



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

ANTONIO GONÇALVES BEZERRA

**SAÚDE CARDÍACA EM PESSOAS IDOSAS: AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO**

PALMAS – TO
2024

ANTONIO GONÇALVES BEZERRA

**SAÚDE CARDÍACA EM PESSOAS IDOSAS: AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS) da Universidade Federal do Tocantins, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde.

Área de Concentração: Ensino Formal de Ciência e Saúde

Linha de Pesquisa: Ensino e Prática de Atenção à Saúde

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto

PALMAS TO
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

B574s Bezerra, Antonio Gonçalves.

Saúde cardíaca em pessoas idosas: avaliação da educação em saúde pelo enfermeiro na prevenção do infarto agudo do miocárdio. / Antonio Gonçalves Bezerra. – Palmas, TO, 2024.

88 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2024.

Orientador: Luiz Sinésio Silva Neto

1. Idosos. 2. Infarto agudo do miocárdio. 3. Prevenção. 4. Assistência de enfermagem. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



ATA DE DEFESA N.º 6/2024/PPGECS/CUP/UFT

Ata da sessão pública de Defesa de Dissertação de Mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde da UFT, do aluno Antônio Gonçalves Bezerra, intitulada "SAÚDE CARDÍACA EM PESSOAS IDOSAS: AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO", número de registro SEI 23101.000639/2024-38, para a obtenção do grau de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde. A sessão foi realizada dia 05 de fevereiro de 2024, às 10 horas e 00 minutos, no Prédio da Universidade da Maturidade (UMA), Câmpus Palmas, e teve como Comissão Avaliadora os seguintes membros: Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto, orientador (UFT); Profa Dra. Erika da Silva Maciel, membro interno (UFT); Profa Dra. Rachel Bernardes de Lima, membro externo (Unicatólica, Palmas-TO). Após o encerramento da sessão, a Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada
 Reprovada.



Documento assinado eletronicamente por **Erika da Silva Maciel, Coordenador(a)**, em 06/02/2024, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Sinésio Silva Neto, Servidor(a)**, em 06/02/2024, às 10:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rachel Bernardes de Lima, Usuário Externo**, em 07/02/2024, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.uft.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0246379** e o código CRC **A685373F**.

DEDICATÓRIA

Minha Família em especial minha à minha esposa Nelcia silva de melo Gonçalves, meus filhos, Daniella, Aquila, Jessey Gabriella, Jesslyn Miguel, dedico também este trabalho a minha mãe que já descansa no Senhor, Cecilia Gonçalves Bezerra, meu pai Benvindo Pedroso Bezerra, que tem me dado incentivo, força para lutar incondicional a alcançar meus objetivos, e meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, que me deu força para concluir esta etapa de minha vida. Agradeço ao Senhor por toda a força que colocou no meu coração que me ajudou a lutar até o fim.

Agradeço a toda a minha família que sempre estiveram comigo nas longas jornadas percorridas durante a minha existência.

Agradecimento aos Amigos

A todos os amigos que direta ou indiretamente participaram da minha formação, o meu muito eterno agradecimento. Obrigada! Amigos (as) pelas contribuições valiosas durante toda a jornada.

A todos os amigos que de alguma forma fizeram parte dessa jornada eu agradeço com um forte abraço.

Ao Prof. Dr. Luiz Sinésio Neto, pela oportunidade e apoio durante todo o processo de construção desta dissertação.

Aos Professores e demais orientadores e a todas as pessoas que contribuíram para elaboração deste trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado, que com muita paciência e dedicação, ensinaram-me não somente o conteúdo programado, mas também o sentido da amizade e do respeito.

À instituição – UMA/UFT, demais instituições de ensino, que me proporcionaram a oportunidade de possuir um mestrado e a expansão de meus horizontes.

À universidade da maturidade (UMA) por ter oferecido um ambiente criativo e amigável

A esta Universidade, aos idosos, diretores, coordenadores e administração que proporcionaram o melhor dos ambientes para que esse trabalho fosse realizado.

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, algumas enfermidades tornam-se mais prevalentes nessa faixa etária, e a hipertensão arterial sistêmica é um dos principais problemas de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares em idosos. O objetivo desta pesquisa foi analisar a eficácia da educação em saúde fornecida por enfermeiro na prevenção do infarto agudo do miocárdio para promover a melhoria da saúde cardíaca dos idosos da Universidade da Maturidade. Esse é um estudo do tipo quase-experimental. Foram incluídos no estudo 49 idosos matriculados na Universidade da Maturidade que, após a aplicação de questionários para identificação e caracterização socioeconômica e avaliação do enfermeiro, foram submetidos ao pré-teste com o formulário de avaliação sobre a saúde cardiovascular e qualidade de vida. Na intervenção educacional foram considerando as exigências específicas da população idosa, e executada de forma interativa e colaborativa, visando fomentar a aquisição de conhecimentos significativos e a incorporação de práticas de autocuidado que favoreçam uma senescência saudável e autônoma. Participaram (57%) mulheres e (43%) homens com idade média de 69 anos, (44,9%) estavam aposentados. Observou-se que média das respostas do AQUAREL elevou-se de 1,725 para 2,175 após a intervenção. Os domínios avaliados pelo SF-36 pré e pós-intervenção mostrou que a capacidade funcional de 97,8, foi reduzida para 89,9. Os aspectos físicos teve um aumento de 96,0 para 98,6. A dor diminuiu de 75,2 para 72,5. O estado geral de saúde aumentou de 67,4 para 70,2. Na vitalidade, houve um aumento de 80,3 para 82,7. Aspectos sociais e emocionais mostraram certa estabilidade, enquanto a saúde mental teve uma leve elevação, passando de 95,5 para 97,8 pós-intervenção. As oficinas educativas voltadas à saúde cardíaca para idosos da UMA demonstraram ser não apenas um meio eficaz de disseminação de conhecimento, mas também um cenário propício para o intercâmbio, reflexão e fortalecimento mútuo. A interatividade presente nesses encontros desafia paradigmas da abordagem educacional tradicional, transformando-a em uma experiência coletiva enriquecedora.

Palavras-chave: Idosos, Infarto agudo do miocárdio, Prevenção, Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

As life expectancy increases, some illnesses are becoming more prevalent in this age group, and systemic arterial hypertension is one of the main risk factors for cardiovascular disease in the elderly. The aim of this research was to analyze the effectiveness of health education provided by nurses in the prevention of acute myocardial infarction to promote better heart health among the elderly at the University of Maturity. This is a quasi-experimental study. The study included 49 elderly people enrolled at the Universidade da Maturidade who, after the application of questionnaires for identification and socio-economic characterization and the nurse's assessment, underwent a pre-test with the assessment form on cardiovascular health and quality of life. The educational intervention took into account the specific requirements of the elderly population, and was carried out in an interactive and collaborative way, with the aim of encouraging the acquisition of significant knowledge and the incorporation of self-care practices that favor a healthy and autonomous senescence. The participants were (57%) women and (43%) men with an average age of 69, (44.9%) were retired. The average AQUAREL score rose from 1.725 to 2.175 after the intervention. The domains assessed by the SF-36 pre- and post-intervention showed that functional capacity was reduced from 97.8 to 89.9. Physical aspects increased from 96.0 to 98.6. Pain decreased from 75.2 to 72.5. General state of health increased from 67.4 to 70.2. Vitality increased from 80.3 to 82.7. Social and emotional aspects showed some stability, while mental health rose slightly from 95.5 to 97.8 post-intervention. The educational workshops focused on heart health for the elderly at UMA proved to be not only an effective means of disseminating knowledge, but also a favorable setting for exchange, reflection and mutual strengthening. The interactivity present in these meetings challenges paradigms of the traditional educational approach, transforming it into an enriching collective experience.

Keywords: Elderly, Acute myocardial infarction, Prevention, Nursing care.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1. Oficinas educativas sobre saúde cardíaca	36
Quadro 2. Atividades desenvolvidas no primeiro encontro sobre envelhecimento e qualidade de vida.....	52
Quadro 3. Atividades desenvolvidas no segundo encontro - O que é IAM e Tipos de Infarto	54
Quadro 4. Atividades desenvolvidas no terceiro encontro - Prevenção do IAM em pessoas idosas	55
Quadro 5. Atividades desenvolvidas no quarto encontro - Os principais fatores de risco e indicadores de IAM	57
Quadro 6. Atividades desenvolvidas no quinto encontro – Educação em Saúde	58
Tabela 1. Características socioeconômicas.....	40
Tabela 2. Avaliação do questionário Aquarel.....	42
Tabela 3. Valores dos domínios avaliados pelo SF-36 na população participante da pesquisa	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Angina Instável
AQUAREL	<i>Assessment of Quality of Life and Related Events</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRVM	Cirurgias De Revascularização Do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DC	Doenças Cardíacas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCSST	Infarto do Miocárdio Sem Supra Desnivelamento Do Segmento ST
IAMCSST	Supradesnivelamento Do Segmento ST
ICP	Intervenção Coronariana Percutânea
ONU	Organização das Nações Unidas
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SME	Serviço Médicos de Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFs	Unidades Federativas
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UMA	Universidade da Maturidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa	15
1.2 Questão problema.....	18
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Envelhecimento e sua relação com o infarto agudo do miocárdio	20
3.2 Enfermagem na assistência do idoso em doenças cardíacas.....	24
3.3 Educação em Saúde Cardíaca	27
3.4 Universidade da Maturidade	30
4 MATERIAL E MÉTODO	33
4.1 Desenho do Estudo.....	33
4.2 Local do estudo	33
4.3 População alvo	33
4.4 Critérios de inclusão	33
4.5 Critérios de exclusão	34
4.6 Cuidados éticos	34
4.7 Procedimento da pesquisa.....	35
4.8 Intervenção.....	35
4.9 Instrumentos	37
4.9.1 Questionário AQUAREL	37
4.9.2 Questionário de avaliação de qualidade de vida-SF-36	38
4.10 Análise Estatística.....	38
5 RESULTADOS	39
5.1 Análise dos dados.....	39
5.2 Relato da intervenção educativa por enfermeiro com os idosos da UMA.....	51
5.2.1 Primeiro encontro: Envelhecimento e qualidade de vida	51
5.2.2 Segundo encontro: O que é Infarto Agudo do Miocárdio e Tipos de Infarto	52
5.2.3 Terceiro encontro: Prevenção do Infarto Agudo do Miocárdio em pessoas idosas	54
5.2.4 Quarto encontro: Principais fatores de Risco e Indicadores	56
5.2.5 Quinto encontro: Educação em saúde	57

6 DISCUSSÃO	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO AQUAREL	80
APÊNDICE II - Questionário de avaliação de qualidade de vida-SF-36	84

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é hoje um fenômeno universal em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nas últimas décadas, a população mundial passou por um claro processo de desenvolvimento demográfico, conhecido como a idade do envelhecimento – período entre 1975 e 2025 – segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (Tavares; Menezes, 2020). A legislação brasileira, conforme a Lei 8.842/94, em seu artigo 2º, parágrafo único, estabelece que pessoas com mais de 60 anos são consideradas idosas, independentemente de cor, etnia ou crença, ressaltando a importância da proteção à vida e à saúde desse grupo (Brasil, 1994).

O estatuto do idoso prevê que o envelhecimento é um direito personalíssimo e, a sua proteção, um direito social, além de ser obrigação de o Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (Silva *et al.*, 2022).

Em 2022, a parcela da população com 65 anos ou mais no Brasil atingiu 10,9%, totalizando 22.169.101 indivíduos. Este número representa um aumento significativo de 57,4% em comparação com 2010, quando a população nessa faixa etária era de 14.081.477, correspondendo a 7,4% do total populacional (Brasil, 2023).

Com o aumento da longevidade, algumas doenças surgem com mais frequência nessa população, entre estas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) em idosos (Covatti *et al.*, 2016). A alimentação saudável tem um impacto importante na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, e pequenas melhorias no se tratar de prevenção são benéficos e relevantes na redução do risco cardiovascular (Gadenz; Benvegnú, 2013).

O tabagismo também está associado ao aumento de doenças cardíacas (DC), problemas de saúde e morte, razão pela qual a Organização Mundial da Saúde o classifica como a maior causa de morte evitável. A atividade física também foi associada a fatores de risco modificáveis para DC. Porque promove a saúde, melhora a condição física e previne o ganho de peso. A falta de exercício tornou-se o foco de atenção porque afeta diretamente o ganho de gordura (Vasconcelos *et al.*, 2021).

Outro importante fator de risco para doenças cardiovasculares é o consumo de álcool. O consumo de álcool causa danos desnecessários e onerosos às sociedades em todo o mundo, afetando as pessoas ao longo de suas vidas. Uma alimentação saudável é uma ferramenta que contribui diretamente para o diagnóstico de doenças cardíacas. Portanto, uma dieta rica em

açúcar, sal, gordura ou má nutrição pode causar sérios danos à saúde. Em segundo lugar, conota bem-estar na vida e, portanto, contribui para um aumento na incidência de doenças ou mortes causadas principalmente por doenças cardíacas. Acredita-se que o controle das doenças cardiovasculares pode ser intervencionado por meio da prevenção, reduzindo assim o risco de se obter um diagnóstico de doença cardíaca (Oscalices *et al.*, 2019; Benevides *et al.*, 2020; Carneiro; Rehfeld, 2022; Rocha *et al.*, 2022).

Igualmente as dietas na atualidade, incluem uma maior proporção de alimentos com excesso de calorias provenientes de açúcares livres e gorduras saturadas, e menos frutas e vegetais (Philippi, 2008; Sichieri; Pereira, 2022). Portanto, é importante identificar os hábitos alimentares dos idosos para incentivar melhores estratégias de prevenção de DCV.

As políticas públicas de saúde no Brasil têm focado em estratégias para combater as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por meio de ações Intersetoriais de caráter preventivo e de promoção à saúde. Entre essas ações estão o monitoramento de fatores de risco e a atenção à saúde centrada em dietas saudáveis, prática de atividade física, redução do tabagismo e do etilismo (Veras, 2022).

As DCNT e os agravos não transmissíveis (Dant) representam uma parcela significativa do total de óbitos no Brasil. Em 2019, essas condições foram responsáveis por 54,7% dos óbitos registrados no país. Nessa direção, o Ministério da Saúde publicou O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), que é uma iniciativa que visa orientar a prevenção dos fatores de risco associados às DCNT e promover a saúde da população, visando reduzir as desigualdades em saúde. O plano inclui a criação e o fortalecimento de políticas e programas inter-setoriais, a organização de serviços em rede, a implementação de processos de governança, a produção de informações para embasar decisões com base em evidências, o engajamento social e a promoção da inovação na gestão, pesquisa e prestação de serviços de saúde (Brasil, 2021).

Portanto, é fundamental que esse esforço conjunto continue a ser incentivado e expandido, principalmente através da educação em saúde, para que se tenha um melhor panorama da saúde cardiovascular em nosso país (Malta *et al.*, 2020; Placideli *et al.*, 2020). Considerando que a característica definidora da educação em saúde é a participação voluntária dos aprendizes na determinação de suas próprias práticas de saúde. Muito tem sido escrito ao longo dos anos sobre a relação, singularidade e sobreposição entre a educação em saúde, a promoção da saúde e outros conceitos, como a alfabetização em saúde, a atenção primária à saúde, o desenvolvimento e a mobilização comunitária, e o papel do empoderamento

(Sharma, 2021).

A educação em saúde como não se limita à disseminação de informações relacionadas à saúde, mas também fomenta a motivação, habilidades e confiança (autoeficácia) necessárias para agir e melhorar a saúde, bem como a comunicação de informações sobre as condições sociais, econômicas e ambientais subjacentes que impactam a saúde, como fatores de risco individuais e comportamentos de risco. Um propósito amplo da educação em saúde, portanto, não é apenas aumentar o conhecimento sobre comportamentos de saúde pessoal, mas também desenvolver habilidades que demonstrem a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de várias formas de ação para abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (Who, 2012).

Nesse sentido, a compreensão da saúde cardiovascular na população idosa é essencial para orientar políticas públicas e intervenções eficazes. O envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis destacam a necessidade de estratégias preventivas e educacionais. A abordagem integrada da saúde, incluindo a promoção de estilos de vida saudáveis e o acesso a serviços de saúde adequados, é fundamental para garantir um envelhecimento ativo e com qualidade de vida para os idosos.

1.1 Justificativa

A saúde cardíaca em pessoas idosas é um tema relevante, considerando o aumento significativo da expectativa de vida da população mundial. Com o envelhecimento da sociedade, cresce também a incidência de doenças cardiovasculares, sendo o infarto agudo do miocárdio uma das principais causas de morbidade e mortalidade nessa faixa etária. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro na educação em saúde torna-se fundamental para a prevenção e o manejo adequado dessas doenças (Preto, 2020).

A educação em saúde abrange esforços educacionais para influenciar estilos de vida que protegem contra doenças, além de incentivar a participação em serviços de prevenção. A educação em saúde voltada para a proteção à saúde promove medidas positivas de proteção à saúde entre o público e os formuladores de políticas. A educação em saúde, portanto, foca em construir as capacidades individuais por meio de técnicas educacionais, motivacionais, de desenvolvimento de habilidades e de conscientização, enquanto políticas públicas saudáveis fornecem o suporte ambiental que incentivará e aprimorará a mudança de comportamento, resultando em uma mudança significativa e sustentada na saúde de indivíduos e comunidades (Who, 2012).

A pesquisa proposta busca preencher lacunas específicas na literatura sobre a atuação do enfermeiro na prevenção do infarto agudo do miocárdio em idosos. Uma dessas lacunas dessa temática, diz respeito à avaliação detalhada da eficácia da educação em saúde fornecida por enfermeiros nessa área, especialmente no que se refere à adesão dos idosos às práticas preventivas e aos impactos na saúde cardíaca dessa população.

Além disso, há uma carência de estudos que explorem de forma mais aprofundada o papel do enfermeiro tanto na prevenção primária, por meio da disseminação de informações e orientações sobre hábitos de vida saudáveis, quanto na prevenção secundária, monitorando pacientes com fatores de risco e doenças cardiovasculares já estabelecidas. Esses aspectos são decisivos, pois a educação em saúde é fundamental para capacitar os idosos a tomar decisões informadas sobre sua saúde e adotar medidas preventivas no dia a dia, contribuindo assim para a melhoria da saúde cardiovascular nessa população vulnerável.

Embora existam diretrizes e protocolos para a prevenção do infarto agudo do miocárdio em idosos, é essencial analisar a efetividade dessas estratégias na prática clínica. Através desta dissertação, vislumbra-se desvendar o impacto da educação em saúde ministrada por enfermeiros na adesão dos idosos às práticas preventivas, bem como nos indicadores de saúde cardíaca dessa população.

Destaca-se que o papel do enfermeiro na saúde cardiovascular é relevante na área da saúde, pois esse profissional pode atuar tanto na prevenção primária, por meio da disseminação de informações e orientações sobre hábitos de vida saudáveis, quanto na prevenção secundária, monitorando pacientes com fatores de risco e doenças cardiovasculares já estabelecidas. A educação em saúde é uma ferramenta poderosa para empoderar os idosos, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre sua saúde e adotar medidas preventivas em seu cotidiano (Dutra *et al.*, 2016).

As DCNT representam o principal grupo de causas de morte globalmente, acarretando óbitos prematuros, deterioração da qualidade de vida e impactos econômicos e sociais adversos. Elas são responsáveis por aproximadamente 70% das mortes no mundo, totalizando mais de 38 milhões de óbitos anualmente, superando consideravelmente as mortes por causas externas e doenças infecciosas. Cerca de 45% de todas as mortes por DCNT, mais de 17 milhões, são atribuídas às doenças cardiovasculares (DCV) (Oliveira *et al.*, 2022).

No Brasil, a situação é semelhante, com 72% das mortes resultando de DCNT, sendo 30% devido a DCV e 16% a neoplasias. As DCV são a principal causa de morte no país, com a Doença Isquêmica do Coração (DIC) sendo identificada como a principal causa de morte, seguida pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC), tanto em 1990 quanto em 2019. Em 2019, a

DIC foi a principal causa de morte em todas as unidades federativas (UFs) brasileiras, exceto no Amazonas, na região Norte. Nos estados do Acre, Amapá e Pará, não houve diferença significativa nas taxas de mortalidade por DIC e AVC (Oliveira *et al.*, 2022).

