

Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto

Knowledge on disease and lifestyle changes in patients post-infarction

Conocimiento sobre la enfermedad y cambio de estilo de vida en personas post-infarto

Larissa Bertacchini de Oliveira¹, Vilanice Alves de Araújo Püschel²

¹ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: larabeta@usp.br.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da EE/USP. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: vilanice@usp.br.

RESUMO

Pesquisa descritiva que teve como objetivo identificar conhecimento sobre a doença e as mudanças de estilo de vida em pessoas pós-infarto. Foram entrevistadas 31 pessoas acompanhadas em uma Unidade de Saúde da Família. Com relação ao conhecimento, apenas 15% das pessoas souberam definir a doença e 74% souberam referir apenas de uma a duas causas. Em relação às mudanças de estilo de vida, 58% das pessoas entrevistadas não modificaram seu estilo de vida em função do infarto. É amplo o conhecimento na literatura científica sobre os fatores de risco para o infarto, no entanto, este estudo mostra que deve ser dada atenção à população que já foi acometida pela doença, pois essa ainda possui poucas informações relativas à doença e sua prevenção, sendo um dos fatores que contribuíram para a não mudança de estilo de vida.

Descritores: Enfermagem; Infarto; Fatores de Risco; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Estilo de Vida.

ASBTRACT

The objective of this descriptive study was to identify the knowledge that people acquire after suffering an infarction and the lifestyle changes they make. Interviews were conducted with 31 people followed at a Family Health Unit. Regarding their knowledge, only 15% of the subjects were able to define the disease and 74% were able to state only one or two causes. Regarding lifestyle changes, 58% of the subjects did not make any changes to their lifestyle based on the infarction. There is broad knowledge in scientific literature regarding the risk factors for infarction; however, this study shows that closer attention should be given to the population that has been affected by the disease, as they have little information on the disease and on how to prevent it, which is one of the factors that contributed to their not changing their lifestyle.

Descriptors: Nursing; Infarction; Risk Factors; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Life Style.

RESUMEN

Investigación descriptiva que tuvo como objetivo identificar conocimiento sobre la enfermedad y los cambios de estilo de vida en personas post-infarto. Fueron entrevistadas 31 personas en seguimiento en una Unidad de Salud de la Familia. En relación al acontecimiento, apenas 15% de los entrevistados supieron definir la enfermedad, el 74% supo referir entre una y dos causas. En relación a los cambios de estilo de vida, el 58% de las personas no lo modificó en función del infarto. Es amplio el conocimiento en la literatura científica acerca de los factores de riesgo para el infarto; no obstante, este estudio muestra que debe prestarse atención a la población que ya padeció la enfermedad, dado que poseen aún escasas informaciones relativas a la misma y su prevención, siendo éste uno de los factores que contribuyó para que no cambien su estilo de vida.

Descriptores: Enfermería; Infarto; Factores de Riesgo; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Estilo de Vida.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares ainda prevalecem como a principal causa de morte e incapacidade no Brasil e no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008, 17,3 milhões de pessoas foram a óbito decorrente de doenças cardiovasculares, sendo que destas, 7,3 milhões teve como causa doenças coronarianas⁽¹⁾.

No Brasil em 2010, segundo dados do DATASUS, a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório foi de 30,8%, representando a primeira causa de morte segundo grupo de causas, sendo que dentre as doenças cardiovasculares o infarto agudo do miocárdio (IAM) aparece estatisticamente como a segunda maior causa de óbitos. Com relação ao total de internações no Brasil, as doenças isquêmicas foram responsáveis, entre janeiro de 2011 e julho de 2012, por 14,2% das internações por doenças cardiovasculares no Sistema Único de Saúde⁽²⁾.

A doença cardíaca coronariana geralmente está associada com uma ou mais características conhecidas como fatores de risco. Um fator de risco é um aspecto relacionado ao ambiente ou a elementos químicos, psicológicos, fisiológicos ou genéticos, que são considerados como predisponentes à ocorrência de uma moléstia em determinado indivíduo⁽³⁾.

