

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GIOVANA BOVO FACCHINI

**Variáveis Psicológicas e Prontidão para Mudança em Pacientes Cardiopatas
Submetidos à Angioplastia**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Ribeirão Preto

2011

GIOVANA BOVO FACCHINI

**Variáveis Psicológicas e Prontidão para Mudança em Pacientes Cardiopatas
Submetidos à Angioplastia**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Ribeirão Preto

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Facchini, Giovana Bovo

Variáveis psicológicas e prontidão para mudança em pacientes cardiopatas submetidos à Angioplastia. Ribeirão Preto, 2011.

201 p. : il. ; 30cm

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Gorayeb, Ricardo.

1. Doenças Cardiovasculares.
2. Angioplastia.
3. Prontidão para Mudança.
4. Fatores de Risco Psicológicos.

Nome: FACCHINI, Giovana Bovo

Título: Variáveis Psicológicas e Prontidão para Mudança em Pacientes Cardiopatas Submetidos à Angioplastia

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/2011.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e pela formação moral. Meus exemplos de retidão, perseverança e honestidade. Todas as conquistas da minha vida são igualmente suas.

AGRADECIMENTOS

A todos os pacientes que fizeram parte deste trabalho. Obrigada por compartilharem suas histórias de vida e me ensinarem o que jamais encontrarei em nenhum livro.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, por me fazer acreditar ser capaz de conduzir este trabalho, por confiar nas minhas ideias, por compartilhar o seu saber e pegar na minha mão em todos os momentos que necessitei.

Ao Prof. Dr. André Schmidt, pela presença marcante desde o nascimento deste projeto até sua concretização.

A toda a equipe da Angioplastia, pela assistência, colaboração na captação dos pacientes e, principalmente, pela imensa paciência com minha presença sempre tão questionadora.

Ao Davi Casale Aragon, estatístico e amigo, parceiro nas mais difíceis decisões. Obrigada, acima de tudo, pela sua infinita paciência com minhas infinitas dúvidas! E por conseguir fazer com que eu risse nos momentos de mais profundo desespero!

Às colegas psicólogas e colaboradoras de pesquisa Laura Beatriz Alves Brito e Paula dos Santos Pereira, pela inestimável ajuda nas entrevistas dos pacientes. Sem ajuda de outros braços, os meus sozinhos certamente não dariam conta de abraçar todo este projeto.

Aos funcionários do Serviço de Psicologia, Danilo, Marilene e Rachel, a todas as colegas psicólogas que compartilharam angústias e conquistas e a todos os aprimorandos com quem dividi tantos momentos. Obrigada pelo apoio, compreensão e convivência.

À minha família, sempre e principalmente. Obrigada mãe, pai e Rô pela capacidade de estarem sempre presentes, mesmo na ausência. Saber o quanto vocês acreditam em mim me faz uma pessoa que acredita ser capaz de tudo!

À minha irmã de coração, Fernanda Rizzi Bitondi. Obrigada por estar sempre ao meu lado, extraindo sempre o melhor de mim.

À grande amiga e companheira, Roberta Maria Carvalho de Freitas, pelas preciosas contribuições ao longo de toda a execução deste trabalho.

À colega de profissão Karen Priscila Del Rio Szupszynski, pelas orientações e contribuições fundamentais ao longo de diversos momentos deste trabalho.

Aos amigos, obrigada por ajudarem na manutenção da minha saúde mental! Qualquer caminho fica menos árduo na presença de vocês.

A todos os alunos do Centro Universitário UniFafibe. Obrigada por entenderem meus momentos difíceis e trilharem este caminho junto comigo. Vocês fazem parte desta conquista!

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

RESUMO

FACCHINI, G.B. **Variáveis psicológicas e prontidão para mudança em pacientes cardiopatas submetidos à angioplastia.** 2011. 201 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

As doenças cardiovasculares (DCV's) são as principais causas de morte, morbidade e incapacidade entre os países ocidentais desenvolvidos. Possuem etiologia complexa e multifatorial, em que se destacam os chamados fatores de risco (FR), tradicionais ou psicológicos. Dentre os psicológicos, pode-se citar depressão, estresse e qualidade de vida. No controle das DCV's, mudanças comportamentais são requeridas. O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) enfatiza a mudança como processo, e que as pessoas possuem diversos estágios de motivação/prontidão para mudar: pré contemplação, contemplação, ação e manutenção. Dentre os tratamentos disponíveis para as DCV's, a Angioplastia destaca-se como um procedimento hemodinâmico simples e pouco invasivo, com obtenção de bons resultados. O objetivo do trabalho foi descrever as relações entre variáveis psicológicas e estágios/níveis de prontidão para mudança de comportamentos de risco para cardiopatia em pacientes candidatos à angioplastia pelo período de um ano. A amostra foi composta por 100 pacientes e os instrumentos utilizados foram: entrevista semi estruturada, URICA Adaptada para Comportamento de Estresse, Régua de Prontidão (RP), Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) e Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36). O estudo foi composto por cinco momentos de avaliação, separados entre si por um tempo médio de três meses. A análise dos dados foi feita por meio do Modelo de Regressão Logística. A Avaliação 1 ocorreu no dia da angioplastia e as demais nos dias das consultas médicas ambulatoriais, ocorrendo uma perda de 57 sujeitos entre a primeira e a última avaliação. Na amostra inicial a média de idade foi 61,4 anos (dp±9,82), 67% do sexo masculino, 69% casados, 67% com baixa renda (entre 1 e 3 SM), 65% aposentados e com média de 4,73 anos de estudo. Quanto aos aspectos psicológicos, 81% estavam na fase de pré contemplação, a alimentação inadequada apresentou a menor prontidão para mudança pela RP, 31% apresentaram sintomas cognitivos e afetivos de depressão e 59% tinham presença de estresse. O SF-36 mostrou os piores índices de percepção da saúde para aspectos emocionais e físicos. Na comparação entre avaliações 1 e 5, foram considerados os 43 sujeitos comuns aos dois momentos, observando-se redução não estatisticamente significativa de alimentação inadequada (44,18%), sedentarismo (32,56%), estresse (11,63 pontos percentuais) e prontidão para mudança de estresse (5,17 pontos percentuais), além de um incremento em todos os domínios do SF-36 e de sujeitos que passaram ao estágio de ação (11,62%). Os sintomas cognitivos e afetivos de depressão sofreram um decréscimo significativo ao longo de um ano (p-valor<0,01). A prontidão para mudança do comportamento de estresse associou-se à idade (sujeitos mais jovens) na Avaliação 1 (OR 2,58; 1,04-6,43), Avaliação 3 (OR 4,68; 1,26-17,41), Avaliação 4 (OR 14,00; 1,51-130,01) e Avaliação 5 (OR 4,95; 1,24-19,96). A associação com estado civil (sem parceiro) manteve-se somente na primeira avaliação (OR 3,89; 1,06-14,22) e com estresse (ausência de sintomas) na Avaliação 1 (OR 4,20; 1,79-9,83), Avaliação 3 (OR 7,18; 1,72-29,97), Avaliação 4 (OR 6,11; 1,34-27,96) e Avaliação 5 (OR 7,20; 1,64-31,71). As características sociodemográficas da amostra condizem

com dados apresentados por outros estudos e sugerem intervenções, tanto dos profissionais de saúde quanto das políticas públicas, mais adaptadas e direcionadas a um estrato menos favorecido da população. A incongruência entre conhecimento de FR e esquivas dos mesmos mostra que o simples fornecimento de informações, apesar de importante, não é suficiente para promover mudança de comportamento, reforçando a relevância da inserção do psicólogo nas equipes médicas, com intervenções voltadas para o manejo de aspectos emocionais, as quais devem, sempre que possível ajustar-se ao nível de prontidão para mudança de cada sujeito em particular.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Angioplastia. Prontidão para Mudança. Fatores de Risco Psicológicos.

ABSTRACT

FACCHINI, G.B. **Psychological variables and readiness to change in cardiac patients undergoing angioplasty.** 2011. 201 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Cardiovascular diseases (CVD's) are the leading causes of death, morbidity and disability among the developed Western countries. They have complex and multifactorial etiology, which highlightening the importance of the so-called risk factors (RF), traditional or psychological. Among the psychological ones, it can be pointed out depression, stress and quality of life. In the control of CVD's, behavioral changes are required. The Transtheoretical Model of Behavioral Change (TTM) emphasizes change as a process and that people have different stages of motivation/readiness to change: pre contemplation, contemplation, action and maintenance. Among the available treatments for CVD's, angioplasty stands out as a simple and minimally invasive hemodynamic procedure, with good results. This study objective was to describe the relationship between psychological variables and stages/levels of readiness to change risk behaviors for heart disease in patients eligible for angioplasty in a period of one year. The sample consisted of 100 patients and the instruments used were: semi-structured interviews, URICA Adapted to Stress Behavior, Readiness Ruler (RP), Beck Depression Inventory (BDI), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) and Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Survey (SF-36). The study had five moments of evaluation, on average every three months. Data analysis was performed using the Logistic Regression Model. The first evaluation occurred on the day of angioplasty and the others in the days of outpatient medical consultations, with a loss of 57 subjects between the first and last assessment. In the initial sample, the mean age was 61.4 years ($SD\pm 9.82$), 67% male, 69% married, 67% with low income (between 1 and 3 MW), 65% were retired, with an average of 4.73 years of study. As for the psychological aspects, 81% were in pre contemplation, poor diet had the lowest readiness to change for RP, 31% had cognitive and affective symptoms of depression and 59% had presence of stress. The SF-36 showed the worst indices of perceived health in emotional and physical aspects. In the comparison between assessments 1 and 5, 43 subjects were considered common to the two moments, and it was observed no statistically significant reduction of inappropriate diet (44.18%), sedentary lifestyle (32.56%), stress (11.63 percentage points) and readiness for change of stress (5.17 percentage points), and an improvement in all domains of the SF-36 and of subjects who passed to the stage of action (11.62%). Affective and cognitive symptoms of depression experienced a significant decrease over one year ($p<0.01$). Readiness for change of stressfull behavior was associated with age (younger subjects) in Evaluation 1 (OR 2.58, 1.04-6.43), Evaluation 3 (OR 4.68, 1.26-17, 41), Evaluation 4 (OR 14.00; 1.51-130.01) and Evaluation 5 (OR 4.95, 1.24-19.96). The association with marital status (without partner) remained only in the first assessment (OR 3.89, 1.06-14.22) and stress (no symptoms) in Evaluation 1 (OR 4.20; 1.79-9.83), Evaluation 3 (OR 7.18, 1.72-29.97), Evaluation 4 (OR 6.11, 1.34-27.96) and Evaluation 5 (OR 7.20, 1, 64-31.71). The sample sociodemographic characteristics are consistent with data presented by other studies and suggest interventions, both from health professionals and from the public policies, aimed and tailored to a more disadvantaged strata of the population. The incongruity between

knowledge of RF and avoiding them shows that simply providing of information, although important, is not sufficient to promote behavior change, reinforcing the importance of the inclusion of a psychologist in medical teams, with interventions aimed at managing emotional aspects, which should, where possible, to adjust the level of readiness for change to particular subjects.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Angioplasty. Readiness for Change. Psychological Risk Factors.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Oclusão segmentar da femoral superficial em paciente com isquemia crítica (A) e resultado após angioplastia com balão de 6 mm (B) 52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Porcentagens de pacientes cardiopatas que indicam conhecer os fatores de risco associados a cardiopatias (n=100)	74
Gráfico 2 -	Porcentagens de pacientes cardiopatas quanto à percepção dos fatores de risco de mais difícil manejo associados a cardiopatias (n = 100).....	75
Gráfico 3 -	Porcentagens de pacientes cardiopatas quanto à percepção de comportamentos emitidos com objetivo de ter uma vida mais saudável (n = 100)	76
Gráfico 4 -	Médias apresentadas por pacientes cardiopatas quanto à prontidão para mudança dos comportamentos de risco avaliados pela Régua de Prontidão (n=100)	79
Gráfico 5 -	Frequência de sintomas depressivos apresentados por pacientes cardiopatas na avaliação convencional do BDI (n=100)	81
Gráfico 6 -	Frequência de sintomas depressivos apresentados por pacientes cardiopatas na avaliação do BDI 13 (n=100).....	81
Gráfico 7 -	Médias apresentadas por pacientes cardiopatas quanto à percepção geral do estado de saúde, avaliados pelo SF-36 (n=100).....	83
Gráfico 8 -	Porcentagens de pacientes cardiopatas quanto aos padrões de reação emitidos diante de situações estressoras, ao longo dos cinco momentos de avaliação	88
Gráfico 9 -	Porcentagens de pacientes cardiopatas quanto à evolução do nível de prontidão para mudança do comportamento de estresse, avaliado pela URICA, ao longo dos cinco momentos de avaliação	89
Gráfico 10 -	Evolução do nível de prontidão de pacientes cardiopatas para mudança de comportamentos associados à prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, alimentação inadequada e uso de tabaco, avaliados pela Régua de Prontidão, ao longo dos cinco momentos de avaliação.....	90
Gráfico 11 -	Comparação dos estágios de prontidão para mudança do comportamento de estresse na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43).....	91
Gráfico 12 -	Comparação do escore de prontidão para mudança do comportamento de estresse na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43)	92

Gráfico 13 -	Comparação das médias de prontidão para os comportamentos de não praticar atividade física, consumir bebida alcoólica, alimentar-se adequadamente e fumar, na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43).....	93
Gráfico 14 -	Número de pacientes cardiopatas que relataram os comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “não praticar atividade física” entre o 1º e o 5º momento de avaliação (n=43).....	94
Gráfico 15 -	Comparação das porcentagens de sujeitos com presença de sintomas cognitivos e afetivos de depressão, na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43).....	95
Gráfico 16 -	Comparação das porcentagens de sujeitos com presença de sintomas de estresse, na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43).....	96
Gráfico 17 -	Comparação das médias apresentadas pelos sujeitos nos oito domínios de percepção do estado da saúde, na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43).....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	<i>Odds Ratio</i> obtidos a partir dos ajustes a diferentes modelos, com descrição das variáveis que os compõem e categorização das mesmas	66
Tabela 2 -	Configuração do universo amostral ao longo dos cinco momentos de avaliação, com intervalo médio de tempo entre cada avaliação de aproximadamente 90 dias	69
Tabela 3 -	Dados sociodemográficos de uma amostra de pacientes cardiopatas (n=100)	70
Tabela 4 -	Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto à atribuição de causalidade para sua doença (n=100)	72
Tabela 5 -	Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto à satisfação com atividades de lazer e suporte social (n=100).....	73
Tabela 6 -	Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto às suas características clínicas (n=100)	77
Tabela 7 -	Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto ao estágio de prontidão para mudança do comportamento de estresse avaliado pela URICA (n=100).....	78
Tabela 8 -	Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto à gravidade de sintomas depressivos e presença de sintomatologia depressiva nos aspectos cognitivos/afetivos avaliados pelo BDI (n=100).....	80
Tabela 9 -	Caracterização da amostra de pacientes cardiopatas quanto à presença de sintomas de estresse, fase do estresse e predominância da sintomatologia, avaliados pelo ISSL (n=100).....	82
Tabela 10 -	Comparação entre as cinco avaliações com pacientes cardiopatas quanto à frequência de emissão dos comportamentos de risco para cardiopatias: padrão de reação ao estresse, hábitos alimentares, consumo de álcool, hábito de fumar e prática de atividade física	85
Tabela 11 -	Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 1 (n=100)...	100
Tabela 12 -	Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 2 (n=67).....	101

Tabela 13 -	Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 3 (n=50)	102
Tabela 14 -	Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 4 (n=38)	103
Tabela 15 -	Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 5 (n=43)	104
Tabela 16 -	Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 1 (n=100)	107
Tabela 17 -	Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 2 (n=67)	109
Tabela 18 -	Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 3 (n=50)	111
Tabela 19 -	Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 4 (n=38)	113
Tabela 20 -	Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 5 (n=43)	115
Tabela 21 -	Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 1 (n=100)	118
Tabela 22 -	Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 2 (n=67).....	119

Tabela 23 -	Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 3 (n=50)	120
Tabela 24 -	Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 4 (n=38)	121
Tabela 25 -	Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. <i>Odds Ratio</i> brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 5 (n=43)	122
Tabela 26 -	Comparação entre as Avaliações 1 e 5 quanto ao Escore de Prontidão para Mudança do comportamento de estresse (n=43).....	123
Tabela 27 -	Comparação entre as Avaliações 1 e 5 quanto aos comportamentos de risco avaliados pela Régua de Prontidão: fumar, beber álcool, não praticar atividade física e alimentar-se inadequadamente (n=43).....	124
Tabela 28 -	Comparação entre as Avaliações 1 e 5 quanto às variáveis psicológicas estresse, estado geral de saúde e depressão (n=43).....	124

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
1.1 Comportamento e Saúde.....	29
1.2 Doenças Crônicas.....	30
1.3 Doenças Cardiovasculares	31
1.4 Fatores de Risco	33
1.4.1 Fatores de Risco Psicológicos.....	35
1.4.1.1 Depressão	35
1.4.1.2 Qualidade de Vida	38
1.4.1.3 Estresse.....	39
1.5 O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento e os Estágios de Prontidão para Mudança ou Estágios Motivacionais para Mudança.....	44
1.6 O Conceito de Motivação	48
1.7 Angioplastia.....	51
2 OBJETIVOS.....	57
2.1 Objetivo Geral	57
2.2 Objetivos Específicos	57
3 MÉTODO	59
3.1 Delineamento do Estudo	59
3.2 Local da Coleta de Dados	59
3.3 Participantes do Estudo	59
3.4 Materiais e Instrumentos.....	60
3.4.1 Entrevista Semi Estruturada (Apêndice A).....	60
3.4.2 <i>University of Rhode Island Change Assessment (URICA)</i> - Adaptada para Comportamento de Estresse (Anexo A).....	60
3.4.3 Régua de Prontidão (Apêndice B)	61
3.4.4 Inventário Beck de Depressão (<i>Beck Depression Inventory - BDI</i>) (Anexo C)	62
3.4.5 Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo D).....	62
3.4.6 Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Anexo E).....	63
3.5 Procedimento de Coleta de Dados	63

3.6 Procedimento de Análise dos Dados.....	65
3.6.1 Descrição dos Dados.....	65
3.6.1.1 Entrevista Semi Estruturada	65
3.6.1.2 Instrumentos.....	65
3.6.2 Análise Estatística dos Dados	66
3.7 Aspectos Éticos.....	67
4 RESULTADOS	69
4.1 Caracterização da Amostra	70
4.1.1 Aspectos Sociodemográficos.....	70
4.1.2 Atribuição de Causalidade à Doença	71
4.1.3 Satisfação com Atividades de Lazer e Nível de Suporte Social	72
4.1.4 Fatores de Risco para Cardiopatias	74
4.1.4.1 Conhecimento de Fatores de Risco	74
4.1.4.2 Fatores de Risco de Mais Difícil Manejo	75
4.1.4.3 Comportamentos Associados à Vida Saudável.....	75
4.1.5 Aspectos Clínicos	76
4.1.6 Instrumentos	77
4.1.6.1 <i>University of Rhode Island Change Assessment (URICA)</i> - Adaptada para Comportamento de Estresse	77
4.1.6.2 Régua de Prontidão.....	78
4.1.6.3 Inventário Beck de Depressão (<i>Beck Depression Inventory</i> - BDI).....	80
4.1.6.4 Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL).....	82
4.1.6.5 Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36.....	83
4.2 Descrição entre as Avaliações para Comportamentos de Risco Associados à Cardiopatia	84
4.3 Descrição entre as Avaliações para Prontidão de Mudança de Comportamento.....	89
4.4 Descrição das Variáveis Psicológicas comparando-se as Avaliações Inicial (Avaliação 1) e Final (Avaliação 5)	91
4.4.1 Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse	91
4.4.2 Prontidão para Mudança de Comportamentos de Risco para Cardiopatias.....	92
4.4.3 Fatores de Risco Relatados.....	93
4.4.4 Depressão	94
4.4.5 Estresse	95

4.4.6	Percepção do Estado de Saúde	96
4.5	Análise Estatística da Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse	97
4.5.1	Comparação entre Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse e Variáveis Sociodemográficas ao longo das Cinco Avaliações	98
4.5.2	Comparação entre Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse e Variáveis Psicológicas ao longo das Cinco Avaliações.....	105
4.5.3	Comparação entre Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse e Comportamentos de Risco para Cardiopatias ao longo das Cinco Avaliações	117
4.4.4	Comparação entre as Avaliações 1 e 5 quanto ao Escore de Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse, Comportamentos de Risco Avaliados pela Régua de Prontidão, Estresse, Estado Geral de Saúde e Depressão	123
5	DISCUSSÃO	127
5.1	Dados Sociodemográficos.....	127
5.2	Fatores de Risco	130
5.3	Satisfação com Lazer e Suporte Social.....	133
5.4	Variáveis Psicológicas.....	135
5.4.1	Prontidão para Mudança	135
5.4.1.1	<i>University of Rhode Island Change Assessment (URICA)</i> - Adaptada para Comportamento de Estresse.....	136
5.4.1.2	Régua de Prontidão	140
5.4.2	Depressão.....	143
5.4.3	Estresse	146
5.4.4	Percepção do Estado de Saúde	149
6	CONCLUSÃO	151
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155
	APÊNDICES	171
	APÊNDICE A - Entrevista Semi Estruturada.....	171
	I. Identificação e Dados Sócio-Demográficos.....	171
	IV. História Médica e Quadro Clínico Atual.....	173
	V. História Familiar	174
	VI. Hábitos de Vida.....	174

VII. Antecedentes Psicológicos/Psiquiátricos	175
APÊNDICE B - Régua de Prontidão	176
APÊNDICE C - Categorização da Entrevista Semi Estruturada.....	177
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	179
ANEXOS.....	183
ANEXO A - <i>University of Rhode Island Change Assessment (URICA)</i> - Adaptada para Comportamento de Estresse.....	183
ANEXO B - <i>University of Rhode Island Change Assessment (URICA)</i> - Adaptada para Drogas Ilícitas (SZUPSZYNSKI E OLIVEIRA, 2008).....	188
ANEXO C - Cópia da capa do manual da versão em português das Escalas Beck para o Inventário Beck de Depressão (<i>Beck Depression Inventory - BDI</i>)	193
ANEXO D - Cópia da capa do manual do Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL).	194
ANEXO E - Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36.....	195
ANEXO F - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	201

1 INTRODUÇÃO

1.1 Comportamento e Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera saúde como um estado de completo bem estar físico, psicológico e social, sendo que tais fatores exercem influências mútuas entre si, daí o termo recorrentemente usado nesta área de *multideterminação* na saúde (CAPITÃO; SCORTEGAGNA; BAPTISTA, 2005; TONETTO; GOMES, 2007). Por esta razão, o processo de avaliação psicológica deve buscar identificar variáveis específicas do indivíduo, do seu ambiente e da relação entre eles, identificando assim as relações funcionais associadas aos diferentes padrões de comportamento emitidos pelo sujeito.

