

Para avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica foram calculados os valores métricos da variável “conhecimento”, observáveis na tabela 3, que dizem respeito ao total de respostas corretas para cada participante na prova de conhecimentos. Nesse sentido, foram calculados os valores de referência “média”, “desvio-padrão”, “mínimo”, “máximo”, “assimetria” e “curtose”. O valor médio para a variável “conhecimento” foi de 56,03 (DP = 13,51), com valores observados entre 25 e 100. O coeficiente de assimetria (0,214) indica uma distribuição ligeiramente enviesada à direita, enquanto a curtose (0,788) indica uma elevada concentração de valores em torno da média. Esta análise descritiva sugere que a variável “conhecimento” apresenta uma distribuição próxima da normalidade.

TABELA 3

Estatística descritiva da variável conhecimento

	M	DP	Mínimo	Máximo	Sk	Ku
Variável conhecimento	56,0	13,5	25	100	0,214	0,788

Para melhor compreensão da variável “conhecimento”, foi analisada a estatística descritiva de cada um dos itens da prova de conhecimentos, com recurso à frequência absoluta e relativa (tabela 4). A percentagem das respostas em que a maioria da amostra respondeu corretamente corresponde a 60%, o que significa que em 40% das respostas, a maioria da amostra respondeu incorretamente. As questões 2, 5, 11, 15, 16, 17 e 20 foram as que apresentaram os melhores resultados, com percentagens da amostra a responder corretamente superiores a 72,6%. Já as questões 13, 14 foram as que apresentaram piores resultados, com percentagens da amostra a responder erradamente superiores a 78%. Relativamente aos restantes itens, as questões 3, 6, 8, 10 e 19 apresentaram uma percentagem de respostas corretas entre 52,1% e 65,8%, e as questões 1, 4, 7, 9, 12 e 18 apresentaram uma percentagem de respostas erradas entre 52,1% e 64,4%. Neste sentido existe uma discrepância de respostas assertivas, com uma diferença significativa, sobretudo nos itens ou questões 7, 9, 12, 13 e 14.

TABELA 4*Estatística descritiva dos itens da prova de conhecimentos*

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Questão 1: Na Via verde Coronária, na realização do eletrocardiograma (ECG) deve-se (...):		
Certo	35	47,9
Errado	38	52,1
Questão 2: Perante um doente com suspeita de SCA no Serviço de Urgência (SU), qual a afirmação correta?		
Certo	60	82,2
Errado	13	17,8
Questão 3: Qual a apresentação clínica que se enquadra melhor numa dor torácica de características isquémicas?		
Certo	48	65,8
Errado	25	34,2
Questão 4: Qual considera que será o (s) grupo (s) etário (s) mais suscetível de ter um evento agudo de SCA?		
Certo	31	42,5
Errado	42	57,5
Questão 5: Quais os fatores de risco mais determinantes na origem de um evento de SCA?		
Certo	53	72,6
Errado	20	27,4
Questão 6: Num doente com isquemia do miocárdio, deverá ter em conta:		
Certo	40	54,8
Errado	33	45,2
Questão 7: Quais as alterações eletrocardiográficas mais sugestivas de SCA?		
Certo	25	34,2
Errado	48	65,8
Questão 8: Quando se apresenta um doente com SCA, com Supra de ST, refira qual a respetiva localização:		
Certo	38	52,1
Errado	35	47,9
Questão 9: Um doente com supra de ST em AVR associado a infra de ST, generalizado, com quadro clínico marcado o que sugere?		
Certo	28	38,4
Errado	45	61,6
Questão 10: Perante a suspeita de Enfarte do ventrículo direito (EVD), deve ter em conta:		
Certo	42	57,5
Errado	31	42,5
Questão 11: Num doente com presença de SCA, mas sem supra de ST, qual a atitude mais correta?		
Certo	57	78,1
Errado	16	21,9
Questão 12: Qual considera uma monitorização de qualidade na presença de um evento agudo?		
Certo	26	35,6
Errado	47	64,4

Questão 13: A seriação das troponinas de alta sensibilidade, após a primeira colheita, deverá ser realizada:		
Certo	16	21,9
Errado	57	78,1
Questão 14: Qual acha que será o valor do limite da normalidade das troponinas de alta sensibilidade?		
Certo	8	11,0
Errado	65	89,0
Questão 15: Quando se considera um doente com provável SCA?		
Certo	55	75,3
Errado	18	24,7
Questão 16: Das seguintes escalas, qual/quais permite(m) a avaliação de risco de eventos cardíacos na pessoa com suspeita de síndrome coronária aguda (SCA)?		
Certo	60	82,2
Errado	13	17,8
Questão 17: O que se entende de Tempo de isquemia total, (TIT), num doente com dor torácica?		
Certo	58	79,5
Errado	15	20,5
Questão 18: Qual o objetivo para uma monitorização do risco de um evento agudo de SCA?		
Certo	33	45,2
Errado	40	54,8
Questão 19: Qual a estratégia de tratamento comum e adequada para os SCA com supra de ST e infra de ST?		
Certo	40	54,8
Errado	33	45,2
Questão 20: Na abordagem dos doentes com suspeita de SCA, qual a atitude mais correta?		
Certo	65	89,0
Errado	8	11,0

2.1.3 - Relação entre o conhecimento sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica e o perfil sociodemográfico e profissional da amostra

Para estudar a relação entre o conhecimento sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica e as variáveis idade, nº agregado familiar, nº de filhos do agregado familiar, tempo de exercício profissional e tempo de serviço de urgência da amostra foram calculadas correlações de *Pearson*, cujos resultados se encontram descritos na tabela 5. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as pontuações médias do conhecimento e a idade, nº agregado familiar e nº filhos do agregado familiar. Por sua vez, a variável conhecimento apresenta uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa com a variável tempo de serviço de urgência ($r = 0,329$).