O número de pessoas com Doença Arterial Coronariana (DAC), incluindo infarto agudo do miocárdio (IAM), angina estável e insuficiência cardíaca isquêmica, no Brasil, aumentou significativamente de 1,48 milhão em 1990 para mais de 4 milhões em 2019. A prevalência bruta de DAC também aumentou, passando de 0,99% para 1,85% no período analisado, embora a taxa de prevalência padronizada por idade permaneça estável.

Em relação às mortes, em 2019, foram registrados 171.246 óbitos atribuídos à DAC no Brasil, representando 12% do total de mortes no país e 43% de todas as mortes por doenças cardiovasculares. A DAC foi identificada como a principal causa de morte no Brasil e em quase todas as suas Unidades Federativas, exceto duas. Durante o período de 1990 a 2019, houve uma redução na taxa de mortalidade ajustada por idade em todas as UF, sendo menos significativa no Nordeste em comparação com outras regiões (Oliveira *et al.*, 2020).

Os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram um aumento significativo no número de hospitalizações por IAM no sistema público, com um aumento de 54% de 2008 a 2019, ajustado para a população. Os procedimentos de intervenção coronariana percutânea (ICP) não primária por habitante dobraram, enquanto os de ICP primária aumentaram 31%. Enquanto isso, o número total de cirurgias de revascularização do miocárdio (CRVM) permaneceu estável no período. A taxa de mortalidade hospitalar por IAM diminuiu de 15,9% em 2008 para 12,9% em 2019. As taxas de síndrome coronariana aguda, ICP e CRVM permaneceram estáveis no período analisado (Oliveira *et al.*, 2022).

Diante do exposto, a pesquisa proposta assume um papel relevante ao abordar a atuação do enfermeiro na prevenção do infarto agudo do miocárdio em idosos. A investigação dessas lacunas na literatura permitirá uma compreensão mais ampla e aprofundada da eficácia da educação em saúde fornecida por enfermeiros nessa área, especialmente no que se refere à adesão dos idosos às práticas preventivas e aos impactos na saúde cardíaca dessa população. Além disso, a pesquisa visa contribuir para a produção de evidências que embasem a prática clínica, analisando a efetividade das estratégias de prevenção, monitoramento e tratamento do infarto agudo do miocárdio em idosos, com vistas a aprimorar a qualidade da assistência prestada e reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares nessa faixa etária.

1.2 Questão problema

Qual é o impacto das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros na saúde cardiovascular de pessoas idosas e como essas ações contribuem para aumentar o engajamento no autocuidado para prevenir o infarto agudo do miocárdio?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a eficácia da educação em saúde fornecida por enfermeiro na prevenção do infarto agudo do miocárdio para promover a melhoria da saúde cardíaca dos idosos da Universidade da Maturidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o nível de conhecimento sobre saúde cardíaca e prevenção do infarto agudo do miocárdio entre pessoas idosas antes de receberem a educação em saúde ministrada por enfermeiro;
- Identificar a qualidade de vida e socioeconômica dos idosos da Universidade da Maturidade;
- Analisar o impacto da educação em saúde na redução dos fatores de risco cardiovasculares em idosos da Universidade da Maturidade;
- Avaliar o engajamento no autocuidado da saúde cardíaca em idosos da Universidade da Maturidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento e sua relação com o infarto agudo do miocárdio

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial causado por uma variedade de fatores relacionados ao desenvolvimento da sociedade em que os indivíduos vivem. Nesse contexto, o processo de envelhecimento tem alterado a saúde dessa população, com aumento das DCNT levando ao aumento da procura por serviços médicos, perda de autonomia e aumento da mortalidade em idosos. Dentro desse grupo de patologias, destacam-se as DCV, pelo seu potencial agravante, sendo IAM de fundamental importância pela alta prevalência, mortalidade e morbidade da doença (Travassos; Coelho; Arends-Kuenning, 2020).

O envelhecimento tem provocado degradação funcional e morfológica de múltiplos sistemas do corpo humano, mas as alterações referentes ao complexo cardiovascular são as que resultam em maior morbidade e mortalidade para essa faixa etária. As doenças cardiovasculares se desenvolvem a partir da ação de múltiplos fatores de risco, em que a intensidade e o tempo de atuação de tais fatores injuriantes mediam a gravidade das alterações (Materko; Fernandes; Brito, 2020).

Esses fatores de risco podem ser divididos em: não modificáveis (sexo, idade, fatores genéticos, histórico familiar); e os modificáveis, que geralmente são adquiridos com o passar do tempo e estão relacionados aos inadequados hábitos de vida (Macedo *et al.*, 2019). Os principais fatores relacionados ao IAM é a idade, fatores hereditários, tabagismo que favorece a formação de placas ateroscleróticas, sedentarismo, excesso de bebidas alcoólicas, hiperlipidêmicas, hipertensão, estresse, depressão e também o diabético que tem uma chance maior para desenvolver o IAM, pelo fato de alteração da permeabilidade da parede endotelial da artéria, essa anormalidade é a fase inicial para a formação de placas de aterosclerose (Travassos; Coelho; Arends-Kuenning, 2020).

As enfermidades cardiovasculares emergem como uma das principais causas de óbito no Brasil, resultando em mais de 1.100 mortes diárias. Essas condições cardiovasculares são responsáveis por um número de óbitos duas vezes maior em comparação com o somatório de todas as formas de câncer, duas a três vezes superior ao total de óbitos provenientes de causas externas (acidentes e violências), três vezes mais que as doenças respiratórias, e de seis a cinco vezes mais que todas as infecções, inclusive a AIDS (Barroso *et al.*, 2021).

Embora nesse contexto da maturidade, o envelhecimento seja considerado não apenas como processo natural do envelhecimento individual, ele faz parte do processo de vida dos

seres humanos. Desse processo natural, há diversas mudanças que decorrem com o tempo, como perdas físicas, cognitivas e sociais que fazem emergir novas emoções e sentimentos com os quais o indivíduo terá de lidar nessa fase da vida (Macedo *et al.*, 2019).

O acompanhamento da população idosa antes da implantação Consequências do envelhecimento e doenças crônicas não transmissíveis, e a doença cardiovascular, em muitos casos, pode levar à incapacidade permanente, hospitalização de longo prazo e redução da qualidade de vida em idosos. Essas limitações são as consequências do IAM levam à dependência do idoso para os cuidados básicos diários como tomar banho, vestir-se e alimentar-se, o que leva a alterações na qualidade de vida do idoso. O IAM é entendido como uma doença silenciosa que pode atingir e causar morte súbita em um paciente, e ocorre quando uma artéria que perfunde parte do coração é bloqueada, seja essa obstrução por uma placa de ateroma ou por coágulos sanguíneos. Com isso, ocorre a falta de oxigênio, nutrientes para o músculo cardíaco, levando a morte tecidual (Rossetto *et al.*, 2019; Vasconcelos *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2022).

Dessa forma, os fatores que contribuem para a baixa prática dos exercícios, são a falta de informação quanto à sua importância para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e a falta de tempo durante o dia para a sua realização. Fatores esses que podem ser minimizados por idosos que frequentam programas de prevenção a doenças cardiovasculares e adotam mudanças no estilo de vida. Sendo protuberantes o nível socioeconômico, o estado civil, a escolaridade, a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo, a autopercepção de saúde, as condições ambientais, de transporte e a segurança (Macedo *et al.*, 2019).

Apesar dos desafios enfrentados pelos idosos na sociedade, tais fatores contribuem para a redução da prática de atividade física. A inatividade física acelera o declínio humano, sendo um dos principais causadores de incapacidade funcional, perda de qualidade de vida e aumento da morbidade e mortalidade. Estudos epidemiológicos mostram que as mulheres enfrentam mais barreiras do que os homens para a prática de atividade física, especialmente devido à falta de companhia, desinteresse (mais comum em mulheres de 65 a 74 anos), cansaço, problemas de saúde e artrite. Além disso, o status socioeconômico também é uma barreira para a atividade física em idosos, como relatado em estudo (Lima *et al.*, 2019; Brasil *et al.*, 2021; Medeiros *et al.*, 2022).

Com o aumento de casos não só no Brasil, mas em todo o mundo, as doenças cardiovasculares estão representadas com alto índice de morbimortalidade. Devido às complicações da doença que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos

como a morbidade e a mortalidade, 17,1 milhões de pessoas morrem por essas comorbidades, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Tabagismo, Obesidade, Sedentarismo, Estresse e consumo de álcool excessivo. Todos esses fatores facilitam o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Estima-se que 7,4 milhões das mortes serão classificadas como infarto agudo do miocárdio, um grande problema de saúde pública. Por isso, é de suma importância o estabelecimento de intervenções preventivas visando à redução desses números (Barbosa *et al.*, 2019).

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ocorre quando as artérias coronárias ficam bloqueadas devido ao acúmulo de tecido gorduroso e fibroso dentro das paredes das artérias, o que causa um processo inflamatório que reduz a luz nos vasos e o suprimento de Sangue para o coração. Caso a placa de gordura sofra ruptura, a formação de um trombo pode levar à obstrução completa do vaso. O músculo cardíaco precisa constantemente de sangue rico em oxigênio. Este sangue é fornecido pelas artérias coronárias, que se ramificam quando a aorta sai do coração. A síndrome coronariana aguda ocorre quando um bloqueio súbito em uma artéria coronária reduz drasticamente ou interrompe o suprimento de sangue para uma área do músculo cardíaco (miocárdio) (Kang *et al.*, 2019).

A isquemia é uma condição caracterizada pela restrição ou redução do fluxo sanguíneo, e conseqüentemente, de oxigênio, em uma parte específica do corpo. A isquemia cardíaca refere-se à diminuição do fluxo sanguíneo e oxigênio para o músculo cardíaco. Quando ocorre dano ou morte em uma parte do músculo cardíaco devido à isquemia, isso é conhecido como ataque cardíaco, ou Infarto do Miocárdio (IM) (Nunes; Silva, 2020; Santos *et al.*, 2020). O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocorre devido à diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo para uma parte do miocárdio. Essa condição pode passar despercebida ou levar a complicações graves e morte súbita. A doença arterial coronariana é a principal causa subjacente desse problema, sendo a principal causa de morte no mundo. Quando uma artéria coronária é bloqueada, o músculo cardíaco é privado de oxigênio, o que pode resultar em morte celular e necrose. Os sintomas comuns incluem dor ou pressão no peito que pode se espalhar para outras áreas como pescoço, mandíbula, ombro ou braço. Além dos sintomas, alterações no ECG e elevação de marcadores bioquímicos, como a troponina cardíaca, podem indicar o problema (Smit; Coetzee; Lochner, 2020).

A causa do infarto agudo do miocárdio está intimamente ligada a fatores de risco modificáveis, como tabagismo, perfil lipídico anormal, hipertensão, Diabetes, obesidade abdominal, fatores psicossociais, falta de consumo de frutas ou vegetais, pouca ou nenhuma atividade física e consumo de álcool. Outros fatores de risco incluem níveis elevados de

homocisteína plasmática, que podem ser tratados com ácido fólico e vitaminas B6 e B12. Por outro lado, fatores como idade avançada, sexo masculino e predisposição genética também influenciam no risco de infarto agudo do miocárdio. A pesquisa sobre os loci genéticos que aumentam esse risco está em andamento, buscando entender melhor esses aspectos para prevenir e tratar o infarto com maior eficácia (Pagliaro *et al.*, 2020).

A síndrome coronariana aguda (SCA) compreende uma categoria de condições cardíacas que pode ser dividida em três formas: o infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), o infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) e a angina instável (AI). A SCA é associada a taxas significativas de morbidade e mortalidade, destacando a importância do diagnóstico imediato e do tratamento adequado (Kang *et al.*, 2019; Nunes; Silva, 2020; Santos *et al.*, 2020).

Os principais sinais e sintomas observados na população idosa incluem dor variada na região torácica com irradiação dos membros superiores, mandíbula, pescoço, tórax e abdome. Essa avaliação da dor e suas características, início e intensidade são necessárias para o diagnóstico precoce. A dor no peito é um sintoma comum, e os pacientes muitas vezes são encaminhados ao pronto-socorro apresentando sensações ou desconfortos variados no tórax, como dispneia, palpitações, fraqueza, fadiga, tontura, síncope ou dor epigástrica. Essa dor é frequentemente descrita como apertada, pressionante, com irradiação para os membros superiores, mandíbula, costas ou abdome superior, e pode ser acompanhada por náuseas, suores frios e vômitos. O sinal de Levine, em que o paciente coloca a mão espalmada no centro do tórax, também pode estar presente (Silva *et al.*, 2019; Bolzan; Pompermaier, 2020; Beitem, 2023).

Portanto, geralmente os sinais e sintomas do IAM são dor intensa e prolongada no peito, dor que se irradia do peito para os ombros, pescoço ou braços, dor prolongada na região abdominal, desconforto no tórax e sensação de enfraquecimento, respiração curta mesmo no estado de repouso, sentir tonteira, náusea, vômito e intensa sudorese, ataques de dor no peito que não são causados por exercício físico. Por conseguinte, deve-se ter em mente que em muitos indivíduos, um componente genético importante é a suscetibilidade individual ao desenvolvimento de aterosclerose, embora sua natureza ainda não seja compreendida, essa suscetibilidade genética pode afetar propriedades bioquímicas e fisiológicas e acelerar o processo da doença. Esse componente genético é definido como herança genética ou traços não modificáveis (Kang *et al.*, 2019; Nunes; Silva, 2020; Santos *et al.*, 2020).

Sendo assim, a avaliação simultânea de múltiplos fatores de risco possibilita a identificação de pacientes de alto risco, motivando os pacientes a aderirem à terapia e ao ajuste de medidas de redução de risco. A possibilidade de se estimar o risco absoluto em dez anos permite ações preventivas, principalmente para dirigir a estratégia populacional e individualizar os casos necessários, objetivando a redução da morbimortalidade por doença cardiovascular (Dutra *et al.*, 2022).

Destaca-se que a Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009, dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos, privados e filantrópicos. Tanto o enfermeiro quanto toda a equipe de enfermagem tem um papel ativo nesse processo, visando o cuidado integral, a satisfação e a segurança do paciente.

No entanto, as instituições de saúde ainda possuem dificuldade para implementar a SAE, por isso, é importante discutir, pesquisar e desenvolver estratégias para aprimorar sua implementação, pois é um processo dinâmico e contínuo que deve se adaptar constantemente às necessidades do setor. Isso garantirá melhores serviços de enfermagem para a equipe e maior proteção aos pacientes, especialmente os idosos, assegurando a qualidade da assistência prestada.

3.2 Enfermagem na assistência do idoso em doenças cardíacas

Tendo em vista que as assistências de enfermagem tendem a prestar um atendimento de prevenção e intervenção aos cuidados do IAM os enfermeiros responsáveis pelo atendimento inicial aos pacientes com suspeita de IAM, são os enfermeiros que realizam a triagem inicial e uma boa investigação no que se trata de cuidados nas medidas preventivas na suspeita de idosos com doenças cardiovasculares, ainda há inúmeros pacientes com dor torácica nos serviços de enfermagem. Sendo assim, é de extrema importância o atendimento ágil e precoce destes pacientes (Dutra *et al.*, 2022).

Na assistência de enfermagem, o julgamento clínico é definido em termos de respostas, indivíduo, família ou comunidade. A identificação de diagnósticos de enfermagem para essa população pode ajudar a compreender melhor as necessidades desses pacientes, além de orientar o cuidado de pacientes idosos, uma análise criteriosa dos dados coletados dos dados do paciente para identificar problemas de saúde potenciais ou reais, além de permitir avaliação das necessidades de cuidados, também existem fatores de risco que precisam ser controlados (Lisboa; Chianca, 2012).

O planejamento do cuidado define os resultados a serem alcançados e estabelece prioridades, intervenções e metas. Durante o processo de planejamento, o enfermeiro deve analisar fatores que podem afetar sua eficácia, como metas alcançáveis e realistas, insumos disponíveis, equipes de trabalho, tempo e prioridades. A implementação das ações da assistência de enfermagem compete à realização das intervenções cuidadosamente planejadas e as mudanças imediatas necessárias. O diagnóstico de enfermagem pode ser composto por diferentes elementos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, definição da população em risco e condições associadas ao problema identificado), os quais estão relacionados ao tipo de diagnóstico com foco no problema, de risco ou potencial, de promoção da saúde e de síndrome (Rodrigues *et al.*, 2019).

Nos cuidados do paciente idosos na assistência com IAM em ambientes de emergência e Serviço Médicos de Emergência (SME), é imperativo que os cuidadores tenham habilidades e conhecimentos técnicos para fornecer atendimento e tratamento imediatos e eficazes, garantindo o atendimento precoce e, assim, reduzindo as complicações do IAM. As principais atribuições dos enfermeiros incluem a realização de eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos da chegada do paciente ao pronto-socorro, punção de acesso venoso em veia de grande calibre, monitorização, administração de oxigenoterapia, controle da dor e da ansiedade. Repouso no leito, coleta de exames laboratoriais, monitoramento da glicemia capilar, diagnóstico imediato e início precoce do tratamento (Ferreira; Lysakowski; Pasa, 2020; Rabelo *et al.*, 2020; Silva; Santo, 2022).

Assim, destaca-se a importância do enfermeiro na primeira consulta de emergência, que deve prestar muita atenção aos sinais e sintomas para que o serviço seja prestado no momento certo e da maneira certa. Para que esse serviço seja realizado de forma satisfatória, é necessário que a aprendizagem seja contínua ao longo da profissão, incentivando a formação e o aprimoramento da assistência dos enfermeiros para poderem aplicar seus conhecimentos práticos e científicos. Isso facilita a compreensão e os cuidados em suas atividades já realizadas, além de proporcionar melhorias nos procedimentos atuais. Isso é importante não apenas para os pacientes que sofrem de IAM, mas também para os enfermeiros, que podem se beneficiar da educação continuada e do aperfeiçoamento na área para oferecer uma assistência de qualidade (Ferreira; Lysakowski; Pasa, 2020).

Os enfermeiros desempenham um papel importante no cuidado aos idosos, e as políticas e estratégias de saúde relacionadas às doenças cardíacas têm sido amplamente discutidas, especialmente no caso dos idosos, que demandam uma atenção integral. É essencial que toda a educação e as medidas preventivas sejam consideradas como fatores-

chave para promover e restabelecer a saúde. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, realizando intervenções visando alcançar resultados desejados. Isso inclui o estabelecimento de um protocolo que consiste em etapas a serem seguidas para realizar suas ações sistêmicas na ordem adequada. Em suma, o enfermeiro é um profissional essencial na assistência e recuperação da saúde da vítima de IAM (Ferreira; Lysakowski; Pasa, 2020).

Em emergência, quando um paciente grave é admitido, o enfermeiro é um especialista que faz a triagem do paciente na sala de emergência, avalia o paciente, identifica as necessidades prioritárias e o encaminha para áreas que necessitam de tratamento. Assim, o enfermeiro é o especialista da equipe de emergência que tem o primeiro contato com o paciente e é responsável por orientar sobre as intervenções realizadas. Os enfermeiros realizam avaliações de risco no setor de emergência e realizam eletrocardiogramas (ECG). Cabe a ele avaliar o paciente, determinar as necessidades prioritárias no atendimento e encaminhá-lo para a área de tratamento a seu pedido. O infarto do miocárdio pode também ocorrer em pessoas que têm as artérias coronárias normais. Isso acontece quando as coronárias apresentam um espasmo, contraindo-se violentamente e também produzindo um déficit parcial ou total de oferecimento de sangue ao músculo cardíaco irrigado pelo vaso contraído (Dutra *et al.*, 2022).

De acordo com Segundo Dutra *et al.* (2022) os sinais e sintomas do IAM são: dor intensa e prolongada no peito; dor que se irradia do peito para os ombros, pescoço ou braços; dor prolongada na “boca do estômago”; desconforto no tórax e sensação de enfraquecimento; respiração curta mesmo no estado de repouso; sentir tonturas; náusea, vômito e intensa sudorese; ataques de dor no peito que não são causados por exercício físico.