A área de comportamento e saúde talvez seja a que mais se desenvolveu na psicologia nos últimos 20 anos. Assim, a Psicologia da Saúde surge a partir da década de 70, com o objetivo de aplicar os princípios da ciência psicológica a problemas de saúde e doença, devendo focar aspectos de prevenção, tratamento e multidisciplinaridade. Diante deste novo quadro que se descortinava, um desafio se instalou, que era o de superação do modelo biomédico, centrado na doença, até então vigente. Tal avanço fazia-se necessário diante das inegáveis constatações de que o comportamento humano revelava-se como uma das causas de morbidade e mortalidade, com pesquisas epidemiológicas apontando cada vez mais para a importância dos hábitos de vida na determinação de doenças ou no seu prognóstico. Desta forma, o foco deveria recair para a relação existente entre o comportamento do sujeito e os fatores ambientais, orgânicos e sociais do contexto de saúde e doença (CAPITÃO; SCORTEGAGNA; BAPTISTA, 2005; GORAYEB, 2001; KERBAUY, 2002; STRAUB, 2005).

Diante de uma avaliação que aponte o melhor caminho para a intervenção do profissional psicólogo, Kerbauy (2002) elenca uma questão fundamental: quais intervenções possuem, de fato, bons resultados quando se fala em saúde? Na impossibilidade de uma resposta final para este questionamento, a autora chama a atenção para a necessidade de se atentar para todas as variáveis deste complexo contexto, com o cuidado de não se recair no modelo biomédico. Além disso, em saúde ou qualquer outra esfera da vida de um sujeito, o que se busca é, em última instância, o aumento de repertórios adequados – no caso comportamentos de adesão ao tratamento – e a eliminação, o máximo possível, de padrões

comportamentais não desejáveis – como comportamentos de esquiva de comportamentos pró saúde, que resultam em não adesão.

1.2 Doenças Crônicas

A OMS estima que 58,5% das mortes ocorridas em todo o mundo atualmente são devidas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais se destacam as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes, doenças músculo-esqueléticas, entre outras. Além disso, os dados apontam que tais doenças são responsáveis por 45,9% do custo total com as enfermidades, o que as torna um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto naqueles em desenvolvimento. No Brasil, as DCNT correspondem à maior parcela de óbitos e de despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No ano de 2003, cerca de 60% das 56 milhões de mortes ocorridas no mundo foram causadas por DCNT, sendo que destas 47% (16 milhões) se deram em função de doenças cardiovasculares. Para economias em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, estima-se, para o ano de 2020, um avanço no predomínio do acidente vascular encefálico e da doença coronariana sobre as demais causas de morte e incapacidade física (KAISER, 2004).

Nota-se, a partir da análise destes dados, uma alteração significativa no cenário da saúde brasileira, visto que, em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias eram causa de 45,6% do total de óbitos ocorridos nas capitais brasileiras, enquanto no ano de 2001 este grupo de doenças correspondeu a apenas 5,6% das mortes com causas definidas nesses mesmos locais. Esta redução da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias se deve, entre outros fatores, ao desenvolvimento de novas tecnologias – como as vacinas e antibióticos – à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e às medidas de prevenção e controle, bem como ao aumento da cobertura do saneamento básico (KAISER, 2004; SILVA JUNIOR et al., 2003).

Além disso, desde a década de 60, vem ocorrendo no Brasil importantes processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, os quais ocasionaram o aumento do número de idosos na população. Segundo dados do Ministério da Saúde, de 1980 a 2000, esta parcela cresceu 107%, enquanto a população de pessoas com até 14 anos de idade aumentou em apenas 14%. A estimativa para os próximos 20 anos é de que a população

idosa no Brasil duplique de 8% para 15% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Este novo cenário torna ainda mais relevante o estudo e investimento em políticas públicas que estejam voltadas ao controle e tratamento das DCNT, já que se sabe que a idade avançada é fator de risco importante para grande parte delas.

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares foram definidas pela OMS como uma das prioridades entre as enfermidades crônicas que necessitam de atenção dos setores de saúde em todo o mundo (TAVARES et al., 2004). Isso porque, apesar dos avanços médicos, a prevalência destas doenças tem aumentado na população mundial (DATASUS, 2006; KAISER, 2004).

1.3 Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de morte, além de morbidade e incapacidade, entre os países ocidentais desenvolvidos. No Brasil, estima-se que cerca de 300.000 pessoas sejam vítimas de doenças cardiovasculares por ano, sendo que, em 2004, a taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração foi da ordem de 47,80 por 100 mil habitantes. O conjunto destas enfermidades constitui a principal causa de gastos em assistência médica, correspondendo a mais de 30% das internações anuais do Sistema Único de Saúde (SUS) e se apresentando como a primeira causa de internação de pacientes com mais de 65 anos (DATASUS, 2006; DUARTE, 2002; KAISER, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; SCHMIDT; NOBRE; MION, 2000; WOTTRICH et al., 2011).

No que se refere ao impacto econômico dos casos de DVC grave, um estudo brasileiro conduzido por Azambuja et al. (2008) demonstrou que, no ano de 2004, o custo anual em função destas patologias foi de aproximadamente 30,8 bilhões de reais, dos quais 36,4% são para a saúde, 8,4% para o seguro social e reembolso por empregadores e 55,2% como resultado da perda de produtividade.

A doença arterial coronariana consiste, de modo geral, na progressiva obstrução das artérias que irrigam o coração, por depósitos de gordura, o que é chamado de aterosclerose ou arteriosclerose. É por meio deste processo que se originam as diferentes doenças cardíacas, como a insuficiência coronariana, em diferentes graus de isquemia, até a necrose do músculo cardíaco, podendo causar angina, infarto agudo e morte súbita (DUARTE, 2002; GIANNOTTI, 2002). A sintomatologia típica das doenças cardiovasculares é a denominada *angina pectoris*, que consiste em uma dor retroesternal, e a terapêutica médica habitual

relaciona-se tanto ao tratamento clínico quanto a métodos mais invasivos, como a cirurgia de revascularização do miocárdio e os procedimentos hemodinâmicos, como a angioplastia (GIANNOTTI, 2002). Vale ressaltar que, recentemente, a mortalidade por DCVs vem sofrendo um considerável decréscimo em função dos avanços diagnósticos e terapêuticos. No entanto, os custos associados a este fenômeno vem aumentando consideravelmente frente à elevada complexidade dos procedimentos aplicados (PICKERING, 2003; SCHMIDT; NOBRE; MION, 2000).

No que diz respeito à etiologia das doenças coronarianas, esta é complexa e multifatorial, podendo ocorrer em função de determinantes genéticos, fisiológicos, químicos, nutricionais, ambientais e psicossociais, ou como consequência de diversas doenças, tais como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes e as dislipidemias (DUARTE, 2002; KAISER, 2004; GIANNOTTI, 2002).

Quanto à epidemiologia, as patologias cardíacas tem prevalência de 50% em homens após os 40 anos e de 30% nas mulheres após a menopausa, sendo que pesquisas vem sendo desenvolvidas no sentido de indicar que esta diferença estaria relacionada aos hormônios sexuais. Desta forma, a testosterona foi relacionada com agressividade e competitividade, sendo que estes comportamentos contribuem para a evolução de uma DCV, além de aumentarem os níveis do LDL-colesterol (*Low Density Lipoproteins*), agravando ainda mais o risco de doença cardíaca em homens. O estrógeno, por sua vez, reduz o LDL-colesterol e aumenta o HDL-colesterol (*High Density Lipoproteins*), sendo que este quadro hormonal se altera quando a mulher atinge a menopausa, momento este em que se desenvolve uma deficiência de estrógeno, fazendo com que o risco de uma DCV se apresente aumentado. Ainda é válido acrescentar que esta diferença de prevalência das doenças cardiovasculares entre os gêneros está associada a diversos aspectos culturais (STRAUB, 2005).

Outro dado epidemiológico relevante refere-se ao fato de ocorrer uma maior prevalência de DCV em classes socioeconômicas mais baixas, uma vez que esta população tende a ter uma maior exposição a fatores de risco como, por exemplo, dietas com alto teor de gorduras, tabagismo e experiências estressantes diárias. Além disso, pode-se observar nesta população um acesso mais limitado aos serviços de saúde e benefícios que os mesmos podem proporcionar (KAISER, 2004; NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 1998; STRAUB, 2005).

1.4 Fatores de Risco

O termo “fator de risco” surgiu pela primeira vez quando Kannel et al.¹ (1961 apud COLOMBO; AGUILLAR, 1997) divulgaram os resultados do *Framingham Heart Study*, o qual realizou seguimento de aproximadamente 5000 indivíduos de ambos os sexos, residentes na cidade de Framingham, Massachusetts, comparando aqueles que haviam desenvolvido doença arterial coronária (DAC) com os que não tinham desenvolvido a doença. Com isso, possibilitou-se a identificação dos denominados *fatores de risco*, ou seja, aqueles aspectos posteriormente relacionados com uma maior incidência da DAC, desempenhando importante papel no desenvolvimento da mesma (COLOMBO; AGUILLAR, 1997; SCHMIDT; NOBRE; MION, 2000).

Os fatores de risco referem-se à presença de vários aspectos biológicos, sociais e comportamentais que podem, em alguns casos, contribuir para o surgimento ou mesmo para o prognóstico ou evolução negativa da doença cardíaca (GIANNOTTI, 2002; SCHMIDT; NOBRE; MION, 2000). Neste sentido, alguns estudos tem verificado que a remoção ou reversão da exposição dos pacientes aos fatores de risco ocasiona uma redução da mortalidade e/ou prevalência das patologias. Assim, a prevenção das doenças cardíacas tem como uma de suas principais vertentes a remoção ou diminuição da exposição aos fatores de risco (SCHMIDT; NOBRE; MION, 2000).

Os fatores de risco podem ser classificados em dois níveis: os tradicionais e os psicológicos. Os fatores de risco tradicionais são idade, sexo, hereditariedade, tabagismo, altos níveis de colesterol LDL, hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo, obesidade e diabete. Dentre os fatores de risco tradicionais, deve-se ressaltar que idade, sexo e hereditariedade são impassíveis de modificação pelo indivíduo, enquanto os demais são potencialmente modificáveis pelo sujeito (DUARTE, 2002; GIANNOTTI, 2002; KAISER, 2004; PICKERING, 2003; SANDMAIER, 2005; SCHMIDT; NOBRE; MION, 2000).

Os fatores de risco psicológicos são igualmente passíveis de modificação pela ação do indivíduo e podem ser classificados em três categorias: crônico, episódico e agudo. Os fatores de risco psicológicos crônicos são aqueles que promovem uma progressão da doença cardíaca, como, por exemplo, a hostilidade, que pode ser entendida como uma perspectiva negativa crônica e que se relaciona com os sentimentos (principalmente a raiva), os

¹ KANNEL, W.B. et al. Factors of risk in the development of coronary heart disease – six-year follow-up experience: the Framingham Study. *Annals of Internal Medicine*, v. 55, n. 1, p. 33-50, 1961.

pensamentos (ceticismo, desconfiança) e reações explícitas, como a agressão (STRAUB, 2005). Os episódicos são aqueles fatores de risco com duração de meses até aproximadamente dois anos, como a exaustão e a depressão; e por último, os fatores de risco psicológicos agudos constituem-se naqueles que, dentro de poucas horas, podem levar a um evento cardíaco, como raiva e esforço físico ou mental (KOP, 1999).

É importante mencionar ainda que os fatores de risco psicológicos possuem efeitos fisiológicos relevantes que propiciam o aumento do risco de fatores tradicionais. Assim, situações estressoras geram um estado de alerta, no qual são liberadas no sangue substâncias como adrenalina, além de ocorrer alterações hemodinâmicas, neuroendócrinas e imunológicas, provocando aceleração dos batimentos cardíacos, elevação da pressão arterial, entre outras reações. Além disso, o estresse crônico pode causar cansaço, irritabilidade, depressão, insônia, redução da resistência física, provocando elevação da pressão arterial, do colesterol e dos triglicérides, além de aumentar as chances de hábitos como fumar, consumir bebida alcoólica e comer em excesso, levando a um aumento progressivo da aterosclerose e, portanto, ao surgimento da doença coronária (GIANOTTI, 2002; KRANTZ; MCCENEY, 2002; ROSANSKI; BLUMENTHAL; KAPLAN, 2008).

Mesquita e Nóbrega (2005) destacam que, apesar do avanço da ciência nos últimos 20 anos ter culminado em uma superespecialização na abordagem diagnóstica e terapêutica dos pacientes, gerou também um grande número de evidências a favor de uma associação causal independente entre fatores de risco psicossociais e prognóstico de doença arterial coronária. Segundo eles:

O aumento do risco ocasionado por estes fatores psicossociais é de magnitude similar ao observado com os fatores de risco convencionais como tabagismo, dislipidemia e hipertensão, demonstrando a importância da melhor compreensão desta associação (p. 283).

Vale ressaltar que a simples adição de diferentes fatores de risco, sejam estes tradicionais ou psicológicos, como forma de estimar risco cardiovascular global de um indivíduo, não se constitui método adequado, uma vez que os fatores de risco possuem importante efeito multiplicativo, sendo que o resultado destas interações varia conforme tais combinações se apresentem mais deletérias entre si (DUARTE, 2002; KAISER, 2004; SCHMIDT; NOBRE; MION, 2000).

A alta incidência de doença arterial coronariana está relacionada, desta forma, a um *estilo de vida* que propicia o desenvolvimento dos diferentes fatores de risco. A definição de estilo de vida proposta por Lalonde² (1974 apud COLOMBO; AGUILLAR, 1997) estabelece que o conceito se refere a um conjunto de decisões individuais que afeta a saúde e sobre as quais se pode exercer algum grau de controle, sendo que as decisões e os hábitos pessoais que causam malefícios à saúde criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando estes riscos culminam em doença ou morte, diz-se que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade/disfunção (COLOMBO; AGUILLAR, 1997; KAISER, 2004).

No que se refere à atenção dada aos fatores de risco psicossociais exercendo influência sobre os fatores de risco tidos como tradicionais no desenvolvimento e prognóstico das doenças do coração, vale ressaltar as palavras de Mesquita e Nóbrega (2005):

[...] é chegada a hora do cardiologista voltar a considerar na sua prática cotidiana que processos emocionais podem participar concretamente dos complexos mecanismos envolvidos na fisiopatologia das doenças cardiovasculares (p. 284).

1.4.1 Fatores de Risco Psicológicos

1.4.1.1 Depressão

Deve-se ressaltar que transtornos do humor são bastante comuns em associação com doenças físicas de um modo geral, sendo que depressão e ansiedade são apontadas como os distúrbios psiquiátricos mais frequentes junto às diferentes morbidades, encontrando-se associadas ao desenvolvimento e prognóstico de eventos cardiovasculares (ALVES; FRÁGUAS; WAJNGARTEN, 2009; FAN et al., 2008; MANICA et al., 1999; SERRANO JÚNIOR et al., 2011). Anda et al.³ (1990, apud PEREZ, 2005) colocam que existem alguns mecanismos patofisiológicos da depressão que influenciam diretamente a evolução de uma doença arterial coronariana, além de dificultar que o paciente tenha adesão ao tratamento médico e às mudanças de estilo de vida necessárias devido à sintomatologia própria desta patologia, geralmente descrita na literatura como déficits comportamentais, afetivos ou

² LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** Ottawa, 1974.

³ ANDA, R.F. et al. Depression and the dynamics of smoking. **JAMA**, v. 264, p. 1541-1549, 1990.

cognitivos (CAVALCANTE, 1997; MANICA et al., 1999; ROSANSKI; BLUMENTHAL; KAPLAN, 1999; SERRANO JÚNIOR et al., 2011).

Amaral et al. (2005) destacam algumas características observadas em pacientes não adequadamente diagnosticados e tratados quanto à depressão e sua relação com as doenças cardiovasculares, dentre as quais: baixos resultados terapêuticos, adesão insuficiente, maior número de visitas ao clínico ou especialista (com aumento de exames e procedimentos), perda da qualidade de vida, prejuízo nas atividades profissionais e aumento da mortalidade. Alguns autores destacam que embora o tratamento da depressão tenha sido associado à melhora de alguns parâmetros cardiovasculares, ainda não há qualquer evidência de associação entre o tratamento da depressão e a melhora da morbidade e mortalidade cardiovascular (ALVES; FRÁGUAS; WAJNGARTEN, 2009; HASNAIN et al., 2011). Por outro lado, Serrano Júnior et al. (2011) enfatizam que a literatura recente da área tem mostrado que a depressão, isolada, vem se tornando um fator de risco independente para eventos cardíacos tanto na prevenção primária quanto na secundária.

Outro fator explicitado pelos autores diz respeito à dificuldade de identificação da depressão nestes pacientes, uma vez que é mais comum que eles apresentem em maior quantidade e intensidade os sintomas somáticos da depressão, como cansaço, falta de energia e lentidão motora, em detrimento dos sintomas psicológicos e cognitivos de um quadro clínico típico, como humor deprimido, falta de interesse e sentimentos de inutilidade (SERRANO JÚNIOR et al., 2011). Perez (2005) desenvolveu um estudo que buscou investigar a relação da depressão com características sociodemográficas, diagnóstico clínico, tabagismo, consumo de álcool e ansiedade em pacientes com Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis (SIMI). Observou-se que dos 345 pacientes hospitalizados estudados, houve uma predominância de homens (71%) e a frequência da depressão foi de 46,7%, sendo que as mulheres apresentaram níveis mais graves de depressão e níveis mais altos de ansiedade. Já os homens com depressão eram frequentemente mais jovens (com idade inferior a 50 anos) e fumantes. Assim, evidenciou-se a prevalência deste diagnóstico em pacientes coronarianos e a importância de se tratar, juntamente com os fatores de risco tradicionais, os fatores de risco psicológicos como a depressão, neste tipo de população.

A associação entre depressão e fatores de risco para doença cardiovascular foi recentemente demonstrada em estudo de Rice, Katzel e Waldstein (2010), em que os autores buscaram examinar relações entre sexo, sintomas depressivos e fatores de risco

cardiovascular. A média de idade dos participantes foi de 66 anos e 63% da amostra era composta por participantes do sexo masculino. Os sintomas depressivos foram mensurados pelo Inventário Beck de Depressão (BDI) e os fatores de risco considerados foram pressão sanguínea sistólica e diastólica, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal (CA), padrão alimentar, colesterol total, LDL e HDL, glicose, insulina e capacidade aeróbica máxima (VO₂ máx). Os resultados mostraram associações significantes entre presença de sintomas depressivos com altos índices de IMC, CA, insulina, colesterol LDL e baixo VO₂ max apenas em mulheres (p-valor<0,05). O estudo concluiu que, em mulheres adultas saudáveis, sintomas depressivos estão altamente associados com fatores de risco para doenças cardiovasculares, o que não foi verificado para os homens.

Baseados no fato de que depressão prediz de forma consistente a recorrência de eventos cardíacos e a mortalidade de pacientes com Síndrome Coronária Aguda (SCA), Davidson et al. (2010) realizaram uma pesquisa com 453 pacientes (idade de 25 a 93 anos; 58% homens) para determinar se humor deprimido e/ou anedonia eram preditores de recorrências médicas após um ano da SCA. Após uma semana de hospitalização, os pacientes eram diagnosticados, por meio de entrevista psiquiátrica estruturada, como possuindo humor deprimido, anedonia ou Episódio Depressivo Maior (EDM). Os Eventos Cardíacos Adversos Importantes (ECAI) considerados no estudo eram IAM, hospitalização por angina instável ou revascularização coronária de urgência/emergência. Os resultados do estudo apontam a ocorrência, após um ano da SCA, de 67 eventos (16 mortes e 51 ECAIs), sendo que 24% dos pacientes apresentaram anedonia e 17% humor deprimido. Identificou-se que a anedonia é um preditor significativo (p-valor<0,01) da combinação entre ECAI e SCA, continuando como significativo preditor de consequências (p-valor<0,05), quando se adiciona o diagnóstico de EDM ou sintoma depressivo severo. Os autores concluem que anedonia identifica riscos de ECAIs e SCA para além dos fatores de risco tradicionais estabelecidos como indicadores de prognóstico médico, incluindo EDM e sintomas depressivos severos e adicionam a necessidade de se estudar correlatos da anedonia na compreensão das relações existentes entre depressão e doenças cardíacas.