Estudos de base populacional têm demonstrado que o aumento do conhecimento de fatores de risco para doenças crônicas está relacionado à melhora na qualidade de vida da população⁽⁴⁻⁵⁾. É importante a identificação dos fatores de risco para a doença coronariana presentes no estilo de vida das pessoas e o conhecimento que estas possuem destes, a fim de que se desenvolvam programas de prevenção primária e secundária por meio da educação em saúde, destacando ser esta a melhor maneira de se controlar a epidemia reversível das doenças cardiovasculares, relacionadas com fatores de risco modificáveis⁽⁶⁾.

Um estudo⁽⁷⁾ que avaliou ferramentas de predição de risco em pacientes pós-infarto para um evento secundário enfatiza que estas podem ajudar o enfermeiro em sua prática clínica, uma vez que, a partir do momento que este tem conhecimento da forma como a pessoa tem manejado o seu tratamento e implementado mudanças do estilo de vida, pode intervir junto aos pacientes desenvolvendo um plano de tratamento que inclui o

aconselhamento sobre medicamentos e as mudanças de hábitos de vida para prevenir uma recidiva do episódio de infarto.

Entende-se que o conhecimento, embora não suficiente para mudança de comportamento, seja fundamental para que sejam fornecidos subsídios para as pessoas adquirirem autonomia para uma tomada de decisão mais consciente e condizente com sua real situação e necessidades de saúde⁽⁸⁾. Estratégias governamentais de promoção da saúde são necessárias, visando a aumentar o conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e, como consequência, modificar o estilo de vida destas pessoas.

Assim sendo, as modificações nos comportamentos não saudáveis presentes no estilo de vida das pessoas podem excluir ou controlar os fatores de risco, o que pode diminuir o risco de recorrência e melhorar o prognóstico de indivíduos que sofreram IAM⁽⁹⁾.

Salientamos ainda que deve ser valorizado o conhecimento do usuário, pois este é dono de um saber particular de sua história de vida e de seus hábitos, de forma que, considerando o fato que a maioria dos fatores de risco cardiovasculares são modificáveis com a utilização de estratégias preventivas, identificar o conhecimento acerca da doença em pessoas em risco de novo evento coronariano é necessário para podermos entender se este tem adotado ou não mudanças em seus hábitos de vida após o episódio de IAM, de modo a atuar com estratégias de prevenção secundária⁽¹⁰⁾.

Em um estudo⁽¹¹⁾ realizado com pacientes hipertensos que objetivou verificar as concepções destes, os fatores de risco e suas vivências quanto ao aumento da pressão arterial, é enfatizado que para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz é necessário que o usuário do serviço de saúde conheça sobre a sua doença, assim como os fatores de risco que colaboram para o seu desenvolvimento. É importante também para o profissional do serviço de saúde, conhecer os fatores de risco que os usuários do serviço de saúde associam com o aumento da pressão arterial e se eles modificam hábitos de vida com base no seu conhecimento, para que se possa prestar uma assistência de qualidade.

A prática da educação em saúde nas unidades básicas de saúde, especialmente nas que têm implementado o Programa de Saúde da Família, deve considerar o

desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde da população, a identificação das demandas de cada usuário e o seu conhecimento acerca da doença e dos fatores que podem contribuir para a ocorrência de um novo evento tornando estes sujeitos ativos em seu tratamento.

Em um estudo que objetivou identificar o conhecimento sobre a hipertensão arterial e intervir mediante atividades educativas em um grupo de pacientes com doenças crônicas em uma Unidade Básica de Saúde, mostrou a importância de se conhecer o que o paciente sabe sobre a sua doença e os fatores de risco presentes em seu estilo de vida, assim como, pode afirmar que as atividades educativas realizadas com os usuários favoreceram a troca de experiências de todos os envolvidos, possibilita a livre expressão de suas ideias, proporcionando assim a reflexão e a possibilidade de que estes gerenciem seus tratamentos⁽¹²⁾.

