

PERFIL DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA SUBMETIDOS AO CATETERISMO CARDÍACO**PROFILE OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE UNDERGOING CARDIAC CATHETERIZATION****PERFIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA SOMETIDOS A CATETERISMO CARDÍACO**

Etiane de Oliveira Freitas¹
Rosanna da Silva Nogueira²
Lilian Medianeira Coelho Stekel³
Susan Bublitz⁴
Raquel Kirchof⁵
Laura de Azevedo Guido⁶

Prêmio “Enfermeira Ione Rocha Lobato” recebido no II Seminário Internacional e IX Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

Doi: 10.5902/2179769211124

RESUMO: **Objetivo:** caracterizar os pacientes com doença arterial coronariana que realizaram cateterismo cardíaco na Unidade de Hemodinâmica de um Hospital Público e Geral no Rio Grande do Sul, e identificar o seu perfil de estilo de vida. **Método:** estudo de campo, transversal e de abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos por meio de um questionário composto por variáveis sociodemográficas, clínicas e pelo Instrumento *Health Promoting Lifestyle*. **Resultados:** participaram do estudo, 62 pacientes com idade média de 59 anos, brancos (88,28%), do sexo feminino (57,38%), casados (70,49%), aposentados (88,28%) e com diagnóstico de angina (57,38%). Os pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco apresentaram melhor perfil de estilo de vida no domínio autorrealização, (3,54) e pior perfil no domínio exercício (1,37). **Conclusões:** constatou-se a necessidade de planejamento de programas de educação em saúde que visem reavaliar o estilo de vida desta população com vistas à redução do impacto das doenças cardiovasculares e melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Descritores: Enfermagem; Estilo de vida; Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT: **Aim:** characterize patients with coronary artery disease who underwent cardiac catheterization in the catheterization of a Public and General Hospital in Rio Grande do Sul, identify and profile your lifestyle. **Method:** this study is a fieldwork and quantitative approach. Data were collected through a questionnaire consisting of sociodemographic, clinical and the Health Promoting Lifestyle Instrument. **Results:** the study included 62 patients with mean age of 59 years, whites (88.28%), female (57.38%),

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. E-mail: etiof@yahoo.com.br

² Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. E-mail: pjuzinha@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. E-mail: lilianstekel@gmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, Brasil. E-mail: susan.bublitz@gmail.com

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Santa Maria/RS, Brasil. Email: rakel_kirch@hotmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS, Brasil. Email: lguido344@gmail.com

married (70.49%), pensioners (88.28%) and diagnosed with angina (57.38%). Patients undergoing cardiac catheterization showed a better profile of lifestyle in the field self-realization (3.54) and worst profile in the field exercise (1.37). **Conclusion:** it was noted the need for planning of health education aimed at reassessing the lifestyle of this population in order to reduce the impact of cardiovascular disease and better quality of these individuals.

Descriptors: Nursing; Life style; Cardiovascular diseases.

RESUMEN: Objetivo: caracterizar los pacientes con enfermedad arterial coronaria que realizaron cateterismo cardíaco en la Unidad Hemodinámica de un Hospital Público del Rio Grande do Sul, identificando el perfil de estilo de vida. **Método:** estudio de campo, transversal y con enfoque cuantitativo. Los datos fueron recolectados por un cuestionario de variables sociodemográficas, clínicas y por el Instrumento Health Promoting Lifestyle. **Resultados:** participaron 62 pacientes con edad media de 59 años, blancos (88,28%), mujeres (57,38%), casados (70,49%), jubilados (88,28%) y con diagnóstico de angina (57,38%). Los pacientes sometidos al cateterismo cardíaco mostraron mejor perfil de estilo de vida en el dominio auto-realización (3.54) y el peor perfil en el dominio ejercicio (1,37). **Conclusiones:** señaló la necesidad de planificación de la educación sanitaria destinada a evaluar de nuevo el estilo de vida de esta población con el fin de reducir el impacto de la enfermedad cardiovascular y mejor calidad de estas personas.