Wouts et al. (2008) afirmam, a partir de estudo com população de idosos, que a preexistência de uma doença cardíaca promove a associação entre sintomas depressivos e ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), sendo que em pacientes cardíacos a linha de base de sintomas depressivos, bem como a severidade e cronicidade dos sintomas durante o

seguimento, encontram-se associados com a ocorrência de AVC. A relação entre sintomas depressivos e DCV também fica bastante evidente em um estudo conduzido por Salaycik et al. (2007), no qual se mediu a associação entre depressão e risco de infarto agudo do miocárdio (IAM). O trabalho foi conduzido com 4120 participantes do *Framingham Heart Study*, entre 29 e 100 anos de idade, com oito anos de acompanhamento. Os resultados mostraram que, em indivíduos com menos de 65 anos, o risco de se desenvolver um IAM ou ataque isquêmico transitório (AIT) é 4,21 vezes maior ($p \leq 0,001$) naquelas pessoas com sintomas depressivos. Já em sujeitos com 65 anos ou mais, não se identificou relação entre depressão e aumento no risco de ocorrência de IAM/AIT. Além disso, observou-se que a administração de medicamentos antidepressivos não estava associada à diminuição do risco de eventos cardíacos na população identificada como deprimida.

1.4.1.2 Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida vem sendo utilizado em larga escala como medida de avaliação de resultados de tratamento em medicina, sendo, portanto, de grande utilidade na avaliação de pacientes portadores de DCVs. A OMS definiu saúde, em 1946, como um completo estado de bem estar físico, mental e social, não sendo considerada como saúde, portanto, a mera ausência de doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Apesar disso, tanto as políticas de saúde como a própria formação de profissionais tem priorizado o controle da morbidade e mortalidade, bem como a frequência e a severidade das doenças, sendo que apenas recentemente vem ocorrendo um esforço para se levar em consideração aspectos como impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção da saúde e de disfunção/*status* funcional (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Este interesse aumentado nas questões relacionadas à qualidade de vida deve-se, principalmente, pela mudança no perfil de morbi-mortalidade instalado a partir de avanços médicos e tecnológicos, os quais propiciaram a prevenção e o diagnóstico precoce de muitas doenças, além de possibilitar um tratamento mais efetivo de patologias que cursam com sobrevida pequena, levando a um tempo de vida maior. Com isso, constata-se um envelhecimento populacional, com predomínio de doenças crônicas que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde, aumentando seus custos. Desta forma, os objetivos da saúde vem sofrendo igual modificação, deixando de colocar seu foco sobre a cura para priorizar a melhoria de vida dos pacientes (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Em estudo conduzido por Leon et al. (2009), os autores buscaram verificar a relação entre sintomas depressivos e suporte social, nos subdomínios de qualidade de vida “satisfação” e “limitações do funcionamento físico”, em pacientes com insuficiência cardíaca, encontrando como resultados que sintomas depressivos e suporte social encontravam-se associados mais à satisfação geral com a qualidade de vida do que com as limitações físicas impostas pela doença cardíaca. Já Arnold et al. (2009) tinham por objetivo medir o impacto da dispnéia na qualidade de vida de pacientes com doença arterial coronariana, encontrando forte associação entre altos escores de dispnéia e baixos índices de qualidade de vida.

Outro estudo que buscou demonstrar a associação entre sintomas físicos de cardiopatias e deterioração na qualidade de vida dos pacientes foi o de Spiraki et al. (2008), que avaliava a qualidade de vida de pacientes com doença coronariana e insuficiência cardíaca. Os resultados apontaram para uma significativa piora nos índices de qualidade de vida em pacientes cardiopatas. Van Eck et al. (2008) conduziram uma pesquisa em que compararam a qualidade de vida relatada por pacientes com indicação de uso de marcapasso, como terapia para cardiopatia crônica, em relação a pessoas da população geral e pacientes com outras condições de saúde. Os resultados apontaram, para pacientes que receberiam marcapasso, índices de qualidade de vida substancial e significativamente inferiores em todas as subescalas do instrumento utilizado (SF-36), exceto “dor” e “percepção geral de saúde” (p-valor<0,001).

Segundo Lipp (2002), para se obter uma boa qualidade de vida é necessário que o sujeito alcance um sucesso relativo em pelo menos quatro áreas de sua vida: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. De acordo com esta autora, o viver bem refere-se a ter uma vida bem equilibrada em todas estas áreas, sendo que uma das maneiras de se alcançar isto é através do controle do estresse emocional, o qual constitui outro importante fator de risco psicossocial para DCVs.

1.4.1.3 Estresse

A percepção de que o estresse encontra-se associado a problemas cardíacos é bastante antiga, não sendo por coincidência que o coração é considerado, pela população geral, a “sede das emoções”. O impacto de emoções negativas desencadeando eventos coronarianos agudos vem sendo constantemente estudado, sendo um exemplo disso a

aparente associação do estresse com um novo tipo de cardiopatia, que vem sendo chamada no Brasil de “síndrome do coração partido”, inicialmente descrita por orientais e denominada, do japonês, *Takitsubo* (MESQUITA; NÓBREGA, 2005). Pacientes com este tipo de miocardiopatia apresentam níveis elevados de catecolaminas, sugerindo que a base da síndrome esteja associada a uma “[...] estimulação simpática exagerada em resposta ao estresse [...]” (MESQUITA; NÓBREGA, 2005, p. 284). Assim, o estresse é visto como um possível elemento “[...] modificador da atividade neuroendócrina simpática e das respostas cardiovasculares a estímulos.” (ROSANSKI; BLUMENTHAL; KAPLAN, 1999; WOTTRICH et al., 2011, p. 28).

Apesar de não haver dúvidas sobre o importante papel que o estresse desempenha como disparador de eventos cardiovasculares, esta relação causal ainda não se encontra clara na literatura acerca do tema. Ainda assim, há extensa evidência do papel deletério exercido pelos eventos estressores sobre o coração, bem como o fato da vulnerabilidade e resiliência funcionarem como importantes peças na amplificação ou amortecimento de tais prejuízos. Além disso, diversos estudos colocam o manejo do estresse como aspecto importante na diminuição do sofrimento dos pacientes e no incremento da qualidade de vida dos mesmos (DIMSDALE, 2008). De acordo com o autor:

Estes efeitos do estresse, como outras configurações de risco cardíaco, são potencialmente modificáveis, se não por cardiologistas, então por seus colegas que podem ajudar os pacientes a modificarem seus comportamentos e crenças (p. 1245).

O conceito de estresse foi primeiramente apresentado por Selye, em 1936, cujos estudos experimentais com animais expostos a agressões como frio, fome e dor levaram a um conjunto de respostas denominado pelo pesquisador de *síndrome geral de adaptação*. Esta, por sua vez, apresentava três fases sucessivas, de acordo com o tipo de resposta apresentada pelo organismo aos estressores ambientais, sendo elas: fase de alarme ou alerta, fase de resistência e fase de esgotamento ou exaustão. No entanto, é importante ressaltar que Selye se referia ao estresse físico, sendo que o estresse psicológico passou a ser estudado posteriormente, pela equipe deste mesmo estudioso (CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003; DAVIDOFF, 2001; DUARTE, 2002).

O estresse pode ser definido como uma reação do organismo, com componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais, que ocorre frente à necessidade de adaptação a

um evento ou situação importante, os quais podem ser positivos ou negativos e, geralmente, envolvem situações de mudança (LIPP, 2002; WOTTRICH et al., 2011). Deve-se apontar que qualquer mudança na vida de uma pessoa gera algum nível de estresse, sendo que cada um possui um determinado nível de tolerância a situações estressantes (DIMSDALE, 2008; GIMENES, 1997; SAVOIA, 1999, 2000). Assim, os efeitos do estresse sobre o desempenho do indivíduo podem ser tanto positivos – desempenho aumenta em relação direta com o aumento do estresse – quanto podem ameaçar a capacidade de resposta do sujeito frente ao seu ambiente. No primeiro caso, temos o *eutress* e no segundo, o *distress* (DIMSDALE, 2008; SAVOIA, 1999, 2000). O termo “estressor” define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao estresse, configurando situações ambientais diversas, as quais podem variar entre acontecimentos vitais (*life events*) – que podem ou não depender da vontade do indivíduo – acontecimentos diários menores e situações de tensão crônica (DIMSDALE, 2008; MARGIS et al., 2003; SAVOIA, 1999, 2000).

Quanto às fases anteriormente citadas, a *fase de alarme ou alerta* caracteriza-se por reações do sistema nervoso simpático, ocorrendo quando o organismo percebe o evento estressor e, automaticamente, se prepara para a ação; a *fase de resistência* acontece quando este estressor permanece por períodos prolongados, se é de grande dimensão, ou ainda, se outros eventos estressores se acumulam, sendo que nesta fase o organismo age para impedir o desgaste total de energia, resistindo aos estressores e tentando restabelecer a homeostase quebrada na fase de alerta; já a *fase de esgotamento ou exaustão* é considerada patológica, quando o estresse ultrapassou a possibilidade do indivíduo conviver com ele e está associado a diversos problemas de saúde, bem como depressão, dificuldade de se concentrar e trabalhar (CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003; LIPP, 2002). Lipp (2002) considera ainda uma quarta fase, denominada *fase de quase exaustão*, a qual ocorreria entre as fases de resistência e exaustão. Esta é colocada pela autora como uma “gangorra emocional”, em que a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional inicia sua desestabilização, ocorrendo uma alternância entre momentos de funcionamento normal e de total desconforto. Os níveis de ansiedade encontram-se exacerbados nesta fase e doenças começam a surgir, atingindo aqueles órgãos com maior vulnerabilidade genética ou adquirida (LIPP, 2002; WOTTRICH et al., 2011).

Já a distinção entre eventos agudos e crônicos é difícil de ser estabelecida, sendo, na maior parte das vezes, efetuada de forma arbitrária no estabelecimento dos objetivos e

metodologia dos diversos estudos existentes sobre o tema. Assim, um evento considerado agudo pode reverberar por anos na vida de uma pessoa, sendo por isso que tal classificação fica subordinada à avaliação que o sujeito faz de sua experiência, ou seja, passa pelo escopo da subjetividade. Por esta razão, fica cada vez mais premente o papel desempenhado pelas estratégias de enfrentamento na determinação do impacto de um estressor. De qualquer forma, eventos comumente considerados agudos referem-se a desastres naturais, como terremotos, morte repentina de um membro da família ou uma promoção no emprego, por exemplo, enquanto eventos tidos como estressores crônicos geralmente remetem a estresse no trabalho, problemas conjugais, pobreza, entre outros (DIMSDALE, 2008).

A relação entre estresse crônico e DCVs tem sido extensivamente comprovada por meio de estudos empíricos. Recentemente, uma pesquisa realizada na Finlândia por Puustinen et al. (2010) buscou examinar as diferenças de gênero em associação com estresse psicológico e escores de risco para doença cardiovascular (DCV). Dois modelos foram usados para identificar risco cardiovascular: o *European SCORE Model* e o modelo de avaliação de *Framingham*. Já o estresse foi medido pelo *12-item General Health Questionnaire (GHQ-12)*, o qual poderia variar entre três grupos de escores: 0, 1-2 e 3-12 pontos, dentre os quais os sujeitos foram distribuídos de acordo com a pontuação obtida. A amostra era composta por 899 participantes de meia idade (399 homens e 500 mulheres). Os resultados mostraram que homens no grupo mais elevado do GHQ tinham escore significativamente mais alto no *European SCORE Model* para risco cardiovascular, quando comparados com aqueles no grupo de menor nível (p -valor $<0,003$), sendo que os resultados foram similares para o modelo *Framingham* de predição de risco (p -valor $<0,008$). Todavia, não foram observadas diferenças significantes nos resultados referentes às mulheres. O estudo conclui enfatizando a importância de se identificar homens com estresse psicológico na avaliação de risco cardiovascular.

Outra pesquisa que procurou avaliar a relação entre estresse psicológico e eventos cardiovasculares foi a de Hamer, Molloy e Stamatakis (2008), cujo objetivo principal foi verificar a extensão com que fatores de risco comportamentais e patofisiológicos contribuem para a associação entre estresse psicológico e eventos cardiovasculares. Os autores afirmam que os processos intermediários, por meio dos quais o estresse psicológico aumenta o risco de doenças cardiovasculares, ainda não é totalmente compreendido e ressaltam o fato de que tal entendimento é importante para o tratamento do estresse na

tentativa de reduzir o risco cardiovascular. O estudo contou com 6.576 participantes saudáveis de ambos os sexos, com média de idade de 50,9 anos. O estresse psicológico foi mensurado pelo GHQ-12, os aspectos comportamentais considerados foram “fumar”, “consumir bebida alcoólica” e “praticar atividade física” e os patofisiológicos “proteína reativa C”, “fibrinogênio”, “colesterol total”, “LDL”, “HDL”, “obesidade” e “hipertensão”. Os eventos cardiovasculares mais comuns eram hospitalização por IAM não fatal, marcapasso, angioplastia, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. Os resultados mostraram que fumar, consumir bebida alcoólica, atividade física, proteína reativa C e hipertensão estavam independentemente associados com estresse psicológico. Houve 223 eventos cardíacos, 63 deles fatais, nos 7,2 anos de seguimento do estudo. A pesquisa concluiu que a associação entre estresse psicológico e risco cardiovascular é em grande parte explicada por processos comportamentais. Portanto, o tratamento do estresse que objetiva a redução do risco cardiovascular deveria, primeiramente, colocar seu foco na mudança de comportamentos relacionados à saúde.

Lipp, Frare e Santos (2007) conduziram um estudo cujo objetivo era avaliar como a reatividade cardiovascular era afetada por fatores psicológicos em momentos de estresse. Para isso, os autores avaliaram 80 hipertensos que responderam a um inventário que media presença de sintomas de estresse (Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp) e a outros dois que visavam medir expressão de emoções e comportamento assertivo (Escala de Alexitimia⁴ de Toronto e Questionário de Assertividade). Além disso, os sujeitos passavam por uma sessão experimental envolvendo interações sociais consideradas estressantes. Tanto pressão arterial (PA) quanto frequência cardíaca eram medidas de forma contínua pelo monitor de pressão arterial *Finapress* e os participantes da pesquisa eram instruídos a ora controlar, ora expressar suas emoções. Os resultados mostraram uma correlação significativa entre nível de alexitimia e de inassertividade e reatividade da PA, sendo que quando solicitados a expressar emoções, a PA diastólica de alexitímicos e inassertivos sofria aumentos significativos (p-valor=0,021), enquanto a PA sistólica de pessoas assertivas e não alexitímicas sofria aumentos significativos quando orientadas a inibirem suas emoções (p-valor=0,041).

⁴ Etimologicamente significa “sem palavras para as emoções”. Corresponde a um déficit na capacidade de usar processos cognitivos para regular as próprias emoções, englobando, principalmente, três aspectos: dificuldade em identificar os próprios sentimentos; dificuldade em descrevê-los para outras pessoas; e presença de um estilo cognitivo orientado para o exterior ou “não psicológico” (ALMEIDA; MACHADO, 2004, p. 288).

Já Vitaliano et al. (2002), avaliou se havia relação entre estresse crônico, síndrome metabólica e doença coronariana, comparando idosos do sexo masculino e feminino, estas últimas com e sem terapia de reposição hormonal (TRH). Estudou-se a relação entre DCV e estresse crônico (homens cuidando de esposas com Doença de Alzheimer), vulnerabilidade (raiva e hostilidade), suporte social, estresse psicológico (sobrecarga, problemas no sono e baixa religiosidade), hábitos pobres de saúde (alimentação hipercalórica e sedentarismo) e síndrome metabólica (pressão arterial, obesidade, níveis de insulina, glicose e lipídeos alterados). Os resultados mostram associação entre estresse crônico e psicológico com síndrome metabólica, o que funciona como preditor de doença cardiovascular, dentro de 27 a 30 meses. Mulheres demonstraram uma relação menos consistente, mas estresse psicológico, síndrome metabólica e doença coronariana estavam associados em mulheres que não faziam uso de TRH. Já nas mulheres que faziam uso deste tratamento, não foram observados quaisquer achados psicofisiológicos significativos.

1.5 O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento e os Estágios de Prontidão para Mudança ou Estágios Motivacionais para Mudança

A recuperação de pacientes com DCV, geralmente, acontece dentro de alguns meses. No entanto, estes são pacientes com alto risco de ter um novo evento cardíaco, caso não alterem alguns aspectos de seu estilo de vida. Assim, para que o paciente consiga parar de fumar, diminuir o LDL-colesterol, perder peso, fazer exercícios e manter a pressão arterial dentro do limite saudável, será preciso que ele modifique alguns comportamentos habituais, além de ser necessário o desenvolvimento de novas maneiras de lidar com os fatores de risco psicológicos, os quais influenciam a evolução do seu quadro de DCV (DAVIDSON et al., 2010; LEON et al., 2009; PUUSTINEN et al., 2010; RICE; KATZEL; STRAUB, 2005; WALDSTEIN, 2010). Assim, pode-se afirmar que as doenças cardiovasculares enquadram-se dentro das chamadas “enfermidades aprendidas”, sendo causadas comportamentalmente e estando estreitamente relacionadas aos estilos de vida adotados pelo indivíduo (DUARTE, 2002).

Neste sentido, quando se fala de mudança comportamental, vale ressaltar que cada sujeito passa por estágios de mudança que vão determinar o sucesso de possíveis intervenções, no sentido de alterar comportamentos tidos como inadequados. Assim, o grupo de pesquisa do *Cancer Prevention Research Center* da *University of Rhode Island* (EUA) tem se dedicado a pesquisar se existem princípios básicos e comuns que podem revelar a

estrutura da mudança de comportamento ocorrida com e sem psicoterapia (ORSI; OLIVEIRA, 2006; PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992).

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) foi construído por James Prochaska em 1979 a partir da análise comparativa de mais de 29 teorias e modelos dos 18 maiores sistemas de psicoterapia, buscando identificar os processos de mudança comuns a todos eles. Este modelo tinha como pressuposto o fato de que auto mudanças bem sucedidas dependem de fazer coisas certas (processos) no momento certo (estágios). Em outras palavras, este modelo baseia-se na premissa de que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas possuem diversos níveis de motivação/prontidão para mudar (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; OLIVEIRA et al., 2003; ORSI; OLIVEIRA, 2006; PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992; SOUZA, 2009; SZUPSZYNSKI, 2006).

O MTT está focado na mudança intencional, referindo-se à tomada de decisão do indivíduo, e não nas influências sociais ou biológicas sobre o comportamento, como priorizam outras abordagens. Desta forma, a mudança de comportamento tende a se mover ao longo de uma série de estágios, independentemente da pessoa estar ou não inserida em um plano de tratamento. Os estágios de motivação para a mudança representam a dimensão temporal do modelo transteórico e indicam quando mudanças particulares nas atitudes, intenções e comportamentos tendem a acontecer, possibilitando que o acesso ao estágio de prontidão para mudança no qual o cliente se encontra permita uma adequação das intervenções terapêuticas direcionadas a este indivíduo em particular (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; ORSI; OLIVEIRA, 2006; PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992; SOUZA, 2009).

Inicialmente, em uma pesquisa com tabagistas, Prochaska e DiClemente idealizaram quatro estágios: pré contemplação, contemplação, ação e manutenção. Posteriormente, notou-se que entre o estágio da contemplação e o da ação, havia uma fase de planejamento da ação, sendo que este período passou a ser denominado determinação ou preparação (ORSI; OLIVEIRA, 2006; PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992; SOUZA, 2009; SZUPSZYNSKI, 2006).

No estágio de *pré contemplação*, os indivíduos não apresentam uma intenção de mudança ou uma crítica acerca do conflito envolvendo o comportamento problema, tendendo a perceber mais as consequências positivas de seu comportamento e acreditando que este está sob controle. No estágio de *contemplação* configura-se a conscientização da

existência de um problema, embora haja uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança. Aqui, os indivíduos passam a avaliar as implicações de seu comportamento para si e para terceiros, além de refletirem sobre as vantagens e desvantagens de mudar. No estágio de *determinação* ou *preparação*, predomina uma combinação entre a conduta orientada na direção da intenção de mudar e a conscientização do comportamento problema, podendo incluir a busca de ajuda (psicoterapeuta, clínico, conselheiro) e o envolvimento em atividades saudáveis. Já no estágio de *ação*, o indivíduo escolhe uma estratégia para a realização da mudança almejada e toma uma atitude neste sentido, ou seja, é a modificação do comportamento alvo, através de esforços para mudança, em que os pacientes praticam o que foi planejado no estágio anterior. Por último, o estágio de *manutenção* caracteriza-se pela estabilização do comportamento em foco, evitando-se a recaída. Este período é de consolidação dos ganhos obtidos durante o estágio de ação, constituindo-se um desafio real em todos os comportamentos de risco (LIRA et al., 2006; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; OLIVEIRA et al., 2003; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; SOUZA, 2009; SZUPSZYNSKI, 2006).

De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), os indivíduos não caminham ao longo destes estágios de forma linear-causal, ou, em outras palavras, não há uma causa, um efeito e uma conseqüente alteração no comportamento indesejado. Assim, estes autores propõem que as mudanças de estágios são melhor representadas por uma espiral, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem que haja uma ordenação lógica para isso.