No entanto, deve-se levar em consideração que em muitos indivíduos existe um importante componente genético para a suscetibilidade individual à aterosclerose, embora sua natureza não seja clara, essa suscetibilidade genética interfere nas características bioquímicas e fisiológicas, acelerando o processo da doença. Esse componente genético é definido como uma característica hereditária ou não modificável, de modo que a avaliação simultânea de múltiplos fatores de risco pode identificar pacientes de alto risco, motivar os pacientes a aderir ao tratamento e ajustar as medidas de redução de risco. A possibilidade de se estimar o risco absoluto em dez anos permite ações preventivas, principalmente para dirigir a estratégia populacional e individualizar os casos necessários, objetivando a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares (Silva *et al.*, 2019).

3.3 Educação em Saúde Cardíaca

A educação é uma maneira que pode ser usada para aumentar o conhecimento de uma pessoa. A educação pode ser fornecida em várias áreas, incluindo a saúde (Hasanuddin *et al.* 2023). Para alcançar o sucesso na Educação em Saúde Cardíaca, são empregadas estratégias de promoção do envelhecimento saudável, as quais devem se basear na educação em saúde para permitir a participação ativa do indivíduo em grupos, aumentar seu controle sobre a própria vida, transformar a realidade social e política, e capacitá-lo a tomar decisões sobre sua saúde (Carneiro; Rehfeld, 2022).

A Educação em Saúde é definida como oportunidades de aprendizagem planejadas conscientemente, que envolvem alguma forma de comunicação destinada a melhorar a alfabetização em saúde, incluindo o aumento do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades de vida que promovam a saúde individual e comunitária. Esta definição destaca que a Educação em Saúde vai além da simples disseminação de informações sobre saúde, buscando também motivar, desenvolver habilidades e aumentar a confiança necessária para agir em prol da melhoria da saúde. Além disso, envolve a comunicação de informações sobre as condições sociais, econômicas e ambientais que impactam a saúde, assim como fatores de risco individuais e comportamentos de risco, e o uso efetivo do sistema de saúde. O objetivo amplo da Educação em Saúde é não apenas aumentar o conhecimento sobre comportamentos de saúde pessoal, mas também desenvolver habilidades que demonstrem a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de várias formas de ação para abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (Who, 2012).

A educação em saúde é uma atividade realizada pelos profissionais de saúde, particularmente pelos enfermeiros, que desempenham um papel fundamental nesse processo. Eles estabelecem uma relação dialógica e reflexiva com o cliente, visando conscientizá-lo sobre sua saúde e incentivando-o a se perceber como um participante ativo na transformação de sua própria vida. Nesse contexto, a educação em saúde é considerada uma prática para a transformação dos estilos de vida individuais e coletivos, promovendo, assim, a qualidade de vida e a saúde. Portanto, é fundamental conhecer as estratégias de educação em saúde utilizadas com os idosos, a fim de identificar lacunas no processo de envelhecimento, como a falta de estudos sobre atividades realizadas nos serviços de saúde que atendam às necessidades dos idosos e promovam sua saúde (Mallmann *et al.*, 2015).

Assim, a enfermagem atua na proteção, promoção e restauração da saúde e prevenção de doenças por meio da prática da educação em saúde que não se limita ao atendimento

hospitalar. Os enfermeiros estão se tornando indispensáveis em um contexto em que a saúde pública passa por mudanças epidemiológicas, demográficas e sociais à medida que surgem novas e crescentes demandas de saúde e ocupam espaço estratégico para a implementação de políticas sociais de saúde (Carneiro; Rehfeld, 2022).

As práticas educativas mais utilizadas pelos enfermeiros que atuam em programas de atenção preventiva e interventiva ao idoso na prevenção de cardiopatias são palestras em sala de espera, aconselhamento em visitas domiciliares, palestras em escolas e universidades, unidades públicas de saúde, empresas e grupos religiosos, contribuindo para uma maior aproximação entre o profissional enfermeiro e a comunidade (Benevides *et al.*, 2020).

Fatores de desenvolvimento do cuidado de enfermagem também podem ser considerados. A HAS tem aumento em seu diagnóstico e diminuição no número de controle, além de se destacar como uma das principais nos fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais significativos dilemas em saúde pública (Araújo *et al.*, 2022; Rocha *et al.*, 2022).

Em um estudo pré-experimental com tratamento de desenho pré-teste e pós-teste que buscou determinar o efeito da Educação em Saúde no aumento do conhecimento, atitudes e comportamento de idosos com hipertensão em um Centro de Saúde na Indonésia em 2023, mostrou que: o conhecimento foi -8.132 e o valor significativo foi 0.000 ($p < 0.05$), a Atitude foi -8165 e o valor significativo foi 0.000 ($p < 0.05$), e o Comportamento foi -8267 e o valor significativo foi 0.000 ($p < 0.05$), houve uma diferença significativa nos resultados da pré e pós-teste de Educação em Saúde sobre as atitudes dos idosos com hipertensão. Os resultados deste estudo indicam que há um efeito da Educação em Saúde sobre a atitude dos idosos que sofrem de hipertensão na área do Centro de Saúde. A conclusão do estudo mostrou que houve um efeito da Educação em Saúde sobre o conhecimento, atitudes e comportamento de idosos com hipertensão daquela região (Hasanuddin *et al.* 2023).

A educação em saúde inclui áreas teóricas e práticas sobre a relação entre o conhecimento e os processos de saúde e doença de indivíduos e comunidades. Concentrando-se em informação e prevenção, você pode evitar doenças cardíacas e viver uma vida melhor e mais saudável. A competência no campo da educação em saúde em cardiologia é conceituada como uma responsabilidade compartilhada na formação inicial, contínua e prática de forma autônoma, socialmente responsável, com o compromisso de formar futuros enfermeiros em estratégias de enfermagem para idosos que Estratégias como educação em saúde para promover a prevenção e intervenção de doenças cardíacas. Assim, tornando um estímulo consensual, especialmente considerados, a promoção e a prevenção através de ações que transmitam o conhecimento (Oliveira *et al.*, 2020; Araújo *et al.*, 2022; Rocha *et al.*, 2022).

A maioria dos programas de educação em saúde visa ajudar as pessoas a manter e melhorar sua saúde, reduzir os riscos de doenças e gerenciar doenças crônicas. A meta é melhorar o bem-estar e a autossuficiência de indivíduos, famílias, organizações e comunidades, o que frequentemente requer mudanças de comportamento em todos os níveis. Anualmente, muitos recursos são gastos tentando modificar o comportamento humano. Embora algumas estratégias de intervenção sejam bem-sucedidas, muitas não atingem seus objetivos (Sharma, 2021).

Assim, as intervenções mais propensas a alcançar os resultados desejados são baseadas em uma compreensão clara dos comportamentos de saúde-alvo e do contexto ambiental em que ocorrem. Para ajudar no desenvolvimento, gerenciamento e avaliação dessas intervenções, os profissionais de educação em saúde podem recorrer a vários modelos de planejamento estratégico baseados em teorias de comportamento em saúde. Os educadores em saúde comumente utilizam modelos de planejamento ao desenvolver seus programas, os quais são usados para planejar, implementar e avaliar programas de educação em saúde, além de fornecer uma estrutura sobre a qual construir um plano de educação em saúde, para isso é necessário o conhecimento de teorias para embasar as escolhas (Sharma, 2021).

Essas teorias oferecem diversos benefícios, como servir como ferramentas para ir além da intuição na concepção e avaliação de intervenções em educação em saúde baseadas na compreensão de por que as pessoas se envolvem em determinados comportamentos de saúde, além de fornecer uma base para o planejamento e desenvolvimento de programas consistentes com a ênfase atual no uso de intervenções baseadas em evidências, servindo como guia para estudar problemas, desenvolver intervenções apropriadas, identificar indicadores e avaliar impactos, ajudando a explicar os processos de mudança de comportamento em saúde e as influências das muitas forças que o afetam, incluindo ambientes sociais e físicos, e auxiliando os planejadores na identificação dos públicos-alvo mais adequados, métodos para promover a mudança e resultados para avaliação (Who, 2012).

É importante ressaltar que nenhuma teoria domina a prática da educação em saúde, e abordar um problema de saúde pode exigir mais de uma teoria, sendo que nenhuma teoria é adequada para todos os casos. As teorias de comportamento em saúde são escolhidas com base no tópico e na população-alvo, e devem ser lógicas, consistentes com observações cotidianas, semelhantes às usadas em programas anteriores bem-sucedidos e apoiadas por pesquisas passadas na mesma área ou ideias relacionadas (Who, 2012).

As teorias de comportamento em saúde são fundamentais para entender e promover mudanças comportamentais que levem a uma melhoria da saúde (Who, 2012). Algumas das principais teorias utilizadas incluem:

1. Teoria da Ação Racional (TRA) e Teoria do Comportamento Planejado (TPB): ambas enfatizam a influência das atitudes, normas sociais e percepção de controle sobre o comportamento. A TRA sugere que a intenção de realizar um comportamento é o melhor preditor desse comportamento, enquanto a TPB adiciona a percepção de controle comportamental à equação (Who, 2012).

2. Modelo de Crenças em Saúde (HBM): este modelo sugere que a adoção de comportamentos de saúde é influenciada pela percepção de ameaça à saúde (como a gravidade e a suscetibilidade percebidas à doença) e a avaliação das vantagens e desvantagens do comportamento de saúde (Who, 2012).

3. Modelo Ecológico de Saúde: este modelo considera os determinantes de saúde em diferentes níveis (individual, interpessoal, comunitário e político) e enfatiza a interação entre o indivíduo e seu ambiente (Who, 2012).

4. Teoria da Autoeficácia (Bandura): essa teoria sugere que a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar um comportamento influencia diretamente sua capacidade de realizá-lo (Who, 2012).

5. Modelo de Mudança de Comportamento Transteórico (TTM): também conhecido como Modelo de Estágios de Mudança, ele descreve como as pessoas mudam seu comportamento ao longo do tempo, passando por estágios como pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída (Who, 2012).

6. Teoria da Aprendizagem Social (Bandura): esta teoria enfatiza o papel da observação e da modelagem do comportamento, sugerindo que as pessoas aprendem com o comportamento de outras pessoas ao seu redor (Who, 2012).

Todas essas teorias e modelos fornecem estruturas conceituais para entender os determinantes do comportamento de saúde e para desenvolver intervenções eficazes para promover mudanças positivas de comportamento.

3.4 Universidade da Maturidade

A Universidade da Maturidade (UMA) da UFT tem como propósito principal compreender o processo de envelhecimento humano e promover mudanças sociais que

contribuam para uma velhice ativa e digna, baseando-se no Estatuto do Idoso (Osório; Souza, Sinésio Neto, 2013).

De acordo com Sera (2020), a UMA foi criada com a intenção de oferecer uma educação que respeite as características individuais, proporcionando aos idosos informações, esclarecimentos e conhecimentos que os capacitem como cidadãos ativos e integrados socialmente. O ambiente da Universidade promove a educação intergeracional, onde todos os participantes, tanto os que ensinam quanto os que aprendem, adquirem conhecimentos por meio da troca de experiências e saberes. Além disso, são desenvolvidas relações afetivas e há um respeito mútuo entre todos, visando à melhoria da qualidade de vida.

A sede administrativa da Universidade foi inaugurada em 14 de maio de 2010, no campus da UFT, pelo então Ministro da Educação, Fernando Haddad, e pelo Reitor à época, professor Doutor Alan Barbieiro (Osório; Souza, Sinésio Neto, 2013). Após seis anos de sua criação, recebeu o certificado de registro da marca UMA nº 901826235, em 02/05/2012, com validade para 10 anos, tendo como titular a Universidade Federal do Tocantins (Projeto Político Pedagógico - UMA, 2018).

A implantação da UMA-UFT nos diferentes municípios teve início em 2006, em Palmas, onde a idealizadora do programa, Professora Doutora Neila Barbosa Osório, realizou o sonho de implantar a Universidade da Maturidade. Em 2009, a UMA foi implantada em Arraias, quebrando paradigmas ao levar os idosos para a Universidade, um espaço até então frequentado principalmente por jovens. Em Gurupi, também em 2009, a UMA foi criada para atender ao anseio da sociedade civil organizada, associações, gestores públicos e comunidade acadêmica. Em Miracema, a UMA foi compreendida como um espaço capaz de desenvolver a autonomia e efetivar os direitos sociais dos idosos da região (Sera, 2020).

Em Tocantinópolis, a UMA foi implementada para melhorar o atendimento aos idosos nas áreas da educação, saúde e assistência social. Em Porto Nacional, o polo foi implantado visando fortalecer a história cultural dos idosos da cidade e do Estado do Tocantins. Em Brejinho de Nazaré, a UMA nasceu com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos, proporcionando acesso à cidadania, lazer e esporte. Em Araguaína, foi criada com o objetivo de oferecer à população acima de 45 anos acesso justo e igualitário à educação continuada. Já em Dianópolis, em 2019, a UMA chegou a uma região histórica do Tocantins com o intuito de melhorar a vida dos idosos por meio da educação (Sera, 2020).

Portanto, a UMA que começou como um projeto de extensão e hoje é o programa de extensão mais proeminente da Universidade Federal do Tocantins, com ações também em ensino e pesquisa, ocorrendo atualmente em seis municípios: Araguaína, Brejinho de Nazaré,

Dianópolis, Miracema do Tocantins, Palmas e Porto Nacional. Embora tenha havido implantação em Arraias, Brejinho de Nazaré, Gurupi e Tocantinópolis, as parcerias estabelecidas entre os municípios e a UFT não foram mantidas, o que impossibilitou a continuidade do processo (Sera, 2020).

O Projeto Político Pedagógico (2018) estabelece que o curso da UMA possua uma carga horária total de 350 horas-aula e uma duração de 24 meses, estruturado em quatro módulos. Ao concluir o curso, os alunos recebem o título de Educador Político Social do Envelhecimento.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Este estudo tem um delineamento quase-experimental, que é uma abordagem de pesquisa que não inclui um grupo-controle. Nesse tipo de metodologia, são utilizados pré e pós-testes para comparar os resultados antes e depois da intervenção implementada (Diascânio, 2021).

O delineamento quase-experimental é aplicável em cenários reais de cuidados de saúde, onde é possível implementar intervenções e avaliar seus efeitos no mundo real. Isso torna os resultados mais aplicáveis e relevantes para a prática clínica e pode fornecer informações valiosas para a tomada de decisões na área da saúde. O uso de pré e pós-testes permite a avaliação das mudanças temporais ao longo do tempo. Isso possibilita verificar se a intervenção causou um impacto significativo e se os efeitos são sustentáveis a longo prazo. Portanto, o delineamento quase-experimental pode ajudar a identificar tendências positivas ou efeitos promissores em intervenções, fornecendo pistas para pesquisas futuras e justificando a realização de estudos mais robustos (Diascânio, 2021).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na perspectiva do projeto Universidade da Maturidade (UMA) do Campus de Palmas da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

4.3 População alvo

Indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, participantes do projeto UMA da UFT em Palmas - TO.

4.4 Critérios de inclusão

- Ter acima de 60 anos;
- Ser aluno matriculado no Projeto Universidade da Maturidade em Palmas - TO;
- Não possuir condições cognitivas que possam interferir na pesquisa;

- Ter participado de programas e inclusão nos projetos de pesquisa na Universidade da Maturidade;
- Ter acesso ao grupo de WhatsApp para tirar dúvidas.

4.5 Critérios de exclusão

- Solicitar exclusão do grupo de estudo;
- Não participar de todas as etapas dos programas de consultas dá UMA;
- Não participar do pré ou pós-avaliação da pesquisa.

4.6 Cuidados éticos

Todos os aspectos éticos relativos à condução deste estudo foram rigorosamente observados, seguindo as diretrizes da legislação brasileira nº 466/12, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto de pesquisa em questão foi devidamente submetido e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, CAEE 02128818.8.0000.5519 sob parecer de número 3.198.948.

Os participantes envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e receberam informações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo, bem como sobre a natureza voluntária de sua participação. Essas informações foram transmitidas tanto verbalmente, por meio de uma explicação clara e acessível, quanto por escrito, mediante a disponibilização de um termo de consentimento informado. Esse documento esclareceu os aspectos relevantes do estudo, garantindo que os participantes estivessem devidamente informados antes de concordarem em participar.

Assegurou-se, assim, que os princípios éticos fundamentais da pesquisa com seres humanos fossem observados integralmente, incluindo o respeito à autonomia e dignidade dos participantes, a garantia de sua privacidade e confidencialidade, além do compromisso com o benefício social e científico do estudo. A condução responsável e ética desta pesquisa é de suma importância para garantir a integridade dos participantes e a credibilidade dos resultados obtidos, contribuindo para o avanço do conhecimento científico na área de interesse. Assim, todos os participantes também assinaram o Termo de Autorização de Imagem.

4.7 Procedimento da pesquisa

Para fins de organização e melhor fluxo das atividades, foi construído um prontuário de pesquisa para cada indivíduo incluído no estudo. Esse instrumento contou com:

- a) Resumo do projeto: apresentando o delineamento e os objetivos do projeto para conhecimento dos participantes;
- b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: que foi assinado pessoalmente antes do início da coleta de dados;
- c) Questionários socioeconômico e de triagem: foram colocados em série todos os questionários aplicados para caracterização da amostra;
- d) Pré-testes: questionários de avaliação, questionário AQUAREL, coleta de informações que informa se os idosos sentem em algumas situações de vida diária, nas últimas 4 semanas, específico na avaliação da assistência de enfermagem na prevenção e intervenção dos problemas cardiológicos em pessoas idosas.
- e) Roteiro de metodologia da intervenção: oficina com orientações de aplicação da metodologia educacional com campos para anotação de observações sobre a abordagem;
- f) Pós-testes: questionários qualidade de vida-SF-36, aplicação de pós-avaliação, nos manterão informados de como o idoso se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária.

4.8 Intervenção

A intervenção educacional foi concebida na forma de oficinas educativas realizadas presencialmente. Inicialmente, na primeira reunião, solicitou-se aos participantes que expressassem suas dúvidas, necessidades educacionais e preferências em relação à condução das atividades. Essa abordagem assegurou que o conteúdo da intervenção fosse direcionado às demandas específicas e interesses dos idosos.

Em seguida, foi ministrada uma aula teórica sobre o tema “saúde cardíaca na terceira idade”. Essa etapa proporcionou aos idosos um embasamento teórico sólido, fornecendo informações relevantes sobre o órgão cardíaco, e adequadas estratégias de autocuidado específicas para o contexto da terceira idade.

A próxima reunião foi agendada visando à elaboração da proposta pedagógica para as oficinas, na ocasião todos os idosos participaram desse momento. Na ocasião o pesquisador fez um levantamento das referências bibliográficas de metodologias de ensino e autocuidado voltadas para idosos, após a explanação das teorias, as principais opiniões foram coletadas para serem discutidas e incluídas posteriormente. Esse processo permitiu identificar as expectativas dos próprios participantes, concedendo-lhes um papel ativo na definição dos conteúdos abordados e na escolha das estratégias utilizadas nas oficinas.

Por meio dessa abordagem participativa, os idosos se tornaram coautores do processo educacional, o que fortaleceu o engajamento e a motivação para aprender. A contribuição ativa dos participantes na elaboração dos conteúdos garantiu que a intervenção fosse mais adequada às suas necessidades e preferências, aumentando a relevância e a efetividade das oficinas educativas.

Dessa forma, a intervenção educacional foi cuidadosamente planejada, levando em consideração as demandas dos idosos, e implementada de maneira interativa e colaborativa, promovendo o aprendizado significativo e a adoção de práticas de autocuidado que contribuam para uma velhice saudável e autônoma. (Carvalho; Pareja; Maia, 2013).

As oficinas foram realizadas em 5 encontros com base na proposta das seguintes temáticas (Quadro 1).

Quadro 1. Oficinas educativas sobre saúde cardíaca

Encontro	Temas	Estratégia + Procedimento	Recursos	Duração
1º	Envelhecimento e qualidade de vida	Exploração dos fundamentos do envelhecimento saudável e a importância da qualidade de vida na terceira idade. Apresentação teórica interativa, exercícios práticos de promoção de saúde, discussões em grupo sobre experiências pessoais.	Apresentações em slides, materiais impressos educativos, questionários de avaliação de conhecimento.	Entre 1 hora e 30 minutos a 2 horas
2º	O que é IAM e Tipos de Infarto	Abordagem detalhada sobre o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e suas diferentes manifestações. Palestra informativa, análise de estudos de caso, discussão sobre sintomas e tipos de infarto.	Vídeos educativos, gráficos explicativos, estudos de caso impressos.	
3º	Prevenção do IAM em pessoas idosas	Apresentação de estratégias preventivas específicas para a população idosa. Sessão prática de exercícios, orientações sobre dieta balanceada, discussão sobre atividade física adaptada à idade.	Guia prático de exercícios, folhetos informativos sobre alimentação saudável.	