Descriptorios: Enfermería; Estilo de vida; Enfermedades cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de mortalidade no mundo e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos últimos anos, a taxa de mortalidade por DCV variou entre 28 a 34 milhões de óbitos na população mundial, com estimativas de atingir valores superiores a 35 milhões, em 2030.¹

Quando não causam óbito, tais doenças, frequentemente, invalidam parcialmente ou totalmente o indivíduo e isto reflete diretamente em sua vida social e familiar. Portanto, pesquisar mais sobre a temática das DCV e seus fatores de risco, auxiliará o profissional a direcionar um trabalho específico visando à prevenção destas patologias.²

Dentre as doenças cardiovasculares a de maior incidência é a doença arterial coronariana (DAC), cuja prevalência está, em parte, relacionada à frequente adoção de estilos de vida que propiciam o aparecimento dos fatores de risco como tabagismo, hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias, obesidade e sedentarismo.³

Os fatores de risco cardiovasculares têm sido estudados desde 1962, com a divulgação dos achados do Framingham Heart Study.³ Desde então, outras pesquisas, como o INTERHEART⁴, têm salientado que o conhecimento precoce destes fatores contribui para a prevenção da doença cardiovascular e diminui as chances de reincidência da doença. No entanto, esses fatores de risco, podem ou não estar presentes, dependendo do estilo de vida adotado pelos indivíduos.³

O estilo de vida é um dos importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades e, enquanto indicador de qualidade de vida e fator de promoção de saúde é fundamental para a ação preventiva contra doenças crônicas não transmissíveis, como a DAC. Para a maior parte da população, os riscos para a saúde advêm do próprio comportamento resultante tanto das informações disponibilizadas e decisão da pessoa, quanto das oportunidades e barreiras sociais presentes.⁵ No entanto, sabe-se que a educação em saúde de forma contínua aos clientes com doenças cardiovasculares, ou aqueles que não desenvolveram a doença, porém convivem com fatores de risco, é a melhor forma de prevenção de futuras complicações cardiovasculares.³

Um estudo⁶ que avaliou um programa de orientações de enfermagem quanto a sua capacidade em propiciar modificações no estilo de vida, tais como dieta saudável, prática de atividade física e eliminação do hábito de fumar, constatou resultados positivos e benéficos para estas práticas. Estes autores identificaram que os pacientes que receberam intervenções de enfermagem diminuíram os níveis de colesterol, glicemia e gordura saturada, bem como obtiveram melhora na atividade física e em relação ao tabagismo, quando comparados aos que não receberam essas orientações.

Nesse sentido, acredita-se que a modificação dos comportamentos não saudáveis presentes no estilo de vida possa excluir ou controlar os fatores de risco, prevenindo a ocorrência e recorrência da DAC. Dessa forma, é determinante o papel da enfermagem na estratificação, identificação do perfil de estilo de vida e na realização de programas de educação em saúde que sejam efetivos e que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

A realidade exposta suscitou a seguinte questão norteadora do estudo: Qual o perfil de estilo de vida dos pacientes acometidos pela DAC? A qual gerou os seguintes objetivos: caracterizar os pacientes com doença arterial coronariana que realizaram cateterismo cardíaco na Unidade de Hemodinâmica de um Hospital Público e Geral no Rio Grande do Sul, e identificar o seu perfil de estilo de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido no Laboratório de Hemodinâmica de um hospital público de ensino, localizado no Interior do Rio Grande do Sul (RS), que disponibiliza à população serviços de saúde em diversas especialidades, sendo considerado referência regional.

A população do estudo foi composta por 62 pacientes com DAC que realizaram cateterismo cardíaco, no período de agosto a outubro de 2010, selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, com capacidade de interação que realizaram cateterismo cardíaco previamente agendado. Foram excluídos do estudo, os pacientes que realizaram cateterismo cardíaco de urgência e emergência bem como os que não tinham capacidade de interação.

Assim, durante o período da coleta de dados, 92 pacientes com diagnóstico de DAC foram submetidos ao cateterismo cardíaco, sendo que destes, 62 atenderam aos critérios de inclusão e participaram do estudo. Foram excluídos 19 pacientes por ter sido realizado cateterismo cardíaco de urgência e 11 pelas condições clínicas que prejudicaram a capacidade de interação como sonolência devido à analgesia, ansiedade, agitação.

Os dados foram coletados em momentos que antecederam a realização do procedimento, com abordagem individual. Os sujeitos foram consultados antecipadamente sobre sua participação na pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado aos que aceitaram participar do estudo, os quais o assinaram após exposição e esclarecimentos fornecidos pelas pesquisadoras acerca da natureza, objetivos e métodos da pesquisa. Seguiu-se um protocolo de pesquisa, dividido em duas partes e preenchido pela pesquisadora.