TABELA 5*Relação entre o conhecimento e variáveis sociodemográficas e profissionais*

	1	2	3	4	5	6
1. Idade	-					
2. N° Agregado familiar	,217	-				
3. N° Filhos do agregado familiar	,632**	,602**	-			
4. Tempo de exercício profissional	,947**	,229	,601**	-		
5. Tempo de serviço de urgência	,838**	,115	,445**	,849**	-	
6. Conhecimento	,201	,124	,208	,240	,329*	-

** p < 0,01; * p < 0,05

Para estudar a relação entre o sexo, filhos, vínculo profissional, categoria profissional e formação em patologias cardiovasculares e/ou via verde coronária dos participantes e o conhecimento (pontuações médias), foi calculado um teste t de student para amostras independentes (cf. Tabela 6). Os resultados revelaram a existência de uma diferença estatisticamente significativa na variável “conhecimento” em função da variável sexo (p = 0,022), no qual os enfermeiros do sexo masculino apresentam pontuações médias mais elevadas que os do sexo feminino. Nas restantes, não se constatarem diferenças estatisticamente significativas

TABELA 6*Estatísticas de grupo e do teste t de student do conhecimento (pontuações médias) consoante as variáveis sociodemográficas e profissionais*

Variáveis	N	M	DP	T	P	D
Sexo						
Feminino	50	53,600	12,659	2,346	0,022	0,610
Masculino	21	61,667	14,520			
Filhos						
Não	43	53,837	12,043	-1,679	0,098	-0,399
Sim	30	59,167	15,033			
Vínculo profissional						
Contrato a termo certo	11	53,182	14,365	-0,737	0,464	-0,241
Contrato por tempo indeterminado	61	56,475	13,520			
Categoria Profissional						
Enfermeiro	56	57,321	12,720	1,592	0,116	0,451
Enfermeiro Especialista	16	51,250	15,864			
Formação em patologias cardiovasculares e/ou via verde coronária						
Não	42	55,595	12,697	-0,316	0,753	-0,075
Sim	31	56,613	14,742			

Nota: n= n° de participantes; M= Média; DP= Desvio padrão; T= estatística de teste; p= p-value; d= d de Cohen

Realizou-se uma *One-way ANOVA* para estudar a relação entre o conhecimento (pontuações médias) e as habilitações académicas e profissionais dos participantes (cf. Tabela 7). A análise dos resultados mostrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações académicas profissionais e o conhecimento ($F(2, 69) = 0,492; p = 0,614; \eta^2 = 0,014$) e entre o estado civil e o conhecimento ($F(3, 68) = 2,609; p = 0,059; \eta^2 = 0,103$).

TABELA 7

Estatísticas de grupo e do teste ANOVA do conhecimento consoante as habilitações académicas e profissionais e estado civil

Variáveis	n	M	DP	F	P	η^2
Habilitações académicas e profissionais						
Licenciatura	45	57,111	11,000	0,492	0,614	0,014
Curso Pós-licenciatura em Enfermagem	16	55,313	18,025			
Mestrado	12	52,917	15,877			
Estado civil						
Casado	30	58,833	15,351	2,609	0,059	0,103
Divorciado	5	65,000	7,906			
Solteiro	32	52,656	11,215			
União de facto	5	48,000	10,954			

Nota: n= nº de participantes; M= Média; DP= Desvio padrão; F= estatística de teste; p= p-value; η^2 = tamanho do efeito

3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Relativamente ao primeiro objetivo da presente investigação, a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, verificou-se que o número de participantes solteiros e casados é equivalente, mais de metade da amostra não tem filhos e realizou somente a licenciatura, menos de um quarto é especialista e mais de quatro quintos da amostra tem contrato por tempo indeterminado. A amostra é constituída, maioritariamente, por participantes do sexo feminino, o que vai ao encontro aos números apresentados pelo INE (2025), segundo o qual a percentagem de enfermeiros do sexo feminino varia entre, aproximadamente, 79% a 83%. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de a profissão de enfermagem ser considerada, culturalmente, como mais adequada ao sexo feminino. A experiência de trabalho média da amostra é 10 anos, e a experiência de trabalho no SU é de 6 anos, com o sexo masculino a apresentar mais do dobro de tempo de experiência média no serviço de urgência que o sexo feminino. Estes resultados poderão ser explicados pela possibilidade do sexo masculino receber maior valorização no contexto de urgência em enfermagem, ou ter mais procura pelo mesmo. A investigação de Oliveira e Queirós (2015) concluiu que o sexo masculino apresenta pontuações estatisticamente mais elevadas nos domínios técnico-clínicos: planeamento de cuidados, gestão, liderança e docência, sendo muitas destas competências valorizadas no contexto de urgência. Para além disso, o sexo masculino também tem tendência para fazer mais horas e escolher turnos menos conciliáveis nos serviços de urgência, o que leva a acumular mais horas de experiência, e tem tendência a apresentar uma maior “despersonalização”, o que permite lidar melhor com o elevado stress característico do SU (Cruz et al., 2018).