4º	Quais os principais fatores de Risco e Indicadores	Identificação e compreensão dos principais fatores de risco associados ao Infarto Agudo do Miocárdio e seus indicadores. Apresentação detalhada dos fatores de risco, avaliação de risco individualizada, discussão sobre indicadores precoces.	Planilhas de avaliação de risco, material informativo sobre sintomas de alerta.
5º	Educação em saúde	Encerramento da série com foco na educação contínua em saúde e estratégias para a manutenção de hábitos saudáveis. Sessões práticas demonstrativas, compartilhamento de recursos educacionais, estímulo à autonomia na tomada de decisões.	Material educativo impresso, vídeos demonstrativos, folhetos sobre a manutenção da saúde cardíaca.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.9 Instrumentos

4.9.1 Questionário AQUAREL

Foi proposto a versão em português por Oliveira *et al.* (2006), trata-se de um questionário específico para avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores de marcapasso, intitulado AQUAREL (*Assessment of Quality of Life and Related Events*) (APÊNDICE I).

Esse questionário é composto por vinte questões, abrangendo três domínios distintos: desconforto no peito, arritmia e dispneia ao exercício. O objetivo do AQUAREL é complementar o uso do questionário genérico *Medical Outcomes Study 36-item Short Form* (SF-36). Ao utilizar o AQUAREL em conjunto com o SF-36, é esperada a obtenção de uma avaliação mais abrangente e específica da qualidade de vida dos pacientes com marcapasso (dois participantes utilizavam esse dispositivo), considerando as particularidades e desafios enfrentados por essa população. A inclusão dos domínios relacionados diretamente à condição do marcapasso, como desconforto no peito, arritmia e dispneia ao exercício, visa proporcionar uma compreensão mais precisa do impacto do dispositivo na qualidade de vida desses indivíduos.

A criação do AQUAREL representa um avanço significativo na área da pesquisa clínica, uma vez que possibilita uma análise mais focalizada e sensível aos aspectos específicos da saúde dos pacientes portadores de marcapasso. Sua utilização complementar ao SF-36 amplia a capacidade de avaliação da qualidade de vida, contribuindo para um atendimento mais personalizado e direcionado às necessidades desses pacientes. Além disso,

a validação do AQUAREL para uso em língua portuguesa assegura sua aplicabilidade em contextos de língua portuguesa, permitindo que essa ferramenta seja amplamente utilizada em estudos e práticas clínicas no Brasil e em outros países lusófonos (Oliveira *et al.*, 2006).

4.9.2 Questionário de avaliação de qualidade de vida-SF-36

O questionário de avaliação de qualidade de vida-SF-36 - *Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36)*, já foi traduzido e validado em língua portuguesa. O SF-36 é constituído por 36 itens, agrupados em oito domínios que englobam diferentes aspectos da qualidade de vida: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (APÊNDICE II).

4.10 Análise Estatística

Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel[®]. As variáveis estão expressas em média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e teste t.

5 RESULTADOS

5.1 Análise dos dados

Participaram deste estudo 49 idosos, a análise da distribuição por gênero revela uma participação ativa de mulheres, representando (57%) dos participantes, enquanto os homens compõem (43%) da amostra (Tabela 1). Essa predominância feminina sugere uma presença marcante das mulheres idosas na UMA, destacando seu engajamento nas atividades propostas.

A média de idade é de aproximadamente 69 anos, com um desvio padrão de cerca de 5 anos. Essa homogeneidade sugere uma distribuição relativamente consistente nas faixas etárias representadas. Assim, a diversidade etária proporciona uma visão abrangente das diferentes fases da vida na terceira idade, permitindo a identificação de necessidades específicas em relação à promoção da saúde e enriquecimento pessoal. A maioria dos participantes estava aposentada (44,9%), seguida por aqueles que trabalhavam (20,4%).

O estado civil variado dos participantes inclui casados (60,4%), viúvos (12,2%), solteiros (6,1% %), e divorciados (6,1% %), isso reflete a diversidade nas relações interpessoais da população idosa. A distribuição educacional mostra a presença de participantes com ensino superior completo (20,8%), isso destaca a busca pelo conhecimento formal mesmo em idades mais avançadas.

A predominância do ensino médio completo (41,7%) sugere uma base educacional sólida na amostra, enquanto a diversidade nas categorias de ensino fundamental completo (22,9%) e incompleto (12,5%) reflete diferentes contextos históricos e acessos à educação. O pequeno número de pós-graduados (4,2%) indica um grupo selecionado, possivelmente com trajetórias acadêmicas e profissionais mais extensas. Essa análise serve como ponto de partida para investigações mais profundas sobre como o nível educacional influencia outros aspectos da vida na terceira idade, como saúde, participação social e qualidade de vida.

A análise revela uma gama diversificada de situações econômicas na população idosa estudada. A maioria dos participantes (43,8%) possui renda superior a dois salários mínimos, indicando uma relativa estabilidade financeira. Por outro lado, (31,3%) dependem de uma renda equivalente a um salário mínimo, evidenciando uma parcela considerável enfrentando desafios econômicos. A faixa de renda entre 1-2 salários mínimos abrange (27,1%) dos participantes, destacando a heterogeneidade econômica presente na amostra. A presença de 1

(2,1%) participante sem renda sugere a existência de casos especiais que merecem atenção diferenciada.

A maioria dos participantes reside com cônjuge (30,6%), refletindo relações conjugais duradouras na terceira idade. Outros (14,3%) compartilham a moradia com cônjuge, filhos e netos, destacando a presença multigeracional em algumas configurações familiares. A moradia exclusivamente com filhos é observada em (32,7%) dos casos, indicando a importância da relação parental na fase idosa. Além disso, (20,4%) dos participantes vivem sozinhos, ressaltando a autonomia e independência de uma parcela significativa da amostra. Arranjos menos comuns incluem moradia com cônjuge e mãe (2,0%), com mãe (2,0%), com neta (2,0%), e com filhos e netos (4,1%).

A caminhada e hidroginástica destacam-se como atividades populares, totalizando (22,9%) da amostra, indicando uma inclinação para exercícios de baixo impacto e atividades aquáticas, que são benéficas para a saúde cardiovascular e muscular. Notavelmente, uma parcela significativa (43,8%) relata realizar apenas serviços domésticos como forma de atividade física, sublinhando a relevância das atividades diárias na manutenção da mobilidade e da saúde funcional.

Portanto, a prática da caminhada é adotada por (27,1%) dos participantes, ressaltando sua acessibilidade e adaptabilidade às diferentes condições físicas. Outras atividades como jardinagem, pilates, musculação e corrida também estão representadas, apontando para uma diversidade de interesses e abordagens na busca por um estilo de vida ativo e saudável na terceira idade.

Sobre a participação dos participantes em programas voltados à terceira idade. A grande maioria (90%) relata não participar de nenhum programa específico para idosos. Um participante mencionou frequentar um Centro de Convivência para Idosos (2%), e três indicou participação no Parque do Idoso (6%).

Tabela 1. Características socioeconômicas

Variáveis	Média	DP
Idade	69	5
Sexo	n	(%)
Homem	21	(43)
Mulher	28	(57)
Situação ocupacional		
Aposentado (a)	22	(44,9)
Pensionista	5	(10,2)
Trabalha	10	(20,4)
Aposentado (a) + trabalha	5	(10,2)
Não trabalha	4	(8,2)

Estado civil		
Casado (a)	29	(60,4)
Viúvo (a)	6	(12,2)
Divorciado (a)	3	(6,1)
Solteiro (a)	3	(6,1)
Escolaridade		
Ens. superior completo	10	(20,8)
Ens. médio completo	20	(41,7)
Ens. fundamental completo	11	(22,9)
Ens. fundamental incompleto	6	(12,5)
Pós-graduada	2	(4,2)
Renda		
> 2 salários mínimos	21	(4,8)
1-2 salários mínimos	13	(27,1)
1 salário mínimo	15	(31,3)
Sem renda	1	(2,1)
Mora com quem?		
Cônjuge	15	(30,6)
Cônjuge, Filhos e Netos	7	(14,3)
Filhos	16	(32,7)
Sozinho	10	(20,4)
Cônjuge e Mãe	1	(2,0)
Mãe	1	(2,0)
Neta	1	(2,0)
Filhos e Netos	2	(4,1)
Qual tipo de atividade ou exercício físico você realiza?		
Apenas serviços domésticos	21	(43,8)
Caminhada e Hidroginástica	11	(22,9)
Caminhada	13	(27,1)
Jardinagem	1	(2,1)
Pilates	1	(2,1)
Musculação e Corrida	6	(12,5)
Corrida, Caminhada	1	(2,1)
Participa de outro programa voltado para idosos?		
Não	45	(90)
Centro de Convivência para Idosos	1	(2)
Parque do Idoso	3	(6)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Esses resultados da Tabela 1 fornecem uma base sólida para a compreensão das características sociodemográficas da população idosa da UMA, isso, permite a personalização de intervenções e estratégias de promoção da saúde alinhadas às necessidades específicas desse grupo. Esse conhecimento torna-se fundamental para garantir a eficácia e a exclusividade de futuras iniciativas de saúde na terceira idade.

O questionário AQUAREL abrange três domínios que são relevantes para avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de marcapasso. Os domínios incluem: Desconforto no Peito; Dispneia e Arritmia. Os resultados do questionário AQUAREL sugerem um aumento geral na pontuação das respostas após a intervenção (Tabela 2).

No entanto, a variabilidade das respostas também aumentou, indicando que as opiniões dos participantes ficaram mais dispersas. A média das respostas aumentou de 1,725

para 2,175 após a intervenção. O desvio padrão aumentou, indicando maior variabilidade nas respostas pós-intervenção.

Tabela 2. Avaliação do questionário AQUAREL.

Variáveis	Pré		Pós		Teste t
	Média	Min-máx.	Média	Min-máx.	
Domínio 1: Desconforto no Peito					
Você tem sentido algum desconforto no peito como do aperto ou peso?	1,50	1-3	2,02	1-4	5,2
Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso quando sobe escada ou morro?	1,52	1-5	1,81	1-5	2,9
Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?	1,40	1-5	1,61	1-3	2,1
Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso quando caminha em local plano no mesmo ritmo, no mesmo passo que pessoas da sua idade?	1,44	1-5	1,56	1-3	1,2
O desconforto no peito como dor, aperto ou peso tem dificultado, atrapalhado você a fazer alguma atividade física?	1,40	1-3	1,69	1-3	2,9
Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso enquanto está repousando?	1,33	1-3	1,61	1-2	2,8
Domínio 2: Dispneia					
Você tem sentido falta de ar quando sobe escada ou morro?	1,38	1-2	1,23	1-3	1,201
Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?	1,42	1-2	1,33	1-3	0,721
Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?	1,31	1-2	1,47	1-4	-1,281
Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?	1,36	1-2	1,47	1-4	-0,881
Você tem sentido falta de ar quando caminha em local plano no mesmo ritmo no mesmo passo que pessoas da sua idade?	1,58	1-4	1,46	1-4	0,961
A falta de ar tem dificultado, atrapalhado você a fazer alguma atividade física?	1,17	1-2	1,44	1-4	-2,161
Você tem sentido falta de ar enquanto está repousando?	1,08	1-2	1,43	1-4	-2,801
Você tem acordado durante o sono por falta de ar?	1,56	1-4	1,52	1-4	0,321
Você tem tido inchaço nos tornozelos (na região dos pés)?	1,44	1-2	1,29	1-3	1,201
Domínio 3: Arritmias					
Você tem sentido o coração bater irregular, fora do ritmo?	1,63	1-3	1,57	1-3	2,09
Você tem sentido o coração bater mais forte?	1,54	1-2	2,13	1-3	-20,63
Você tem sentido batimento forte no pescoço ou abdômen (barriga)?	1,48	1-3	1,40	1-3	2,79
Você tem tido sensação de desmaio?	1,65	1-3	1,52	1-4	4,54
Você tem se sentido cansado e exausto após ter dormido uma noite de sono?	1,67	1-4	2,00	1-4	-11,54
O cansaço ou a falta de energia tem dificultado, atrapalhado você a fazer suas atividades diárias?	2,17	1-5	2,13	1-4	1,40
O cansaço tem levado você a precisar se sentar ou deitar durante o dia?	2,03	1-5	1,67	1-3	12,59

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Ao analisar as variáveis relevantes para o Domínio 1: Desconforto no Peito. Referente ao “Desconforto no peito como aperto ou peso” os participantes apresentaram uma média pré-intervenção de 1,50, que aumentou para 2,02 no pós-teste. Essa elevação sugere uma modificação na percepção média do desconforto no peito. Observou-se no “Desconforto ao subir escada ou morro” uma redução significativa no desconforto ao subir escada ou morro, com uma média pré-intervenção de 1,52, diminuindo para 1,81 no pós-teste. Esta diminuição indica uma melhora média na capacidade dos participantes em lidar com atividades físicas, que também foi tema das oficinas.

Contrariamente, na pergunta sobre “Desconforto ao caminhar rápido em local plano” houve um aumento na média pós-intervenção (1,40 para 1,61), sugerindo uma possível maior sensibilidade ao desconforto ao caminhar rapidamente em locais planos.

Similar à primeira variável, o “Desconforto ao caminhar no mesmo ritmo que pessoas da mesma idade”, a média pós-intervenção (1,44 para 1,56) indicou um aumento na percepção de desconforto ao caminhar no mesmo ritmo que pares da mesma idade. A média pós-intervenção “Desconforto dificultando atividade física” de 1,69, em comparação com a média pré-intervenção de 1,40, sugere que o desconforto no peito pode ter impactado mais nas atividades físicas dos participantes após o período educativo.

Sobre o “Desconforto ao repousar” a média pós-intervenção de 1,61, em comparação com a média pré-intervenção de 1,33, indica um possível aumento no desconforto ao repousar após as intervenções. Nessa direção, as intervenções educativas apresentaram efeitos diferenciados na percepção de desconforto no peito em situações diversas.

No Domínio 2, foi abordado sobre Dispneia e suas implicações, os resultados revelaram padrões significativos que mostram sobre a influência da intervenção educativas na experiência de dispneia pelos participantes. Relativo a “Falta de ar ao subir escada ou morro” os participantes apresentaram uma diminuição significativa na média pós-intervenção (1,38 para 1,23), indicando uma melhoria na capacidade de subir escadas ou morros sem sentir falta de ar. Esta redução sugere uma resposta positiva às intervenções educativas, possivelmente contribuindo para uma maior resistência respiratória.

Observou-se na “Falta de ar ao caminhar rápido em local plano” uma redução na média pós-intervenção (1,42 para 1,33), sugerindo uma melhora na capacidade de caminhar rapidamente em locais planos sem experimentar dispneia. Isso implica que os encontros

educativos podem ter influenciado positivamente a eficiência respiratória dos participantes nessas atividades.

A média pós-intervenção na pergunta sobre “Falta de ar ao caminhar no mesmo ritmo que pessoas da mesma idade” (1,58 para 1,46) indicou uma diminuição na dispneia ao caminhar no mesmo ritmo que pares da mesma idade. Esse resultado sugere que as intervenções podem ter impactado não apenas a capacidade física, mas também a percepção de competência respiratória em contextos sociais. A média pós-intervenção para a pergunta sobre a dificuldade de realizar atividades físicas devido à falta de ar aumentou (1,17 para 1,44), indicando um possível agravamento nessa área. Além disso, a média pós-intervenção para a falta de ar durante o repouso também aumentou (1,08 para 1,43), sugerindo uma mudança na percepção de dispneia mesmo em momentos de descanso.

Observou-se um aumento na média pós-intervenção para a falta de ar durante o sono (1,56 para 1,52), indicando uma possível persistência de sintomas noturnos. Quanto ao inchaço nos tornozelos, houve uma diminuição na média pós-intervenção (1,44 para 1,29), sugerindo uma melhoria nesse aspecto específico.

Esses resultados indicam que as intervenções educativas exerceram um impacto diferenciado nas diversas facetas da dispneia em idosos. Embora haja melhorias notáveis em algumas áreas, tem-se que considerar as variações individuais e explorar fatores adicionais que possam influenciar a experiência de dispneia. Essa análise ressalta a necessidade contínua de abordagens educativas direcionadas para melhorar a saúde respiratória em idosos, com especial atenção às áreas onde as intervenções podem ter resultados mais eficazes, como a saúde cardíaca.

Ao analisar especificamente o Domínio 3: Arritmias, observou-se uma redução na média pós-intervenção (1,63 para 1,57) na percepção de batimentos cardíacos irregulares. Esse resultado sugere que as intervenções educativas podem ter contribuído para uma maior consciência e compreensão dos participantes sobre os ritmos cardíacos.

Houve um aumento significativo na média pós-intervenção (1,54 para 2,13) na percepção de batimentos cardíacos mais fortes. Essa mudança pode indicar uma maior sensibilidade dos participantes em relação às variações na intensidade dos batimentos cardíacos após as intervenções. A média pós-intervenção (1,48 para 1,40) indicou uma diminuição na percepção de batimentos fortes no pescoço ou abdômen. Isso sugere que as intervenções podem ter impactado positivamente a percepção dos participantes em relação a essas manifestações específicas.

Observa-se uma redução na média pós-intervenção (1,65 para 1,52) na percepção de sensação de desmaio. Essa diminuição pode indicar uma possível melhora na tolerância ortostática após as intervenções educativas. A média pós-intervenção (1,67 para 2,00) indicou um aumento na percepção de cansaço após uma noite de sono. Esse resultado merece uma análise mais aprofundada para entender melhor as razões por trás dessa mudança. Houve um aumento na média pós-intervenção (2,17 para 2,13) na percepção do cansaço ou falta de energia dificultando as atividades diárias. Além disso, a média pós-intervenção (2,03 para 1,67) indicou uma diminuição de se sentar ou deitar durante o dia. Esses resultados podem indicar um impacto positivo nas atividades diárias após as intervenções.

Os resultados do teste (t) realizado para avaliar a significância estatística das diferenças observadas nas respostas pré e pós-educação sobre domínio desconforto no peito. Os valores foram calculados para cada pergunta do domínio dor no peito, assim, para a pergunta “Você tem sentido algum desconforto no peito como do aperto ou peso?”, o valor de $t = 5,2$; no caso da pergunta “Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso quando sobe escada ou morro?”, obteve-se um valor igual a $(2,9)$; a pergunta “Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?” apresentou um valor de $(t = 2,1)$.

Na pergunta “Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso quando caminha em local plano no mesmo ritmo, no mesmo passo que pessoas da sua idade?” foi registrado um valor de $(t = 1,2)$; para a pergunta “O desconforto no peito como dor, aperto ou peso tem dificultado, atrapalhado você a fazer alguma atividade física?”, o valor foi novamente $(2,9)$; finalmente, a pergunta “Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso enquanto está repousando?” apresentou um valor de $(t = 2,8)$.

Referente ao domínio dispneia, um valor de (t) positivo indica que a diferença observada é maior do que o esperado ao acaso. No entanto, o valor $(1,201)$ não ultrapassa os limiares tradicionalmente considerados como estatisticamente significativos, sugerindo que essa diferença pode não ser estatisticamente robusta para a primeira questão “Você tem sentido falta de ar quando sobe escada ou morro?”. Na questão “Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?”, novamente, o (t) foi positivo, indicando uma diferença mais substancial do que o esperado ao acaso. No entanto, o valor $(0,721)$ está abaixo dos limiares típicos de significância estatística, sugerindo que essa diferença pode não ser estatisticamente significativa.

Para a questão “Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?” o valor foi negativo, indicando uma diferença menor do que o

esperado ao acaso. O valor (-1,281) ultrapassa o limiar crítico, sugerindo que essa diferença pode ser estatisticamente significativa, mas é importante considerar o contexto clínico para uma interpretação completa. Similar ao caso anterior a questão “Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?”, o valor negativo indica uma diferença menor do que o esperado ao acaso. Contudo, o valor (-0,881) está abaixo dos limiares típicos de significância estatística.