Na primeira parte, composta por um formulário para levantamento de dados sociodemográficos e clínicos dos sujeitos, buscou-se informações como: data de nascimento, sexo, raça, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, situação profissional, renda familiar, diagnóstico, tempo de diagnóstico, procedimento invasivo prévio e presença de outra doença.

A segunda parte do protocolo consistiu na aplicação do *Health Promoting Lifestyle Profile I (HPLP-I)*⁷ a fim de medir o comportamento promotor de saúde e, ao final, identificar o perfil de estilo de vida dos sujeitos da pesquisa. Trata-se de um instrumento com 48 itens de classificação que emprega um formato de resposta de quatro pontos em uma escala tipo Likert. Os escores variam de 1 a 4 (1=nunca, 2=esporadicamente, 3=frequentemente, 4=rotineiramente)

para medir a frequência dos comportamentos autorrelatados de promoção de saúde. Os itens do instrumento estão organizados em seis domínios: autorrealização, responsabilidade pela saúde, exercício, nutrição, apoio interpessoal e manejo do estresse.

Os dados foram organizados em um banco de dados no Excel (Office, 2007) e, para a análise, utilizou-se o programa *Statistical Analysis System (SAS)* - versão 8,02 e *Statistica* - versão 7,1. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram expressas por medidas de tendência central (frequência simples, frequência relativa, média, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Além disso, utilizou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do HPLP-I. Para análise dos dados obtidos com o HPLP-I, calculou-se a média dos escores por domínio, considerando-se o domínio de maior média o domínio de melhor perfil e o de menor média, como o de pior perfil. Relações entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios do instrumento foram realizadas pelo Teste de Kruskal - Wallis. Para a análise de correlação, utilizou-se a correlação de Pearson. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes se $p < 0,05$, com intervalo de 95% de confiança.

Salienta-se ainda que o projeto de pesquisa obteve parecer favorável para o desenvolvimento do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (n.º 0212.0.243.000-10).

RESULTADOS

Verificou-se que a idade média dos pacientes é de 59 anos (DP = 10,87), sexo feminino (57,38%), brancos (88,52%), casados (70,49%) e com média de três filhos. Quanto à situação profissional, constatou-se que 39,34% dos pacientes são aposentados. Em relação à escolaridade, obteve-se maior proporção de pacientes com ensino fundamental incompleto (80,33%). (Tabela 1)

Tabela 1 - Distribuição da população segundo características sociodemográficas. RS, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	36	57,38
Masculino	26	42,62
Raça		
Branca	55	88,52
Negra	4	6,56
Parda	3	4,92
Situação Conjugal		
Casado	44	70,49
Solteiro	3	4,92
Viúvo	7	11,48
Outro	8	13,11
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	3	4,92
Ensino Fundamental Incompleto	50	80,33
Ensino Médio Completo	3	4,92
Ensino Médio Incompleto	4	6,56
Ensino Superior Incompleto	2	3,28
Situação Profissional		
Ativo	15	22,95
Inativo/ Desempregado/ Afastado do trabalho	13	21,31
Aposentado	26	42,62
Do lar	8	13,11

No que se refere às características clínicas, de acordo com a Tabela 2, constatou-se que 55,74% dos pacientes apresentaram angina, 44,26% tinham o diagnóstico de doença cardiovascular confirmado no período compreendido de um a cinco anos, 75,40% não realizaram nenhum procedimento invasivo prévio e 57,36% informaram hipertensão.

Tabela 2 - Distribuição da população segundo características clínicas. RS, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Diagnóstico		
Angina	36	57,38
IAM* sem Supra	13	21,31
IAM com Supra	5	8,20
Nenhum evento clínico	8	13,11
Tempo de diagnóstico		
Até 1 ano	25	39,34
De 1 até 5 anos	27	44,26
De 5 até 10 anos	5	8,20
Mais de 10 anos	5	8,20
Procedimentos invasivos prévios		
CAT**	1	1,64
CAT e ACTP***	11	18,04
CAT e CRM****	2	3,28
CAT, ACTP e CRM	1	1,64
Nenhum procedimento	47	75,40
Outra doença		
HAS	36	57,36
DM	2	3,28
HAS e DM	10	16,40
Nenhuma doença	14	22,96

*Infarto Agudo do miocárdio, **Cateterismo cardíaco,

***Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea,

****Cirurgia de revascularização do miocárdio

Em relação ao HPLP-I, ressalta-se que os dados obtidos, a partir dos escores, foram submetidos à análise de consistência interna por meio da determinação do Coeficiente Alfa de Crombach, no qual se obteve um resultado igual a 0,73, o que permite atestar a consistência interna do instrumento e sua confiabilidade.