Em relação ao conhecimento da amostra sobre o risco de ocorrência de SCA na pessoa com dor torácica, os resultados revelaram que o mesmo está longe daquilo que seria considerado ideal. Os profissionais de enfermagem têm direcionado esforços significativos à investigação de padrões de qualidade e saúde no trabalho, essenciais para o bem-estar pessoal e profissional dos profissionais de saúde. No entanto, dado o foco nestas variáveis, pode não existir um esforço de investigação equivalente de conhecimentos técnicos e práticos relevantes para a prática profissional de enfermagem, o que diminui a sensibilização e o conhecimento dos enfermeiros para estas variáveis. Nesse sentido, pode haver pouca proatividade na procura de conhecimento, sobretudo em áreas específicas, como a doença crítica, sendo este conhecimento indispensável para

garantir a qualidade assistencial dos serviços de enfermagem (Jobé et al., 2018). Em contrapartida, verifica-se uma postura de investigação reativa, uma vez que estes temas são mais específicos e exigem mais recursos para serem investigados. O facto de 57,5% da amostra não ter tido formação sobre a via verde coronária nos últimos dois anos também pode servir como indicador da falta de formação da amostra acerca do risco de ocorrência de SCA na pessoa com dor torácica, o que diminuirá, inevitavelmente, o seu conhecimento nesta problemática. Para além disso, na formação académica aborda-se, de forma geral, a patologia cardíaca. No entanto, outros tópicos mais específicos, como a transcrição eletrocardiográfica, a exploração dos fatores de risco e a caracterização e monitorização destes eventos agudos são pouco explorados, o que também pode contribuir para um baixo conhecimento sobre o risco de ocorrência de SCA na pessoa com dor torácica (Silva, 2016; Pina, 2020; Catarino, 2023).

As respostas ao item “discussão multidisciplinar” também podem evidenciar pouca priorização ou desconhecimento do tempo adequado à discussão em grupo sobre estas questões, fatores fundamentais para atender a todas as necessidades do paciente (Alves et al., 2024).

Relativamente ao conhecimento e o tempo de exercício profissional e no serviço de urgência, os resultados foram ao encontro esperado, tendo sido verificada uma associação fraca, positiva e estatisticamente significativa entre o conhecimento e a experiência no serviço de urgência. A experiência de trabalho garante, normalmente, um maior conhecimento. No entanto, a experiência no serviço de urgência demonstrou uma associação mais forte com o conhecimento do que o tempo de experiência profissional, o que demonstra que a experiência em si pode não ser suficiente para aumentar o conhecimento, mas sim que esta experiência deve ser rica em prática na área na qual se pretende adquirir mais conhecimento. Estes resultados estão de acordo com a investigação de O’Donnell et al. (2019), segundo o qual os profissionais de enfermagem com experiência em ambientes de emergência têm maior facilidade na priorização e encaminhamento para a realização do ECG.

Em relação à idade e o conhecimento, não foi encontrada associação, o que não foi ao encontro dos resultados esperados, uma vez que é esperado que a experiência aumente, exponencialmente, com a idade. No entanto, estes resultados vão ao encontro dos resultados anteriores, no sentido em que a experiência em si não é o mais importante, mas sim a qualidade e especificidade da mesma. Já Pina (2020) concluiu que a idade tem um efeito significativo nos conhecimentos e na prática baseada em evidências

manifestados pelos enfermeiros. Uma hipótese que apoie estes resultados pode passar pela possibilidade de os enfermeiros mais novos não priorizarem tanto a discussão dos casos em equipa, algo que, segundo Soares et al. (2009), é significativo para a qualidade assistencial. Assim sendo, poderia ser relevante a criação de áreas de decisão clínica, para monitorização de doentes com características específicas.

Em relação ao estado civil, agregado familiar, filhos do agregado familiar e número de filhos, não foi encontrada associação com o conhecimento, o que não foi ao encontro aos resultados esperados, exceto em relação ao estado civil, que não era esperado afetar o conhecimento. Era esperado que, com um maior número de filhos, o investimento na aquisição de conhecimentos fosse menor, devido a uma possível restrição de tempo livre. Cerca de 33% da amostra tem um ou dois filhos, enquanto outros 43% não têm filhos. Assim, é possível que ter até dois filhos não seja suficiente para interferir de forma significativa, a procura de conhecimento e, conseqüentemente, o conhecimento da amostra sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica. Seria necessário um maior número de participantes com mais de dois filhos para confirmar se, desse modo, seria um fator que estivesse relacionado com o conhecimento na amostra.

Em relação às habilitações académicas e profissionais e categoria profissional, não foi encontrada associação com o conhecimento, o que não foi ao encontro aos resultados esperados. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de os cursos pós-licenciatura em enfermagem e especialidades poderem ser realizados em várias áreas da enfermagem, não se aplicando, especificamente, à SCA. Nesse sentido, é possível que o conhecimento relativo à síndrome coronária aguda apenas aumente com cursos pós-licenciatura específicos para esta área, oferecendo as restantes apenas conhecimento pouco aprofundado sobre a área, não sendo o suficiente para se verificar diferenças estatisticamente significativas na amostra. Esta proposta vai ao encontro à afirmação de Salas-Alcantar (2018), segundo o qual a relação entre a teoria e a prática relativamente ao ECG pode melhorar através da formação. Assim, à semelhança da existência de especialidades, é proposto que sejam criados núcleos específicos de formação, com vista a especificar os conhecimentos gerais dos profissionais de enfermagem, deixando-os mais preparados para dar resposta a necessidades específicas.