Embora os estudos sobre estágios motivacionais para mudança comportamental estivessem orientados, em sua origem, para comportamentos de adição, é importante mencionar que o MTT pode ser utilizado para modificação de qualquer comportamento problema. Neste sentido, as doenças cardiovasculares, em cuja etiologia estão envolvidos diversos comportamentos de risco, podem beneficiar-se grandemente do modelo acima descrito.

Em 2002, a *Society of Behavioral Medicine* formou um grupo de estudos com interesse especial no desenvolvimento de uma linha de pesquisa denominada *Multiple Health Behavior Change (MHBC)*, que opera tanto na promoção de saúde quanto no manejo de doenças. Trata-se de um grupo multidisciplinar de pesquisadores que foca seus estudos e intervenções na relação entre comportamentos promotores de saúde e intervenções

designadas a promover mudança em mais de um comportamento por vez. Estes teóricos hipotetizam que a abordagem de múltiplos comportamentos aumenta o senso de autoeficácia, na medida em que a mudança de um ou mais comportamentos de risco aumenta a motivação do indivíduo para agir sobre outras atitudes inadequadas (PROCHASKA; SPRING; NIGG, 2008). No entanto, estes autores apontam para a necessidade de estudos mais sistemáticos para avaliar a efetividade de intervenções em múltiplos fatores ou comportamentos de risco individuais, já que os achados sobre esta problemática tem se mostrado inconsistentes.

Em um estudo de revisão, Lira et al. (2006) ressaltam a importância de se identificar o risco absoluto de desenvolvimento de doenças cardiovasculares para, então, avaliar-se o estágio de prontidão para mudança dos indivíduos, com o objetivo de auxiliar na adoção de intervenções eficazes que visem a modificação de fatores de risco como tabagismo, dieta inadequada e ausência de prática de exercícios físicos.

Diversos estudos tem se utilizado do MTT, tanto para caracterização de amostras populacionais quanto no auxílio para escolha de intervenções mais adequadas. Paradis et al. (2010) realizaram um estudo piloto com pacientes portadores de insuficiência cardíaca (IC), nos quais ocorrem frequentes descompensações de seu estado de saúde. Para os autores, as medicações e as mudanças comportamentais exercem importante papel na manutenção da estabilidade fisiológica, mas a adesão do paciente nas recomendações de autocuidados não ocorre de forma otimizada. A Intervenção Motivacional (IM) tem como objetivos fortalecer a convicção e a confiança dos pacientes, tendo sido utilizada na melhora dos autocuidados e, somado a isso, o Modelo Transteórico (MT) tem se mostrado eficaz. A combinação da IM com a MT (IMMT) descortina possibilidades de melhoras nos autocuidados dos pacientes, sendo que esta pesquisa teve como objetivo avaliar os efeitos preliminares da intervenção IMMT nos comportamentos de autocuidados de pacientes com IC. Participaram do estudo 30 pacientes, sendo separados em grupos experimental (n=15) e controle (n=15). Resultados significantes (p -valor=0,005) foram obtidos no que tange a diferenças de emissão de comportamentos de autocuidados relacionados à IC, entre os dois grupos. O estudo sugere que a intervenção IMMT é útil no aumento da confiança dos pacientes em seus autocuidados em relação à IC e tem potencial para aumentá-los.

No estudo de McKee et al. (2007), resultados positivos foram encontrados na promoção de mudanças de comportamentos relacionados à dieta, exercícios físicos e

estresse, em pacientes cardíacos em processo de reabilitação. Chang et al. (2003) estudaram mudança de comportamentos associada ao controle da pressão sanguínea em adultos de população rural e urbana de Taiwan, avaliando a relação entre estágios e processos de mudança e fatores sócio demográficos em seis comportamentos: alimentação saudável, alcoolismo, tabagismo, atividade física, controle de peso e rotina de aferição da pressão arterial, enfatizando a importância de aspectos sócio culturais na prontidão para mudança comportamental. Já Sneed e Paul (2003) estudaram, em 250 pacientes cardiopatas hospitalizados, o estágio de prontidão para mudança em seis comportamentos: consumo de sódio, excesso de ingestão de fluídos, uso abusivo de álcool, fumar, praticar atividade física regular e perder de peso. Os autores alertam que o acesso ao estágio de mudança de pacientes cardiopatas pode se mostrar infrutífero, provavelmente devido ao grande número e complexidade das mudanças exigidas. Em pesquisa conduzida por Bolman e Vries (1998), determinantes psicossociais e estágios de motivação no comportamento de fumar foram analisados em 532 pacientes cardíacos hospitalizados, identificando a importância de se avaliar a fase de prontidão para mudança a fim de eleger intervenções eficazes.

1.6 O Conceito de Motivação

No senso comum, é bastante frequente a divisão dos problemas ditos “psicológicos” entre aqueles associados à aprendizagem – o “saber” – e aqueles relacionados à motivação – o “querer” (MARTIN; PEAR, 2009; MIGUEL, 2000). A visão tradicional da psicologia descreve a motivação como um estado interno, que pode resultar de alguma necessidade do organismo, que funcionaria como ativadora de comportamentos, geralmente dirigidos para a satisfação de tais necessidades (DAVIDOFF, 2001). Em outras palavras, a motivação estaria relacionada ao “[...] estudo de tendências, necessidades e desejos internos que causam nossas ações.” (MARTIN; PEAR, 2009, p. 278).

Para o Modelo Transteórico de Mudança (MTT), por sua vez, a mudança comportamental do cliente é explicada através do percurso deste ao longo de diversas fases – pré contemplação, contemplação, ação, preparação e manutenção – sendo que o indivíduo avalia os prós e contras relacionados à mudança, bem como sua autoeficácia ou confiança nas habilidades que possui para alcançá-la. Apesar de não constituir em si um modelo teórico sobre motivação, refere-se a uma forma bastante frequente e popular de abordá-la, fornecendo grandes contribuições para a mudança de atitude dos profissionais de

saúde em relação aos pacientes e seus processos de mudança comportamental diante dos mais diversos problemas (PARGA et al., 2010).

Para Miller e Rollnick (2001), autores da chamada Entrevista Motivacional (EM), que se refere a uma intervenção psicossocial breve originada para motivar a mudança do comportamento de pacientes em relação ao consumo de álcool e que, em princípio, é consistente com o MTT, a motivação seria descrita como um estado interno de disposição para mudança, podendo também sofrer a influência de fatores externos (OLIVEIRA, 2007; PARGA et al., 2010). Nas palavras dos autores:

Sugerimos, então, que a motivação não deva ser pensada como um problema de personalidade, nem como um traço que a pessoa carrega consigo quando procura o terapeuta. Pelo contrário, a motivação é um *estado* de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para a outra. Esse também é um estado que pode ser influenciado (MILLER, ROLLNICK, 2001, p. 30, grifo do autor).

Dentro do programa de motivação proposto na EM, a motivação pode ser vista como probabilidade de ocorrência de certos comportamentos, sendo função do terapeuta fazer com que o paciente siga o curso de ação recomendado para se obter a mudança almejada ou, dito de outro modo, o papel do terapeuta seria o de motivar o seu cliente, aumentando as chances de emissão dos comportamentos direcionados à mudança (MILLER, ROLLNICK, 2001; OLIVEIRA, 2007). Além disso, a EM corrobora e utiliza a descrição dos estágios de mudanças propostas por Prochaska e DiClemente (1982), sendo que a ideia de motivação envolveria “[...] um estado de prontidão e que passará por um processo de mudança em diferentes estágios, que recebem influência de aspectos externos.” (OLIVEIRA, 2007, p. 50). Portanto, no MTT e na EM, a motivação deve ser tomada como probabilidade de ocorrência de certos comportamentos e não como traço de personalidade ou estado interno geral inerente ao indivíduo, embora os autores enfatizem ambos os *status* causais: externos e internos (OLIVEIRA, 2007).

Como pode ser observado nas descrições acima, a motivação tem sido considerada como um fator determinante da ação humana, sendo tradicionalmente entendida como algo situado dentro da pessoa e com um *status* causal sobre a conduta manifesta de mudança, ou, em outras palavras, na abordagem tradicional da motivação, a ênfase tem sido dada ao papel dos processos internos (CUNHA, 1995; MARTIN; PEAR, 2009; OLIVEIRA, 2007; PARGA et al., 2001). Como já mencionado, existe uma diferença entre uma pessoa “saber” como

emitir um comportamento e “querer” emití-lo, sendo que para os analistas do comportamento, problemas de motivação vem sendo explicados a partir do conceito de reforçamento (MARTIN; PEAR, 2009; MIGUEL, 2000). De acordo com Miguel (2000):

O problema do “querer” (não querer fazer algo) muitas vezes tem suas raízes na falta de reforçamento disponível para que o comportamento ocorra. Entretanto, o conceito de reforçamento não dá conta de explicar todos os problemas relacionados à motivação. Muitas vezes o problema não está na falta de consequências para o comportamento, mas na ineficácia de tais consequências (p. 259)

Tendo-se em vista a ineficiência da teoria do reforçamento para explicar o conceito de motivação, Keller e Schoenfeld (1973) propuseram outras variáveis controladoras do comportamento além dos eventos ambientais que funcionam como reforçadores, introduzindo assim o termo operação estabelecadora, especificando o fato de se poderem executar certas operações sobre o organismo que se comporta, ou seja, buscava-se deixar de lado as referências aos estados mentais internos e inferidos, tratando-se de focalizar apenas as operações ambientais (CUNHA, 1995; MARTIN; PEAR, 2009; PARGA et al., 2010). O conceito, que pretende dar conta das variáveis ditas motivacionais, foi posteriormente revisitado por Michael (1982⁵, 1983⁶ apud CUNHA, 1995; MIGUEL, 2000; OLIVEIRA, 2007; PARGA et al., 2010) e definido como eventos ou operações que podem estar afetando diretamente o comportamento de duas maneiras: (1) alterando temporariamente a efetividade reforçadora de algum objeto, evento ou estímulo e (2) alterando momentaneamente a frequência dos comportamentos que tem sido reforçados por aquele objeto, evento ou estímulo, nomeando-se o primeiro efeito de “efeito estabelecador do reforço” e o segundo de “efeito evocativo” (CUNHA, 1995; MARTIN; PEAR, 2009; MIGUEL, 2000; OLIVEIRA, 2007; PARGA et al., 2010). Em linhas gerais, “[...] a operação estabelecadora modifica a função do estímulo reforçador e altera a frequência do comportamento reforçado pelo estímulo que teve seu valor alterado.” (OLIVEIRA, 2007, p. 71), sendo que o principal motivo da excelente acolhida da proposta de Michael pelos analistas do comportamento se refere à abertura da possibilidade de se estudar a motivação sem que seja necessário recorrer a constructos cognitivos (PARGA et al., 2010).

⁵ MICHAEL, J. Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, v. 37, p. 149-55, 1982.

⁶ MICHAEL, J. Establishing operations. **The Behavior Analyst**, v. 16, n. 2, p. 191-206, 1993.

Visto de um ponto de vista mais pragmático, a relevância do tratamento da motivação em termos de operações estabelecedoras refere-se à possibilidade de intervenção, já que as explicações causais são retiradas de estruturas internas/mentais e atribuídas a eventos ambientais. Nas palavras de Cunha e Isidoro-Marinho⁷ (2005 apud OLIVEIRA, 2007):

A implicação e relevância em se falar de motivação em termos de operações estabelecedoras é exatamente a possibilidade de intervenção. A partir do momento que se identifica quais as variáveis ambientais envolvidas na predisposição para uma ação pode-se executar operações distintas sobre o organismo a fim de promover uma mudança na frequência de seu comportamento. (p. 72)

1.7 Angioplastia

No que se refere à Cardiologia, pode-se identificar inúmeros avanços tecnológicos recentes, os quais enriqueceram a especialidade e a tornaram uma área de grande vulto na Medicina. Dentre estes avanços, pode-se citar o procedimento da Angioplastia Transluminal Coronária (ATC), que se configura como um procedimento hemodinâmico de risco relativamente baixo, pouco invasivo e com possibilidade de repetição, sendo por estes motivos foco de grande atenção para o tratamento de pacientes com doença arterial oclusiva periférica (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA, 1995; PEREIRA; GRUDTNER, 2005; SOUZA; FERES, 1988).

A Hemodinâmica ou Cardiologia Intervencionista contempla um conjunto de procedimentos médicos invasivos para o diagnóstico e tratamento de cardiopatias, que possibilita o tratamento de isquemias coronárias pela desobstrução mecânica de vasos – angioplastia – e a introdução de aparatos que impeçam reestenoses – *Stents*. O procedimento da ATC foi praticado pela primeira vez por Andreas Grüntzig, em 1977, tendo evolução rápida após sua descrição, o que é atribuído à sua simplicidade e aos bons resultados encontrados, sendo introduzida no Brasil em fins de 1979. Esta técnica ganhou ampla aceitação em todo o mundo, especialmente no Ocidente, onde são executados cerca de 400.000 procedimentos ao ano, representando de 40% a 50% do total dos procedimentos de revascularização miocárdica. No Brasil, o procedimento foi realizado em cerca de 16.500

⁷ CUNHA, R.N.; ISIDORO-MARINHO, G. Operações estabelecedoras: um conceito de motivação. Em: ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M.R. **Análise do comportamento**: pesquisa, teoria e aplicação. São Paulo: Artmed.

casos, nos anos de 1992 e 1993, conforme o registro nacional brasileiro do Centro Nacional de Investigações Cardiovasculares (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA, 1995; PEREIRA; GRUDTNER, 2005; SOUZA; FERES, 1988).

A angioplastia é uma cirurgia realizada com o intuito de desobstruir uma artéria do paciente, sendo que esta técnica hemodinâmica utiliza um minúsculo balão na ponta de um catéter, que é insuflado dentro da artéria, a qual encontra-se obstruída com placas de gordura e sangue, além de uma mini tela de aço flexível (*stent*) que, depois de aberta, facilita o fluxo sanguíneo (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA, 1995; PEREIRA; GRUDTNER, 2005; SANDMAIER, 2005; SOUZA; FERES, 1988). A visualização de uma artéria obstruída (A) e sua aparência após a realização do procedimento descrito (B) podem ser observadas nas figuras abaixo:

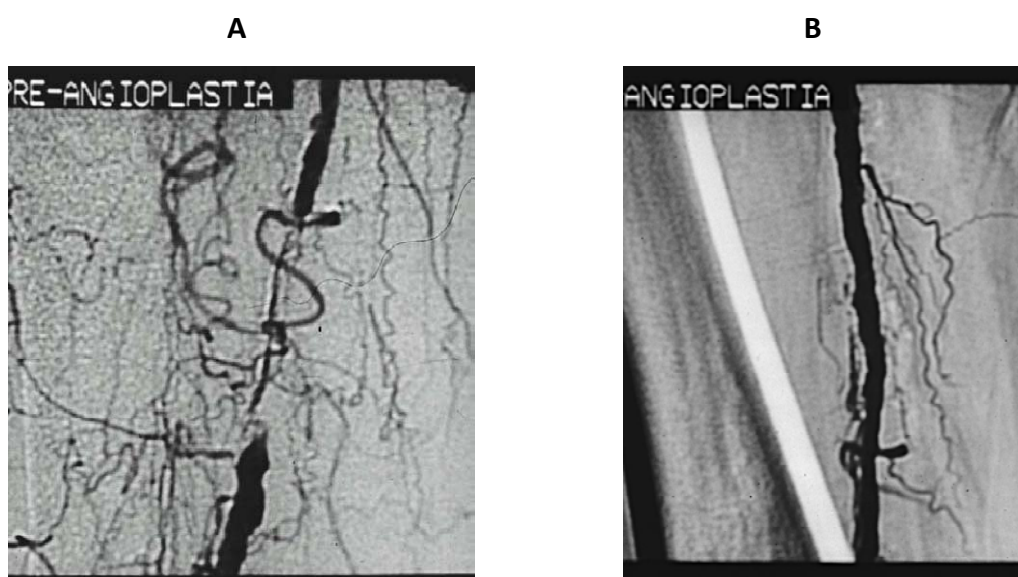


Figura 1 - Oclusão segmentar da femoral superficial em paciente com isquemia crítica (A) e resultado após angioplastia com balão de 6 mm (B) (PEREIRA; GRUDTNER, 2005)

O sucesso primário da ATC é considerado se o diâmetro luminal mínimo final for inferior a 50%, na ausência de complicações maiores (oclusão aguda, infarto do miocárdio, cirurgia de revascularização ou morte durante a internação). O ideal seria a completa eliminação de qualquer grau de obstrução residual, mas, na prática, não se consegue

recuperar integralmente a luz⁸ original, persistindo então uma lesão residual na maioria dos casos que, usualmente, não é significativa, ou seja, não provoca redução do fluxo sanguíneo nem determina qualquer expressão clínica (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA, 1995).

Quanto às indicações do procedimento, considera-se, por um lado, o aspecto anatômico das lesões e, por outro, as diferentes formas clínicas de manifestação da doença coronária. Já no que se refere à sua apresentação clínica, pode-se considerar dois grandes subgrupos: (1) pacientes com angina estável, portadores de lesões uni ou multiarteriais e (2) casos com síndromes agudas, como angina instável e IAM em evolução e complicações agudas da própria angioplastia (PEREIRA; GRUDTNER, 2005; SOUZA; FERES, 1988).

O grupo de pacientes portadores de angina estável, com lesões coronárias uniarteriais, reúne os candidatos tidos como “ideais” para realização do procedimento, sendo que os resultados imediatos apresentam elevado percentual de sucesso primário e mortalidade abaixo de 1%. Quanto aos casos de angina estável com lesões coronárias multiarteriais, observa-se que os serviços de cardiologia intervencionista vem expandindo as indicações da angioplastia para casos de maior complexidade, sendo que nestas situações prioriza-se a revascularização completa, com os vasos acometidos sendo dilatados em uma única etapa ou em diversos estágios (PEREIRA; GRUDTNER, 2005; SOUZA; FERES, 1988).

No que concerne aos casos de pacientes acometidos por angina instável, deve-se lembrar que o objetivo do tratamento desta enfermidade é o “controle dos sintomas, pela estabilização dos fatores dinâmicos atuantes na rede coronária” (SOUZA; FERES, 1988, p. 71). Nestes casos, o procedimento da ATC previne novos episódios agudos de angina e evita as consequências máximas desta síndrome (IAM e morte súbita). Deve-se ressaltar que o êxito obtido na aplicação da técnica, nestes casos, nivela-se àqueles considerados “indicações eletivas” do uso do procedimento (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA, 1995; PEREIRA; GRUDTNER, 2005; SOUZA; FERES, 1988).

Já o uso da técnica para pacientes com IAM na fase aguda sofreu grande evolução aos longo dos últimos anos. Em suma, observou-se que após a lise química do trombo, permanecia “lesão ateromatosa residual importante” (SOUZA; FERES, 1988, p. 73), a qual se beneficiaria de procedimentos adicionais de revascularização – cirurgia e angioplastia

⁸ Cavidade interna na qual o sangue flui.

– para delimitação estável da área do infarto. Posteriormente, passou-se a utilizar a angioplastia como procedimento primário para o tratamento do IAM, sem o uso prévio de trombolíticos, obtendo-se reestabelecimento do fluxo coronário imediato em cerca de 80% a 90% dos casos (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA, 1995; PEREIRA; GRUDTNER, 2005; SOUZA; FERES, 1988).

Nos casos de complicações agudas pós angioplastia, indica-se, na maioria das vezes, a realização de cirurgia de emergência. Já as reestenoses coronárias ocorrem em torno de 25% a 30% dos casos, sendo que para sua minimização sugere-se o uso de drogas antiplaquetárias, bloqueadores dos canais de cálcio, antiinflamatórios e heparina, esta última quando presentes trombos intracoronários (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA, 1995; PEREIRA; GRUDTNER, 2005; SOUZA; FERES, 1988). Nos pacientes diabéticos insulino dependentes, tabagistas que consomem mais de 20 cigarros por dia e portadores de hipercolesterolemia, estes fatores de risco estão associados às maiores taxas de reestenose, ressaltando a necessidade de controle dos comportamentos (SOUZA; FERES, 1988).

Quanto aos resultados do procedimento da ATC, Pereira e Grudtner (2005) chamam atenção para o fato de que, apesar do grande número de séries clínicas citadas na literatura, os resultados apresentados são pouco úteis em termos de generalização, uma vez que os delineamentos adotados são inadequados. Nas palavras dos autores:

Em vista dos resultados observados na avaliação do tratamento clínico comparado com a angioplastia, a mesma só deve ser indicada naquelas situações em que há isquemia crítica e frequentemente associada à cirurgia de revascularização em segmento proximal e distal. Enquanto não se definir, por meio de ensaios clínicos bem controlados, os resultados a longo prazo da angioplastia e do uso de *stents* em relação à revascularização cirúrgica no paciente com isquemia crítica, a mesma não deve ser indicada como tratamento preferencial. É importante a lembrança de que o paciente candidato à angioplastia e implante de *stent* deve ser tratado visando a melhora da perfusão a longo prazo e não a “melhora da angiografia” (PEREIRA; GRUDTNER, 2005, p. 13).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angioplastia Transluminal Coronária (1995), estima-se que sejam realizados cerca de 45.000 procedimentos de revascularização miocárdica por ano no Brasil, seja por cirurgia de revascularização ou por angioplastia coronária. Apesar desta prática terapêutica possuir

grande impacto no alívio da dor retroesternal e na melhora da qualidade de vida do paciente, seu efeito na promoção do aumento de sobrevida ainda não está estabelecido, embora resultados cada vez mais consistentes venham demonstrando benefícios persistentes em longo prazo.