No que se refere ao perfil de estilo de vida da população, conforme a Tabela 3 identificou-se que os pacientes apresentaram pior perfil no domínio exercício (média 1,37) e melhor perfil no domínio autorrealização (3,54).

Tabela 3 - Medidas descritivas dos domínios do HPLP I. RS, 2013.

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Auto - Realização	3,54	0,23	2,58	4,00
Responsabilidade pela Saúde	2,09	0,18	1,20	3,30
Exercício	1,37	0,11	1,00	3,00
Nutrição	2,69	0,13	1,50	3,66
Apoio Interpessoal	3,15	0,29	2,10	3,80
Manejo do Estresse	2,59	0,14	1,71	3,42

Quando comparadas as médias, pode-se identificar que os domínios autorrealização e apoio interpessoal foram significativamente maiores do que as dos domínios nutrição, manejo do estresse, responsabilidade pela saúde e exercício.

Verifica-se na Tabela 4 a correlação entre os domínios do *Health Promoting Lifestyle Profile I*, obtida pelo coeficiente de correlação de Parson.

Tabela 4 - Matriz de correlação dos domínios do HPLP I, RS, 2013.

Domínios	1	2	3	4	5	6
1	1,0000					
2	0,7440	1,0000				
3	0,0090	0,4212*	1,0000			
4	0,1377	0,1304	-0,324	1,0000		
5	0,3074*	0,2636*	0,9610	0,2681*	1,0000	
6	0,1290*	0,3695*	0,1575	0,2225	0,7720	1,0000

* Correlação significativa $p < 0,05$; Domínio 1 = Auto-realização; Domínio 2 = Responsabilidade pela saúde; Domínio 3 = Exercício; Domínio 4 = Nutrição; Domínio 5 = Apoio interpessoal; Domínio 6 = Manejo do estresse.

De acordo com a Tabela 4, existe correlação entre o domínio responsabilidade pela saúde e os domínios exercício, apoio interpessoal e manejo do estresse. Ainda, evidencia-se correlações entre o domínio apoio interpessoal com os domínios autorrealização e nutrição.

Esses dados indicam que quanto mais o paciente utiliza o domínio responsabilidade pela saúde, mais ele utiliza o domínio exercício, seguindo-se dos domínios apoio interpessoal e manejo do estresse. Verificou-se também que quanto maior o domínio apoio interpessoal maiores os domínios autorrealização, nutrição e responsabilidade pela saúde.

Pela análise de variância, destaca-se que houve diferença estatística entre o domínio exercício e a variável procedimento invasivo prévio ($p=0,03$), o que significa que os pacientes que já haviam realizado cateterismo cardíaco e revascularização do miocárdio apresentaram maior média no domínio exercício. Para as demais comparações entre os resultados obtidos pelo instrumento HPLP-I e as variáveis sociodemográficas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A população deste estudo caracterizou-se pela média de idade de 59 anos, com variação de 29 à 85 anos, 32,26% dos pacientes encontravam-se na faixa etária de 61 a 70 anos, dado que se assemelha a outras pesquisas.⁸⁻⁹ De acordo com os autores⁹, a prevenção tanto primária como a secundária, deve ser realizada principalmente em idades mais avançadas, uma vez que geralmente os idosos apresentam três ou mais fatores de risco associados, além da alta incidência de co-morbidades.

Pode-se constatar que o sexo feminino foi predominante (57,38%). Esses resultados são semelhantes aos achados de investigação sobre o perfil de estilo de vida em pacientes com DAC que realizavam acompanhamento em um ambulatório de cardiologia.¹⁰ Ainda que o sexo masculino apresente maior risco de evento cardiovascular, o risco feminino tende a se igualar ao masculino, em parte pela perda do efeito protetor estrogênico, na menopausa.¹¹

Quanto à raça, verificou-se que 88,26% da população foi de brancos, resultado que corrobora com os achados de pesquisa sobre fatores de risco para DAC em hipertensos e diabéticos, na qual foram evidenciados percentuais de raça semelhantes.¹²

Entre a população pesquisada, houve predomínio de casados (70,49%) e com média de três filhos. Esse dado vai de encontro com a literatura uma vez que os estudos^{13, 14} sugerem a família como fator protetor, com importante função na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, e nessa pesquisa a maioria dos pacientes que tiveram episódio de DAC eram casados e possuíam filhos.