Dessa maneira, considerando a epidemiologia alarmante das doenças cardiovasculares, especialmente às relacionadas a eventos isquêmicos; considerando que diversos estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾ que vem sendo realizados afirmam a importância de o paciente pós-infarto conhecer a doença e os fatores de risco que contribuem para uma recidiva do episódio, assim como a importância de com base neste conhecimento implementar mudanças de estilo de vida como forma de prevenção secundária; considerando o efeito benéfico na qualidade de vida, na diminuição dos fatores de risco e na prevenção de novos agravos a partir de intervenções educativas demonstrado nos estudos; e considerando que investigações sobre o conhecimento que pessoas pós-infarto possuem acerca da doença e se estas estão implementando mudanças em seus estilos de vida ainda são escassos em nosso meio, especialmente em unidades básicas de saúde, isto torna a presente investigação tão necessária quanto atual.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento de pessoas pós-infarto agudo do miocárdio sobre a doença e se estas implementaram mudanças em seu estilo de vida após o evento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada na Unidade Básica de Saúde Doutor Manoel Joaquim Pêra, pertencente à subprefeitura de Pinheiros da

Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, distrito de saúde de Pinheiros, no município de São Paulo.

A população do estudo foi composta por usuários em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família que atenderam aos critérios de inclusão: terem sofrido IAM, serem acompanhados na unidade e que concordassem em participar da pesquisa. Como não se dispunha de dados do número de pessoas atendidas que sofreram infarto, foi feito um levantamento do número total destes pacientes por meio de dados registrados nos prontuários individuais de saúde da família.

Foram analisados 3.339 prontuários de Saúde da Família, correspondendo à totalidade de famílias cadastradas, sendo selecionados prontuários de pessoas com 30 anos e mais, por serem considerados pelas pesquisadoras como potenciais sujeitos da pesquisa, ou seja, que poderiam ter sofrido IAM, perfazendo um total de 5.839 prontuários individuais.

Do total de prontuários, foram identificadas 44 pessoas que sofreram IAM. Em consenso com os profissionais da unidade foi estabelecido que se realizasse a pesquisa com o total de pessoas infartadas, por se tratar de dados de suma importância para caracterização dos perfis de saúde doença da população estudada. Todas as pessoas identificadas foram consultadas pelas respectivas agentes de saúde de cada equipe de Saúde da Família e pela pesquisadora, quanto à disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

Para as pessoas que demonstraram interesse em participar, foram agendados horários em seu próprio domicílio ou se preferissem na própria unidade de saúde para aplicação dos questionários. As pessoas foram esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa e do total das 44 pessoas identificadas, 31 foram entrevistadas. As demais, 13, não participaram por motivos de falecimento, não disponibilidade de horário para realizar a entrevista e não aceitar participar da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de janeiro a julho de 2009. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada gravada, utilizando-se um instrumento contendo dados sociodemográficos e perguntas abertas: "O que você sabe sobre a sua doença e qual a sua causa?" "Você modificou alguma coisa em sua vida após sofrer o infarto?" Se sim, "O que modificou em sua vida após sofrer o infarto?".

Os dados sociodemográficos foram analisados e apresentados em médias e percentagens. As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas com base na análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja frequência tenha significado para o objetivo analítico visado, desta forma em geral neste tipo de análise é realizada a contagem de frequência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso⁽¹⁵⁾.

Assim, na primeira etapa foi realizada uma leitura flutuante do material transcrito, para uma primeira sensibilização. Após está fase foi realizada a leitura exaustiva das entrevistas, o material começou a ser organizado e codificado, procedendo-se à determinação das unidades de significação por similaridade. Após a obtenção das unidades de significação seguimos à agregação e quantificação dos dados em percentuais, de acordo com a ocorrência, sendo identificadas as categorias que foram analisadas com base na literatura científica.

Vale salientar que a pesquisa foi desenvolvida em respeito à Resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo sob número 247/08. As pessoas que concordaram em participar da pesquisa, após os devidos esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das pessoas é do sexo feminino (58%), com idade média de 69,2 anos, têm Ensino Médio completo (42%) e renda mensal média familiar entre três e 10 salários mínimos (42%), considerando que no Brasil o valor do salário mínimo vigente no ano de 2009 era de R\$ 465,00.