Em relação ao sexo, foi concluído que o sexo masculino apresenta pontuações médias mais elevadas no conhecimento do que o sexo feminino, corroborado pelos resultados de Pina (2020), segundo o qual os enfermeiros revelam mais conhecimentos

acerca das intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA. Uma hipótese para explicar estes dados passa pelo facto de, na presente amostra, os homens terem mais experiência no SU que, como foi já concluído é contributo para um maior conhecimento.

Em relação ao vínculo profissional e categoria profissional, não foi encontrada associação com o conhecimento na amostra. Estes resultados vão ao encontro daquilo que foi já concluído, no sentido em que o vínculo profissional poderá estar associado a ansiedade ou satisfação com o trabalho, o que poderá contribuir para uma diminuição da qualidade assistencial, mas que essas variáveis não são suficientes, por si só, para afetar o conhecimento da amostra.

Relativamente ao conhecimento e à realização de formação nas patologias cardiovasculares e/ou na via verde coronária, nos últimos dois anos, não foi encontrada associação, o que não foi ao encontro aos resultados esperados. Uma possível explicação para estes resultados passa pela possibilidade da formação realizada não abordar, suficientemente, os aspetos clínicos da SCA, relevantes para a avaliação de conhecimento realizada na presente investigação. Estes resultados indicam, também, que a experiência prática pode ser mais eficaz na aquisição de conhecimentos relevantes, tendo sido esta relação já confirmada na presente investigação. Assim, torna-se evidente que a formação, por ordem a ser eficaz, deve ser caracterizada, tanto quanto possível, por componentes práticas. Estes resultados não vão ao encontro às conclusões de Fares et al. (2019), segundo os quais, após a implementação de um programa educativo, houve melhorias significativas no conhecimento e nas práticas dos enfermeiros, relativamente à avaliação da SCA. Isto corrobora como a eficácia da formação pode ser afetada por fatores como a sua qualidade e motivação e interesse dos participantes.

A reduzida dimensão da amostra, consignada a um único contexto espaço-temporal, e ainda a técnica de amostragem não-probabilística, que não permite a extrapolação de resultados, foram as maiores limitações da presente investigação. Nesse sentido, é recomendado a continuação da investigação no presente tema, para fundamentar as conclusões sobre o conhecimento dos enfermeiros em conhecimentos teóricos e práticos específicos e continuar a explorar o que explica estes níveis de conhecimento, definindo, assim, as medidas adequadas para os complementar, algumas já aqui propostas. Para além disso, é também recomendada a investigação e definição de padrões de qualidade para a formação em enfermagem, procurando garantir a eficácia das mesmas no enriquecimento dos conhecimentos teóricos e práticos dos enfermeiros.

CONCLUSÃO

A presente investigação teve como objetivos realizar a caracterização sociodemográfica e profissional de uma amostra de enfermeiros num SU de uma unidade local de saúde do norte do país, avaliar o seu conhecimento sobre o risco de ocorrência de SCA na pessoa com dor torácica e compreender se, e como, estas variáveis se encontram relacionadas.

Nesse sentido, foi possível atender aos objetivos propostos, verificando-se a predominância do sexo feminino e contratos por tempo indeterminado na amostra e um conhecimento no SCA abaixo do desejado, concluindo-se que a experiência profissional no SU é o fator mais relevante para esta variável, que se revela desigual entre os sexos, com o sexo masculino a apresentar um maior tempo de experiência no serviço de urgência. Concluiu-se que a experiência no SU tem uma relação significativa com o conhecimento (pontuações médias) sobre o risco de ocorrência da SCA, ao contrário da idade e da formação académica.

Apesar da expectativa de que habilitações académicas e formações recentes pudessem traduzir-se em pontuações médias mais elevadas de conhecimento, os resultados sugerem que a experiência prática e a especificidade da formação são elementos mais determinantes. Além disso, a ausência de associações significativas entre outras variáveis sociodemográficas e profissionais, como o estado civil, o número de filhos ou o vínculo profissional e o conhecimento reforça a evidência de que o conhecimento no SCA não depende, pelo menos de forma significativa, de fatores externos. Assim, os principais fatores responsáveis pela pontuação média de conhecimento muito abaixo do desejado, poderão ser controláveis, através da implementação de estratégias mais eficazes, que visa a necessidade de formação contínua e adequada às exigências específicas dos SU em Portugal, para garantir que os conhecimentos dos enfermeiros sejam adequados às exigências do serviço. A criação de núcleos de formação especializados, bem como a definição de padrões de qualidade na formação em enfermagem, também poderão contribuir para a melhoria da resposta clínica dos profissionais de saúde.

O reduzido número de investigações nesta temática foi a principal dificuldade sentida na presente investigação, pelo que a continuidade da investigação nesta área é