Verificou-se que 80,33% dos pacientes entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto, resultado semelhante aos achados de outro estudo.¹⁶ A baixa escolaridade, principalmente na população idosa, dificulta o tratamento uma vez que eles têm dificuldades para diferenciar a medicação, identificar os benefícios do tratamento e se dedicar a mudar hábitos adquiridos em toda a vida.¹⁷ Nesse sentido, considera-se que o primeiro passo para a mudança de comportamentos é a educação. Por isso o grau de escolaridade pode exercer influência em relação a fatores de risco modificáveis como tabagismo, dieta rica em gorduras, sedentarismo entre outros.

Quanto ao diagnóstico, 57,38% dos pacientes apresentaram episódio isolado de angina. Outros estudos também encontraram percentuais semelhantes e evidenciaram que a angina é a primeira manifestação clínica sintomática para DAC e um importante parâmetro de diagnóstico.¹⁷⁻¹⁸ Quanto ao tempo de diagnóstico, verificou-se que 44,26% da população investigada teve o diagnóstico confirmado em um período compreendido entre um a cinco anos. Além disso, 75,40% dos pacientes realizaram cateterismo cardíaco pela primeira vez. Observou-se que os percentuais apresentados indicam que a investigação é recente e que o cateterismo cardíaco apresenta-se como o método diagnóstico predominante.

Em relação à presença de outra doença, obteve-se que 77,04% da população estudada apresenta outra patologia, sendo que desses, 57,36% corresponde a HAS, 16,40% a HAS associada a DM e 3,28% corresponde a DM. A HAS é reconhecida como o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares.¹⁶ Nesse sentido, o rastreamento de níveis aumentados de pressão arterial (PA) deve ser realizado pelo profissional de saúde como medida preventiva e fazer parte do exame clínico de rotina. Assim, pode-se detectar indivíduos assintomáticos com elevados níveis pressóricos, o que permite o tratamento precoce, seja ele farmacológico e/ou baseado em modificações do estilo de vida.¹⁶

No presente estudo, os pacientes com DAC, submetidos a cateterismo cardíaco apresentaram pior perfil no domínio exercício (1,37) e melhor perfil no domínio autorrealização (3,54), o que permite inferir que os pacientes nunca praticam exercício e frequentemente realizam hábitos que favorecem sua autorrealização. Estes resultados também foram encontrados em pesquisa¹⁰ que utilizou o HPLP-I, para avaliar o perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular em um ambulatório de especialidades no Município de São Paulo.

A realização de exercício físico é uma das principais recomendações a pacientes a fim de prevenir DCV.³ Além disso, sabe-se que exercício físico regular influencia nos outros fatores de risco, como obesidade, hipertensão, diabetes, dislipidemias. Nesse sentido, acredita-se que práticas educativas implementadas por equipes multidisciplinares que sensibilizem a população da importância de hábitos alimentares saudáveis e da atividade física regular devem ser componentes prioritários nas estratégias de Saúde Pública, com o intuito de evitar o aparecimento ou minimizar as consequências das doenças crônicas, como hipertensão, diabetes entre outras.¹⁹

A autorrealização, domínio de melhor perfil neste estudo, permite que a pessoa possa identificar o seu próprio potencial e desenvolvê-lo para atingir o bem-estar. Ainda pode subsidiar a avaliação profissional e, portanto, constitui-se em importante objeto de intervenção.²⁰

Em relação aos demais domínios, verificou-se as seguintes médias: apoio interpessoal (3,15), nutrição (2,69), manejo do estresse (2,59) e responsabilidade pela

saúde (2,09), ou seja, frequentemente os pacientes realizam atividades que permitem o apoio interpessoal, esporadicamente possuem hábitos que favorecem a nutrição adequada ao manejo do estresse e à responsabilidade pela saúde.