A partir da análise das entrevistas os dados foram agrupados por temas, sendo eles, o conhecimento sobre a doença e modificações na vida após o infarto, sendo que a partir destes temas foram apreendidas as categorias.

Conhecimento sobre a doença

Este tema compreende as categorias: *conceito de infarto e fatores de risco*

Na categoria *conceito de infarto*, os participantes da pesquisa consideram que o infarto consiste no: **Entupimento das artérias/veias** referido por 64% das

pessoas, sendo que destes apenas 15% revelaram conhecimento apropriado sobre o IAM, uma vez que demonstravam saber que o infarto decorre de uma obstrução de um vaso do coração e não de qualquer outra do corpo, estes o definiram como “obstrução do fluxo sanguíneo das coronárias” ou “necrose do tecido cardíaco”; **Mau funcionamento do coração**, em 10% das pessoas que em geral remeteu a um problema mais estrutural que de fluxo sanguíneo; **Má sincronia entre coração e pulmão**, em 7% das pessoas que definiram o infarto como sendo consequência da deficiência de ar nos pulmões. Os demais 16% não souberam definir a doença e 3% se recusaram a responder. Os depoimentos a seguir exemplificam esses conceitos.

O infarto acontece quando o vaso fica obstruído, ocorre à falta de oxigênio ao coração, dessa maneira ele não consegue exercer a sua função de bombear o sangue (P25). O infarto se relaciona a alguma situação que ocorre com o coração, agente quer levantar, quer fazer as coisas, mas o corpo não deixa, não consegue, é quando algo ruim está acontecendo (P11).

O infarto é quando ocorre a falta de bombeamento de ar para o coração, que no caso o pulmão é o responsável por este, falta ar e o coração não funciona bem (P21).

Dentre as causas do infarto, 74% referiram de uma a duas causas, 16% de três a quatro causas e 10% não souberam responder. Essas causas foram aglutinadas na categoria *fatores de risco*, e estão relacionados a: **Fatores emocionais**, em 32% das citações com maior referência ao estresse da vida moderna; **Níveis de colesterol elevados**, em 30%; **Alimentação**, em 26% sendo alimentos gordurosos e frituras os mais citados; **Fumo**, presente em 13% das referências, bem como a **Hereditariedade** e **Co-morbidades**, em 10% como a hipertensão arterial e diabetes e o **Alcoolismo**, em 3,2% das citações.

O infarto é causado pelo colesterol elevado, o fumo e principalmente o estresse da vida, pois este desencadeia o evento os outros fatores apenas contribuem (P27).

O infarto é o entupimento das veias, causado pelo acúmulo de colesterol e de muito nervosismo que agente passa na vida, o nervosismo desestabiliza o organismo e junto com muito colesterol acaba ocasionando o infarto (P15).

O infarto é causado pela hipertensão arterial, colesterol alto, gordura corporal e a predisposição genética que nos deixam vulneráveis a este evento (P18).

As causas são o consumo de cigarro, o consumo de bebidas alcoólicas e o estresse da vida de hoje em dia (P28).

De modo geral os entrevistados, em especial os que possuíam maior nível de escolaridade e socioeconômico, têm conhecimento de um a quatro fatores de risco para a doença coronariana (16,2%). No entanto, identificou-se ainda baixa percentagem entre as citações, da fisiopatologia do IAM.

Um dos aspectos mais importantes para a qualidade de vida da população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados com a sua saúde. O conhecimento acerca dos fatores de risco para o infarto é muito importante para a reabilitação e tratamento da pessoa acometida por este evento, no entanto há um estudo⁽¹⁶⁾ que mostra que o conhecimento isoladamente não é suficiente para a mudança de comportamento das pessoas, o conhecimento deve ser oferecido conjuntamente com outras estratégias de promoção da saúde, em que reuniões de grupos educativos favorece espaço ideal para tais práticas.