Em recente pesquisa de Gegenava, Gegenava e Kavtaradze (2009), os autores buscaram investigar a associação entre história de episódio depressivo e ansiedade, com complicações em pacientes após seis meses da angioplastia arterial coronariana. O estudo foi conduzido com 70 pacientes cujo grau de oclusão coronária não respondia ao tratamento terapêutico, necessitando por isso do procedimento hemodinâmico. Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significantes entre graus de depressão e ansiedade, no período de seis meses após realização do procedimento, mas demonstraram a ocorrência de complicações em 60% dos pacientes, os quais possuíam altos níveis de ansiedade e depressão.

Song, Son e Lennie (2009) estudaram as associações entre traços de raiva e ansiedade, níveis séricos de homocisteína⁹ com recorrências de eventos cardíacos após intervenções percutâneas coronárias, em um estudo prospectivo com 135 pacientes (68% homens, idade média de 61 anos). Os eventos cardíacos recorrentes considerados foram visitas de emergência ao departamento e re-hospitalização. Os resultados mostraram que traços de raiva e altos níveis de homocisteína são fatores independentes na predição de recorrência de eventos cardiovasculares, quando outros fatores de risco são controlados.

Tendo em vista o alto impacto social e econômico associado às doenças cardíacas no sistema de saúde brasileiro e considerando que a maior parte das políticas de prevenção a estas doenças implementada no Brasil baseia-se em estudos e intervenções validados para grupos populacionais de outros países, surge a necessidade de uma compreensão aprofundada desta problemática em nosso contexto, tornando possível o desenvolvimento de estratégias de cuidado e prevenção, a otimização de custos e, principalmente, a melhora da qualidade de vida e da sobrevida dos pacientes, diminuindo, assim, a morbi mortalidade.

⁹ Aminoácido produzido após a ingestão de carnes ou laticínios que, em excesso no sangue, provoca aumento no risco de coágulos e entupimento das artérias, além de contribuir para a formação de depósitos de gordura nas paredes dos vasos sanguíneos, aumentando sua rigidez e dando origem à aterosclerose (VENÂNCIO; BURINI; YOSHIDA, 2009).

Deste modo, o estudo dos estágios de prontidão para mudança, relacionado a aspectos sociodemográficos e medidas psicológicas, notadamente associadas ao surgimento e prognóstico de cardiopatias, coloca-se como de suma importância na caracterização desta população e serve como subsídio para delineamento de futuras intervenções, mais eficazes, com menor dispêndio, por um lado, de tempo e gastos para o sistema de saúde e, por outro, de sofrimento e desgaste emocional para os pacientes que dele se beneficiam.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever as variáveis psicológicas e sua relação com o nível de prontidão para mudança de comportamentos de risco para cardiopatia, em pacientes candidatos ao procedimento de angioplastia, ao longo do período de um ano.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas dos pacientes e possíveis relações com as variáveis estudadas;
- Estudar a relação entre fatores de risco e condições sociodemográficas;
- Verificar a presença de fatores de risco tradicionais e psicológicos, bem como o conhecimento que os sujeitos possuem sobre os mesmos;
- Identificar o estágio de prontidão para mudança do comportamento de estresse no qual o sujeito se encontra;
- Identificar o nível de prontidão para mudança do comportamento de estresse no qual o sujeito se encontra;
- Identificar o nível de prontidão para mudança dos pacientes para modificação dos comportamentos de risco para cardiopatia: fumar, consumir bebidas alcoólicas, não praticar atividade física e alimentar-se inadequadamente;
- Identificar a prevalência de sintomas depressivos na amostra;
- Avaliar a presença de estresse na amostra, identificando a fase na qual os participantes se encontram e a predominância de sintomas;
- Avaliar a percepção do estado de saúde dos pacientes estudados;
- Verificar a relação entre estágio de prontidão para mudança e as variáveis psicológicas estudadas ao longo do tempo.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo comparativo, de corte longitudinal, com amostra não probabilística de conveniência, composta por pacientes portadores de doenças cardiovasculares, com prescrição para realização do procedimento hemodinâmico de angioplastia na Divisão de Cardiologia, Serviço de Hemodinâmica-Cardiologia Intervencionista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

3.2 Local da Coleta de Dados

Este estudo conta com cinco momentos de avaliação: o primeiro, no dia de realização do procedimento de angioplastia, e as outras quatro avaliações nos dias dos retornos dos pacientes em consultas médicas ambulatoriais, com intervalo de aproximadamente três meses entre as avaliações, podendo variar de dois a quatro meses.

Na primeira avaliação, os pacientes eram abordados no Serviço de Hemodinâmica-Cardiologia Intervencionista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e, em seguida, levados até o Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP para realização da entrevista e aplicação dos instrumentos, em uma sala reservada que assegurava a privacidade dos pacientes.

Nas etapas seguintes do estudo (segunda à quinta avaliação), a pesquisadora entrava em contato com os pacientes nos ambulatórios de Angioplastia ou Isquemia do HCFMRP-USP, no dia de seus retornos médicos. Da mesma forma como descrito na primeira avaliação, os pacientes eram entrevistados no Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP.

3.3 Participantes do Estudo

Foram convidados a participar deste estudo 100 pacientes candidatos ao procedimento de angioplastia, independentemente de seu diagnóstico médico.

Critérios de Inclusão:

- Pacientes candidatos à realização do procedimento de angioplastia;
- Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes incapazes de compreender, por alguma patologia ou deficiência, as perguntas das entrevistas e inventários e/ou que não pudessem respondê-las de forma verbal, clara e consistente;
- Pacientes atendidos em situação de urgência.

3.4 Materiais e Instrumentos**3.4.1 Entrevista Semi Estruturada (Apêndice A)**

Elaborada com base em revisão da literatura (DUARTE, 2002) e na experiência dos psicólogos responsáveis pelo estudo (GORAYEB; FACCHINI; SIMÕES, 2005; GORAYEB; FACCHINI; BITONDI; SCHMIDT, 2006; CAMARGO; GORAYEB, 2008; FREITAS; GORAYEB, 2008), esta entrevista tem como objetivo levantar dados sociodemográficos (escolaridade, estado civil, renda familiar, local de residência, atividade profissional e atividades de lazer), hábitos de vida (tabagismo, atividade física, padrão de alimentação, presença de alcoolismo), antecedentes de doenças cardíacas na família, informações a respeito do quadro clínico (nível de colesterol e triglicérides, pressão arterial, presença de diabetes e obesidade), conhecimento sobre fatores de risco e identificação de fatores de proteção para a saúde cardiovascular.

3.4.2 *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* - Adaptada para Comportamento de Estresse (Anexo A)

O instrumento de avaliação URICA (MCCONNAUGHY; PROCHASKA; VELICER, 1983) é uma escala do tipo Likert, composta por 24 itens, em sua versão reduzida, aos quais são atribuídos pontos que variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os itens foram desenvolvidos para medir o estágio motivacional no qual o sujeito se encontra, sendo que a escala encontra-se dividida em quatro subescalas, com 6 itens cada: pré contemplação, contemplação, ação e manutenção. Além disso, pode-se utilizar uma medida derivada dos escores das subescalas para formar um só escore, o qual se convencionou chamar Prontidão para Mudança, sendo um conceito mais genérico do que o de estágios. O escore de prontidão para mudança pode ser obtido através da equação: Média de Pontos da Contemplação (C) + Média de Pontos da Ação (A) + Média de Pontos da Manutenção (M) - Média de Pontos da Pré Contemplação (PC) = Escore de Prontidão (EP) (SZUPSYNSKI E OLIVEIRA, 2008; SOUZA, 2009).

A adaptação da escala para o comportamento de estresse foi baseada no trabalho de Szupszynski e Oliveira (2008), o qual realizou a adaptação brasileira da escala para usuários de drogas ilícitas (Anexo B), obtendo consistência interna satisfatória ($\alpha=0,657$) para a escala de 24 itens. Quando se avalia os índices obtidos em relação às subescalas do instrumento, identificam-se resultados plenamente satisfatórios no que se refere à consistência interna, a saber: pré contemplação ($\alpha=0,713$), contemplação ($\alpha=0,768$), ação ($\alpha=0,813$) e manutenção ($\alpha=0,732$). Além disso, o estudo construiu o escore T, realizando a normatização brasileira da URICA para drogas ilícitas, que apresentou bons resultados psicométricos, podendo ser usada em estudos que proponham investigar a motivação para mudança de comportamentos problema. As propriedades psicométricas da escala brasileira de 24 itens mostraram-se similares às validações originais.

É importante mencionar que a escala pode ser utilizada para qualquer comportamento problema. Tendo-se em vista o acima exposto, optou-se pela substituição do comportamento problema “drogas ilícitas” pelo constructo objeto de estudo do presente trabalho: o “estresse”. Assim, manteve-se toda a estrutura linguística dos itens construídos na adaptação brasileira, apenas substituindo-se os termos “drogas ilícitas” pelo termo “estresse” e fazendo as adaptações com as concordâncias gramaticais pertinentes.

3.4.3 Régua de Prontidão (Apêndice B)

Entre os diversos instrumentos existentes para a avaliação de estados subjetivos encontram-se as escalas "analógicas" que são, de modo geral, escalas de auto avaliação, nas quais a pessoa deve assinalar seu estado subjetivo em uma linha reta contínua, graduada, traçada sobre um papel. O ponto que o sujeito assinalar corresponde a uma medida do estado subjetivo avaliado. Comparadas com as escalas de natureza "discreta", apresentariam vantagens em relação à sensibilidade de discriminação de sensações, facilidade de preenchimento e maior possibilidade de uso de estatística paramétrica no tratamento dos dados (GUIMARÃES, 1998). A régua de prontidão (VELÁSQUEZ; MAURER; CROUCH; DICLEMENTE, 2001) é uma técnica analógico visual, simples e eficaz, para averiguar em qual estágio de mudança o sujeito se encontra. O avaliador pergunta ao sujeito qual dos pontos da régua melhor reflete o quão pronto ele está, no presente momento, para mudar seu comportamento problema, sendo que a pontuação varia de zero a 10, considerando que zero indica que o sujeito não está pronto de modo algum para mudar e 10 que ele está ativamente trabalhando na mudança de seu comportamento (SOUZA, 2009).

No presente estudo, utilizou-se a régua de prontidão para medir os principais fatores de risco modificáveis associados às cardiopatias, a saber: tabagismo, alcoolismo,

sedentarismo e alimentação inadequada. O questionamento realizado para o sujeito era: “Neste momento, quanto o senhor(a) considera difícil mudar o seu comportamento com relação a...”, sendo a frase completada pelos comportamentos “fumar”, “consumir bebida alcoólica”, “não praticar atividade física” e “alimentar-se de forma inadequada”. O estresse, aqui também considerado importante fator de risco para doenças do coração, não foi medido pela régua de prontidão por estar contemplado na URICA adaptada para estresse.

3.4.4 Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory - BDI*) (Anexo C)

Instrumento composto por 21 grupos de afirmações do tipo múltipla escolha, pontuadas de 0 a 3, tendo por objetivo verificar a presença e a gravidade de sintomas depressivos, os quais podem ser divididos em somáticos e cognitivos/afetivos. O BDI foi originalmente criado por Beck et al.¹⁰ (1961 apud CUNHA, 2001) e, posteriormente, revisado por Beck et al.¹¹ (1979 apud CUNHA, 2001). A correção do instrumento é feita considerando o somatório das pontuações apresentadas pelo sujeito, permitindo a classificação dos escores obtidos em quatro níveis: mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos), sendo que se considera a presença de transtorno depressivo somente na vigência de sintomas moderados e graves. O inventário permite a avaliação dos sintomas depressivos levando-se em conta somente os sintomas cognitivos e afetivos, o que se convencionou denominar de modelo de correção BDI 13, uma vez que somente a somatória dos itens de 1 a 13 do instrumento é considerada (CUNHA, 2001).

3.4.5 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo D)

O Inventário de Sintomas de *Stress* (ISS) foi validado por Lipp e Guevara¹² (1994 apud LIPP, 2000), sendo que a padronização e validação de constructo do ISSL para a população adulta foi realizada por Lipp (2000).

O instrumento se propõe a avaliar sintomas de estresse em indivíduos adultos, sendo composto por três quadros, nos quais constam sintomas físicos e psicológicos de estresse. No primeiro, deve-se indicar aqueles sintomas experimentados nas últimas 24 horas, no segundo os ocorridos na última semana e, no terceiro quadro, aqueles sintomas experimentados no último mês. Os resultados deste inventário indicam a presença ou

¹⁰ BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 4, p. 461-571, 1961.

¹¹ BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.

¹² LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J.H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia*, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.

ausência de estresse e, no caso de presença, a fase na qual o sujeito se encontra: alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão. Além disso, permite identificar o tipo de sintomatologia presente, ou seja, se há predominância de sintomas físicos, psicológicos ou ambos, ocorrendo na mesma proporção (LIPP, 2000).

3.4.6 Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Anexo E)

Criado com base em uma revisão dos instrumentos ligados à qualidade de vida já existentes na literatura nos últimos 20 anos, com ênfase nas funções física, mental e social, o SF-36 foi construído a partir do *Medical Outcomes Study (MOS)* (STEWART; WARE, 1992¹³ apud WARE, 2011), que continha 40 conceitos de saúde, dos quais foram selecionados oito para compor o novo questionário, sendo estes considerados os que melhor representavam os aspectos mais frequentemente afetados pela doença e pelo tratamento (WARE et al., 1993¹⁴; WARE, 1995¹⁵ apud WARE, 2011).

Caracteriza-se por um instrumento genérico de avaliação da percepção do estado geral de saúde do sujeito, traduzido e adaptado para a população brasileira por CICONELLI et al. (1999), a partir do instrumento *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Survey (SF-36)*. É um questionário multidimensional composto por 36 itens que abrangem oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação final obtida varia de zero a 100, sendo zero correspondente ao pior e 100 ao melhor estado geral de saúde percebido pelo sujeito (CICONELLI, 1997).

3.5 Procedimento de Coleta de Dados

O estudo abrange cinco momentos de avaliação dos pacientes. Na avaliação inicial (Avaliação 1), que foi realizada ao longo de 6 meses (março a setembro de 2009), a pesquisadora, ou uma psicóloga colaboradora de pesquisa treinada, dirigia-se até o Serviço de Hemodinâmica-Cardiologia Intervencionista do HCFMRP-USP, em todos os dias de seu funcionamento regular, onde a equipe de saúde lhe indicava os pacientes que realizariam o procedimento de angioplastia naquele dia, exceto eventuais casos de urgência.

¹³ STEWART, A.L.; WARE, J.E. **Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach**. Durham: Duke University Press, 1992.

¹⁴ WARE, J.E.; SNOW, K.K.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. **SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide**. Boston: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.

¹⁵ WARE, J.E. The status of health assessment 1994. **Annual Review of Public Health**, v. 16, p. 327-354, 1995.

Assim, após identificar os pacientes que realizariam o procedimento, estes eram abordados de forma aleatória e convidados a participar do estudo. A aleatoriedade era garantida por meio de escolha cega dentre os prontuários disponíveis (pegava-se o primeiro prontuário da pilha, sem identificação ou seleção por quaisquer critérios). Após explicação dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o paciente era convidado a acompanhar a pesquisadora até o Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP, onde ocorria a aplicação da entrevista e dos instrumentos em uma sala reservada. A coleta de dados tinha duração aproximada de uma hora, sendo que esta primeira avaliação era realizada no período da manhã, concluindo-se, em média, duas entrevistas por dia.

Os pacientes respondiam verbalmente para a pesquisadora a entrevista e todos os instrumentos estruturados, os quais eram aplicados sempre na mesma ordem, a fim de se padronizar a coleta de dados e evitar, o máximo possível, a ocorrência de vieses. A ordem de aplicação era a seguinte: entrevista semi estruturada, URICA, Régua de Prontidão, BDI, ISSL e SF-36. A coleta de medidas clínicas (pressão arterial, peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corpórea e valores de colesterol e triglicérides) ocorria no prontuário médico do paciente, que no dia da Avaliação 1 encontrava-se disponível no serviço de Hemodinâmica-Cardiologia Intervencionista.

Nas outras quatro avaliações (Avaliação 2, Avaliação 3, Avaliação 4 e Avaliação 5), o procedimento de coleta de dados se diferenciava pelo fato do contato com o paciente ocorrer no dia de seu retorno à consulta médica, seja no Ambulatório de Angioplastia ou no de Isquemia, sendo este último pouco frequente ao longo da pesquisa e reservado a casos de pacientes que tiveram sua condição orgânica associada à cardiopatia modificada com o passar do tempo, necessitando de um suporte terapêutico diferenciado.

O intervalo entre duas avaliações consecutivas era, em média, de três meses, podendo variar entre dois e quatro meses, até que se completasse o período de um ano de seguimento do paciente. Assim, ocorria a primeira avaliação no dia da angioplastia, realizada antes do procedimento e as reavaliações ocorriam, em média, três, seis, nove e 12 meses após a realização do procedimento hemodinâmico.

Organizava-se, mensalmente, uma planilha que continha nome e registro dos 100 pacientes da pesquisa e, com ajuda do sistema operacional do hospital, identificava-se as datas dos próximos retornos dos pacientes e o ambulatório no qual ocorreriam. Na véspera da data da consulta, entrava-se em contato telefônico com os sujeitos, quando eram lembrados da consulta médica e da necessidade de reavaliação psicológica.

No dia da consulta, a pesquisadora convidava os pacientes a comparecer no Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP para coleta de dados, sendo avaliados, aproximadamente, cinco pacientes por dia. A entrevista e os instrumentos eram aplicados da mesma forma como descrito para a Avaliação 1.

Nas situações em que a avaliação psicológica não pudesse ser realizada no dia do retorno ao ambulatório médico – seja por falta do paciente ou simultaneidade de atendimentos – a pesquisadora agendava um novo horário para realizar a coleta de dados da pesquisa. Este contato era feito por meio de ligação telefônica ou por envio de correspondência. No caso de ausência do paciente ao retorno agendado, este era caracterizado como dado perdido na etapa específica da avaliação.

3.6 Procedimento de Análise dos Dados

3.6.1 Descrição dos Dados

3.6.1.1 Entrevista Semi Estruturada

Os dados do presente estudo foram analisados de forma quantitativa. As respostas às questões abertas da entrevista semi estruturada foram analisadas através do sistema Quantitativo Interpretativo, conforme proposto por Biasoli-Alves (1998). Neste método de análise, o fundamental é que as categorias sejam construídas a partir de critérios de exaustividade, exclusividade e manutenção de um mesmo nível de inferência e/ou de interpretação, sendo então quantificadas por tabulação e posterior aplicação de medidas estatísticas. As questões abertas da entrevista semi estruturada foram lidas e agrupadas em categorias para realização de análise descritiva (Apêndice C). A partir disto, elaborou-se um crivo com as categorias de respostas emergentes desta análise, a fim de se transformar categorias descritivas em categorias numéricas. Estes dados foram utilizados para realização da análise descritiva das verbalizações da amostra.

3.6.1.2 Instrumentos

Os instrumentos adaptados e validados para a população brasileira foram avaliados de acordo com os critérios apontados por seus autores. A URICA segue critérios de correção apontados por Szupszynski e Oliveira (2008), o BDI por Cunha (2001), o ISSL por Lipp (2000) e o Questionário SF-36 por Ciconelli et al. (1999). A Régua de Prontidão teve seus valores absolutos registrados para cada comportamento de risco avaliado (tabagismo, alcoolismo,

alimentação inadequada e sedentarismo), sendo em seguida calculadas a média e a mediana destes valores para se identificar, de forma categorial, o nível de prontidão para mudança de cada um dos comportamentos apresentado pelos sujeitos da amostra.

3.6.2 Análise Estatística dos Dados

Através de ajustes de modelos de regressão logística simples, considerando Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse como variável resposta binária, obteve-se *Odds Ratio* (OR) brutos, buscando quantificar as possíveis relações com os fatores associados à mudança. Já os *Odds Ratio* ajustados foram obtidos através do ajuste de modelos múltiplos, incluindo, sempre, mais de uma variável independente nos modelos (HOSMER; LEMESHOW, 2000), o que pode ser melhor observado na tabela que se segue:

Tabela 1 - *Odds Ratio* obtidos a partir dos ajustes a diferentes modelos, com descrição das variáveis que os compõem e categorização das mesmas

<i>Odds Ratio</i> Ajustados	Variáveis Ajustadas para o Modelo	Categorização
OR1	Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental, BDI 13 e Estresse	Variáveis Psicológicas
OR2	BDI 13, Estresse, Alimentação Inadequada, Consumo de Álcool, Uso de Tabaco e Prática de Atividade Física	Variáveis Psicológicas e Comportamentos de Risco
OR3	Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental, BDI 13, Estresse, Sexo, Idade, Escolaridade e Estado Civil	Variáveis Psicológicas e Sociodemográficas
OR4	BDI 13, Estresse, Sexo, Idade, Escolaridade, Estado Civil, Lazer, Amigos e Familiares	Variáveis Psicológicas, Sociodemográficas e Suporte Social

Já para a comparação entre o primeiro e o quinto momento de avaliação quanto à Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse, Comportamentos de Risco Avaliados pela Régua de Prontidão, Estresse, Estado Geral de Saúde e Depressão, foi

aplicado o teste de Mc Nemar, que analisa a mudança de estado, entre as avaliações, em relação às variáveis mencionadas (AGRESTI, 2002).