Tendo em vista que o domínio apoio interpessoal é o segundo de maior média, infere-se que a população consegue estabelecer vínculos de amizade e confiança, sentindo-se apoiada para enfrentar a doença. Considera-se esse resultado relevante, pois o apoio interpessoal, pode adquirir a função de aliviar o estresse em situações de crise, inibir o desenvolvimento de doenças e representar importante papel na recuperação de enfermidades já instaladas, sendo considerado fator de proteção e, assim, constituir foco constante de intervenção junto a essa população específica.⁸

A partir dos resultados verificou-se que o domínio nutrição obteve baixo escore quando comparado ao domínio de maior escore. Este resultado é preocupante uma vez que a nutrição adequada pode alterar a incidência e a gravidade das coronariopatias.¹⁹ Estudo realizado com quase 40.000 mulheres profissionais de saúde, evidenciou que os mais altos consumos de vegetais e frutas (exceto batata) estavam associados ao risco mais baixo de DCV, principalmente infarto.¹⁹

O manejo do estresse teve a segunda média mais baixa (2,59), o que indica que os pacientes se percebem estressados. Em outra pesquisa¹⁶, realizada no México, que investigou o estilo de vida de indivíduos hipertensos, verificou-se que 53% dos participantes relataram sentir-se estressados, e destes, 49% não utilizam estratégias para enfrentá-lo. De acordo com INTERHEART⁴ os fatores psicossociais podem contribuir para uma proporção substancial do risco para infarto agudo do miocárdio.

O domínio responsabilidade pela saúde, também apresentou baixa média (2,09). Considera-se que a população estudada, esporadicamente, possui hábitos como checar a pulsação quando fazem exercício, verificar a pressão arterial, ler artigos acerca da promoção saúde, observar o corpo uma vez por mês, dentre outros. Dessa forma, julga-se necessário implementar medidas que promovam orientações em saúde.

Ainda, verificou-se uma correlação positiva entre o domínio autorrealização e o apoio interpessoal ($r=0,3074$; $p=0,015$), ou seja, quanto maior a autorrealização, maior é o apoio interpessoal desses pacientes. Dessa forma, os pacientes que acreditam que a vida tem sentido, gostam de si mesmos, sentem-se felizes e contentes, e estão conscientes de força e fraqueza pessoal, conseguem estabelecer mais relações com outras pessoas, o que permite desenvolver vínculos de amizade e confiança.

Identificou-se que o domínio responsabilidade pela saúde apresentou correlação positiva em relação ao domínio exercício ($r=0,4212$, $p=0,01$). Ou seja, o exercício físico está relacionado com a responsabilidade que os pacientes têm com sua saúde. Contudo, no domínio exercício, foi obtida a menor média de escore geral e individual dos 62 pacientes, resultado preocupante, uma vez que esses pacientes também apresentaram baixa média no domínio responsabilidade pela saúde.

Para os domínios nutrição e apoio interpessoal foi identificada correlação ($r=0,2681$; $p=0,035$), ou seja, as pessoas conseguem alterar seus hábitos alimentares quando aceitam as orientações de familiares, profissionais da área da saúde. A partir deste achado, é possível afirmar que relações de confiança permitem uma maior credibilidade no que se refere às orientações, além de facilitar o processo de mudança do estilo de vida.

Diante do exposto, é importante considerar a necessidade de priorizar ações educativas em saúde. Além disso, a linguagem utilizada para a realização das orientações deve ser clara e objetiva, quando predominam pacientes com baixo grau de escolaridade.¹⁰

Esses resultados fornecem subsídios para que a equipe de enfermagem leve em consideração as peculiaridades e as limitações de cada sujeito, bem como reconheça as possibilidades para sistematizar a assistência de enfermagem de modo a orientar as decisões



relativas à definição de prioridades para intervenção, proporcionando maior resolubilidade ao serviço.²⁰ Além disso, acredita-se que esses resultados possam contribuir com a implementação e avaliação das ações educativas que visam sensibilizar os pacientes da importância de um estilo de vida saudável na prevenção de doenças e na manutenção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desta investigação foi possível caracterizar os pacientes com DAC submetidos ao cateterismo cardíaco, bem como identificar o perfil de estilo de vida destes indivíduos.

Identificou-se como domínio de melhor perfil de estilo de vida a autorrealização. Salienta-se que os pacientes investigados reconhecem suas capacidades e visualizam condições de desenvolvê-las, o que é fundamental para que adotem comportamentos promotores de saúde.

O pior perfil de estilo de vida identificado nesse estudo foi no domínio exercício, dado que permite inferir que o sedentarismo é um fator de risco presente e de difícil modificação. Portanto, práticas educativas devem ser implementadas a fim de sensibilizar a população da importância da atividade física regular na prevenção das doenças cardiovasculares.