Estudo⁽¹⁷⁾ que teve por objetivo avaliar o conhecimento de hipertensos e diabéticos cadastrados em um Programa de Saúde da Família em Minas Gerais acerca da doença, revelou que 40% dos diabéticos e 69% dos hipertensos não souberam definir a doença. Sendo assim, salientaram importância do empoderamento do grupo como aspecto essencial para a promoção da saúde, prevenção e controle destes agravos, além da necessidade de ações de conscientização da doença e de seus condicionantes voltadas para a população no sentido de tornar os sujeitos ativos e conscientes no processo de tomada de decisão em sua própria vida.

Corroborando com nossos dados, este mesmo estudo⁽¹⁷⁾ mostrou que os usuários não demonstram conhecimento suficiente que pudesse embasar uma tomada de decisão para modificação de fatores de risco para o IAM como forma de prevenção secundária. Nesse sentido devem ser realizados esforços para desenvolver estratégias com a comunidade, partindo da identificação dos fatores de risco para o IAM, como foi a proposta desta pesquisa, a fim de que se desenvolvam programas para tipos de populações específicas, de modo que a

abordagem seja voltada para os fatores de risco com enfoque na promoção da saúde.

Outro aspecto importante revelado em um estudo⁽¹⁸⁾ realizado em pessoas diabéticas mostrou que é preciso que os profissionais de saúde compreendam que o descompasso entre conhecimento e comportamento das pessoas, não deve ser interpretado como um obstáculo intransponível, mas como um dos desafios fundamentais que precisam ser enfrentados e que demanda a necessidade de se considerar as particularidades de cada sujeito e sua interação com o ambiente, para delineamento das intervenções educativas.

Assim sendo, o planejamento educativo deve levar em consideração a individualidade das pessoas, que mesmo partindo de um grupo, deve ser focado para aspectos da vida de cada uma com base no que foi coletado, o que torna a estratégia educativa mais dinâmica e próxima da realidade de cada sujeito. Assim, salientamos a necessidade de posteriores estudos na unidade com as pessoas pós IAM, por meio da aplicação de um programa educativo que aborde a doença, fatores de risco clínicos e psicossociais, necessidade de mudança de estilo de vida de forma a evitar a recidiva do infarto e melhorar o prognóstico destas pessoas.

O conhecimento sobre os fatores que influenciam o processo de um evento agudo coronariano é vital para reduzir o atraso no atendimento pré-hospitalar, sendo salientada a importância da educação em saúde a fim de possibilitar à pessoa agir eficaz e rapidamente na tomada de decisão da procura e do acompanhamento sistematizado da sua saúde. Assim, o conhecimento sobre a doença vai além da mudança de estilo de vida da população acerca dos fatores de risco, mas também envolve o reconhecimento de sinais e sintomas do evento agudo, a fim de que se busque assistência adequada o mais rápido possível para aumentar as chances de sobrevivência e diminuição de sequelas⁽¹⁹⁾

Modificações na vida após o infarto

Esta temática compreende as ações que as pessoas instituíram em seu cotidiano de vida após o IAM. Do total de pessoas entrevistados 90,3% revelaram mudanças de hábitos de vida após o episódio de infarto. Destes, 57,2% implementaram mudanças para hábitos de vida mais saudáveis e 41,8% citaram mudanças de estilo de vida em consequência de sua nova condição de saúde, com o

surgimento de restrições, incapacidades e insegurança. Ademais, 9,7% das pessoas revelaram não ter havido modificação de quaisquer hábitos.

Depois do infarto eu fiquei normal, diria que perfeito, mesmo porque eu fiz a cirurgia, então melhorei bem, voltei a trabalhar (P12).

O que mudou foi a forma de viver, passei a ser mais sossegado, procuro não me estressar nem me preocupar mais com as coisas, passei a dar mais valor à vida, aproveitar mais, viver mais e viver bem (P23).

Mudou tudo, pois eu fazia de tudo, comia tudo, agora tem que escolher o que deve comer ou não. Hoje em dia eu faço caminhada, me preocupo mais com a atividade para ter saúde (P30).