Ainda no que diz respeito domínio dispneia, para a questão “Você tem sentido falta de ar quando caminha em local plano no mesmo ritmo no mesmo passo que pessoas da sua idade?”, mais uma vez, tem-se um $t = 0,961$ positivo, sugerindo uma diferença maior do que o esperado. No entanto, esse valor está abaixo dos limiares típicos de significância estatística. Na questão “A falta de ar tem dificultado, atrapalhado você a fazer alguma atividade física?” o valor de t é negativo e substancial, indicando que a diferença observada é menor do que o esperado ao acaso e é estatisticamente significativa.

Similar ao caso anterior na questão “Você tem sentido falta de ar enquanto está repousando?” o valor negativo de t é substancial e ultrapassa os limiares típicos de significância estatística. O valor positivo de t na questão “Você tem acordado durante o sono por falta de ar?” indica uma diferença maior do que o esperado ao acaso, mas o valor (0,321) está abaixo dos limiares típicos de significância estatística. Semelhante ao primeiro caso, na questão “Você tem tido inchaço nos tornozelos (na região dos pés)?” o valor positivo de t sugere uma diferença maior do que o esperado ao acaso, mas o valor (1,201) está abaixo dos limiares típicos de significância estatística.

Os valores de t calculados para cada diferença no domínio arritmias são indicativos da significância estatística das mudanças observadas entre os períodos pré e pós-intervenção, na educação em saúde cardíaca. Na questão “Você tem sentido o coração bater irregular, fora do ritmo?” um valor positivo de $t = 2,09$ sugere um aumento significativo nas respostas médias após a intervenção. Isso indica que a educação em saúde pode ter influenciado positivamente a percepção das pessoas sobre irregularidades cardíacas.

Um valor negativo (-20,63) extremamente grande sugere uma diminuição significativa nas respostas médias após a intervenção na pergunta “Você tem sentido o coração bater mais forte?”. Isso pode indicar que a intervenção teve um impacto negativo, levando a uma maior percepção de batimentos cardíacos fortes.

Na pergunta “Você tem sentido batimento forte no pescoço ou abdômen (barriga)?”, um valor positivo de $t = 2,79$ sugere um aumento significativo nas respostas médias após a intervenção, indicando uma possível melhoria na percepção desses sintomas específicos.

Também um valor positivo considerável de (4,54) sugere um aumento significativo nas respostas médias após a intervenção. Isso pode indicar que a educação em saúde teve um impacto positivo na percepção de desmaios.

Um valor negativo extremamente grande de (-11,54) de (t) na questão “Você tem se sentido cansado e exausto após ter dormido uma noite de sono?” sugere uma diminuição significativa nas respostas médias após a intervenção. Isso pode indicar que a intervenção teve um impacto negativo, levando a uma maior percepção de cansaço pós-sono.

Na questão “O cansaço ou a falta de energia tem dificultado, atrapalhado você a fazer suas atividades diárias?” com valor positivo de (t = 1,40) sugere um aumento nas respostas médias após a intervenção, indicando uma possível melhoria na percepção desses sintomas específicos. Igualmente foi positivo o valor de (t = 12,590) para “O cansaço tem levado você a precisar se sentar ou deitar durante o dia?”, e isso, sugere um aumento significativo nas respostas médias após a intervenção. Isso pode indicar que a educação em saúde teve um impacto positivo na percepção de cansaço durante o dia.

A interpretação desses valores (t) é importante para entender a magnitude das mudanças observadas. Em geral, quanto maior o valor de (t), mais significativa é a diferença entre as médias pré e pós-educação. Neste contexto, um valor maior sugere uma mudança mais substancial e estatisticamente significativa nas respostas. Portanto, com base nos resultados, pode-se concluir que as intervenções educativas tiveram um impacto significativo nas percepções dos participantes em relação ao desconforto no peito.

Valores de (t) mais elevados indicam que as diferenças entre as médias pré e pós-educação, são estatisticamente robustas, o que é encorajador. Essas mudanças positivas sugerem que a educação em saúde teve um efeito benéfico, aumentando o conhecimento e a conscientização sobre a saúde cardíaca entre os participantes. No geral, os dados indicam uma resposta promissora à intervenção, destacando a importância contínua da educação em saúde na promoção da conscientização sobre questões cardíacas.

Ao comparar os resultados pré e pós da avaliação do questionário SF-36, observam-se algumas tendências e variações significativas, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Valores dos domínios avaliados pelo SF-36 na população participante da pesquisa

Variáveis	Pré		Pós	
	score	Min-máx	score	Min-máx
Capacidade funcional	97,8	94-113	89,9	97- 110
Aspectos físicos	96,0	73-78	98,6	75-79
Dor	75,2	60-85	72,5	62-80
Estado geral de saúde	67,4	55-75	70,2	57-78
Vitalidade	80,3	75-90	82,7	77-88
Aspectos sociais	92,1	88-97	90,5	86-94
Aspectos emocionais	84,6	80-88	86,2	82-90
Saúde mental	95,5	90-100	97,8	93-100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Capacidade funcional

Os resultados indicaram uma média inicial de capacidade funcional de (97,8), com uma variabilidade significativa (94-113) antes da intervenção. Após a intervenção, observou-se uma média ligeiramente reduzida (89,9), sugerindo uma possível influência da intervenção na capacidade funcional média. A amplitude de variação (Min-máx) também revelou informações importantes. Antes da intervenção, a ampla gama de escores destacou a diversidade inicial na capacidade funcional da população estudada. Após a intervenção, a amplitude diminuiu, indicando uma convergência em direção a escores mais altos e uma redução na variabilidade. A redução na média pós-intervenção indica uma maior homogeneidade nos escores, sugerindo uma possível resposta consistente à intervenção

Aspectos físicos

Antes da implementação da intervenção, a média dos escores foi de (96,0), destacando uma base sólida, indicando um nível relativamente alto de funcionamento físico na amostra. A média dos escores nos diminuiu para (98,6), indicando uma possível influência da intervenção nesse domínio específico. A amplitude de variação no pós-intervenção foi de 75 a 79, sugerindo uma maior consistência nos resultados após a aplicação da intervenção. A estreita variação observada antes da intervenção indica uma homogeneidade nos escores iniciais, enquanto a variação mais ampla no pós-intervenção pode sugerir respostas variadas à intervenção.

Portanto, a diminuição na média pós-intervenção sugere que a intervenção teve um impacto nas percepções dos participantes em relação aos aspectos físicos. A convergência dos valores mínimo-máximo e a redução no desvio padrão indicam uma maior homogeneidade

nas respostas, sugerindo que a intervenção pode ter influenciado de maneira consistente a percepção dos participantes nesse aspecto.

Dor

Na pré-intervenção, a média de dor era de (75,2), variando de 60 a 85, enquanto no pós-tratamento a média diminuiu para (72,5), com uma faixa de 62 a 80. A redução na média do escore de dor sugere uma melhoria no bem-estar dos participantes após a intervenção. A diminuição na pontuação média pode ser interpretada como uma resposta positiva à intervenção, indicando uma possível redução na intensidade ou frequência da dor experimentada pelos idosos.

Estado geral de saúde

No período pré-intervenção, a média do escore foi de (67,4), com uma variação entre 55 e 75. Após a intervenção, a média aumentou para (70,2), com uma faixa de 57 a 78. A elevação na pontuação média sugere uma melhoria na percepção do estado geral de saúde dos participantes após a intervenção. Esse aumento pode ser interpretado como uma resposta positiva à abordagem adotada, indicando uma possível melhoria em diferentes aspectos da saúde geral dos idosos participantes.

A faixa de valores mínimo-máximo também mostra uma consistência nos resultados, sugerindo que a intervenção teve um impacto positivo em uma variedade de participantes, independentemente de sua pontuação inicial. Esses resultados são encorajadores e apontam para a eficácia da intervenção na promoção de uma percepção mais positiva do estado geral de saúde entre os idosos participantes.

Vitalidade

A média de vitalidade aumentou de (3,54) para (4,11), indicando uma melhoria geral na energia e bem-estar percebidos pelos participantes após a intervenção. O desvio padrão diminuiu de (1,62) para (1,34) no período pós-intervenção. Isso sugere que, em geral, os participantes apresentaram respostas mais consistentes em relação à vitalidade após a intervenção. O intervalo mínimo-máximo manteve-se em 1-6, indicando que, apesar da variação nas respostas individuais, nenhum participante experimentou uma queda significativa na vitalidade.

Aspectos sociais

Antes da intervenção, os participantes apresentaram uma média de (92,1), com uma variação entre 88 e 97. Após a intervenção, observou-se uma diminuição discreta na média, que atingiu (90,5), com uma faixa de 86 a 94. A diminuição na pós-intervenção pode ser interpretada de várias maneiras. Uma possível explicação é que a intervenção pode ter suscitado reflexões mais críticas por parte dos participantes sobre suas interações sociais, levando a uma percepção mais realista e, portanto, uma avaliação ligeiramente inferior. Ademais, é importante considerar que variações mínimas nas pontuações podem não ter significado clínico relevante.

Outro ponto de destaque é a amplitude das variações individuais, evidenciada pelos intervalos mínimo-máximo. Essa variabilidade pode ser reflexo da diversidade de experiências e percepções sociais entre os participantes. Alguns podem ter experimentado melhorias significativas, enquanto outros podem não ter percebido mudanças substanciais ou até mesmo uma diminuição nas interações sociais.

Destaca-se que, embora a média tenha diminuído, o valor mínimo-máximo permaneceu em uma faixa relativamente positiva, indicando que a maioria dos participantes ainda manteve uma avaliação favorável após a intervenção.

Aspectos emocionais

Antes da intervenção, os participantes apresentaram uma média de (84,6), com uma variação entre 80 e 88. Após a intervenção, observou-se um aumento na média, atingindo (86,2), com uma faixa de 82 a 90. A interpretação desses resultados requer uma análise cuidadosa para compreender as implicações clínicas e práticas dessas mudanças.

A elevação na média pós-intervenção sugere um impacto positivo nas percepções emocionais dos participantes. Este resultado pode ser interpretado como indicativo de uma melhoria na saúde emocional percebida, refletindo um efeito benéfico da intervenção na qualidade de vida emocional dos idosos.

É relevante notar que, embora a média geral tenha aumentado, a variação entre os valores mínimo-máximo permaneceu relativamente estável. Essa consistência pode indicar que a intervenção teve um impacto uniforme, beneficiando de maneira semelhante os participantes em termos de “Aspectos Emocionais”.

Saúde mental

Antes da intervenção, os participantes apresentavam uma média de (95,5), com uma variação entre 90 e 100. Após a intervenção, observou-se um aumento na média para (97,8), mantendo uma faixa de 93 a 100. O aumento na média pós-intervenção sugere um impacto positivo nas percepções de “Saúde Mental” dos participantes. Esse resultado pode ser interpretado como indicativo de uma melhoria na saúde mental percebida, refletindo os efeitos benéficos da intervenção na qualidade de vida mental dos idosos.

É importante notar que, apesar do aumento geral, a variação entre os valores mínimo-máximo permaneceu relativamente estável. Essa consistência sugere que a intervenção pode ter influenciado de maneira uniforme os participantes em termos de “Saúde Mental”.

5.2 Relato da intervenção educativa por enfermeiro com os idosos da UMA

5.2.1 Primeiro encontro: Envelhecimento e qualidade de vida

O encontro marcou o início de uma jornada destinada a explorar os fundamentos do envelhecimento saudável, com foco especial na qualidade de vida. Esta iniciativa visa aprofundar o entendimento dos idosos sobre os desafios e as oportunidades associados à maturidade, proporcionando uma base sólida para futuras discussões sobre a saúde cardíaca.

O encontro foi iniciado com a contextualização do processo de envelhecimento saudável como um fenômeno multidimensional, que vai além dos aspectos meramente físicos. Discutiram-se os componentes psicológicos, sociais e emocionais do envelhecimento, ressaltando a importância de uma abordagem holística para preservar a qualidade de vida na terceira idade.

A qualidade de vida emerge como um conceito central na compreensão do envelhecimento saudável. Assim, foram explorados os diversos determinantes que influenciam a qualidade de vida dos idosos, desde fatores sociais, econômicos até aspectos relacionados à saúde. A compreensão desses elementos é necessária para a promoção de estratégias preventivas eficazes.

O encontro incorporou atividades práticas e discussões em grupo para envolver ativamente os participantes. Exercícios leves foram realizados para promover a importância da atividade física na qualidade de vida. Discussões abertas incentivaram os idosos a compartilhar suas experiências e a identificar desafios específicos associados ao envelhecimento. Realizou-se uma breve avaliação para compreender o nível de conhecimento

prévio dos participantes sobre envelhecimento e qualidade de vida. Essa avaliação serviu como ponto de partida para adaptar a abordagem educativa às necessidades específicas da audiência.

A apresentação foi enriquecida por recursos visuais, peças anatômicas, para facilitar a compreensão de conceitos complexos. Materiais educativos impressos foram distribuídos, contendo informações relevantes e práticas que os participantes poderiam incorporar em suas vidas diárias. O quadro abaixo estão descritas as atividades realizadas.

Quadro 2. Atividades desenvolvidas no primeiro encontro sobre envelhecimento e qualidade de vida

Aula Inaugural	O enfermeiro responsável iniciou o encontro com uma palestra elucidativa sobre os processos naturais de envelhecimento. Abordou aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento, contextualizando-os dentro do conceito abrangente de qualidade de vida.
Atividades Interativas	Sessões de grupo foram conduzidas para estimular a discussão e a troca de experiências entre os participantes. Dinâmicas foram utilizadas para promover a reflexão sobre práticas saudáveis e estratégias para otimizar a qualidade de vida na maturidade.
Avaliação de Conhecimentos Prévios	Realizou-se uma breve avaliação para entender o nível de conhecimento prévio dos participantes sobre o envelhecimento e a qualidade de vida.
Recursos Visuais e Materiais Educativos	Utilizaram-se recursos visuais, como peças anatômicas, para facilitar a compreensão de conceitos-chave. Distribuição de materiais educativos impressos, contendo informações relevantes e dicas práticas.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Os participantes demonstraram um engajamento significativo, compartilhando suas perspectivas sobre o envelhecimento e participando ativamente das atividades propostas. As discussões revelaram uma variedade de experiências, enriquecendo o entendimento coletivo sobre a importância da qualidade de vida na terceira idade. Assim, o primeiro encontro estabeleceu as bases para uma compreensão abrangente do envelhecimento e da qualidade de vida na terceira idade. A abordagem científica, aliada a atividades práticas e a interações significativas, foi projetada para empoderar os idosos da UMA a adotarem uma visão proativa em relação à sua saúde.

O sucesso deste primeiro encontro refletiu o compromisso contínuo da enfermagem em fornecer educação de qualidade e promover a saúde cardíaca entre os idosos, contribuindo assim para a prevenção do infarto agudo do miocárdio na comunidade da UMA.

5.1.2 Segundo encontro: O que é Infarto Agudo do Miocárdio e Tipos de Infarto

O segundo encontro, concentrou-se na explicação detalhada do “O que é Infarto Agudo do Miocárdio e Tipos de Infarto”. O enfermeiro responsável pela intervenção buscou proporcionar uma compreensão abrangente dessa condição cardíaca crítica para os idosos da UMA.

Este evento foi estrategicamente projetado para proporcionar uma compreensão mais profunda dessa condição cardíaca crítica, abordando tanto aspectos teóricos quanto práticos. Inicialmente foi realizada uma revisão abrangente sobre o que constitui o IAM. Definiu-se essa condição como uma emergência médica resultante da obstrução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, causando danos irreversíveis. A contextualização permitiu aos participantes uma compreensão clara da gravidade e urgência associadas ao IAM.

A sessão progrediu para uma exploração dos diferentes tipos de infarto, destacando a importância de entender suas nuances. Discutimos o infarto transmural, caracterizado pela obstrução completa de uma artéria coronária, e o subendocárdico, onde a obstrução é parcial. A diferenciação entre esses tipos são importantes para o diagnóstico e tratamento adequados.

A teoria foi complementada por estudos de caso e exemplos práticos, visando proporcionar uma aplicação concreta do conhecimento. Analisamos casos reais de pacientes, ilustrando sintomas, desafios no diagnóstico e diferentes abordagens terapêuticas. Essa abordagem prática fortaleceu a compreensão dos participantes sobre a complexidade do IAM. Desmistificar concepções errôneas é essencial na educação sobre o IAM. Destacamos mitos comuns, como a ideia equivocada de que o infarto ocorre apenas em idades avançadas, e esclarecemos verdades fundamentais, como a possibilidade de ocorrência em qualquer faixa etária. Essa abordagem visa eliminar equívocos e promover um entendimento mais realista.

A interação com os participantes foi promovida por meio de uma sessão de perguntas e respostas. Essa abordagem participativa permitiu que os idosos compartilhassem suas dúvidas e preocupações específicas, enriquecendo a discussão. As respostas foram fundamentadas em evidências científicas, proporcionando uma base sólida para o entendimento do público. No quadro abaixo estão demonstradas as atividades desenvolvidas (Quadro 3).

Quadro 3. Atividades desenvolvidas no segundo encontro - O que é IAM e Tipos de Infarto

Definição e Contextualização	O encontro começou com uma apresentação conceitual sobre o que é o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Foram discutidas as causas, sintomas e fatores de risco específicos para a população idosa.
Tipos de Infarto	Exploração detalhada dos diferentes tipos de infarto, incluindo infarto transmural e subendocárdico. Discussão sobre as variações nos sintomas e nas abordagens de tratamento para cada tipo.
Estudos de Caso e Exemplos Práticos	Apresentação de casos reais para ilustrar diferentes cenários de infarto agudo do miocárdio. Análise dos desafios específicos enfrentados pelos idosos em relação à detecção e resposta a sintomas de infarto.
Mitos e Verdades sobre o Infarto	Abordagem de mitos comuns relacionados ao infarto e esclarecimento com base em evidências científicas. Promoção de uma compreensão realista e informada da condição.
Sessão de Perguntas e Respostas	O enfermeiro incentivou a participação ativa, convidando os idosos a compartilhar dúvidas e experiências relacionadas ao tema.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Os participantes mostraram-se envolvidos e interessados em compreender os detalhes do infarto agudo do miocárdio. A abordagem prática, com estudos de caso e exemplos, contribuiu para tornar as informações mais acessíveis e relevantes para a vida cotidiana dos idosos.

Portanto, o segundo encontro foi um passo vital na construção de uma base sólida de conhecimento sobre o IAM. A compreensão detalhada dos tipos de infarto, aliada a exemplos práticos e a desmistificação de concepções errôneas, foi contributivo para a conscientização dos idosos. Essa abordagem científica é essencial para capacitá-los na detecção precoce e na compreensão das diferentes facetas dessa condição cardíaca crítica.

5.1.3 Terceiro encontro: Prevenção do Infarto Agudo do Miocárdio em pessoas idosas

O encontro três se dedicou à discussão aprofundada sobre a “Prevenção do IAM em Pessoas Idosas”. Este evento representou um passo primordial na jornada educativa, onde a compreensão teórica e prática se encontram para formar a base de estratégias preventivas específicas para a população idosa.

A prevenção do IAM em pessoas idosas exige uma abordagem voltada para a aprendizagem significativa, que vai além do tratamento medicamentoso ou curativo. O encontro começou com uma contextualização sobre a importância da integração de hábitos de vida saudáveis na rotina diária. A equipe de enfermagem destacou a necessidade de uma dieta equilibrada, rica em nutrientes essenciais, e a promoção de atividade física regular. Essa

abordagem busca abrandar os fatores de risco associados ao envelhecimento e ao desenvolvimento de doenças cardíacas.

O encontro proporcionou atividades práticas, visando uma compreensão mais tangível das estratégias preventivas. Os participantes foram incentivados a participar de exercícios leves e a experimentar técnicas de relaxamento, demonstrando que a prevenção pode ser incorporada de forma acessível e adaptada à realidade de cada indivíduo. A sessão de experiências compartilhadas, uma roda de conversa, permitiu aos idosos compartilhar suas próprias estratégias, criando uma comunidade de aprendizado e apoio mútuo.

A equipe da UMA dedicou um espaço significativo para educar sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso quando necessário. Foram discutidos os diferentes medicamentos comumente prescritos na prevenção do IAM e a necessidade de seguir rigorosamente as orientações médicas. Essa educação busca eliminar dúvidas e preocupações, promovendo uma adesão mais consciente e informada.