Verifica-se que o estilo de vida repercute diretamente na saúde dos indivíduos. Sendo assim, a identificação do perfil de estilo de vida implica principalmente na sistematização da assistência de enfermagem, pois o enfermeiro, ao conhecer as particularidades, bem como as diferenças e semelhanças deste grupo de pacientes, pode elencar as prioridades no planejamento da assistência individual e coletiva.

Propõem-se medidas de ação primária, por meio de programas elaborados com o intuito de agir sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, já mencionados na literatura e identificados neste estudo.

REFERENCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Taxa Óbitos por doenças isquêmicas do coração. Brasil 2009 [Internet]. [acesso em 2010 jul 30]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/eiuf.def>.
- 2 Stipp MAC, Souza AA, Santos RS. Doenças cardiovasculares e seus fatores de riscos - uma análise sobre o tema. Online Braz J Nurs [Internet]. 2008 jan [acesso em 2012 maio 8];7(Nursing Science Training for Undergraduates):[4 telas]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1229/286>.
- 3 Mancilha JJ. Antecedentes da doença coronária: os fatores de risco. Arq Bras Cardiol. 1992;58(4):63-7.
- 4 Ôunpuu S, Negassa A, Yusuf S. INTER-HEART: A global study of risk factors for acute myocardial infarction. Am Heart J. 2001;141(5):711-21.
- 5 Santos GLA, Venâncio SE. Perfil do estilo de vida dos acadêmicos concluintes em educação física do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Movimentum-Revista Digital de Educação Física. 2006;(1):1-18.
- 6 The Vestfold Heartcare Study Group. Influence on lifestyle measures and five-year coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention programme in patients with coronary heart disease. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2003;10:429-37.
- 7 Dela Coleta MF. Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos, instrumentos. Taubaté (SP): Cabral; 2004, p.169-93.



- 8 Gorayeb R, Facchini GB, Schmidt A. Caracterização psicossocial de pacientes internados em enfermaria de cardiologia. *Rev Bras Cardiol.* 2012;25(3):218-25.
- 9 Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2002;78(5):478-83.
- 10 Spinel LF, Puschel VAA. Perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. *Rev Gaúch Enferm.* 2007;28(4):534-41.
- 11 Santos MCB, Vieira JAM, César BN, Novaes MRCG. Hábitos e perfil sócioeconômico dos pacientes com doença aterosclerótica no Brasil. *Arco -Arquivos Centro-Oeste de Cardiologia.* 2011 dez;(5):34-41.
- 12 Souza CR. Prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes do grupo de hipertensos e diabéticos do Centro de Saúde de Saco Grande II [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
- 13 Ruiz ENF, Costa JSD, Olinto MTA. Fatores de risco cardiovascular em usuários da saúde suplementar. *Rev Ciênc Méd.* 2012 jan/dez;21(1-6):15-24.
- 14 Berkman LF. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* 2000 sept;51(6):843-57.
- 15 Rodrigues MA, Seidl EMF. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia.* 2008;18(40):279-88.
- 16 Reza CG, Nogueira MS. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008 jun;12(2):265-70.
- 17 Pereira AF, Santos MDB, Cicogna AC, Padovani CR, Soares EA, Burini RC. Detecção de Fatores de Risco alterados em pacientes coronariopatas hospitalizados. *Arq Bras Cardiol.* 2002;79(3):256-62.
- 18 Silva LHF, Nascimento CS, Viotti Junior AP. Revascularização do miocárdio em idosos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 1997;12(2):132-40.
- 19 Liu S, Manson JE, Lee I, Cole SR, Hennekens CH, Willett WC, et al. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the women's health study. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(4):922-8.
- 20 Girondi JBR, Nothaft SCS, Santos SMA, Oliveira F, Sebold LF, Kempfer SS. Estudo de perfil de morbimortalidade de idosos. *Rev Enferm UFSM [Internet].* 2013 mai/ago [acesso em 2013 ago 10];3(2):197-204. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/6704>.

Data de recebimento: 25/10/2013

Data de aceite: 03/02/2014

Contato com autor responsável: Laura de Azevedo Guido

Endereço postal: Rua Fioravante Antonio Spiazzi, 78. Cerrito, Km 03, Santa Maria/RS, Brasil.

E-mail: lguido344@gmail.com