A partir da análise das entrevistas das pessoas que modificaram o seu estilo de vida de forma a agregarem ao seu cotidiano hábitos de vida mais saudáveis, foram identificadas as categorias: **mudanças relacionadas à alimentação**, correspondendo a 46% das citações, em que prevaleceu a restrição de alimentos fritos; **relacionadas à atividades físicas**, em 22%, com mudanças relativas ao início da prática regular; **relacionadas a fatores emocionais**, em 10%, em que predominou a busca de controle de estresse emocional; **relacionados a atividades sociais**, em 12% das citações em que se destacou a preocupação de acompanhamento médico, uma vez que deixaram de fazer algumas atividades cotidianas para se dedicar ao tratamento médico que, segundo eles, consiste em diversas consultas e acompanhamento de outros especialistas.

Depois do infarto comecei a me cuidar ainda mais, controlo a alimentação consumindo alimentos pouco gordurosos para evitar o aumento do colesterol sanguíneo, faço a minha caminhada todos os dias da semana, acredito que isso me faz muito bem (P22).

A minha alimentação eu modifiquei assim que sofri o infarto e a mantenho até hoje, na minha casa não entra mais fritura nenhuma, faço os alimentos apenas cozidos e grelhados (P13).

O que mais modificou na minha vida foi a parte psicológica, ver que agente é muito pouco, muito frágil, a gente não tem essa noção enquanto não acontece algo grave com a gente (P3).

O IAM ocasiona mudanças nos hábitos de vida não só na busca do controle dos fatores de risco modificáveis, mas pelo próprio agravo à saúde que impõe mudanças e restrições na vida de cada um, ou seja, além de mudanças de hábitos de vida que eles entendem que diminuem as chances de sofrer um novo episódio de IAM, o próprio infarto impôs mudanças na vida destas pessoas, quer seja pela impossibilidade de exercer o próprio trabalho ou até mesmo de realizar atividades de lazer.

Do total de pessoas entrevistadas, 48,7% não adotaram hábitos de vida mais saudáveis, indicando assim a necessidade de intervenção da equipe de Saúde da Família, uma vez que a prevenção é a medida de ação em saúde necessária para reduzir os fatores de risco para as doenças coronarianas.

Tendo como referência a variável relacionada a fatores emocionais, se pode observar um conflito entre o conhecimento que as pessoas referiram como sendo um fator que aumenta o risco de sofrer IAM e a motivação em mudar estes fatores, uma vez que, muito embora 32% das pessoas revelaram ser essa a principal causa do IAM, apenas 10% buscaram o controle desta variável a fim de se evitar uma recidiva do episódio.

O risco de morte súbita e doença arterial coronária não súbita diminuiu entre 49% e 64% nos últimos 50 anos em todo o mundo. Essa tendência foi a mesma para o indivíduo com e sem doença cardíaca, o que sugere importantes contribuições da prevenção primária e secundária para a diminuição do risco de doença coronariana e da ocorrência de morte súbita. Assim sendo, se deve valorizar e instituir iniciativas para reduzir o impacto das doenças não transmissíveis na população, pois mesmo que haja declínios nos coeficientes de mortalidade por doença coronariana em São Paulo esses números ainda são muito elevados. Assim, com medidas de prevenção primária e secundária tudo indica que a epidemiologia das doenças cardiovasculares pode ser modificada drasticamente⁽²⁰⁾.

Dentre as intervenções citadas para promover a mudança de estilo de vida das pessoas após o IAM é salientada a prática da educação em saúde para a comunidade. As recomendações incluem visitas de acompanhamento, negociação de planos de tratamento personalizado e ênfase na terapêutica geral de mudança de comportamentos presentes no estilo de vida que são o componente essencial no tratamento⁽²¹⁾.

As atuais estratégias mais utilizadas para o controle dos fatores de risco para a doença coronariana são as orientações com relação à mudança de hábitos alimentares, reuniões de grupo, educação sobre mudança de estilo de vida e de comportamento em formato de programas educacionais para a comunidade e visitas domiciliares de acompanhamento⁽²¹⁾.