3.7 Aspectos Éticos

A coleta de dados teve início somente após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do HCFMRP-USP (Processo HCRP nº 9568/2008). Os pacientes participaram da pesquisa mediante interesse pessoal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), elaborado seguindo as orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/96) para pesquisa com seres humanos. As informações sobre os objetivos da pesquisa e sobre as condições de participação dos sujeitos – como as reavaliações trimestrais – foram oferecidas em linguagem acessível, sendo que os pacientes puderam optar por desligar-se a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo na continuidade de seus atendimentos junto a quaisquer equipes do HCFMRP-USP. Todas as informações coletadas foram mantidas sob anonimato e garantiu-se o sigilo em relação à autoria dos conteúdos na aplicação dos instrumentos, tornando impossível a identificação dos participantes através de respostas individuais.

Os momentos de seguimento ambulatorial da pesquisa ocorreram preferencialmente em dias nos quais os pacientes já tivessem que comparecer ao hospital e, assim, evitou-se a duplicação de visitas à instituição somente para atender aos objetivos da pesquisa. Além disso, o atendimento médico destes pacientes seguiu seu fluxo normal, sem qualquer alteração dos atendimentos médico ambulatoriais.

Nos casos em que se verificou necessidade de seguimento psicoterápico, o paciente recebeu o encaminhamento adequado à cidade de origem, quando não era procedente de Ribeirão Preto, e para os residentes nesta cidade, realizou-se o suporte necessário e encaminhamento para atendimento grupal no Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP.

4 RESULTADOS

O presente trabalho constou de cinco momentos de avaliação, ao longo dos quais participaram diferentes números de sujeitos. Na Avaliação 1, momento em que os pacientes compareciam ao hospital para realização do procedimento de angioplastia, a amostra foi de 100 pacientes. Ao longo das demais avaliações, as quais ocorriam com um intervalo aproximado de 90 dias, houve perdas de sujeitos, sendo que as amostras ficaram constituídas como mostra a tabela abaixo:

Tabela 2 - Configuração do universo amostral ao longo dos cinco momentos de avaliação, com intervalo médio de tempo entre cada avaliação de aproximadamente 90 dias

Avaliação	1	2	3	4	5
Número de Sujeitos	100	67	50	38	43

Como pode ser observado, houve uma perda de 33 sujeitos entre a primeira e a segunda avaliação, 17 sujeitos entre a segunda e a terceira, 12 participantes entre a terceira e, entre a quarta e quinta avaliações, um aumento de cinco pacientes. Da amostra inicial de 100 pacientes, houve perda de 57 sujeitos entre a primeira avaliação e a última, ocorrida após um ano de seguimento. A perda de participantes ao longo da pesquisa ocorreu ou por falta dos pacientes à consulta médica no dia do retorno ao Ambulatório de Angioplastia ou por simultaneidade de atendimentos (no momento em que a pesquisadora coletava os dados de um participante, outro se encontrava em atendimento médico, não permanecendo posteriormente no hospital).

Na apresentação dos resultados, será realizada, em primeiro lugar, uma caracterização da amostra inicial (n=100), destacando-se os dados sociodemográficos, clínicos e psicológicos avaliados. Uma descrição dos cinco momentos de avaliação será feita apenas para os comportamentos de risco associados a cardiopatias, a saber: padrão de reação ao estresse, hábitos alimentares, consumo de álcool, hábito de fumar e prática de atividade física. Por último, a apresentação dos resultados contará com uma análise relacional entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas estudadas e a motivação dos sujeitos para mudança dos comportamentos de risco para cardiopatias eleitos na realização deste estudo.

4.1 Caracterização da Amostra

4.1.1 Aspectos Sociodemográficos

A Avaliação 1 ocorreu no dia do procedimento da angioplastia, contando com um número total de 100 pacientes, de ambos os sexos e com idade superior a 18 anos. Avaliou-se sexo, nível de escolaridade, estado civil, renda mensal, profissão, situação empregatícia e se o paciente tirava férias, como pode ser visto na Tabela 3:

Tabela 3 - Dados sociodemográficos de uma amostra de pacientes cardiopatas (n=100)

Características Sócio Demográficas	n	%
Sexo		
Masculino	67	67
Feminino	33	33
Total	100	100
Nível de Escolaridade		
Analfabetos a Ensino Fundamental Incompleto	80	80
Ensino Fundamental Completo e acima	20	20
Total	100	100
Estado Civil		
Com parceiro (casado ou amasiado)	75	75
Sem Parceiro (solteiro, separado ou viúvo)	25	25
Total	100	100
Renda Mensal em Salários Mínimos*		
Entre 1 e 3 SM	67	67
Mais de 3 SM	32	32
Sem Renda	1	1
Total	100	100

Continua

		Conclusão	
Características Sócio Demográficas	n	%	
Profissão			
Qualificada	43	43	
Não Qualificada	57	57	
Total	100	100	
Situação Empregatória			
Empregado	16	16	
Aposentado	65	65	
Outros	19	19	
Total	100	100	
Férias			
Sim	51	51	
Não	49	49	
Total	100	100	

*O salário mínimo considerado foi de 460 reais, vigente para o Estado de São Paulo no ano de 2009.

A média de idade apresentada foi de 61,4 anos ($dp \pm 9,82$), sendo a idade mínima de 32 e a máxima de 85 anos. A maioria dos participantes era do sexo masculino (67%), na faixa entre 46 e 65 anos (65%) e escolaridade até o Ensino Fundamental Incompleto (80%), cuja média de anos de estudo foi de 4,73. Quanto ao estado civil, a maior parte da amostra foi composta por indivíduos casados (69%), com renda mensal entre um e três salários mínimos (67%) e profissão não qualificada (57%). Além disso, a maioria dos participantes era aposentada (65%) e tirava férias ao menos uma vez por ano quando exercia sua atividade de trabalho (51%).

4.1.2 Atribuição de Causalidade à Doença

Procurou-se investigar se os pacientes atribuíam alguma causa específica ao surgimento de sua cardiopatia, sendo que a frequência de verbalização pode ser observada na Tabela 4. Cabe ressaltar que os pacientes podiam atribuir mais de uma causa para o surgimento de sua patologia.

Tabela 4 - Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto à atribuição de causalidade para sua doença (n=100)

Motivos Associados ao Surgimento da Cardiopatia	Frequência de Verbalizações	%
Aspectos Emocionais	39	52,7
Tabagismo	9	12,17
Alimentação Inadequada	8	10,81
Hereditariedade	4	5,4
Aspectos Médico/Orgânicos	4	5,4
Alcoolismo	3	4,06
Sedentarismo	2	2,7
Outros	5	6,76
Total	74	100

A maioria dos pacientes (61%), afirmou associar o surgimento de sua doença do coração a algum aspecto em particular. Quando atribui uma causa à sua cardiopatia, a maior parte das verbalizações se refere a aspectos emocionais como eventos desencadeadores do adoecimento (52,7%). Em seguida, os fatores citados com maior frequência pelos pacientes foram tabagismo (12,17%) e alimentação inadequada (10,81%).

4.1.3 Satisfação com Atividades de Lazer e Nível de Suporte Social

Os pacientes foram questionados sobre o nível de satisfação que possuíam com suas atividades de lazer e com o suporte social recebido (relacionamento com amigos e familiares), sendo que os resultados obtidos encontram-se na Tabela 5:

Tabela 5 - Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto à satisfação com atividades de lazer e suporte social (n=100)

Satisfação com Atividades de Lazer e Nível de Suporte Social	n	%
Satisfação com Atividades de Lazer		
Satisfatório ou Muito Satisfatório	69	69
Nem Satisfatório, Nem Insatisfatório	18	18
Insatisfatório ou Muito Insatisfatório	13	13
Total	100	100
Satisfação com Relacionamento com Amigos		
Satisfatório ou Muito Satisfatório	90	90
Nem Satisfatório, Nem Insatisfatório	6	6
Insatisfatório ou Muito Insatisfatório	4	4
Total	100	100
Satisfação com Relacionamento com Familiares		
Satisfatório ou Muito Satisfatório	82	82
Nem Satisfatório, Nem Insatisfatório	12	12
Insatisfatório ou Muito Insatisfatório	6	6
Total	100	100

De acordo com os dados apresentados, pode-se perceber que a maioria dos sujeitos avaliou seu lazer e rede de suporte social como satisfatórias ou muito satisfatórias. Assim, 69% dos indivíduos entrevistados realizam uma avaliação positiva de seu envolvimento com atividades de lazer, descritas como aquelas que possuem função de distração por meio de engajamento em situações agradáveis; 90% dos pacientes percebem como satisfatórios ou muito satisfatórios seus relacionamentos com amigos e 82% realizam a mesma avaliação positiva para os padrões de relacionamento estabelecidos com pessoas da família.

4.1.4 Fatores de Risco para Cardiopatias

4.1.4.1 Conhecimento de Fatores de Risco

Os participantes foram questionados, no momento da entrevista, sobre quais fatores de risco para cardiopatias eles possuíam conhecimento, ou seja, o que eles sabiam que poderia desenvolver ou piorar a evolução de uma cardiopatia, sendo que os sujeitos podiam indicar mais de um fator de risco. As respostas obtidas, em porcentagens de sujeitos que indicaram aquele fator de risco em particular, podem ser observadas no gráfico que se segue:

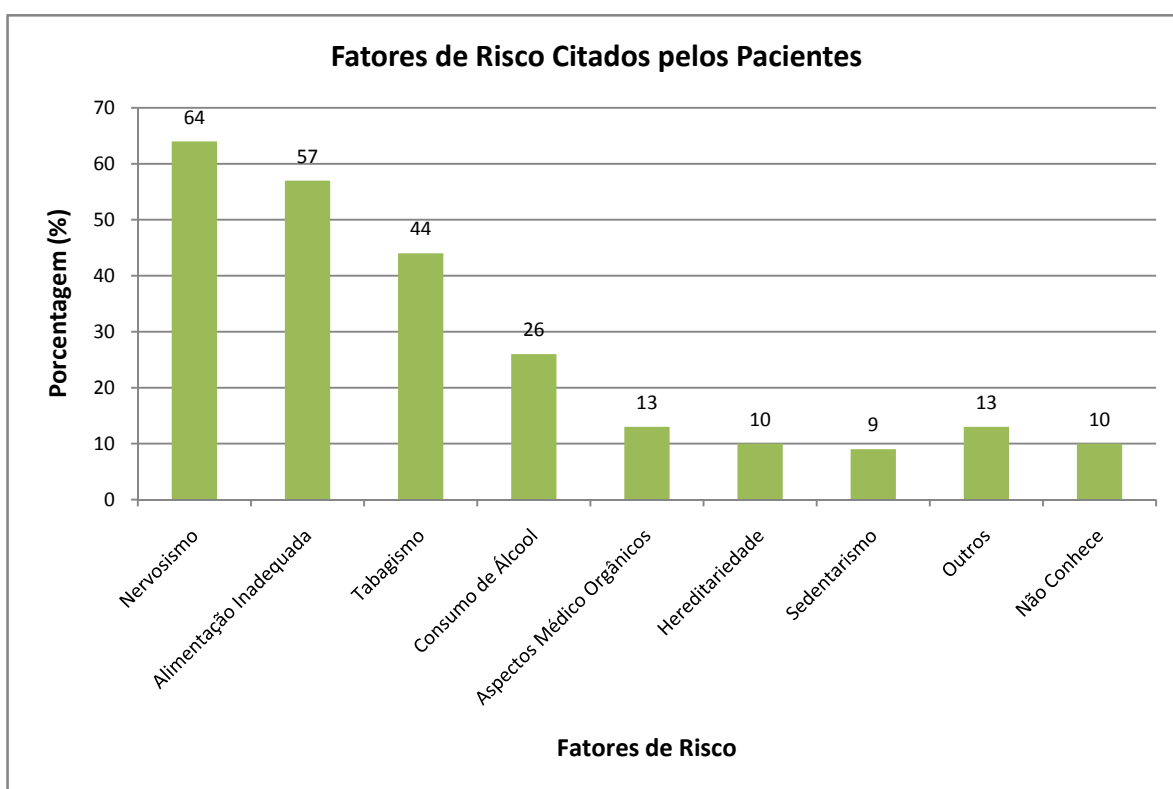


Gráfico 1 - Porcentagens de pacientes cardiopatas que indicam conhecer os fatores de risco associados a cardiopatias (n=100)

A maioria dos pacientes (90%) afirma possuir conhecimento sobre os fatores de risco associados ao desenvolvimento ou prognóstico negativo de uma cardiopatia, sendo que o nervosismo foi o fator de risco citado pela maior parte dos sujeitos (64%), seguido por alimentação inadequada (57%) e uso de tabaco (44%).

4.1.4.2 Fatores de Risco de Mais Difícil Manejo

Quanto aos fatores de risco de mais difícil manejo, na percepção dos pacientes, estes podiam indicar mais de um aspecto, e os resultados podem ser observados no Gráfico 2:

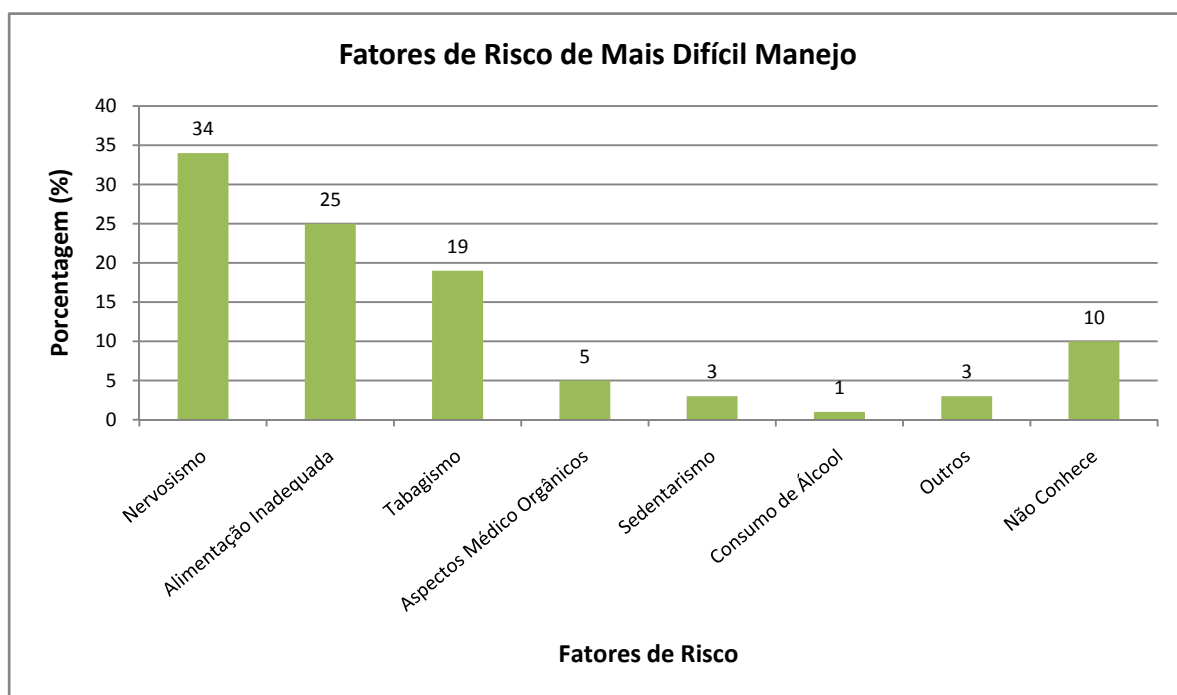


Gráfico 2 - Porcentagens de pacientes cardiopatas quanto à percepção dos fatores de risco de mais difícil manejo associados a cardiopatias (n = 100)

Como ilustra o gráfico acima, o fator de risco nervosismo foi eleito, na percepção de 34% dos sujeitos da pesquisa, como aquele de mais difícil manejo, sendo citados em seguida controle da alimentação inadequada (25%) e do uso de tabaco (19%) como aqueles fatores de risco que os pacientes sentem maiores dificuldades de mudança.

4.1.4.3 Comportamentos Associados à Vida Saudável

Outro aspecto da entrevista que visa avaliar a relação dos participantes do estudo com fatores de risco associados a doenças do coração é o questionamento sobre o que estes pacientes fazem para ter uma vida mais saudável. As principais respostas apresentadas pelos participantes do estudo, que novamente podiam indicar mais de um fator de risco, encontram-se no Gráfico 3:

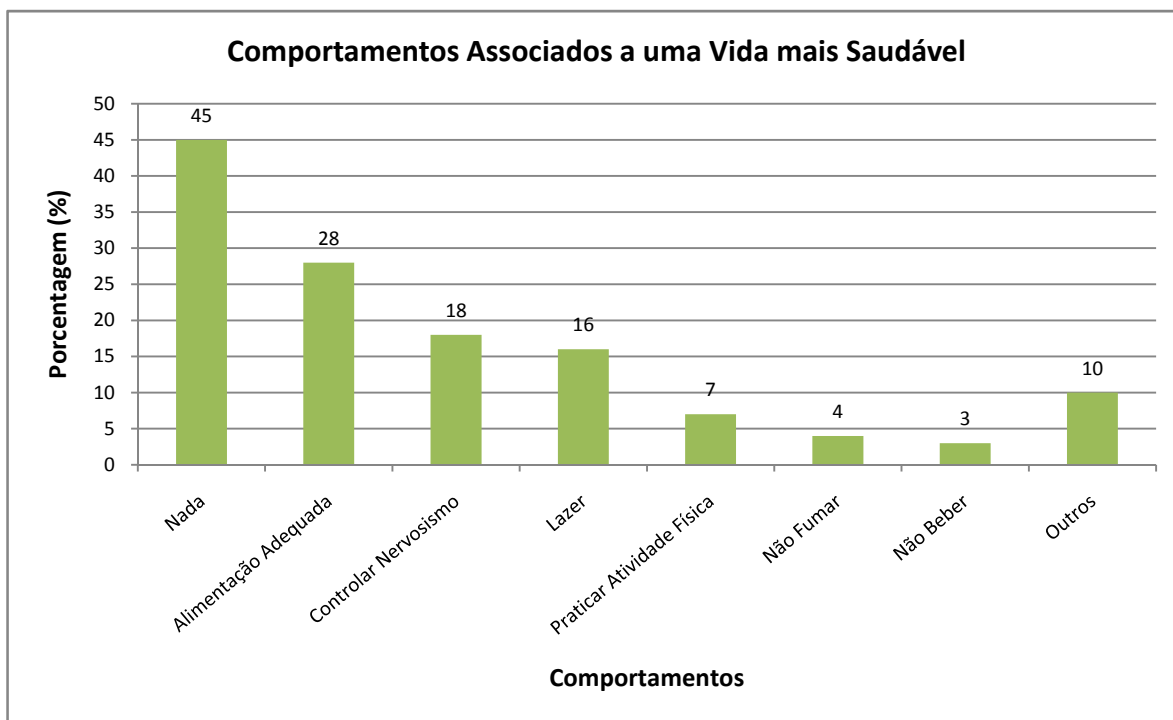


Gráfico 3 - Porcentagens de pacientes cardiopatas quanto à percepção de comportamentos emitidos com objetivo de ter uma vida mais saudável (n = 100)

Quanto à avaliação dos pacientes em relação aos comportamentos emitidos com função de se obter uma vida mais saudável, 45% afirmaram não fazer nada, enquanto 28% disseram procurar manter uma alimentação adequada, 18% relacionaram uma vida saudável à tentativa de se controlar aspectos emocionais, como o controle do nervosismo, e 16% dos sujeitos afirmaram buscar engajar-se em atividades de lazer.

4.1.5 Aspectos Clínicos

A descrição da amostra quanto aos aspectos clínicos foi realizada a partir da análise dos dados de uma ficha individual do paciente, preenchida por auxiliares da equipe de enfermagem no dia do procedimento da angioplastia, exceto no que se refere à história familiar, a qual era referida pelo paciente. Eram considerados pacientes com hipertensão arterial sistêmica aqueles com pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e diastólica igual ou superior a 90 mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Os participantes considerados dislipidêmicos deveriam apresentar quaisquer das ocorrências que se seguem: colesterol total maior que 200 mg/dl, colesterol HDL (*High Density Lipoproteins*) menor que 35 mg/dl, colesterol LDL (*Low Density*

Lipoproteins) maior que 130 mg/dl ou triglicérides maior que 150 mg/dl, sendo que os limites aqui utilizados basearam-se nos critérios utilizados para análise dos exames adotados pelo HCFMRP-USP. Já os sujeitos obesos eram aqueles cujo Índice de Massa Corpórea (IMC)¹⁶ apresentava valores iguais ou superiores a 30 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Os dados encontram-se descritos na tabela que se segue:

Tabela 6 - Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto às suas características clínicas (n=100)

Características Clínicas	n	%
História Familiar Positiva para DCV	94	94
Hipertensão Arterial Sistêmica	52	52
Dislipidemia	46	46
Diabete	37	37
Obesidade	34	34

Observa-se que todos os aspectos descritos na Tabela 5, considerados fatores de risco para desenvolvimento ou evolução negativa de cardiopatias, aparecem em alta frequência na amostra estudada, principalmente no que se refere à história familiar positiva para DCV (94%) e presença de hipertensão arterial sistêmica (52%).