recomendada, de forma a aprofundar a compreensão dos principais fatores que se relacionam com o conhecimento na SCA. Assim será essencial fundamentar a implementação de estratégias eficazes para combater a sua falta, de modo a promover de forma contínua uma prática de enfermagem mais segura com um incremento substancial na qualidade, sustentada numa prática baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. K., Lima, F. O. R., Gomes, H. V., Matos, M. W. N., Souza, R. M. C., Gomes, M. R. F., Serra, L. S., Vasconcelos, M. G. A., Machado, M. F., Valdevino, F. P. F. L., Bastos, L. R. O. R., Nascimento, A. P., Silva, M. V. S., Faustino, L., & Lemos, A. M. (2023). O conhecimento do enfermeiro sobre o infarto agudo do miocárdio: Revisão integrativa (Versão 1). *Revista Fisioterapia e Terapia Ocupacional*, 17. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10484249>
- American Heart Association [AHA] (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020. *American Heart Association*, 1–32. https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf
- Briganti, G., & Le Moine, O. (2020). Artificial Intelligence in Medicine: Today and Tomorrow. *Frontiers in Medicine*, 7, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00027>
- Bueno, H. (2019). Epidemiology of acute coronary syndrome. In A. J. Camm, T. F. Lüscher, G. Maurer, P. W. Serruys (Eds.), *The ESC textbook of cardiovascular medicine, 1* (3th ed.), pp 1213-1217. Oxford University Press/European Society of Cardiology. https://www.researchgate.net/publication/327754242_ESC_CardioMed_the_new_electronic_ESC_Textbook_of_Cardiovascular_Medicine/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6Il9kaXJlY3QiLCJwYWdlIjoieX2RpcmVjdCJ9fQ
- Carpenito, L. J. (2019). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica* (15^a ed.). Artmed.
- Carvalho, G., Machado, M. de N., & Maia, L. N. (2005). Infarto agudo do miocárdio e morte súbita documentada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(1), 2003–2006. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2005000100012>
- Catarino, A. R. L. (2023). *Intervenção especializada do enfermeiro na vigilância da pessoa com síndrome coronária aguda* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Científico da ESEL. <https://repositorio.esel.pt/handle/20.500.11816/869>
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. R. (2009). Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*: 13(2), 445–479. <https://hdl.handle.net/1822/10148>

- Costa, F. A., Torres, R. S., & Sousa, C. P. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Cruz, C., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., & Amaral, O. (2018). A satisfação, realização e exaustão dos enfermeiros em Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 361–370. <https://doi.org/10.47454/ijdep.v3iEsp1.505>
- Direção-Geral da Saúde (2013, 19 de março). *Norma n.º 005/2013: Avaliação do risco cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)* (atualizada a 21 de janeiro de 2015). Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052013-de-19032013.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2022). *PNS - 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2024). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares: Linhas de orientação e estratégias integradas*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt>
- Diário da República (2022). *Regulamento n.º 613/2022 de 8-07-2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro*. *Diário da República*, n.º 131, 2.ª Série, 179–182. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Eurostat Statistics Explained (2023). Causes of death statistics. *Eurostat Statistics Explained*, 1–12. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics
- Fares, S., Maghraby, M., EL-shafiey, O., & Mehany, M. (2019). Effect of an educational program on nurses' knowledge and practices regarding assessment of acute coronary syndrome. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 7(19), 108–116. <https://doi.org/10.21608/asnj.2019.74111>
- Fernandes, C., Silva, C., Feijão, G., Fialho, L., Castro, L., Veras, N., Ribeiro, R., & Ramos, S. (2020). *Manual de Metodologia da Pesquisa*. Faculdade Luciano Feijão.
- Ferreira, L. N. (2003). Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 51–63. <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-05-2003.pdf>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Freire, M. do C., & Pattussi, M. (2018). Capítulo 9—Tipos de Estudo. Capítulo 10—Leitura crítica de artigos científicos. Em *Metologia científica: Ciência, pesquisa*. (3ª Edição). Artes Medicas.
- Gesell, S. B., Prvu Bettger, J., Lawrence, R. H., Li, J., Hoffman, J., Lutz, B. J., Grudzen, C., Johnson, A. M., Krishnan, J. A., Hsu, L. L., Zwart, D., Williams, M. V., & Schnipper, J. L. (2021). Implementation of Complex Interventions. *Medical Care*, 59(Suppl 4), S344–S354. <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001591>
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Principios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho*. 1–9. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... & Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119-177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2020). *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (9ª ed.). Elsevier.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. Versão 2.0 (1aed.). INEM. <https://pt.slideshare.net/slideshow/manualsuporteavancadodevida2020pdf/254956644>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Estatísticas da saúde: 2022*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estatísticas da saúde 2023: pessoal de saúde por sexo e profissão*. Lisboa: INE.
- Jobé, J., Ghuyssen, A., & D’Orio, V. (2018). Le triage avancé aux urgences. *Rev Med Liege*, 76(5–6), 229–236. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/242969/1/article%20JOBÉ.pdf>
- Libby, P., & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of coronary artery disease. *Circulation*, 111(25), 3481–3488. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.537878>