Estudo⁽²²⁾ que investigou a vida de pessoas que sofreram IAM antes da internação, os modos de vida após o evento e o conhecimento que possuíam sobre a doença constatou que a maioria das pessoas tinha um estilo de vida constituído de muitos fatores que aumentavam o risco de IAM e que, mesmo após o evento, as pessoas mantinham este mesmo estilo de vida, sendo que apenas 50% revelaram estar dispostos a aumentar, por exemplo, a quantidade de frutas e hortaliças ingeridas diariamente. O estudo salienta a necessidade de adoção sistemática de estratégias de prevenção secundária destinadas a aumentar o conhecimento acerca de agravo e de estímulo à mudança de hábitos de vida não saudáveis.

Em um estudo que avaliou o conhecimento sobre a doença e o estilo de vida de pacientes logo após o evento coronariano observou que os pacientes possuíam diversos fatores de risco que podem ter contribuído para a ocorrência do evento e reforça a necessidade da adoção sistemática de estratégias de prevenção secundária com intervenções efetivas para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e implementar mudanças de estilo de vida⁽²³⁾.

O Heartwatch é um programa de prevenção secundária para pacientes com doença arterial coronariana já estabelecida, com base na mudança de estilo de vida, realizado em centros de saúde de cuidados primários em Portugal. Um estudo realizado com 12.358 pacientes mostrou que houve mudança significativa na diminuição da pressão arterial, de lipídeos sanguíneos e do tabagismo com as intervenções educativas sobre os fatores de risco para a doença arterial coronária⁽²⁴⁾.

Para a prevenção de doenças cardiovasculares é importante o desenvolvimento de uma aliança terapêutica com a pessoa, assegurar que a pessoa entenda a relação entre comportamento, saúde e doença, ajudar a compreender as barreiras de mudança comportamental, envolvê-los na identificação dos fatores de risco para modificar seu estilo de vida e acompanhar os progressos realizados.

Pode-se afirmar que a dualidade entre conhecimento e mudança de estilo de vida é apresentado como um desafio para a saúde pública brasileira. Por isto, considera-se importante que nas unidades básicas de saúde sejam criados espaços de promoção da saúde com enfoque na educação em saúde, pois mesmo que o conhecimento não seja o único requisito para mudança de comportamentos não saudáveis, é um passo importante para a modificação de hábitos de vida e estratégias de promoção à saúde que se fazem necessárias perante a realidade atual das doenças crônicas não transmissíveis visando aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco e como consequência modificar os hábitos de vida da população brasileira^(17,25).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o conhecimento acerca dos fatores de risco para a doença coronariana está intimamente relacionado à maneira com a qual o indivíduo está lidando com a vida, com a saúde e com a doença. É amplo o conhecimento na literatura científica sobre os fatores de risco para o infarto, no entanto, este estudo mostra que deve ser dada atenção à população que já foi acometida pela doença, pois estas ainda possuem poucas informações relativas à doença e sua prevenção, sendo um dos fatores que contribuiu para a não mudança de estilo de vida.

Assim sendo, há necessidade de intervenção da equipe de Saúde da Família, pois as mudanças proativas para hábitos de vida mais saudáveis ainda são pequenas. É com base no conhecimento que estas pessoas podem se tornar sujeitos ativos na sua recuperação e prevenção de complicações ou até mesmo de uma recidiva do episódio. Sendo que, enfatizamos a necessidade de que o conhecimento transmitido seja pautado nos resultados deste estudo, de forma que as pessoas possam entender o mecanismo da doença e saibam associar as possíveis causas para uma recidiva do episódio de IAM com hábitos presentes em seu estilo de vida, a fim de que possa modificá-los.