4.1.6 Instrumentos

4.1.6.1 *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* - Adaptada para Comportamento de Estresse

O instrumento que visava mensurar o estágio de prontidão para mudança do comportamento de estresse nos sujeitos pode ter seus resultados interpretados de duas maneiras: primeiro, descrevendo-se a fase na qual o indivíduo se encontra e, em segundo lugar, indicando o nível de prontidão para mudança da amostra. Para fins de caracterização, será aqui demonstrada somente a primeira forma de interpretação, já que o escore de prontidão possui uma função comparativa e será utilizado no confronto entre os diversos

¹⁶ O cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) é dado pela fórmula $IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$

momentos de avaliação dos sujeitos. A distribuição das frequências referentes às fases mensuradas pelo instrumento pode ser observada na Tabela 7:

Tabela 7 - Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto ao estágio de prontidão para mudança do comportamento de estresse avaliado pela URICA (n=100)

Fase URICA	n	%
Pré Contemplação	81	81
Contemplação	5	5
Ação	2	2
Manutenção	12	12
Total	100	100

A maioria dos participantes encontrava-se na fase de pré contemplação (81%), a qual se caracteriza por uma ausência de intenção de mudança ou de crítica sobre o conflito que envolve o comportamento alvo – no caso, o estresse – sendo que o indivíduo tende a perceber mais as consequências positivas de seu comportamento, acreditando que este está sob seu controle.

4.1.6.2 Régua de Prontidão

Para a avaliação da prontidão para mudança comportamental associada aos demais fatores de risco para cardiopatias relacionados neste estudo (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e alimentação inadequada), utilizou-se a Régua de Prontidão. É importante mencionar que para apresentação destes resultados consideraram-se apenas os pacientes que se encontravam dentro dos fatores de risco avaliados, ou seja, aqueles que não praticavam atividade física (n=77), os que consumiam álcool (n=13), os que se alimentavam de forma inadequada (n=68) e os que faziam uso do tabaco (n=14). Assim, a Régua de Prontidão visou avaliar o quanto os pacientes se sentiam motivados para mudança dos comportamentos de risco que apresentavam. No gráfico abaixo, foram indicadas as médias apresentadas pelos sujeitos quanto à disposição para mudança para cada um dos fatores de risco considerados:

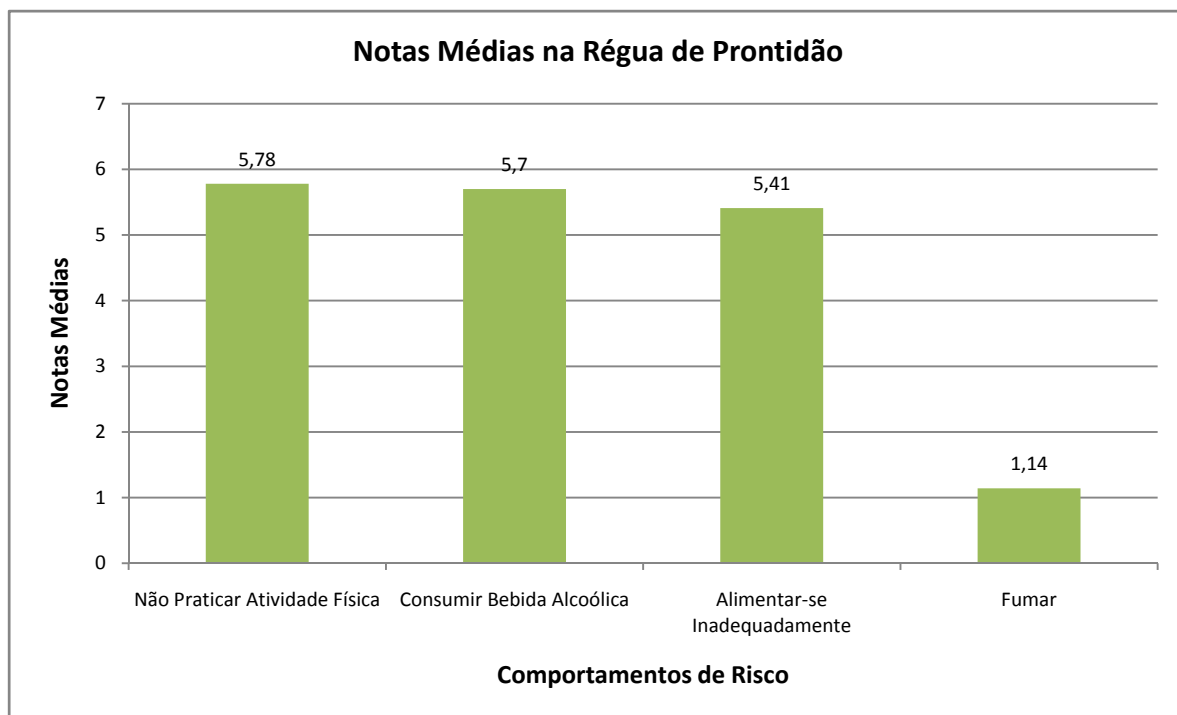


Gráfico 4 - Médias apresentadas por pacientes cardiopatas quanto à prontidão para mudança dos comportamentos de risco avaliados pela Régua de Prontidão (n=100)

O Gráfico 4 mostra que o sedentarismo é avaliado como o fator de risco que envolve as menores dificuldades para mudança comportamental (Média = 5,78), seguido, com valores médios próximos, dos fatores de risco “consumo de bebida alcoólica” (Média = 5,7) e “alimentação inadequada” (Média = 5,4). O comportamento de fumar, por sua vez, foi avaliado pelos pacientes cardiopatas fumantes como o fator de risco que envolve as maiores dificuldades para mudança, sendo que a média das notas atribuídas para este fator de risco na Régua de Prontidão foi de 1,14. Assim, os fumantes avaliaram que parar de fumar era o comportamento mais difícil de ser alcançado, quando comparado com as avaliações dos pacientes de passar a praticar alguma atividade física, deixar de consumir álcool e adotar hábitos alimentares mais saudáveis.

4.1.6.3 Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory* - BDI)

Quanto aos sintomas depressivos, medidos pelo BDI, os resultados estão na tabela a seguir, bem como os dados referentes à presença de sintomas cognitivos e afetivos (BDI 13).

Tabela 8 - Caracterização de uma amostra de pacientes cardiopatas quanto à gravidade de sintomas depressivos e presença de sintomatologia depressiva nos aspectos cognitivos/afetivos avaliados pelo BDI (n=100)

Escore BDI	n	%
Mínimo	42	42
Leve	43	43
Moderado	13	13
Grave	2	2
Total	100	100
Escore BDI 13	n	%
Presença de Sintomas Cognitivo-Afetivos	31	31
Ausência de Sintomas Cognitivo-Afetivos	69	69
Total	100	100

Pode-se observar que 15% dos sujeitos apresentam sintomas indicativos de Transtorno Depressivo, ou seja, são classificados entre os níveis moderado e grave no BDI total. Destaca-se que 31% dos participantes apresentam sintomas cognitivo-afetivos indicativos de depressão, quando sintomas físicos e de desempenho são retirados, sendo este valor duas vezes maior que na avaliação tradicional do BDI. Os dados descritos podem ser observados nos Gráficos 5 e 6:

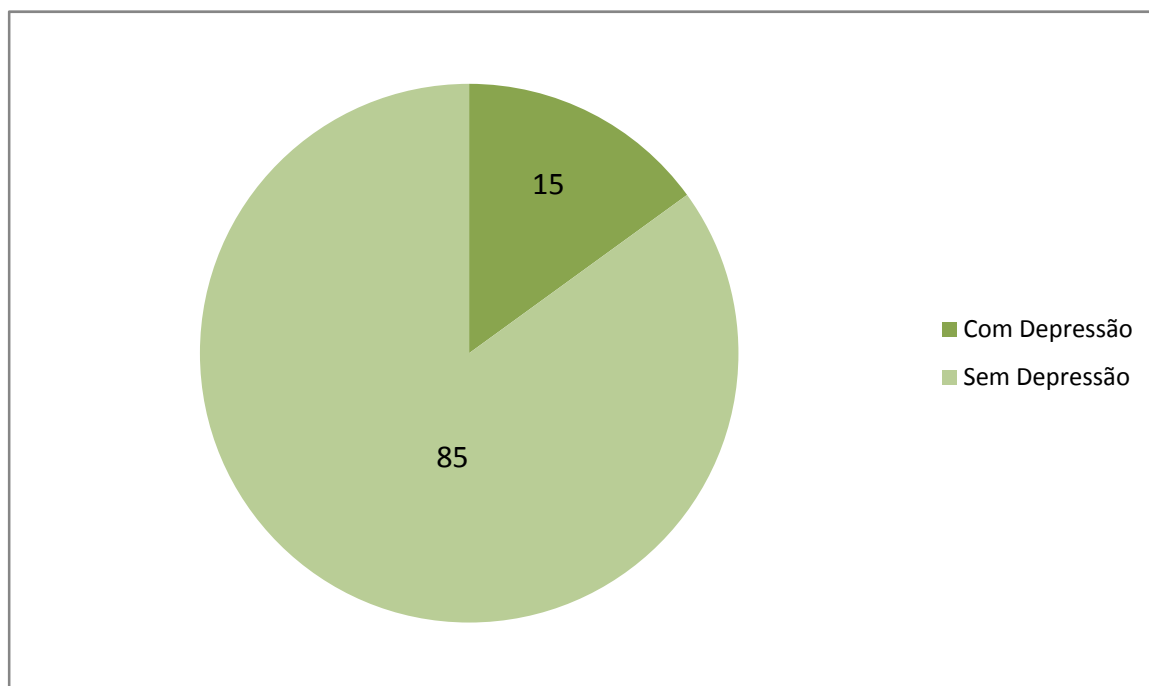


Gráfico 5 - Frequência de sintomas depressivos apresentados por pacientes cardiopatas na avaliação convencional do BDI (n=100)

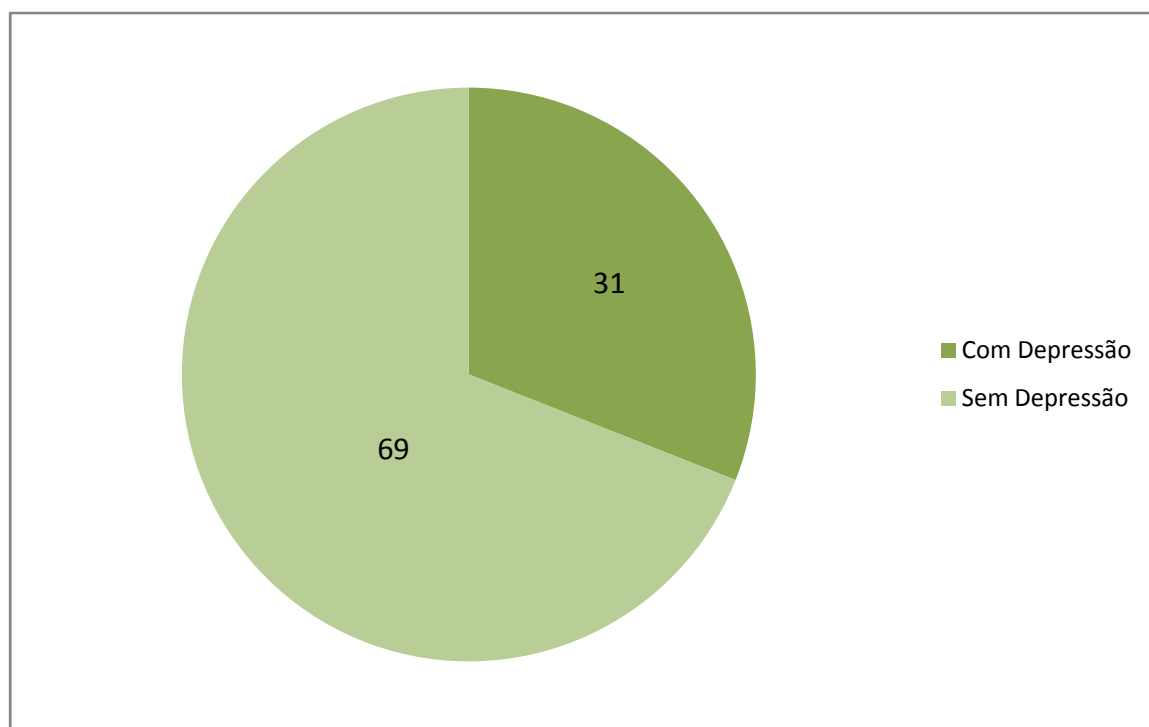


Gráfico 6 - Frequência de sintomas depressivos apresentados por pacientes cardiopatas na avaliação do BDI 13 (n=100)

4.1.6.4 Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL)

A avaliação dos sintomas de estresse demonstra diferentes tipos de resultados. Em primeiro lugar, identifica se o indivíduo apresenta sintomatologia indicativa de presença de estresse para, em caso afirmativo, identificar-se em qual fase o sujeito se encontra. Por último, fornece a predominância dos sintomas apresentados, indicando se é caracteristicamente composta por sintomas de ordem física, psicológica ou ambas. Os resultados encontrados encontram-se descritos na tabela abaixo:

Tabela 9 - Caracterização da amostra de pacientes cardiopatas quanto à presença de sintomas de estresse, fase do estresse e predominância da sintomatologia, avaliados pelo ISSL (n=100)

Presença de Estresse	n	%
Sim	59	59
Não	41	41
Total	100	100

Fase do Estresse	n	%
Nenhuma	41	41
Alerta	2	2
Resistência	51	51
Quase Exaustão	5	5
Exaustão	1	1
Total	100	100

Predominância de Sintomas	n	%
Nenhum	41	41
Psicológicos	29	29
Físicos	21	21
Ambos	9	9
Total	100	100

Observa-se uma predominância de sujeitos com presença de sintomas de estresse (59%), sendo que a maioria se encontra na fase de resistência (51%), com maior frequência de sintomas psicológicos (29%).

4.1.6.5 Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36

O SF-36 é um instrumento que visa medir a percepção do estado geral de saúde dos participantes, cuja pontuação final varia de zero a 100, sendo zero correspondente ao pior e 100 ao melhor estado geral de saúde percebido pelo sujeito. Os dados encontrados na Avaliação 1 podem ser observados no gráfico abaixo, que descreve as médias obtidas pelos participantes:

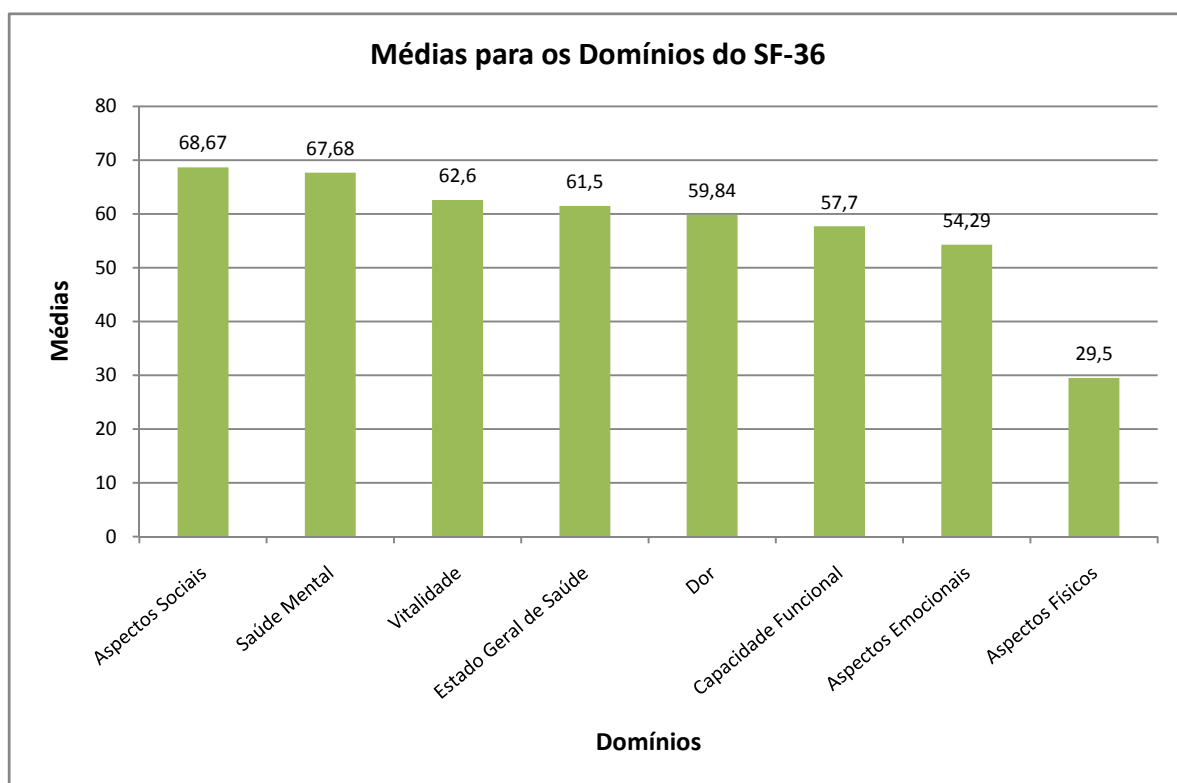


Gráfico 7 - Médias apresentadas por pacientes cardiopatas quanto à percepção geral do estado de saúde, avaliados pelo SF-36 (n=100)

Pode-se observar que os melhores índices apresentados referem-se aos domínios aspectos sociais e saúde mental, enquanto os piores escores foram aqueles referentes aos domínios aspectos emocionais e aspectos físicos.

4.2 Descrição entre as Avaliações para Comportamentos de Risco Associados à Cardiopatia

A descrição dos resultados que se segue visa comparar as cinco avaliações realizadas em relação aos seguintes fatores de risco para cardiopatias, avaliados a partir da entrevista semi estruturada: padrão de reação ao estresse (como os indivíduos avaliam seu modo de lidar com situações estressoras), alimentação inadequada, consumo de álcool, hábito de fumar e prática de atividade física. Os dados podem ser observados na Tabela 10:

Tabela 10 - Comparação entre as cinco avaliações com pacientes cardiopatas quanto à frequência de emissão dos comportamentos de risco para cardiopatias: padrão de reação ao estresse, hábitos alimentares, consumo de álcool, hábito de fumar e prática de atividade física.

	Avaliação 1		Avaliação 2		Avaliação 3		Avaliação 4		Avaliação 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Padrão de Reação ao Estresse										
Esquiva/Distração	39	39	26	38,80	20	40	24	63,17	20	46,51
Passividade/Chorar	28	28	26	38,81	13	26	3	7,89	13	30,23
Aumento de Fatores de Risco	8	8	1	1,49	0	0	0	0	0	0
Conversar/Resolver	4	4	7	10,45	9	18	2	5,26	3	6,98
Outros	21	21	7	10,45	8	16	9	23,68	7	16,28
Total	100	100	67	100	50	100	38	100	43	100
Alimentação Inadequada										
Sim	68	68	21	31,34	12	24	7	18,42	10	23,26
Não	32	32	46	68,66	38	76	31	81,58	33	76,74
Total	100	100	67	100	50	100	38	100	43	100

Continua

	Conclusão									
	Avaliação 1		Avaliação 2		Avaliação 3		Avaliação 4		Avaliação 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consumo de Álcool										
Sim	17	17	13	19,40	10	20	7	18,42	15	34,88
Não	83	83	54	80,60	40	80	31	81,58	28	65,12
Total	100	100	67	100	50	100	38	100	43	100
Hábito de Fumar										
Fumante	15	15	6	8,96	7	14	1	2,63	8	18,60
Ex Fumante	59	59	39	58,20	29	58	26	68,42	21	48,84
Não Fumante	26	26	22	32,84	14	28	11	28,95	14	32,56
Total	100	100	67	100	50	100	38	100	43	100
Prática de Atividade Física										
Sim	23	23	24	35,82	23	46	18	47,37	23	53,49
Não	77	77	43	64,68	27	54	20	52,63	20	46,51
Total	100	100	67	100	52	100	38	100	43	100

Para investigar o padrão de reação dos pacientes a situações consideradas estressantes, a pergunta realizada era ***“Quando acontece algo que lhe deixa nervoso, o que você costuma fazer?”***. Como ilustrado na tabela acima, pode-se perceber que o padrão de reação ao estresse predominante ao longo dos cinco momentos de avaliação é aquele caracterizado por respostas de esquiva ou engajamento em comportamentos que promovam a distração do paciente em relação ao problema. Algumas falas que caracterizam a categoria de resposta “esquiva/distração” foram *“Saio para dar uma volta, me distrair, conversar com algum vizinho”* ou *“Vou dormir, ou assistir televisão, ou ouvir música para evitar pensar no assunto”*.

O segundo padrão de reação mais citado pelos pacientes foi o categorizado como “passividade/chorar”, que abarcava respostas relacionadas a um padrão de comportamento passivo, relacionado a um não enfrentamento da situação, ou ao comportamento de chorar diante do problema apresentado. Algumas respostas apresentadas pelos pacientes foram: *“Eu não faço nada”* ou *“Choro”*.