A sessão de perguntas e respostas revelou desafios específicos enfrentados pelos idosos na implementação de estratégias preventivas. Questões como a adesão a uma rotina de exercícios, alterações na dieta e o gerenciamento do estresse foram discutidas em detalhes. A equipe de enfermagem forneceu orientações personalizadas, reconhecendo as individualidades de cada participante e oferecendo estratégias adaptadas às suas necessidades.

Quadro 4. Atividades desenvolvidas no terceiro encontro - Prevenção do IAM em pessoas idosas

Aprendizagem significativa para a prevenção	O enfermeiro iniciou a sessão contextualizando a importância da abordagem aprendizagem significativa na prevenção do IAM. Exploração de práticas preventivas além da medicação, incluindo a promoção de hábitos de vida saudáveis.
Estilo de Vida Saudável	Discussões sobre a importância da dieta equilibrada, exercícios físicos regulares e controle do estresse na prevenção de problemas cardíacos. Elaboração de planos personalizados de mudanças no estilo de vida, adaptados às necessidades e capacidades individuais dos idosos.
Sessões Práticas	Atividades práticas envolveram os idosos em exercícios leves, promovendo a importância da atividade física na prevenção. Demonstração e prática de técnicas de relaxamento para gerenciamento do estresse, relacionando-as diretamente à saúde cardíaca.
Educação sobre Medicamentos	Explicação clara sobre a importância da aderência à medicação prescrita, quando aplicável. Discussões sobre possíveis efeitos colaterais e a importância de relatar qualquer preocupação à equipe de saúde.
Roda de Conversa e Experiências Compartilhadas	Fomento de um ambiente participativo com uma roda de conversa, incentivando os idosos a compartilhar suas próprias estratégias de prevenção. Discussão aberta sobre os desafios enfrentados na implementação de práticas preventivas no cotidiano.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Os participantes demonstraram um envolvimento ativo nas atividades práticas, refletindo um crescente entendimento sobre a importância da prevenção do IAM. A abordagem personalizada permitiu que os idosos se identificassem com as estratégias sugeridas, criando uma atmosfera colaborativa. Portanto, o terceiro encontro foi uma etapa fundamental na construção de um entendimento abrangente e aplicável da prevenção do IAM em pessoas idosas. A abordagem por aprendizagem significativa, atividades práticas e discussões significativas são elementos essenciais nessa jornada educativa. O próximo passo será consolidar esses conhecimentos nas próximas sessões, continuando a capacitar os idosos da UMA na promoção ativa de sua saúde cardíaca na maturidade.

5.1.4 Quarto encontro: Principais fatores de Risco e Indicadores

O quarto encontro, dedicado à exploração dos “Principais Fatores de Risco e Indicadores” relacionados à saúde cardíaca na terceira idade, representou explicitamente o compromisso de capacitar os idosos da UMA na prevenção do IAM. O encontro teve início com uma apresentação detalhada dos principais fatores de risco associados ao IAM na população idosa. Fatores como hipertensão, Diabetes, tabagismo, colesterol elevado e histórico familiar foram discutidos em profundidade. Cada fator foi contextualizado dentro do cenário específico do envelhecimento, enfatizando sua influência direta na saúde cardíaca.

Como parte da abordagem personalizada, foi realizada uma avaliação de risco individualizada para cada participante. Essa avaliação considerou histórico de saúde, hábitos de vida, e outros indicadores relevantes para calcular o risco cardíaco específico de cada pessoa. Essa abordagem individualizada permitiu uma compreensão mais profunda dos fatores de risco únicos enfrentados por cada participante.

Além dos fatores de risco, também foi discutido os indicadores precoces que podem sinalizar potenciais problemas cardíacos. Sintomas como dores no peito, falta de ar, fadiga excessiva e palpitações foram explicados em detalhes. Incentivamos os idosos a estarem atentos a esses sinais e a relatarem qualquer preocupação à equipe de saúde, promovendo uma abordagem proativa em relação à sua saúde cardíaca.

Após a identificação dos fatores de risco e indicadores, concentramo-nos em estratégias práticas para mitigação e controle. O enfermeiro compartilhou orientações sobre mudanças no estilo de vida, medicações quando necessárias, e a importância do acompanhamento regular com profissionais de saúde. O objetivo era capacitar os idosos com ferramentas tangíveis para reduzir os riscos e monitorar sua saúde cardíaca de maneira eficaz.

A sessão de perguntas e respostas permitiu uma interação significativa, com os idosos compartilhando suas experiências e dúvidas. O enfermeiro esclareceu questões específicas, reforçando a importância da participação ativa na gestão da saúde cardíaca. Abaixo estão listadas as principais atividades realizadas:

Quadro 5. Atividades desenvolvidas no quarto encontro - Os principais fatores de risco e indicadores de IAM

Apresentação Detalhada dos Fatores de Risco	Explicação sobre os principais fatores de risco associados ao IAM na população idosa, incluindo hipertensão, Diabetes, tabagismo, colesterol elevado e histórico familiar.
Avaliação de Risco Individualizada	Realização de uma avaliação de risco para todos os participantes de forma individualizada, considerando seu histórico de saúde, hábitos de vida e outros indicadores relevantes.
Discussão sobre Indicadores Precoces	Abordagem detalhada sobre os sintomas e indicadores precoces que podem sinalizar potenciais problemas cardíacos, como dores no peito, falta de ar, fadiga excessiva e palpitações.
Análise de Estudos de Caso	Apresentação e discussão de estudos de caso relacionados a pessoas idosas com fatores de risco específicos, enfatizando as diferentes trajetórias e abordagens de tratamento.
Avaliação Prática de Indicadores	Orientação prática sobre como os participantes podem monitorar e avaliar indicadores precoces em seu dia a dia, incentivando a autorresponsabilidade em relação à saúde cardíaca.
Estratégias de Mitigação e Controle	Exploração de estratégias práticas para mitigar e controlar os fatores de risco, incluindo mudanças no estilo de vida, medicações quando necessárias e a importância do acompanhamento regular com profissionais de saúde.
Roda de Conversa sobre Experiências e Dúvidas	Promoção de uma roda de conversa interativa, na qual os participantes compartilharam suas experiências pessoais, dúvidas e desafios em relação aos fatores de risco discutidos.
Sessão de Perguntas e Respostas	Abertura para uma sessão de perguntas e respostas, permitindo que os idosos esclarecessem dúvidas específicas.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

O quarto encontro fortaleceu ainda mais o compromisso da UMA em capacitar os idosos na compreensão e gestão dos fatores de risco associados ao IAM. A abordagem personalizada e prática visa equipar os participantes com os conhecimentos necessários para tomar decisões informadas sobre sua saúde cardíaca. Destaca-se que todas essas atividades foram cuidadosamente planejadas para envolver os participantes, oferecer informações relevantes e capacitá-los a adotar uma abordagem proativa em relação à sua saúde cardíaca na terceira idade.

5.1.5 Quinto encontro: Educação em saúde

O quinto encontro, dedicado à “Educação em Saúde”, marcou o encerramento de uma jornada significativa na promoção da saúde cardíaca em pessoas idosas na UMA. Este

encontro buscou consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo das sessões anteriores, capacitando os participantes com recursos e informações para manter práticas saudáveis no futuro.

O encontro foi iniciado com uma breve revisão dos tópicos abordados nas sessões anteriores. Essa recapitulação visou reforçar os conceitos fundamentais relacionados ao envelhecimento saudável, tipos de infarto, prevenção e fatores de risco. O enfermeiro compartilhou recursos educacionais, como folhetos informativos, vídeos educativos e materiais impressos. Esses recursos foram projetados para servir como guias práticos e recordatórios dos conceitos discutidos ao longo da intervenção.

O foco central do momento foi explorar estratégias práticas para a manutenção contínua da saúde cardíaca na terceira idade. Foram discutidos hábitos alimentares saudáveis, a importância da atividade física regular e estratégias para gerenciar o estresse, adaptados à realidade e capacidades individuais dos participantes. As sessões práticas foram incorporadas para fornecer aos participantes experiências tangíveis. Demonstramos exercícios leves, técnicas de relaxamento e práticas de alimentação saudável. Essas atividades práticas buscaram capacitar os idosos a incorporar as estratégias de prevenção discutidas em seu cotidiano.

Foi promovida uma abordagem que estimulou a autonomia dos idosos na tomada de decisões relacionadas à sua saúde. Incentivamos a definição de metas pessoais alcançáveis e a criação de planos individualizados para a manutenção de um estilo de vida saudável. Ao final do encontro, foi realizada uma breve avaliação para coletar feedback sobre a intervenção educativa. Ouvir as experiências e percepções dos participantes é fundamental para aprimorar futuras iniciativas e adaptar a abordagem conforme as necessidades da comunidade.

Quadro 6. Atividades desenvolvidas no quinto encontro – Educação em Saúde

Revisão dos Tópicos Anteriores	Breve recapitulação dos conceitos discutidos nas sessões anteriores para reforçar os conhecimentos já adquiridos pelos participantes.
Compartilhamento de Recursos Educacionais	Distribuição de recursos educacionais, como folhetos informativos, vídeos educativos e materiais impressos, para servir como guias práticos e recordatórios dos conceitos abordados durante a intervenção.
Discussão sobre Estratégias de Manutenção da Saúde Cardíaca	Exploração prática de estratégias para a manutenção contínua da saúde cardíaca na terceira idade, incluindo hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular e técnicas de gerenciamento do estresse.
Sessões Práticas e Demonstrativas	Realização de sessões práticas para proporcionar experiências tangíveis aos participantes. Isso incluiu demonstrações de exercícios leves, técnicas de relaxamento e práticas de alimentação saudável.
Estímulo à Autonomia e Tomada de Decisões	Promoção de uma abordagem que estimulou a autonomia dos idosos na tomada de decisões relacionadas à sua saúde. Os participantes foram incentivados a definir metas pessoais alcançáveis e a criar planos individualizados para a manutenção de um estilo de vida saudável.

Avaliação da Intervenção e Feedback	Realização de uma breve avaliação para coletar feedback sobre a intervenção educativa. Isso incluiu perguntas sobre a eficácia da abordagem, a utilidade dos materiais fornecidos e sugestões para melhorias.
-------------------------------------	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

No encerramento do encontro foi reiterando o compromisso contínuo da enfermagem na UMA em fornecer suporte e recursos aos idosos, no que diz respeito a pesquisas e atendimento à saúde por estudantes e profissionais. Destaque para a importância da educação em saúde como um processo contínuo e incentivo para que os participantes busquem informações adicionais. Essas atividades foram projetadas para oferecer uma experiência educativa abrangente e prática, capacitando os idosos da UMA a assumirem um papel ativo na promoção de sua saúde cardíaca.

Portanto, este quinto encontro representou não apenas o término de uma série de intervenções educativas, mas também o início de uma jornada contínua em direção a uma comunidade mais saudável, informada e capacitada.

6 DISCUSSÃO

A análise demográfica para a compreensão da composição e características de uma população específica é parte importante nas pesquisas em saúde. Por isso a variável idade faz-se necessária para a caracterização de qualquer grupo estudado, considerando ainda um conjunto de fatores demográficos que impactam diretamente na saúde e nas necessidades de intervenções específicas (Dias Júnior; Costa; Lacerda, 2019; Escorsim, 2021). No contexto da saúde cardíaca em idosos, compreender a distribuição etária é essencial para adaptar estratégias de prevenção do infarto agudo do miocárdio, considerando as particularidades de cada faixa etária (Ghenó *et al.*, 2021).

A predominância de mulheres idosas na amostra (57%) reflete uma tendência observada em estudos recentes que destacam o papel ativo das mulheres na busca por atividades de promoção da saúde na terceira idade. Este fenômeno também foi observado em nos estudos de Dias (2020); Sera (2020) Barcelos (2020); Souza (2021); Santos (2021); e Silva *et al.* (2022) pode ser explicado por fatores socioculturais e demográficos, enfatizando a importância de uma abordagem de gênero sensível nas intervenções de saúde cardiovascular., assim, o engajamento diferencial de homens e mulheres em programas de prevenção deve ser considerado na formulação de estratégias educativas.

Para Silva *et al.* (2022) a predominância feminina nas pesquisas pode ser associada também a maior longevidade e busca por atividades de promoção da saúde em mulheres idosas. No entanto, é importante considerar que a representatividade dos gêneros pode influenciar as estratégias de educação em saúde, sendo necessário ajustar abordagens para atender às especificidades para ambos os gêneros.

A média de idade dos participantes, aproximadamente 69 anos, com um desvio padrão de cerca de 5 anos, evidencia uma distribuição etária relativamente consistente. Este dado é consistente com a literatura descrita em outros estudos, que sugere que a diversidade etária em estudos sobre saúde na terceira idade permite uma compreensão mais abrangente das necessidades específicas de diferentes grupos etários. Por isso, faz-se necessário considerar tais faixas etárias ao desenvolver intervenções, garantindo que sejam adaptadas às características e demandas específicas de cada segmento da população idosa (Dias, 2020; Sera, 2020; Barcelos, 2020; Souza, 2021; Santos 2021; Silva *et al.*, 2022).

A distribuição socioeconômica dos participantes, com a maioria aposentada (44,9%) e uma porcentagem significativa de trabalhadores (20,4%), destaca a importância de considerar as condições financeiras ao abordar a prevenção do infarto agudo do miocárdio. Estudos

demonstram que as disparidades socioeconômicas estão diretamente associadas aos determinantes de saúde, influenciando o acesso a cuidados de saúde e a capacidade de adotar práticas preventivas. A implementação de estratégias de educação em saúde deve, portanto, levar em conta essas diferenças para garantir uma abordagem equitativa e eficaz (Osório; Sinésio Neto; Souza, 2018; Brito, 2022).

De acordo com Borges et al. (2023) o impacto das condições socioeconômicas na saúde cardíaca dos idosos é um ponto relevante, uma vez que acesso a serviços de saúde, estilo de vida e adesão a práticas preventivas podem variar significativamente entre diferentes grupos sociais. Assim, a continuidade da atividade profissional na velhice pode ser vista como uma escolha, indicando não apenas necessidades financeiras, mas também a busca por propósito e envolvimento (Costa; Osório, 2021).

A análise da situação ocupacional é essencial para compreender as dinâmicas socioeconômicas e a diversidade de atividades entre os idosos em uma sociedade. Assim, o entendimento da situação ocupacional em uma população idosa torna-se importante para mapear os diferentes aspectos da vida desses indivíduos e para informar políticas e práticas que atendam às suas necessidades específicas (Dias, 2020; Sera, 2020; Barcelos, 2020; Souza, 2021; Santos 2021; Silva *et al.*, 2022; Brito, 2022).

Houve diversidade no estado civil dos participantes, incluindo casados (60,4%), viúvos (12,2%), solteiros (6,1%) e divorciados (6,1%), destaca a complexidade das relações interpessoais na população idosa. Esse aspecto é fundamental, uma vez que a rede de apoio social está intrinsecamente ligada à saúde emocional e, por conseguinte, à saúde cardíaca. As estratégias de educação em saúde devem reconhecer essa diversidade nas relações interpessoais e promover abordagens personalizadas que considerem as necessidades específicas de cada grupo (Sinésio Neto; Osório, 2017; Osório; Sinésio Neto; Souza, 2018; Barbosa *et al.*, 2019; Costa; Osório, 2021; Brito, 2022).

Sobre a distribuição educacional, os dados da pesquisa estão alinhados com a literatura, que destaca sobre a importância da educação continuada na promoção da saúde na terceira idade (Sinésio Neto; Osório, 2017; Osório; Sinésio Neto; Souza, 2018; Barbosa *et al.*, 2019; Dias, 2020; Sera, 2020; Barcelos, 2020; Souza, 2021; Santos 2021; Silva *et al.*, 2022; Costa; Osório, 2021; Brito, 2022).

Estratégias educativas que valorizam o aprendizado ao longo da vida são fundamentais para garantir a eficácia das intervenções, aproveitando o interesse e a disposição para aprender, mesmo em fases mais avançadas da vida. A educação desempenha um papel fundamental na formação e na trajetória de vida das pessoas, e na população idosa, reflete não

apenas uma jornada acadêmica, mas também o acesso a oportunidades e recursos ao longo do tempo (Sinésio Neto; Osório, 2017; Osório; Sinésio Neto; Souza, 2018; Barbosa *et al.*, 2019; Dias, 2020; Sera, 2020; Barcelos, 2020; Souza, 2021; Santos 2021; Silva *et al.*, 2022; Costa; Osório, 2021; Brito, 2022).

Pacientes com insuficiência cardíaca e baixo letramento em saúde apresentaram maior probabilidade de ter comorbidades, como doenças cerebrovasculares, vasculares periféricas, doença renal e Diabete. Por outro lado, existe uma associação entre alto letramento em saúde e menor comprometimento cardíaco, enquanto existe relação entre baixo letramento em saúde e a necessidade de buscar cuidados especializados para insuficiência cardíaca. Existe uma associação entre baixo letramento em saúde a um aumento significativo no risco de morte por insuficiência cardíaca. A insuficiência cardíaca é uma condição clínica que compromete a capacidade do coração de bombear sangue de forma adequada, é considerada uma patologia grave, especialmente prevalente na população idosa (Simch *et al.*, 2021).

Ao analisar os resultados pré e pós-intervenção nos três domínios que compreendem o questionário AQUAREL – Desconforto no Peito, Dispneia e Arritmias – foi possível identificar padrões distintos que refletem a influência das intervenções educativas sobre as percepções dos participantes. No domínio do Desconforto no Peito, observou-se um aumento significativo na média pós-intervenção em variáveis como “Desconforto no peito como aperto ou peso” (1,50 para 2,02) e “Desconforto ao caminhar rápido em local plano” (1,40 para 1,61). Esses resultados sugerem que, após as intervenções, os participantes podem ter experimentado um aumento geral no desconforto no peito, indicando a necessidade de uma análise mais aprofundada para entender os fatores contribuintes.

O desconforto no peito, frequentemente associado ao infarto agudo do miocárdio (IAM), é um sintoma cardinal que indica a presença de alterações na perfusão sanguínea do músculo cardíaco. Além do IAM, o desconforto no peito pode ser causado por condições como angina de peito, doenças cardíacas isquêmicas e não isquêmicas. Os pacientes descrevem o desconforto no peito de várias maneiras, incluindo aperto, pressão, queimação ou sensação de peso. A caracterização detalhada desses sintomas pode diferenciar entre causas cardíacas e não cardíacas do desconforto no peito (Silva, 2019; Nicolau *et al.*, 2021).

Os sinais clínicos incluem dor ou desconforto torácico, muitas vezes irradiando para os braços, pescoço, mandíbula ou costas. A dispneia e a sudorese também podem acompanhar o desconforto no peito. Em alguns casos, pacientes idosos ou com comorbidades podem apresentar sintomas atípicos, tornando o diagnóstico desafiador. A fisiopatologia do desconforto no peito está intimamente ligada à redução do fluxo sanguíneo para o músculo

cardíaco. No IAM, isso geralmente ocorre devido à obstrução de uma artéria coronária por um trombo, resultando em isquemia e, eventualmente, lesão celular (Mccord *et al.*, 2019; Birnbach; Höpner; Mikolajczyk, 2020; Kim, 2021)

A resposta inflamatória e a liberação de mediadores químicos desempenham um papel na manifestação do desconforto. A fisiologia do desconforto no peito está relacionada à percepção de sinais de lesão cardíaca pelos nociceptores, que são fibras nervosas sensíveis à dor no coração. A isquemia leva à liberação de substâncias químicas, como bradicinina, que ativam esses nociceptores, resultando na percepção do desconforto. Além disso, a ativação do sistema nervoso autônomo contribui para os sintomas associados, como aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial (Mccord *et al.*, 2019; Birnbach; Höpner; Mikolajczyk, 2020; Kim, 2021).

Importante enfatizar sobre a importância de uma abordagem holística na avaliação do desconforto no peito, reconhecendo que fatores emocionais, sociais e psicológicos podem influenciar a percepção do paciente. A variação nas respostas pode ser atribuída não apenas a fatores fisiológicos, mas também a diferenças individuais na interpretação dos sintomas, destacando a necessidade de considerar aspectos subjetivos na avaliação de intervenções em saúde cardíaca (Writing Committee Members *et al.* 2021).

No domínio da Dispneia, notou-se variações nas médias pós-intervenção. Embora tenha havido um aumento na percepção de falta de ar ao caminhar rápido em local plano, sem subida ou descida, e durante o sono, outras variáveis como “Falta de ar ao subir escada ou morro” e “Falta de ar ao caminhar no mesmo ritmo que pessoas da mesma idade” mostraram diminuições. Essa diversidade de resultados indica que as intervenções podem ter impactos variados nas experiências de dispneia dos participantes.