- Morais, W. G. de, Silva, J. B. da, & Leite, C. (2022). *A enfermagem frente ao atendimento de pacientes com dor torácica aguda: uma revisão sistemática da literatura*. Revista Científica Cleber Leite, 1(1), artigo 3. <https://doi.org/10.48051/2965.4513reccl.v1i1.3>
- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics (6.ª ed.). ReportNumber.
- Martins, V. B. L., Thom, L. R. F., Gonçalves, J. M. S., & Destefani, A. C. (2024). Avanços da Inteligência Artificial na Cardiologia: Uma Revisão Abrangente. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(4), 2442–2456. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i4.13643>
- Mukaka, M. M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi medical journal*, 24(3), 69-71.
- Mceemc. (2016). Parecer N.º 06/2016: Especificidade da Área de Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa em Situação Crítica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–3. Http://Www.Ordemenfermeiros.Pt/Documents/Documents/Parecer_06_13_12_2016_Mceemc_Valorizacao_Cuidadosenfespressoasituacaocritica.Pdf
- Nicolau, J. C., Feitosa Filho, G. S., Petriz, J. L., Furtado, R. H. M., Precoma, D. B., Lemke, W., Lopes, R. D., Timerman, A., Marin-Neto, J. A., Neto, L. B., & Dallan, L. A. O. (2021). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST – 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 117(1), 181-264. <https://doi.org/10.36660/abc.20210180>
- O'Donnell, S., et al. (2019). Towards prompt electrocardiogram acquisition in triage: Preliminary testing of a symptom-based clinical prediction rule for the Android tablet. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4), 289–298. <https://doi.org/10.1177/1474515118821023>
- Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P., & Vicente Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros: Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 143–158. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfrecabilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2022). *Regulamento n.º 613/2022. Define o ato do enfermeiro*. Diário da República, 2.ª série, n.º 131, 8 de julho de 2022. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/4986243/regulamento-613-2022-de-8-de-julho>
- Periotto, A. C. M., Salles D. M., & Albuquerque, D. C. (2008). Síndrome Coronariana Aguda Sem Elevação Do Segmento St - Angina Instável E Infarto Agudo Sem Supradesnível De St. *Revista Do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7(1), 19–26. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/9187/7077>
- Pina, J. (2020). *Conhecimento dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo e a prática baseada em evidências* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Científico do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/22673>
- Prodanov, C., & Freitas, E. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2ª Ed.). Feevale.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª edição). Placebo Editora.
- Ralapanawa, U., & Sivakanesan, R. (2021). Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: A narrative review. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 11(2), 169–177. <https://doi.org/10.2991/JEGH.K.201217.001>
- Rocha, E. (2016). Scores de risco cardiovascular: utilidade e limitações. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(1), 15–18. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2015.11.002>
- Rodrigues, A., Guerra, M., & Maciel, M. J. (2010). Impacto do stress e hostilidade na doença coronária. *Revista Da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 107–135. <https://doi.org/10.57167/rev-sbph.13.456>
- Salas-Alcantar, C. E., Murillo-Esparza, C. M., & Gómez-Cardona, J. P. (2018). Competencia clínica y conocimiento teórico-práctico del personal de enfermería sobre electrocardiografía en pacientes adultos. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), 29–33. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181e.pdf>

- Silva, C. I. N. P. (2016). *Intervenção especializada do enfermeiro na continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com síndrome coronária aguda* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Científico da ESEL. <https://repositorio.esel.pt/handle/20.500.11816/468>
- Silva, Z. B. C., Costa, V. F., Soares, L. B., Souza, N. P., Amaro, A. Y. G., Nascimento, Â. C. B., & Neves, F. L. A. (2021). Protocolo de Triagem Manchester: a relevância de implementação nos atendimentos de urgência e emergência. *Research, Society and Development*, 11(3), <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28973>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Soares, T., et al. (2009). Tempo porta-eletrocardiograma (ECG): um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(1), 120–126. [https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/6280​:contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/6280​:contentReference[oaicite:0]{index=0})
- Sociedade Europeia de Cardiologia (2021). Orientações de 2021 sobre a prevenção de doenças cardiovasculares na prática clínica. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- Sociedade Europeia de Cardiologia (2024). Diretrizes ESC 2024 para o tratamento das síndromes coronárias crônicas. *European Heart Journal*, 45(36), 3415–3537. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>
- Sousa, A. G. M., Silva, R., Langa, W., Rossetto, A. L., Rodrigues, B. D., Carvalho, J. C. S., Gonçalves, A. K. O., Lopes, J. G., Mota, H. Z. A., Santos, L., Araujo, V. D., Westry, A. G. A., Clemente, L. F., & Lima, A. V. M. (2024). Abordagem leitura eletrocardiograma: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* 6(4), 810-831. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p810-831>
- Tavares, A., Pedro, N., & Urbano, J. (2015). Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.006>

- Thompson, P. A. D., & Shea, M. J. (2022). *Versão Saúde para a Família*. 1–9.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção Do Conhecimento* (3ª edição). Edições Sílabo.
- Xavier, D., & Setta, D. B. (2021). *Manual de Síndrome Coronariana Aguda*. SOCERJ.

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



Instrumento de Recolha de dados: Questionário

Excelentíssimo(a) Enfermeiro(a):

Chamo-me Luís Miguel Lucas Fernandes (email - llucas.vmer@gmail.com), sou aluno do Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica (2023-24), promovido pela Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Saúde e pretendo efetuar um estudo de investigação subordinado ao tema: **“Conhecimento dos Enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronário agudo na pessoa com dor torácica aguda, de um Serviço de Urgência, numa Unidade Local de Saúde do norte do país”**, sob a orientação científica do Professor Doutor Carlos Magalhães.

Solicita-se a sua colaboração para o preenchimento deste mesmo questionário, sendo anónimo e confidencial.

Este encontra-se dividido em duas partes, levando cerca de 5 minutos para a respetiva resposta. A primeira parte destina-se a caracterização sociodemográfica e profissional, enquanto a segunda parte integra uma série de questões, consistindo num índice desenvolvido para a estratificação do risco de ocorrer uma Síndrome Coronária Aguda (SCA) nos indivíduos com quadro agudo de dor torácica.