Desse modo, os dados apresentados fornecem subsídios para a implementação de intervenções de enfermagem por meio de programas educacionais específicos para este grupo. Ressalta-se que os dados obtidos nesta pesquisa podem ser generalizados para outras populações, uma vez que conhecendo o modo

como essas pessoas estão lidando com o manejo da doença, com a implementação de mudanças de estilo de vida e com base no que elas conhecem da doença, se torna mais direcionado e objetivo o cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. As Doenças cardiovasculares. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>. [Acesso em 03 de junho de 2013].
2. Brasil. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxuf.def> [Acesso em 02 de junho de 2013].
3. Thomas CL. Dicionário Médico Enciclopédico. 17ª ed. São Paulo: Ed. Manole; 2000.
4. Rombaldi AJ, Borges TT, Canabarro LK, Corrêa LQ, Neutzing MB. Conhecimento de professores de educação física sobre fatores de risco para doenças crônicas de uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2012;14(1):61-72.
5. Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth AG, Hallal PC. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1511-1520.
6. Peterson ED, Ohman EM, Brindis RG, Cohen DJ, Majid DJ. Development of systems of care for ST-elevation myocardial infarction patients: evaluation and outcomes. *Circulation*. 2007;116(2):64-7.
7. Scruth EA, Page K, Cheng E, Campbell M, Worrall-Carter L. Risk determination after an acute myocardial infarction: review of 3 clinical risk prediction tools. *Clin Nurse Spec*. 2012;26(1):35-41.
8. Mansano NG, Vila VSC, Rossi LA. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009;11(2):349-59. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a16.htm>.
9. Goldmeier S, Castro I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco em pacientes pós infarto agudo do miocárdio. *Rev AMRIGS*. 2005;49(3):149-54.
10. Iszewski R, Grabysa R, Kwasiborski PJ, Makowski T, Warminski J, Szczechowicz R, Kubik L. Cardiovascular diseases risk factors knowledge among soldiers of the Polish army. *Pol Merkur Lekarski*. 2009;27(160):273-8.
11. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para doenças. *Ciênc. saúde Coletiva*. 2012;17(5):1365-1374.
12. Ulbrich EM, Maftum MA, Labronici LM, Mantovani MF. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):22-27.
13. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, Maggioni AP, Balestroni G, Ceci V, et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med*. 2008;168(20):2194-204.
14. Leemrijse CJ, van Dijk L, Jorstad HT, Peters RJ, Veenhof C. The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. *BMC Cardiovasc Disord*. 2012;12:47.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ªEd. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1992.

AGRADECIMENTO E FINANCIAMENTO

- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

16. Cobb SL, Brown DJ, Davis LL. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *J Am Acad Nurse Pract*. 2006;18(1):31-9.
17. Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis Rev de Saud Coletiva*. 2008;18(4):745-66.
18. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):17-23.
19. Lovlien M, Schei B, Hole T. Myocardial infarction: psychosocial aspects, gender differences and impact on pre-hospital delay. *J Adv Nurs*. 2008;63(2):148-54.
20. Fox CS, Evans JC, Larson MG, Kannel WB, Levy D. Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2004;110:522-7.
21. Backer G, Zanchetti A. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2003;24(7):1601-1.
22. De Ponti A, Sorbara L, Amodeo R, Imperatore PF, Berizzi M, Di Rocco E et al. Knowledge and lifestyles of patients: a survey on patients admitted with acute coronary syndrome in the CCU of an Italian hospital. *Assist Inferm Ric*. 2006;25(3):163-9.
23. De Ponti A, Sorbara L, Amodeo R, Imperatore PF, Berizzi M, Di Rocco E, et al. Knowledge and lifestyles of patients: a survey on patients admitted with acute coronary syndrome in the CCU of an Italian hospital. *Assist Inferm Ric*. 2006;25(3):163-9.
24. Fitzpatrick P, Fitz-Simon N, Lonergan M, Collins C, Daly L. Heartwatch: the effect of primary care-delivered secondary prevention programme for cardiovascular disease on medication use and risk factor profiles. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011;18(1):129-35.
25. Piegas LS, Avezum A, Pereira JCR. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart Journal* 2003; 146:331-8.

Artigo recebido em 10/05/2012.

Aprovado para publicação em 07/05/2013.

Artigo publicado em 31/12/2013.