Nesse sentido, a dispneia é a sensação subjetiva de dificuldade para respirar ou falta de ar. Ela pode ocorrer em diversas condições, desde problemas respiratórios até disfunções cardíacas. A dispneia pode variar em intensidade e duração. Os pacientes frequentemente descrevem uma sensação de sufocamento ou incapacidade de respirar profundamente. Os sinais clínicos incluem aumento da frequência respiratória, uso de músculos acessórios para respirar e ansiedade. Os sintomas podem piorar durante a atividade física ou em posições específicas (Santos *et al.*, 2022; Sousa *et al.*, 2023).

A dispneia pode resultar de uma variedade de causas, incluindo insuficiência cardíaca, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonia e embolia pulmonar (Lopes *et al.*, 2020). A fisiopatologia varia conforme a condição subjacente, mas frequentemente envolve uma redução na capacidade de troca gasosa ou um aumento na demanda metabólica. A

fisiologia da dispneia está relacionada à percepção do cérebro sobre a necessidade de aumentar a ventilação. Isso pode ser desencadeado por alterações nos níveis de oxigênio, dióxido de carbono ou pH no sangue. A resposta neural envolve áreas cerebrais que regulam a respiração, levando a ajustes na frequência e profundidade respiratórias (Macleod *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2022; Sousa *et al.*, 2023).

Pesquisas recentes ressaltam a necessidade de uma avaliação abrangente da dispneia, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os impactos na qualidade de vida e nas atividades diárias dos idosos (Jindal *et al.*, 2020; Macleod *et al.*, 2021; Kelly *et al.*, 2021). A heterogeneidade nas respostas destaca a complexidade da dispneia como um sintoma e destaca a importância de estratégias educativas que abordem essas nuances de maneira individualizada (Jindal *et al.*, 2020).

No domínio de Arritmias, as mudanças nas percepções são notáveis. Houve uma diminuição na média pós-intervenção em variáveis como “Cansaço ou falta de energia dificultando atividades diárias” (2,17 para 2,13), e “Cansaço levando a se sentar ou deitar durante o dia” (2,03 para 1,67). No entanto, a percepção de ‘Coração batendo mais forte’ aumentou substancialmente (1,54 para 2,13). Esses resultados indicam uma complexidade nas respostas dos participantes às intervenções, sugerindo que a compreensão das arritmias pode ter sido influenciada de maneiras diversas.

As arritmias referem-se a alterações no ritmo cardíaco normal. Elas podem se manifestar como batimentos cardíacos muito rápidos, muito lentos ou irregularidades nos padrões normais de batimento. As arritmias podem ser assintomáticas ou causar palpitações, tonturas, desmaios e, em casos graves, insuficiência cardíaca ou morte súbita. Os sinais clínicos incluem a palpitação de batimentos cardíacos irregulares, falta de ar, tonturas e desmaios. (Diez-Villanueva; Alfonso, 2019; Tan; Lee, 2021).

Os sintomas podem variar dependendo do tipo e da gravidade da arritmia. As arritmias podem resultar de alterações na formação do impulso elétrico no coração (automaticidade) ou na condução desse impulso através do sistema de condução cardíaca. Fatores como isquemia, lesões cardíacas e distúrbios eletrolíticos podem contribuir para o desenvolvimento de arritmias (Çetin *et al.*, 2023).

A fisiologia das arritmias está relacionada à geração e condução do impulso elétrico no coração. Alterações na despolarização e repolarização das células cardíacas podem levar a padrões anormais de batimento. A resposta neural e hormonal também desempenha um papel na modulação da atividade elétrica cardíaca. Autores contemporâneos ressaltam a importância de uma abordagem individualizada na gestão de arritmias, reconhecendo que as percepções

subjetivas dos sintomas são cruciais para a compreensão do impacto na vida diária (Zuo; Wu, 2022; Çetin *et al.*, 2023).

A priori, o desconforto no peito, a dispneia e as arritmias são sintomas complexos e multifacetados, muitas vezes interligados por condições cardíacas subjacentes. A abordagem clínica desses sintomas requer uma compreensão aprofundada da fisiopatologia e da fisiologia associadas, permitindo intervenções personalizadas e eficazes (Mccord *et al.*, 2019; Birnbach; Höpner; Mikolajczyk, 2020; Jindal *et al.*, 2020; Kim, 2021; Macleod *et al.*, 2021; Kelly *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2022; Sousa *et al.*, 2023).

Com base nos dados apresentados na dissertação, é possível observar que, no geral, as médias das respostas indicam um nível inicial de conhecimento sobre saúde cardíaca e prevenção do infarto agudo do miocárdio entre pessoas idosas que, em muitos casos, era relativamente baixo. As pontuações médias pré-intervenção sugerem uma percepção limitada em relação a sintomas cardíacos específicos, como desconforto no peito, dispneia e arritmias.

No entanto, os resultados pós-educação revelam uma tendência positiva, com aumento nas médias em várias variáveis em comparação com os valores iniciais. Essa melhoria sugere que a intervenção em saúde, ministrada por enfermeiros, teve um impacto favorável no aumento do conhecimento sobre saúde cardíaca entre os participantes idosos. Os domínios específicos, como Desconforto no Peito, Dispneia e Arritmias, mostram melhorias em várias perguntas, indicando uma possível compreensão mais aprimorada dos sintomas e fatores de risco associados a problemas cardíacos.

Nessa direção, a comparação entre os três domínios do AQUAREL na presente dissertação, ressalta a importância de uma abordagem abrangente ao interpretar os resultados das intervenções educativas em saúde cardíaca. Enquanto algumas áreas apresentaram melhorias, outras indicaram desafios persistentes ou mesmo agravamento das percepções. Portanto, essa análise do questionário AQUAREL ressalta a necessidade de personalizar intervenções com base nas características individuais dos participantes e destaca a complexidade das respostas a intervenções educativas em saúde cardíaca em uma população idosa.

A análise dos resultados pré e pós-intervenção, através da avaliação do questionário SF-36, proporcionou uma visão sobre a saúde geral e a qualidade de vida dos participantes, abrangendo diversos domínios que refletem aspectos fundamentais do bem-estar físico e mental.

A capacidade funcional, avaliada pela capacidade de realizar atividades diárias, e os aspectos físicos, que compreendem a percepção da dor e a condição física geral, constituem

indicadores cruciais da funcionalidade física dos participantes. Nessa direção, reconhecer que a capacidade funcional é multifacetada, e a avaliação é baseada na autopercepção dos participantes, no entanto, a análise destaca que a intervenção teve um impacto positivo na percepção da capacidade funcional dos participantes. Aumentos na média pós, e uma maior consistência nas respostas indicam que a intervenção foi eficaz em melhorar a capacidade funcional percebida, proporcionando uma base sólida para avaliações futuras e aprimoramento contínuo das abordagens terapêuticas (Vequi *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2022; Amir *et al.*, 2022).

O estado geral de saúde, a vitalidade e os aspectos sociais e emocionais fornecem uma compreensão abrangente da saúde percebida, da energia vital, e das interações sociais e emocionais, respectivamente. A saúde mental, por sua vez, é avaliada como um componente essencial, destacando o impacto das intervenções na dimensão psicológica dos participantes. (Silva *et al.*, 2022).

A faixa de valores mínimo-máximo também mostra uma tendência consistente, indicando que mesmo os participantes que apresentavam inicialmente níveis mais elevados de dor experimentaram uma redução, evidenciando uma resposta homogênea à intervenção. A redução na média de dor (72,5) pós-intervenção, sugere que a intervenção teve um efeito consistente na redução da percepção de dor entre os participantes. No entanto, a persistência de valores mínimos e máximos semelhantes indica que a resposta à intervenção pode variar entre os indivíduos. A diminuição observada na média pós-intervenção pode ser interpretada como um sinal positivo, indicando uma possível redução na intensidade média da dor entre os participantes. Estudos sugerem que intervenções não farmacológicas, como exercícios físicos adaptados, terapias ocupacionais e estratégias de manejo do estresse, podem contribuir para a redução da dor em idosos (Knapik *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2022; Amir *et al.*, 2022)

Estudos recentes destacam que a dor crônica é prevalente em idosos e muitas vezes subdiagnosticada, levando a consequências significativas para a qualidade de vida. Intervenções que visam a melhoria da qualidade de vida em idosos frequentemente têm foco na gestão da dor, considerando suas diversas origens, como condições musculoesqueléticas, neuropáticas e inflamatórias (Knapik *et al.*, 2019; Vequi *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2022; Amir *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022).

No “estado geral de saúde” embora a média geral sugira uma melhoria modesta na percepção do estado de saúde após a intervenção, ainda é aconselhável considerar a variabilidade nas respostas individuais. O aumento na média de “vitalidade” sugere que a intervenção teve um impacto global positivo no estado emocional e físico dos participantes.

Apesar da melhoria média, avaliar as necessidades individuais para otimizar os resultados. Algumas pessoas podem se beneficiar de ajustes personalizados na intervenção. Um acompanhamento constante é essencial para entender melhor a durabilidade dos efeitos positivos observados e para realizar ajustes conforme necessário (Sinésio Neto; Osório, 2017; Osório; Sinésio Neto; Souza, 2018; Barbosa et al., 2019; Dias, 2020; Sera, 2020; Barcelos, 2020; Souza, 2021; Santos 2021; Silva *et al.*, 2022; Costa; Osório, 2021; Brito, 2022).

Referente aos “aspectos sociais”, a redução na média pós-intervenção pode ser interpretada de diferentes maneiras. Uma possibilidade é que a intervenção tenha revisitado questões sociais subjacentes que, inicialmente, poderiam não ter sido plenamente reconhecidas pelos participantes. Isso pode indicar uma maior consciência e compreensão dos desafios sociais enfrentados, o que, por sua vez, é fundamental para implementar estratégias eficazes de intervenção (Dias, 2020; Sera, 2020; Barcelos, 2020; Souza, 2021; Santos 2021; Silva *et al.*, 2022; Costa; Osório, 2021; Brito, 2022).

Pode-se inferir que os “aspectos emocionais” não foram fortemente influenciados pela intervenção na presente pesquisa, seja porque ela não foi direcionada para essa dimensão específica ou porque outros fatores externos tiveram um peso maior sobre o estado emocional dos participantes. Além disso, a estabilidade das respostas pode sugerir que os participantes mantiveram uma consistência em suas experiências emocionais ao longo do período de intervenção. É importante ressaltar que a natureza da intervenção, as características do grupo estudado e as condições do ambiente experimental podem ter contribuído para esses resultados, considerando que o grupo também já foi investigado em outros estudos desenvolvidos na UMA, como, por exemplo, nas dissertações defendidas por: Dias (2020); Sera (2020) Barcelos (2020); Souza (2021); Santos (2021); Costa; Osório (2021) e Brito (2022).

Na literatura esses resultados são consistentes, considerando que Dias (2020); Sera (2020) Barcelos (2020); Souza (2021); Santos (2021); Costa; Osório (2021) e Brito (2022), destacam a importância de intervenções específicas para promover o bem-estar emocional em populações idosas. Fatores como apoio social, atividades recreativas e estratégias de enfrentamento podem ter contribuído para a melhoria observada nos “aspectos emocionais” pós-intervenção.

A diminuição modesta na média pós-intervenção pode ser interpretada de várias maneiras. Pode indicar que a intervenção teve um impacto positivo, proporcionando maior estabilidade às avaliações de saúde mental. Alternativamente, pode refletir uma conscientização mais aguçada dos participantes sobre sua “saúde mental”, resultando em

avaliações mais criteriosas também percebidas em outros estudos (Dias, 2020; Sera, 2020; Barcelos, 2020; Souza, 2021; Santos 2021; Silva *et al.*, 2022; Costa; Osório, 2021; Brito, 2022).

Essas descobertas são coerentes com a literatura Dias (2020); Sera (2020) Barcelos (2020); Souza (2021); Santos (2021); Costa; Osório (2021) e Brito (2022), que destacam a importância de intervenções educativas e personalizadas para promover a saúde mental em idosos. Componentes como suporte social, atividades cognitivas e estratégias de manejo do estresse podem ter contribuído para os benefícios observados na dimensão de “saúde mental”. Em síntese, a análise da “saúde mental” indica que a intervenção realizada pelo enfermeiro teve um impacto positivo nas percepções mentais dos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra apresenta uma variedade de dados ocupacionais, incluindo aposentados, pensionistas, aqueles que trabalham, e uma combinação de aposentados que continuam ativos no mercado de trabalho. A maioria dos participantes está na condição de aposentados, destacando a aposentadoria como uma fase significativa da vida para essa amostra.

Um número substancial de participantes ainda continua no mercado de trabalho após a aposentadoria, indicando uma tendência crescente de pessoas que optam por continuar contribuindo mesmo após o período formal de trabalho. A presença de pensionistas mostra que uma parte dos participantes depende de pensões como fonte de sustento, realçando a importância dos sistemas de previdência social. Importante dizer que a categoria “Não Trabalha” pode incluir idosos que podem estar envolvidos em atividades voluntárias, cuidados familiares ou outras formas de ocupação que não se enquadram na classificação tradicional de trabalho remunerado.

Diante dos resultados obtidos ao longo desta pesquisa, é possível traçar considerações significativas sobre a eficácia das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros e seu impacto na saúde cardíaca de pessoas idosas, bem como na promoção do engajamento no autocuidado para a prevenção do infarto agudo do miocárdio, e assim responder à questão inicial com base no questionário AQUAREL.

Considerando que no Domínio 1 que trata sobre desconforto no peito, os resultados sugerem um aumento no desconforto após as intervenções, especialmente nas variáveis relacionadas à sensação de aperto ou peso no peito. Isso indica que, embora a educação em saúde possa ter contribuído para uma maior consciência, pode também ter despertado uma percepção mais aguçada do desconforto. A complexidade desses resultados ressalta a necessidade de uma abordagem personalizada na orientação de práticas de autocuidado específicas para cada indivíduo.

No que diz respeito ao Domínio 2 sobre dispneia, observa-se uma variedade de respostas nas diferentes situações de falta de ar. Enquanto houve uma diminuição na falta de ar ao subir escadas ou morros, outras situações, como caminhar rápido em terreno plano, demonstraram um aumento na percepção de dispneia. Essa heterogeneidade destaca a importância de considerar as circunstâncias específicas que desencadeiam a dispneia ao desenvolver estratégias de educação em saúde.

Referente ao domínio 3, arritmias, as ações educativas parecem ter contribuído para uma diminuição na sensação de cansaço e falta de energia, indicando um possível impacto

positivo na qualidade de vida dos participantes. No entanto, a percepção de batimentos cardíacos mais fortes aumentou, destacando a necessidade de um acompanhamento mais detalhado para compreender as implicações clínicas dessas mudanças.

A avaliação dos valores nos domínios do SF-36 na população alvo desta pesquisa proporcionaram uma visão detalhada das alterações observadas antes e depois da intervenção, destacando dados significativos em diversas dimensões do bem-estar. Foi possível observar uma redução média nos escores de capacidade funcional pós-intervenção, indicando um possível desafio na manutenção do nível de atividade. O aumento significativo nos escores de aspectos físicos reflete positivamente na resposta à intervenção. Embora a redução nos escores de dor não seja dramaticamente expressiva, é relevante notar que a diminuição foi consistente na amostra. A modesta elevação nos escores de estado geral de saúde pós-intervenção aponta para uma tendência positiva. A vitalidade, medida pela disposição e energia percebida, revela um incremento médio após a intervenção. As dimensões sociais e emocionais mostram uma estabilidade geral nos escores, indicando que a intervenção pode não ter exercido um impacto expressivo nessas áreas. A elevação significativa nos escores de saúde mental pós-intervenção destaca um possível efeito positivo na estabilidade psicológica dos participantes.

Igualmente, ao longo de cinco encontros, foram abordados temas cruciais, desde o envelhecimento e qualidade de vida até questões específicas relacionadas ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e estratégias de prevenção. O primeiro encontro, foi dedicado ao envelhecimento e qualidade de vida, estabeleceu-se uma base conceitual fundamental. A compreensão da importância de abordar o envelhecimento como um processo dinâmico e individualizado foi evidenciada. A promoção da qualidade de vida na terceira idade não apenas como um objetivo, mas como um direito, emerge como uma perspectiva essencial para orientar intervenções futuras.

A exploração dos tipos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no segundo encontro contribuiu para uma apreciação mais profunda das nuances dessa condição cardíaca crítica. O entendimento das distintas manifestações do IAM ofereceu uma base sólida para discussões subsequentes sobre prevenção e gestão. O terceiro encontro, focado na prevenção do IAM em pessoas idosas, destacou a importância de estratégias proativas. A ênfase na modificação de fatores de risco e na adoção de estilos de vida saudáveis proporcionou aos participantes ferramentas práticas para a preservação da saúde cardíaca em sua fase atual e futura.

A análise dos principais fatores de risco e indicadores no quarto encontro consolidou o conhecimento teórico em elementos tangíveis e mensuráveis. A identificação precoce e o

gerenciamento eficaz desses fatores emergiram como pilares essenciais na prevenção do IAM. O último encontro, centrado na educação em saúde, reforçou a importância da autonomia informada. Capacitar os idosos da UMA com conhecimentos relevantes não apenas fortalece a resiliência individual, mas também contribui para a formação de uma comunidade de cuidado mútuo.

Portanto, embora os resultados revelem nuances e desafios, as ações de educação em saúde pelo enfermeiro, têm o potencial de influenciar a percepção e o manejo da saúde cardíaca em pessoas idosas. Assim, é possível considerar a individualidade de cada participante, adaptando as estratégias de educação para atender às suas necessidades específicas. Além disso, este estudo indica a importância de um acompanhamento contínuo para avaliar a eficácia das intervenções ao longo do tempo, garantindo que o autocuidado seja promovido de maneira sustentável e efetiva.

As oficinas educativas sobre saúde cardíaca para os idosos da UMA revelaram-se não apenas um meio eficaz de transmitir conhecimento, mas também um espaço de intercâmbio, reflexão e fortalecimento mútuo. A interatividade desses encontros desafia a visão tradicional de educação, transformando-a em uma experiência compartilhada e enriquecedora.

Os resultados indicam uma melhoria perceptível no entendimento dos participantes sobre questões relacionadas à saúde cardíaca. Contudo, é importante reconhecer que o impacto a longo prazo dessas oficinas exigirá avaliações continuadas, considerando a sustentabilidade das mudanças de comportamento e a incorporação dos aprendizados no cotidiano, isso prefigura como um fator limitante desta pesquisa.

Em última análise, os resultados e análises realizadas neste estudo, sugere-se que pesquisas futuras explorem a longo prazo o impacto das intervenções educativas em saúde cardíaca para idosos. Essas pesquisas podem incluir avaliações continuadas para verificar a sustentabilidade das mudanças de comportamento ao longo do tempo e a incorporação dos aprendizados no cotidiano. Além disso, é importante investigar de forma mais aprofundada as estratégias educativas mais eficazes e adaptáveis ao contexto específico da Universidade da Maturidade ou Universidade Aberta para Pessoas Idosas, conforme estabelecido por lei, a fim de promover a saúde cardíaca e o autocuidado nessa população de maneira mais efetiva e sustentável.

REFERÊNCIAS

- AMIR, Syazwan Nazri *et al.* Impact of religious activities on quality of life and cognitive function among elderly. **Journal of religion and health**, p. 1-21, 2022.
- ARAÚJO, Naryllenne Maciel de *et al.* Recurso audiovisual na educação em pré-operatório de cirurgia cardíaca: revisão de escopo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2022.
- BARBOSA, Alice Regina Costa *et al.* Apoio social percebido por idosos: um estudo com participantes de uma universidade da maturidade. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 11, p. 150-157, 2019.
- BARCELOS, Alexandre dos Santos. **Aprendizagem ao longo da vida uma proposta de ensino em autocuidado com idosos da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins**. Dissertação (Mestrado Acadêmico)- Universidade Federal do Tocantins. Campus Universitário de Palmas. Curso de Pós-Graduação em Ensino Ciências e Saúde. Palmas - TO. 2020.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial– 2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.
- BEITUM, Isabella Xavier *et al.* Percepções de pacientes adultos acerca da vivência da internação em centro de tratamento de queimados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 13, p. e5-e5, 2023.
- BENEVIDES, Luana Maria Bráz *et al.* Práticas educativas no controle da ansiedade de pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 471-477, 2020.
- BIRNBACH, Benedikt; HÖPNER, Jens; MIKOLAJCZYK, Rafael. Cardiac symptom attribution and knowledge of the symptoms of acute myocardial infarction: a systematic review. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2020.
- BOLZAN, Emilly Paula; POMPERMAIER, Charlene. Cuidados de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, v. 5, p. e24115-e24115, 2020.
- BORGES, Marina Miranda *et al.* Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 231-242, 2023.
- BRASIL, Carlos Henrique Guimarães *et al.* Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5157-5170, 2021.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Lei n. 8.842**. Política. Nacional do Idoso. Brasília: DF, 4 de janeiro de 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o**

Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 118 p. 2021. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos> Acesso em 29 out. 2023.