Pode desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo nem solicitação de justificação. Agradece-se desde já a disponibilidade dispensada e disponibiliza-se o contato para qualquer esclarecimento adicional: email - llucas.vmer@gmail.com; Telemóvel - 934457712

Participação no Estudo – Depois de ler o texto introdutivo, considero-me informada(o) e,

Aceito participar no estudo

Não aceito participar no estudo

Parte I - Variáveis Sociodemográficas e Profissionais

1 – Sexo:

Masculino: ____; Feminino: ____; Outro: ____; Prefiro não declarar: ____;

2 – Idade: _____ (Anos)

3 – Estado Cívil:

Solteiro (a)_____; Casado (a)_____; União de Facto_____; Divorciado (a)_____; Viúvo (a)_____; Outro _____;

4 – Número de Pessoas que constituem o agregado familiar: _____;

5 – Tem filhos que constituem o seu agregado familiar: Não _____; Sim _____; Em caso de resposta afirmativa, indique o respetivo número de filhos: _____;

6 – Qual o tipo de vínculo profissional com a entidade empregadora:

Contrato a termo certo:_____; Contrato por tempo indeterminado:_____; Contrato em funções publicas: _____; Prestação de serviços: _____;

7 – Categoria Profissional

Enfermeiro: _____; Enfermeiro especialista_____; Enfermeiro Gestor: _____

8 – Se é enfermeiro especialista e/ou especializado indique em que área:

Enfermagem Comunitária: _____; Enfermagem Médico-Cirúrgica: _____; Enfermagem de Reabilitação: _____; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; _____; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; _____; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: _____; Outra com designação distinta (apresentar a mesma): _____

9 - Se é enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica indique qual a área de enfermagem:

Pessoa em Situação Crítica; _____; Pessoa em Situação Paliativa: _____; Pessoa em situação Perioperatória: _____; Pessoa em Situação Crónica; _____;

10 – Tempo de exercício profissional (em anos): _____

11 - Tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência (em anos): _____;

12 – Habilitações académicas e Profissionais:

Bacharelato: ____; Licenciatura ____; Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem: ____;
Mestrado: ____; Doutoramento: ____;

13 - Na área das patologias das cardiovasculares e /ou via verde coronária tem tido formação recente: (últimos 2 anos):

Sim: ____; Não: ____;

14 – Considera importante a formação da via verde coronária, numa vertente multidisciplinar:

Não: ____; Sim: ____;

Parte II – Conhecimentos sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária agudo (SCA) na pessoa com dor torácica aguda

1 – Na Via verde Coronária, na realização do eletrocardiograma (ECG) deve-se:

A: Realizar o ECG até 10 minutos após entrada no SU: ____;

B: Realizar o ECG 10 minutos após a triagem: ____;

C: Todas as anteriores: ____;

D: Nenhum dos anteriores: ____;

E: Verificar os registos do pré-hospitalar: ____;

2 – Perante um doente com suspeita de SCA no Serviço de Urgência (SU), qual a afirmação correta:

A: Caracterização da dor torácica e registos do pré-hospitalar: ____;

B: Monitorização eletrocardiográfica imediata com Pressões Não Invasivas (PNI): ____;

C: Recolha de Marcadores de Necrose Miocárdica (MNM) e administração de terapêutica antiagregante: ____;

D: Todas as anteriores: ____;

E: Nenhuma das anteriores: ____;

3 – Qual a apresentação clínica que se enquadra melhor numa dor torácica de características isquémicas:

A: Dor torácica com sudorese com hipostesia associadas do membro superior esquerdo: ____;

B: Dor torácica antero posterior com sudorese e náuseas associadas: ____;

C: Dor torácica, que agrava com o toque digital, ansiedade e náuseas associadas: ____;

D: Nenhuma das anteriores: ____;

E: A e B: ____;

4 – Qual considera que será o (s) grupo (s) etário (s) mais suscetível de ter um evento agudo de SCA:

A: \leq 44 anos: _____;

B: (\geq 45 – $64 \leq$ anos): _____;

C: \geq 65 anos: _____;

D: Todas anteriores: _____;

E: B e C: _____;

5 – Quais os fatores de risco mais determinantes na origem de um evento de SCA:

A: Tabagismo, dislipidemia e obesidade: _____;

B: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HTA), Insuficiência Renal Crónica (IRC): _____;

C: História familiar de doença coronária precoce: _____;

D: Todas as anteriores: _____;

E: Nenhuma das anteriores: _____;

6 – Num doente com isquemia do miocárdio, deverá ter em conta:

A: Duas derivações contínuas com supra de ST, ou infra de ST em 2 ou 3 derivações; _____;

B: Elevação de ST de 2 a 2,5 mm nos homens e 1,5 mm nas mulheres: _____;

C: Considerar derivações direitas e posteriores na parede inferior e VD: _____;

D: todas as anteriores: _____;

E: Nenhuma das anteriores: _____;

7 – Quais as alterações eletrocardiográficas mais sugestivas de SCA:

A: Elevação do segmento ST: _____;

B - Depressão do segmento ST: _____;

C - Alterações da repolarização: _____;

D - Todas as anteriores: _____;

E- Nenhuma das anteriores: _____;

8 – Quando se apresenta um doente com SCA, com Supra de ST, refira qual a respetiva localização:

A: Supra de ST, nas derivações DII, DIII e AVF, parede inferior: _____;

- B: Supra de ST, nas derivações V1, V2, V3 , parede anterior: _____;
- C: Supra de ST, nas derivações V1, V2, V3 , V4, V5, V6, parede anterior, extenso: _____;
- D: todas as anteriores: _____;
- E: Nenhuma das anteriores: _____;

9 – Um doente com supra de ST em AVR associado a infra de ST, generalizado, com quadro clínico marcado o que sugere:

- A: Doença coronária crítica do troco comum: _____;
- B: Necrose miocárdica no território da parede posterior: _____;
- C: Necrose miocárdica no território da parede antero-posterior: _____;
- D: Todas as anteriores; _____;
- E: Nenhuma das anteriores: _____;

10 – Perante a suspeita de Enfarte do ventrículo direito (EVD), deve ter em conta:

- A: Evitar a administração de vasodilatadores (DNI) e considerar um vasopressor (Noradrenalina): _____;
- B: Monitorização eletrocardiográfica e adequada com PNI associada: _____;
- C: Ter em conta o registo eletrocardiográfico nas derivações anteriores: _____;
- D: Todas as anteriores: _____;
- E: Nenhuma das anteriores: _____;

11 – Num doente com presença de SCA, mas sem supra de ST, qual a atitude mais correta:

- A: Monitorização eletrocardiográfica, PNI, por telemetria: _____;
- B: Realização de ECG, s, seriados: _____;
- C: Monitorização seriada dos MNM: _____;
- D: Todas as anteriores: _____;
- E: Nenhuma das anteriores: _____

12 – Qual considera uma monitorização de qualidade na presença de um evento agudo:

- A: Monitorização contínua em Pás: _____;
- B: Realização de ECG, s, seriados: _____;
- C: Monitorização clássica, com tradução e vigilância associada por telemetria: _____;

D: Nenhuma das anteriores: _____;

E: Todas as anteriores: _____;

13 – A seriação das troponinas de alta sensibilidade, após a primeira colheita, deverá ser realizada:

A: 1 a 3H _____;

B: 2 a 4 H _____;

C: 3 a 6 H _____;

D: A e C: _____;

E: Nenhuma das anteriores _____;

14 – Qual acha que será o valor do limite da normalidade das troponinas de alta sensibilidade:

A: 0 – 10 pg/ml; _____;

B: 11 – 12 pg/ml; _____;

C: 12 – 13 pg/ml _____;

D: ≥ 13 pg/ml _____;

E: Nenhuma das anteriores: _____;

15 - Quando se considera um doente com provável SCA:

A: Com Supra de ST numa derivação, ou infra de ST em 2 ou 3 derivações: _____;

B: Com supra de ST em duas derivações contínuas: _____;

C: Com dor torácica sugestiva: _____;

D: Com MNM (Troponinas alta sensibilidade ≥ 13 pg/ml) _____;

E: Todas as anteriores: _____;

16 – Das seguintes escalas, qual/quais permite(m) a avaliação de risco de eventos cardíacos na pessoa com suspeita de síndrome coronária aguda (SCA):

A: Score Heart: _____;

B: Score Grace: _____;

C: Score Timi: _____;

D: Todas as anteriores: _____;

E: Nenhuma das anteriores: _____;

17 – O que se entende de Tempo de isquemia total, (TIT), num doente com dor torácica:

- A: O tempo porta balão: _____;
- B: O tempo desde que chega ao SU até à realização de um ECG: _____;
- C: O tempo total desde o início da dor até à passagem do fio guia (coronariografia): _____;
- D: O tempo até ao diagnóstico de um SCA com supra de ST: _____;
- E: Nenhuma das anteriores: _____;

18 – Qual o objetivo para uma monitorização do risco de um evento agudo de SCA:

- A: Diminuição do TIT: _____;
- B: Rastreio de um evento cardio vascular agudo com reabilitação cardíaca imediata: _____;
- C: Diminuição das comorbilidades associadas: _____;
- D: Todas as anteriores: _____;
- E: Nenhuma das anteriores: _____;

19 – Qual a estratégia de tratamento comum e adequada para os SCA com supra de ST e infra de ST:

- A: Fibrinólise em tempo adequado e se agravamento do quadro: _____;
- B: Cateterismo cardíaco, para minimização do TIT: _____;
- C: Ecocardiogramas e controle analíticos seriados, se agravamento do quadro: _____;
- D: Todas as anteriores: _____;
- E: Nenhuma das anteriores: _____;

20 – Na abordagem dos doentes com suspeita de SCA, qual a atitude mais correta:

- A: Multidisciplinaridade e enquadramento do doente e família neste processo: _____;
- B: Registos adequados e em plataforma própria: _____;
- C: Prestação de cuidados, de acordo com protocolos existentes e guidelines: _____;
- D: Todas as anteriores: _____;
- E: Nenhuma das anteriores: _____;

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO I – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exmo. (a) Senhor(a)

Enf.º Luís Miguel Lucas Fernandes

71450@chts.min-saude.pt

N/ Comunicação nº: 52/2024	V/ Referência:	Data: 14/10/2024
----------------------------	----------------	------------------

Assunto: "Conhecimento dos Enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica aguda, num SU numa Unidade Local de Saúde do Norte do País"

Exmo Senhor Enf.º Luís Miguel Lucas Fernandes,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo "Conhecimento dos Enfermeiros sobre o risco de ocorrência de síndrome coronária aguda na pessoa com dor torácica aguda, num SU numa Unidade Local de Saúde do Norte do País".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

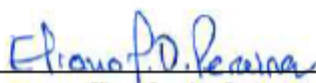
Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 10/10/2024 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,



(Eliana Pereira, Dra)

ANEXO II – COMPROVATIVO DA SUBMISSÃO PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA

----- Forwarded message -----

De: **Servir** <noreply@rcaap.pt>

Date: sex., 5 de set. de 2025 às 10:04

Subject: [Servir] Agradecimento pela submissão

To: Luís Miguel Lucas Fernandes <lucas.vmer@gmail.com>

Luís Miguel Lucas Fernandes,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DO RISCO DE OCORRÊNCIA DE SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA NA PESSOA COM DOR TORÁCICA " à revista Servir. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/servir/authorDashboard/submission/43035>

Nome de utilizador: llucas

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Servir

[Servir](#)