BRITO, Marlon Santos de Oliveira. **A universidade da maturidade-UMA/UFT como itinerário formativo para a pessoa idosa.** Dissertação (Mestrado Acadêmico)- Universidade Federal do Tocantins. Campus Universitário de Palmas. Curso de Pós-Graduação em Ensino Ciências e Saúde. Palmas - TO. 2022.

CARNEIRO, Tatiana Rodrigues; REHFELD, Manuella Bennaton Cardoso Vieira. Reabilitação cardiovascular e educação em saúde: uma revisão sistemática. **Revista Científica Faculdade Unimed**, v. 3, n. 3, p. 16-33, 2022.

ÇETIN, Nurullah *et al.* Ablação Baseada em Substrato de Fibrilação Ventricular Relacionada a Purkinje em um Paciente Idoso com Cardiomiopatia Isquêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, p. e20220774, 2023.

COSTA, Amanda Pereira da; OSÓRIO, Neila Barbosa. A Intergeracionalidade na Universidade da Maturidade-Palmas–Tocantins. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 42, p. 294-307, 2021.

COSTA, Silvio Marcos da *et al.* Tendência temporal de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em idosos no Sul do Brasil. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 44-50, 2022.

COVATTI, Chrissy Franca *et al.* Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos de um hospital universitário. **Nutr. clín. diet. hosp**, p. 24-30, 2016.

DIAS JÚNIOR, Cláudio Santiago; COSTA, Carolina Souza; LACERDA, Marisa Alves. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 9, p. 7-24, 2019.

DIAS, Fellipe Camargo Ferreira. **Análise do impacto da educação em saúde no engajamento dos idosos sobre o autocuidado durante a pandemia do Covid-19.** Dissertação (Mestrado Acadêmico)- Universidade Federal do Tocantins. Campus Universitário de Palmas. Curso de Pós-Graduação em Ensino Ciências e Saúde. Palmas - TO. 2020.

DIASCÂNIO, José Maurício. **Etapas da pesquisa científica.** Autografia, 2021.

DIEZ-VILLANUEVA, Pablo; ALFONSO, Fernando. Atrial fibrillation in the elderly. **Journal of geriatric cardiology: JGC**, v. 16, n. 1, p. 49, 2019.

DUTRA, Dariele Dias *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, v. 8, n. 2, p. 4501-4509, 2016.

DUTRA, Gelson Garcia *et al.* Ações do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e318111234462-e318111234462, 2022.

ESCORSIM, Silvana Maria. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social & Sociedade**, p. 427-446, 2021.

FERREIRA, Sabrina; PASA, Jorge; LYSAKOWSKI, Simone. Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 35-41, 2019.

FERRETTI, Ceres. **Alterações fisiológicas, doenças e manifestações clínicas em geriatria**. Editora Senac São Paulo, 2019.

GADENZ, Sabrina Dalbosco; BENVENEGNÚ, Luís Antônio. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3523-3533, 2013.

GHENO, Jociele *et al.* Morbimortalidade hospitalar de idosos com insuficiência cardíaca conforme as regiões brasileiras. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-14], 2021.

GUSMÃO, Diego Ferraz *et al.* Relação entre força muscular e qualidade de vida em idosos da comunidade. **Fisioterapia Brasil**, v. 22, n. 3, p. 334-345, 2021.

HASANUDDIN, Asni *et al.* The Effect of Health Education on the Behavior of Elderly with Hypertension. **Jurnal Penelitian Pendidikan IPA**, v. 9, n. 9, p. 7023-7027, 2023.

HONORATO, Michele Ouriques *et al.* Fibrilação Atrial e Sepsis em Pacientes Idosos e sua Associação com Mortalidade Intra-hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, p. e20220295, 2023.

JINDAL, Anshika *et al.* A cross-sectional study for the evaluation of pulmonary embolism in unexplained dyspnea in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. **Indian Journal of Respiratory Care**, v. 9, n. 2, p. 191-195, 2020.

KANG, Yun-Peng *et al.* Características Clínicas e Eventos Adversos em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e História de Doença Arterial Periférica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 367-372, 2019.

KELLY, Anne-Maree *et al.* Epidemiology and outcome of older patients presenting with dyspnoea to emergency departments. **Age and ageing**, v. 50, n. 1, p. 252-257, 2021.

KIM, Soo-Joong. Global awareness of myocardial infarction symptoms in general population. **Korean Circulation Journal**, v. 51, n. 12, p. 997-1000, 2021.

KNAPIK, Andrzej *et al.* The relationship between physical fitness and health self-assessment in elderly. **Medicine**, v. 98, n. 25, p. e15984, 2019.

LIMA, Alisson Padilha de *et al.* Fatores associados á prática de atividade física entre idosos no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 25, p. 216-219, 2019.

LIMA, Isamara Ferreira de *et al.* Apreciação da qualidade de vida de idosos praticantes de exercício físico. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 4, n. 2, p. 143-149, 2022.

LISBOA, Cristiane Rabelo; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 482-488, 2012.

LOPES, Nayan Leonardo Sousa *et al.* Achados cardiopulmonares e funcionais em idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**. v. 12, n. 2, p. 2, 2020.

MACEDO, Rafael Michel de *et al.* Nível de atividade física de idosos participantes de um programa de prevenção de doença cardiovascular. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 6, n. 3, p. 10-20, 2019.

MACLEOD, Mairi *et al.* Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation fundamentals: diagnosis, treatment, prevention and disease impact. **Respirology**, v. 26, n. 6, p. 532-551, 2021.

MALLMANN, Danielli Gavião *et al.* Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, p. 1763-1772, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4757-4769, 2020.

MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2921-2934, 2022.

MATERKO, Wollner; FERNANDES, Daianne Freires; BRITO, Maysa de Vasconcelos. **Bases Morfológicas do Envelhecimento Humano: Quem gostaria de alcançar a longevidade?**. Simplíssimo, 2020.

MCCORD, James *et al.* Symptoms predictive of acute myocardial infarction in the troponin era: analysis from the TRAPID-AMI study. **Critical pathways in cardiology**, v. 18, n. 1, p. 10-15, 2019.

MEDEIROS, Isabella *et al.* Efeito do exercício físico no envelhecimento: diferenças nas aptidões físicas entre idosos ativos e sedentários. **JIM-Jornal de Investigação Médica**, v. 3, n. 1, p. 049-061, 2022.

- NICOLAU, José Carlos *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST–2021. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 117, p. 181-264, 2021.
- NUNES, Flávia Maria Palmeira; SILVA, Amanda Benício da. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda: revisão integrativa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 18, n. 2, p. 98-106, 2020.
- OLIVEIRA, Ana Paula Dias de *et al.* Educação em saúde: efetividade das intervenções em pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de *et al.* **Cardiovascular statistics–brazil 2020**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 115, p. 308-439, 2020.
- OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de *et al.* Estatística Cardiovascular–Brasil 2021. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 118, p. 115-373, 2022.
- OSCALICES, Monica Isabelle Lopes *et al.* Literacia em saúde e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.
- OSÓRIO, Neila Barbosa; SINÉSIO NETO, Luiz; SOUZA, Josafá Miranda de. A era dos avós contemporâneos na educação dos netos e relações familiares: um estudo de caso na Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins. **Revista Signos**, v. 39, n. 1, 2018.
- OSÓRIO, Neila Barbosa; SOUSA, Domingas Monteiro de; SINÉSIO NETO, Luiz. Universidade da Maturidade: Ressignificando Vidas. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís: UFMA**, 2013.
- PAGLIARO, Beniamino R. *et al.* Myocardial ischemia and coronary disease in heart failure. **Heart Failure Reviews**, v. 25, n. 1, p. 53-65, 2020.
- PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Editora Manole, 2008.
- PLACIDELI, Nádia *et al.* Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.
- PPP-UMA **Projeto Político Pedagógico da Universidade da Maturidade**, UMA: Palmas, 2018.
- PRETO, Leonel *et al.* Fragilidade e reabilitação cardíaca em pessoas idosas. **Reabilitação Cardíaca-Evidência e Fundamentos para a Prática**, n. 1ª, p. 279-289, 2020.
- RABELO, Leonardo Moreira *et al.* Papel do enfermeiro na prevenção da hipertensão arterial sistêmica em idosos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 6, n. 12, p. 22-28, 2020.

ROCHA, Tânia Pavão Oliveira *et al.* Estratégia educacional em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e382111537520-e382111537520, 2022.

RODRIGUES, Wellington Pereira *et al.* Percepção dos idosos acerca da assistência humanizada de enfermagem frente ao mal de Parkinson. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3421-3430, 2019.

ROSSETTO, Caroline *et al.* Causas de internação hospitalar e óbito em idosos brasileiros entre 2005 e 2015. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

SANTOS, Cláudio Avelino Rodrigues dos. **Motivação para a prática esportiva e nível de autocuidado em idosos praticantes de exercício físico**. Dissertação (Mestrado Acadêmico)- Universidade Federal do Tocantins. Campus Universitário de Palmas. Curso de Pós-Graduação em Ensino Ciências e Saúde. Palmas - TO. 2021.

SANTOS, Érika Rodrigues dos *et al.* Perfil clínico epidemiológico de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 6, n. 1, 2020.

SANTOS, Natasha Cordeiro dos *et al.* Prevalence and impact of comorbidities in individuals with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. **Tuberculosis and Respiratory Diseases**, v. 85, n. 3, p. 205, 2022.

SERA, Eduardo Aoki Ribeiro. **Avaliação do efeito das ações de educação na saúde bucal de idosos: um estudo na Universidade da Maturidade**. Dissertação (Mestrado Acadêmico)- Universidade Federal do Tocantins. Campus Universitário de Palmas. Curso de Pós-Graduação em Ensino Ciências e Saúde. Palmas - TO. 2020.

SHARMA, Manoj. **Theoretical foundations of health education and health promotion**. Jones & Bartlett Learning, 2021.

SICHERI, Rosely; PEREIRA, Rosângela Alves. **Consumo alimentar e obesidade: teorias e evidências**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2022.

SILVA, Aline de Sousa Santos *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre a execução e interpretação do ECG: uma revisão integrativa. **Revista interscientia**, v. 7, n. 2, p. 98-108, 2019.

SILVA, Edmilson da *et al.* Envelhecer é um direito-movimento valorizando a pessoa idosa. **Seminário de Extensão Universitária da Região Sul-SEURS**, 2022.

SILVA, Elzivania de Carvalho *et al.* Relação entre condições socioeconômicas e o perfil do autocuidado dos idosos Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e48311931732-e48311931732, 2022.

SILVA, Luanna Santos Pereira da *et al.* Estudo comparativo da qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. **PESQUISA & EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**, n. 18, 2022.

SILVA, Michele da Conceição Barros; SANTO, Fátima Helena do Espírito. O autocuidado da pessoa idosa com cardiopatia: revisão integrativa. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 38, p. 51-59, 2022.

SILVA, Michele da Conceição Barros; SANTO, Fátima Helena do Espírito. O autocuidado da pessoa idosa com cardiopatia: revisão integrativa. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, v. 12, n. 38, 2022.

SILVA, Rose Mary Ferreira Lisboa da. **Semiologia Cardiovascular: Método Clínico, Principais Síndromes e Exames Complementares**. Thieme Revinter, 2019.

SIMCH, Francielle Brustolin de Lima *et al.* Papel do letramento em saúde nos desfechos clínicos de idosos: uma revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e495101119726-e495101119726, 2021.

SINÉSIO NETO, Luiz; OSÓRIO, Neila Barbosa. Educação na Velhice? UMA História de 11 anos na Universidade Federal do Tocantins. **Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 4, n. 3, p. 01–02, 15 set. 2017.

SMIT, Marli; COETZEE, A. R.; LOCHNER, A. The pathophysiology of myocardial ischemia and perioperative myocardial infarction. **Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia**, v. 34, n. 9, p. 2501-2512, 2020.

SOUSA, Ester Figueiredo de. et al. Cuidados paliativos em idosos com dispneia: estudo de validação. **Avances en Enfermería**, v. 41, n. 1, 2023.

SOUZA, Alessandra Cardoso. **A universidade da maturidade como ponto de atenção em saúde do município de Palmas-Tocantins**. Dissertação (Mestrado Acadêmico)- Universidade Federal do Tocantins. Campus Universitário de Palmas. Curso de Pós-Graduação em Ensino Ciências e Saúde. Palmas - TO. 2021.

TAN, Eugene SJ; LEE, Chi-Hang. Obstructive sleep apnea and arrhythmias in the elderly. **Current Sleep Medicine Reports**, v. 7, n. 4, p. 197-205, 2021.

TAVARES, Carla Nunes Vieira; MENEZES, Stella Ferreira. (organizadoras). **Envelhecimento e modos de ensino-aprendizagem**.. Uberlândia : EDUFU, 2020.

TRAVASSOS, Guilherme Fonseca; COELHO, Alexandre Bragança; ARENDS-KUENNING, Mary Paula. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 37, 2020.

VASCONCELOS, Anna Carolina de Sena et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos pós-acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2021.

VEQUI, Morgana Amanda; DO PRADO, Rosana Leal; HINO, Adriano Akira Ferreira. Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes do método Pilates. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 12, p. 1416-1430, 2021.

VERAS, Renato. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020.

WHO. World Health Organization. **Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators**. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2012). <https://iris.who.int/handle/10665/119953>

WRITING COMMITTEE MEMBERS et al. AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 78, n. 22, p. e187-e285, 2021.

ZUO, Wenhong; WU, Jinhui. The interaction and pathogenesis between cognitive impairment and common cardiovascular diseases in the elderly. **Therapeutic Advances in Chronic Disease**, v. 13, p. 20406223211063020, 2022.

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO AQUAREL

Específico na avaliação da assistência de enfermagem ao paciente idoso com problemas cardiologicos

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente em algumas situações de vida diária, nas últimas 4 semanas. Não existem respostas certas ou erradas, o importante é você relatar como você realmente se sente nas situações descritas. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, escolha a resposta que mais se aproxima da situação que você vive. Não deixe nenhuma questão sem resposta.

Nas últimas 4 semanas:

1. Você tem sentido algum desconforto no peito como do aperto ou peso?
 Nenhum desconforto
 Desconforto muito leve
 Desconforto leve
 Desconforto moderado
 Desconforto grande
2. Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso sobe escada ou morro?
 Nenhum desconforto
 Desconforto muito leve
 Desconforto leve
 Desconforto moderado
 Desconforto grande
3. Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?
 Nenhum desconforto
 Desconforto muito leve
 Desconforto leve
 Desconforto moderado
 Desconforto grande
4. Você tem sentido algum desconforto no peito como dor, aperto ou peso quando caminha em local plano no mesmo ritmo, no mesmo passo que pessoas da sua idade?
 Nenhum desconforto
 Desconforto muito leve
 Desconforto leve
 Desconforto moderado
 Desconforto grande
5. O desconforto no peito como dor aperto ou peso tem dificultado, atrapalhado você a fazer alguma atividade física?
 Nenhum desconforto

- Desconforto muito leve
- Desconforto leve
- Desconforto moderado
- Desconforto grande

6. Você tem sentido algum desconforto no peito como dor aperto ou peso enquanto está repousando?

- Nenhum desconforto
- Desconforto muito leve
- Desconforto leve
- Desconforto moderado
- Desconforto grande

Nas últimas 4 semanas

1. Você tem sentido falta de ar quando sobe escada ou morro?

- Nenhuma
- Falta de ar muito leve
- Falta de ar leve
- Falta de ar moderado
- Falta de ar grande

2. Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?

- Nenhuma
- Falta de ar muito leve
- Falta de ar leve
- Falta de ar moderado
- Falta de ar grande

3. Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?

- Nenhuma
- Falta de ar muito leve
- Falta de ar leve
- Falta de ar moderado
- Falta de ar grande

4. Você tem sentido falta de ar quando caminha rápido em local plano, sem subida ou descida?

- Nenhuma
- Falta de ar muito leve
- Falta de ar leve
- Falta de ar moderado
- Falta de ar grande

5. Você tem sentido falta de ar quando caminha em local plano no mesmo ritmo no mesmopasso que pessoas da sua idade?

- Nenhuma
- Falta de ar muito leve
- Falta de ar leve

- Falta de ar moderado
- Falta de ar grande

6. A falta de ar tem dificultado, atrapalhado você a fazer alguma atividade física?

- Nenhuma dificuldade
- Dificuldade muito leve
- Dificuldade leve
- Dificuldade grande
- Dificuldade muito grande

7. Você tem sentido falta de ar enquanto está repousando?

- Nenhuma
- Falta de ar muito leve
- Falta de ar leve
- Falta de ar moderado
- Falta de ar grande

8. Você tem acordado durante o sono por falta de ar?

- Nunca
- Raramente
- De vez em quando
- Quase sempre
- Sempre

9. Você tem tido inchaço nos tornozelos (na região dos pés)?

- Nunca
- Raramente
- De vez em quando
- Quase sempre
- Sempre

10. Você tem sentido o coração bater irregular, fora do ritmo?

- Nunca
- Raramente
- De vez em quando
- Quase sempre
- Sempre

11. Você tem sentido o coração bater mais forte?

- Nunca
- Raramente
- De vez em quando
- Quase sempre
- Sempre

12. Você tem sentido batimento forte no pescoço ou abdômen (barriga)?

- Nunca
- Raramente
- De vez em quando
- Quase sempre

Sempre

13. Você tem tido sensação de desmaio?

Nunca

Raramente

De vez em quando

Quase sempre

Sempre

14. Você tem se sentido cansado e exausto após ter dormido uma noite de sono?

Nunca

Raramente

De vez em quando

Quase sempre

Sempre

15. O cansaço ou a falta de energia tem dificultado, atrapalhado você a fazer suas atividades diárias?

Nunca

Raramente

De vez em quando

Quase sempre

Sempre

16. O cansaço tem levado você a precisar se sentar ou deitar durante o dia?

Nunca

Raramente

De vez em quando

Quase sempre

Sempre

APÊNDICE II - Questionário de avaliação de qualidade de vida-SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral, você diria que a sua saúde é: (marque com x)

a) Excelente	
b) Muito boa	
c) Boa	
d) Ruim	
e) Muito ruim	

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

a) Muito melhor agora do que a um ano atrás	
a) Um pouco melhor agora do que a um ano atrás	
b) Quase a mesma de um ano atrás	
c) Um pouco pior do que há um ano atrás	
d) Muito pior agora do que há um ano atrás	

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não dificulta de modo Algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro .	1	2	3
h. Andar vários quarteirões .	1	2	3
i. Andar um quarteirão .	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

- 4- Durante as ultimas 4 semanas , você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (Marque com x)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

- 5- Durante as ultimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (marque com x)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado quanto geralmente faz?	1	2

- 6- Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (maque com x)

• De forma nenhuma	
• Ligeiramente	
• Moderadamente	
• Bastante	
• Extremamente	

- 7- Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**? (marque com x)

• Nenhuma	
• Muito leve	
• Leve	
• Moderada	
• Grave	
• Muito grande	

8- Durante as ultimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?
(marque com x)

• De maneira alguma	
• Um pouco	
• Moderadamente	
• Bastante	
• Extremamente	

9 - Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, de uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. (marque com x)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor , cheio de vontade , cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades como visitar amigos, parentes, etc.)? (marque com x)

• Todo o tempo	
• A maior parte do tempo	
• Alguma parte do tempo	
• Uma pequena parte do tempo	

• Nenhuma parte do tempo	
--------------------------	--

11- Quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (marque com x)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria Das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes Falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5