Os padrões de comportamento menos citados pelos pacientes foram o “aumento de fatores de risco” e “conversar/resolver”. O primeiro encontra-se relacionado ao aumento de frequência de comportamentos de risco para cardiopatias emitidos pelos sujeitos diante de situações estressoras, como, por exemplo, fumar, beber ou comer em excesso. Assim, as respostas apresentadas pelos pacientes foram *“Quando ‘tô’ nervoso, não tem jeito! Vou e tenho que fumar!”* ou *“Como demais. Só assim fico mais tranquila”*. Já na categoria “conversar/resolver” encontram-se aqueles pacientes que afirmam buscar uma resolução ativa diante de seus problemas, conversando com os envolvidos e buscando solucionar a situação promotora de estresse, emitindo, portanto, um padrão mais assertivo de comportamento. Exemplos de respostas da categoria “conversar/resolver” são *“Tento conversar, ver o que está acontecendo. Não deixo passar e não vou dormir brigado.”* Ou *“Ah, tem que resolver né? Converso primeiro e depois tento resolver o problema”*. Os resultados descritos podem ser observados no gráfico a seguir:

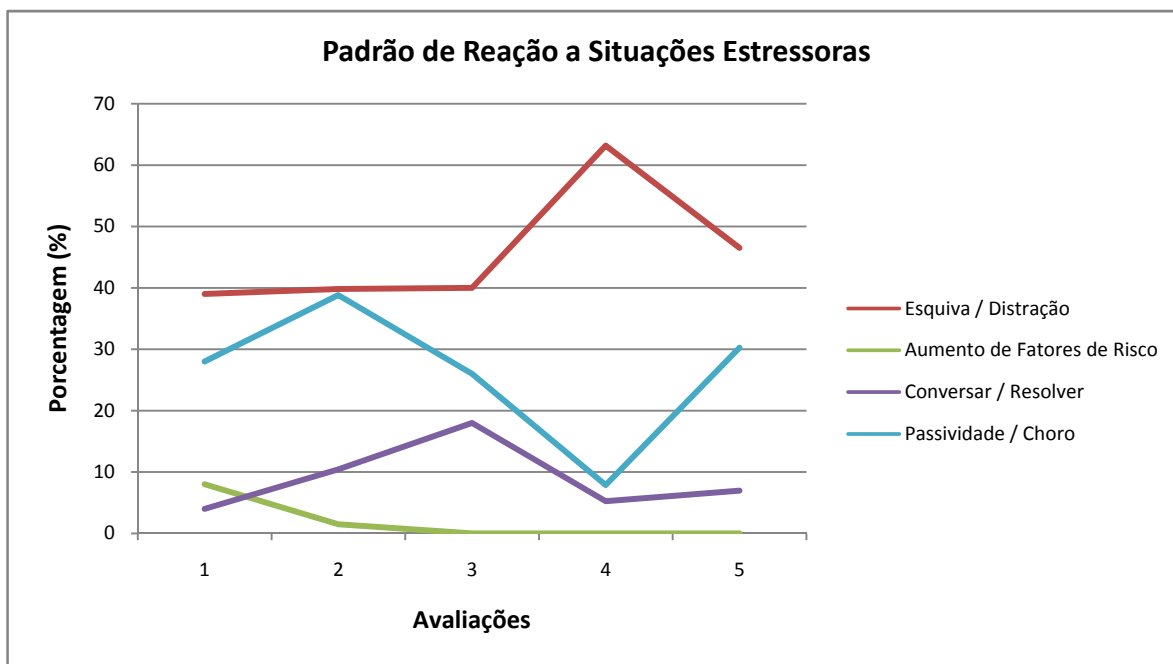


Gráfico 8 - Porcentagens de pacientes cardiopatas quanto aos padrões de reação emitidos diante de situações estressoras, ao longo dos cinco momentos de avaliação

O gráfico acima mostra um padrão bastante inconstante nas respostas apresentadas pelos sujeitos em relação a situações por eles consideradas estressantes, no decorrer de um ano. A reação de conversar ou tentar resolver a situação estressora, considerada como um padrão de comportamento mais adequado, ocorreu em baixa frequência quando comparada com comportamentos de esquiva/distração e passividade/choro. Estes ocorreram em frequência elevada e apresentaram resultados flutuantes ao longo do tempo, sendo o momento de avaliação 4 o que apresentou a maior discrepância ao longo das cinco avaliações. Já o engajamento em comportamentos associados aos fatores de risco, como alimentar-se em excesso, fumar e beber, apareceu em baixa frequência como reação a situações estressoras, apresentando diminuição entre a primeira e segunda avaliações e chegando a zero entre a terceira, quarta e quinta avaliações.

4.3 Descrição entre as Avaliações para Prontidão de Mudança de Comportamento

Os resultados descritos a seguir visam demonstrar a evolução, no decorrer das cinco avaliações, da prontidão para mudança comportamental dos sujeitos da amostra em relação ao comportamento de estresse, avaliado pela URICA, e dos comportamentos de risco associados ao sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, alimentação inadequada e tabagismo, avaliados pela Régua de Prontidão. Os gráficos que se seguem denotam as mudanças no nível de prontidão dos sujeitos da amostra ao longo do tempo:

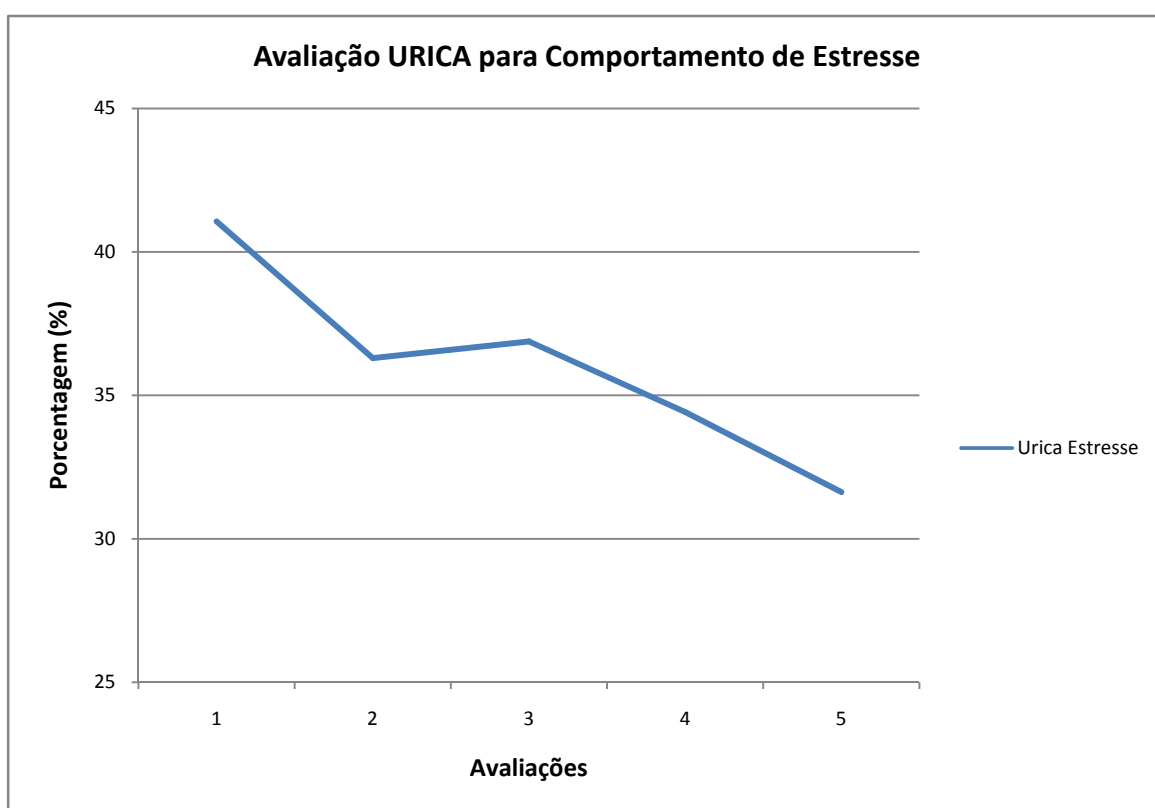


Gráfico 9 - Porcentagens de pacientes cardiopatas quanto à evolução do nível de prontidão para mudança do comportamento de estresse, avaliado pela URICA, ao longo dos cinco momentos de avaliação

No que se refere ao nível de prontidão para mudança do comportamento de estresse, o Gráfico 10 mostra uma diminuição na motivação dos sujeitos para empenharem-se em mudanças em seu padrão de comportamento, no decorrer dos cinco momentos de avaliação.

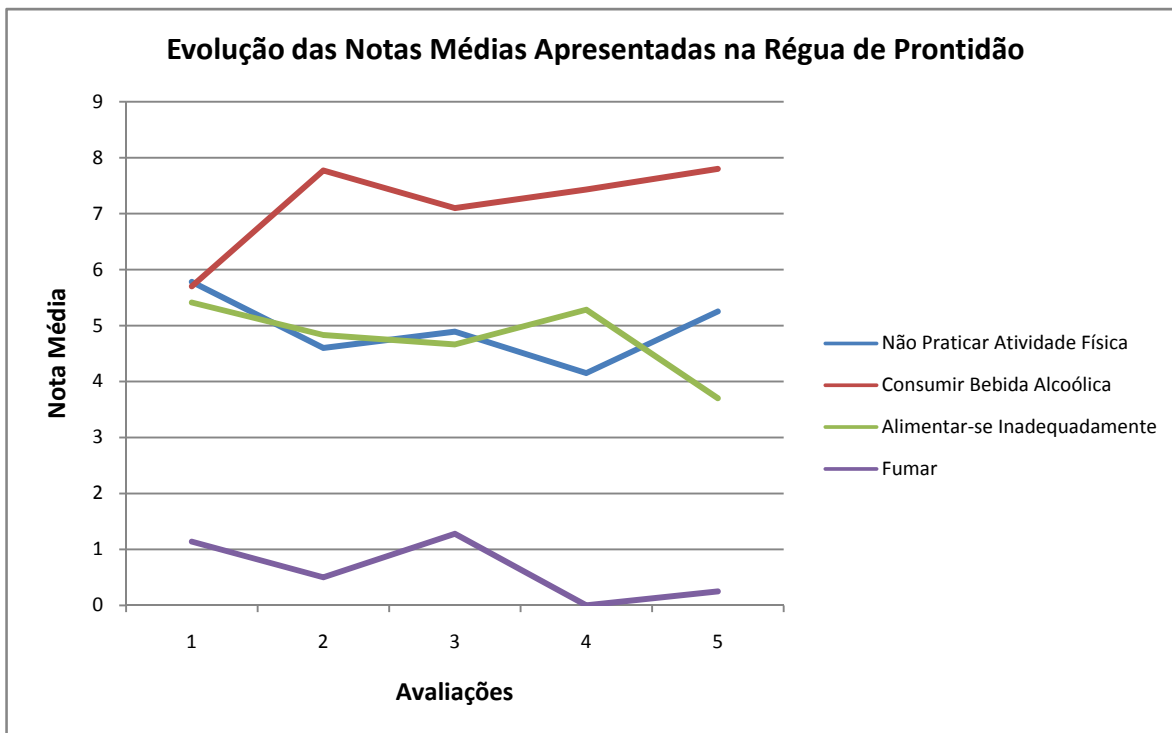


Gráfico 10 - Evolução do nível de prontidão de pacientes cardiopatas para mudança de comportamentos associados à prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, alimentação inadequada e uso de tabaco, avaliados pela Régua de Prontidão, ao longo dos cinco momentos de avaliação

Observa-se que a prontidão para mudança comportamental apresentou um aumento somente no comportamento de risco “consumir bebida alcoólica” ao longo do tempo, ou seja, os sujeitos da amostra apresentaram maior motivação para interromper o uso do álcool no decorrer de um ano. Já os comportamentos associados ao sedentarismo, alimentação inadequada e uso de tabaco apresentaram uma pequena diminuição no transcorrer dos cinco momentos de avaliação, demonstrando uma oscilação dos participantes quanto à motivação para realizar mudança de seus comportamentos de risco para cardiopatia.

4.4 Descrição das Variáveis Psicológicas comparando-se as Avaliações Inicial (Avaliação 1) e Final (Avaliação 5)

Nos resultados apresentados a seguir, buscou-se realizar uma comparação entre o momento inicial de avaliação, ou seja, antes da realização do procedimento de angioplastia (Avaliação 1), e o momento final de contato com o paciente, transcorrido o tempo médio de 12 meses (Avaliação 5) para os sujeitos presentes em ambas as avaliações (n=43).

4.4.1 Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse

O escore de prontidão para mudança de comportamento de estresse foi avaliado pela *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* - Adaptada para Comportamento de Estresse, sendo que as diferenças apresentadas pelos sujeitos quanto aos estágios de prontidão para mudança e quanto ao escore de prontidão, nos momentos inicial e final de avaliação, encontram-se nos gráficos abaixo:

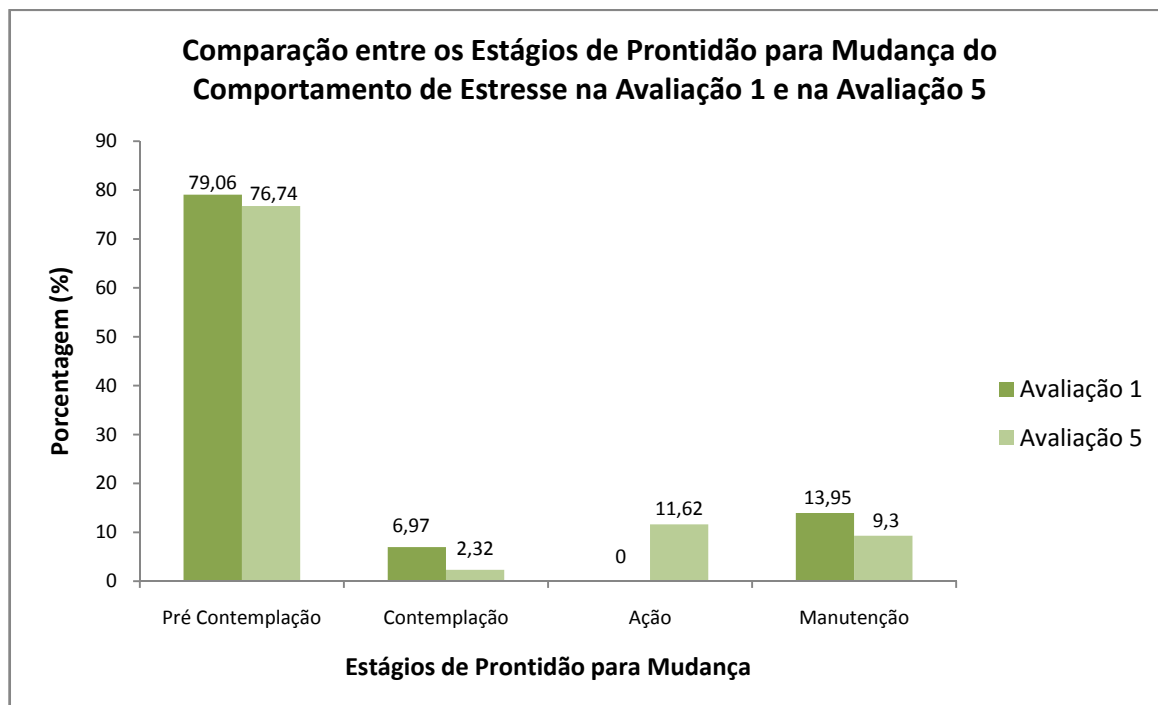


Gráfico 11 - Comparação dos estágios de prontidão para mudança do comportamento de estresse na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43)

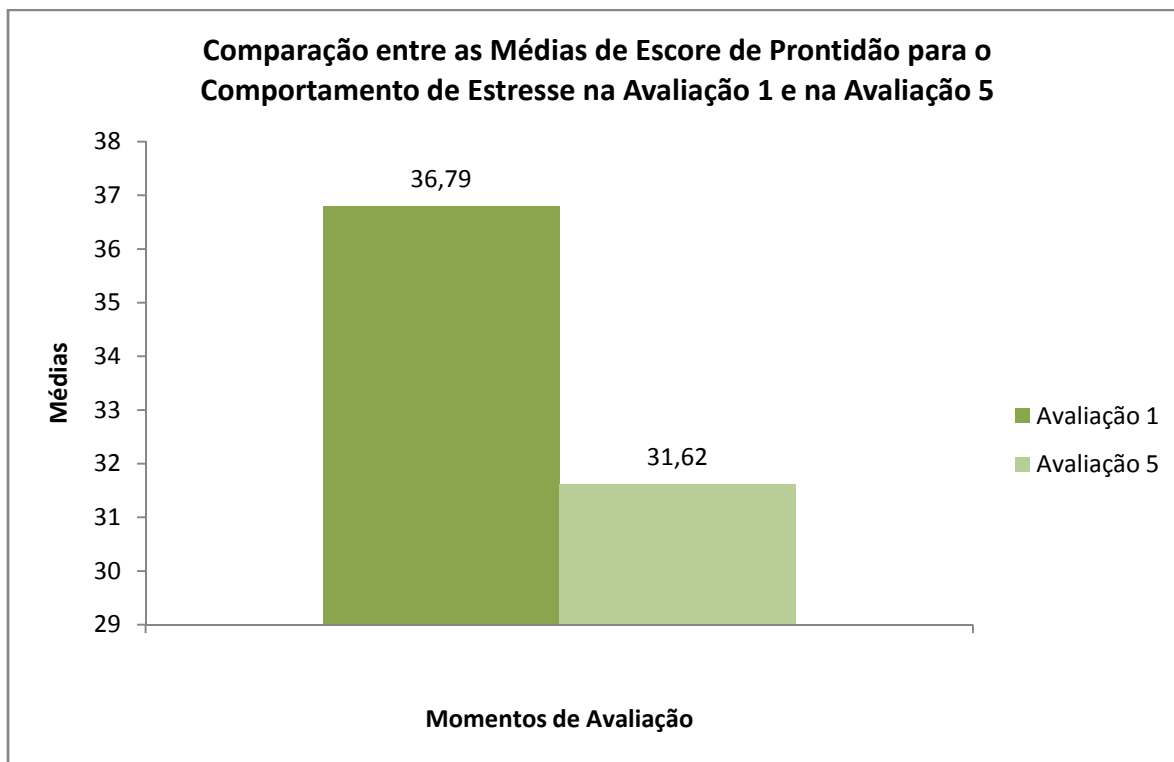


Gráfico 12 - Comparação do escore de prontidão para mudança do comportamento de estresse na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43)

Como pode ser observado no Gráfico 12, houve um incremento de indivíduos que passaram a agir em relação aos problemas relacionados ao estresse (aumento de 11,62 pontos percentuais). Em contrapartida, o Gráfico 13 mostra que a prontidão para mudança do comportamento de estresse apresentada pelos sujeitos ao longo de um ano sofreu um decréscimo de 5,17 pontos nas médias apresentadas entre as avaliações inicial e final.

4.4.2 Prontidão para Mudança de Comportamentos de Risco para Cardiopatias

A prontidão para mudança dos comportamentos associados à prática de atividade física, ao consumo de bebida alcoólica, ao padrão alimentar e ao hábito de fumar dos pacientes foi avaliada pela Régua de Prontidão, tendo os resultados comparativos entre Avaliação 1 e Avaliação 5 expostos no Gráfico 14.

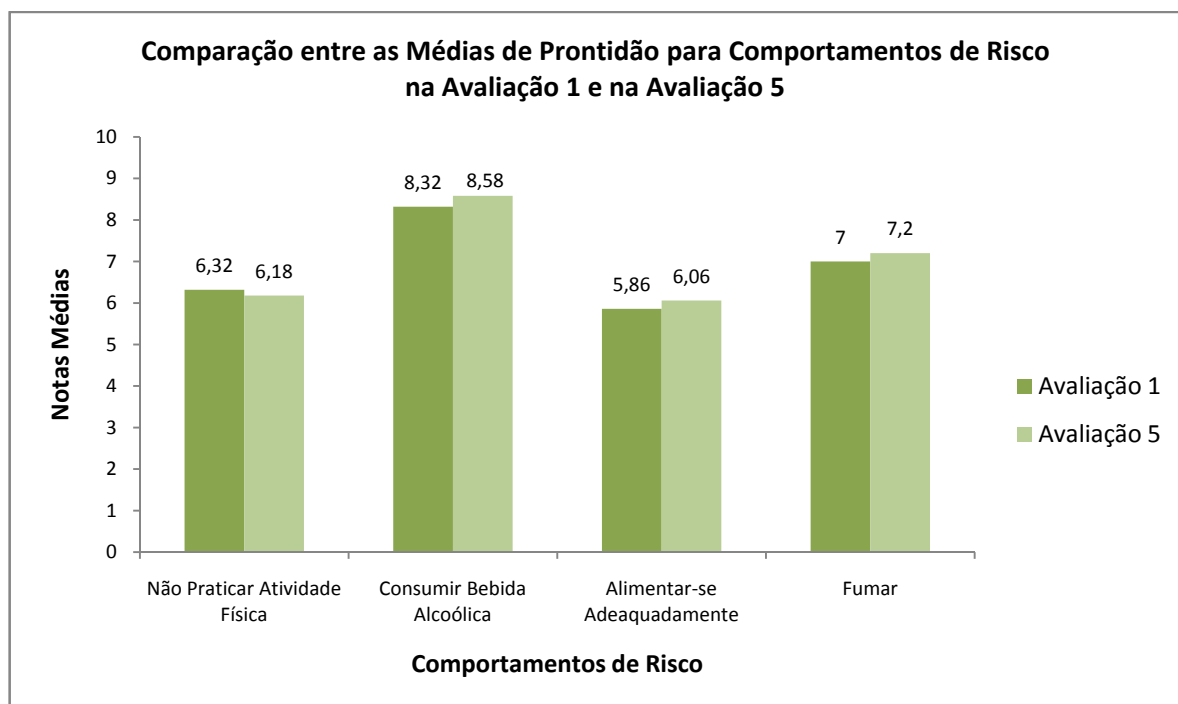


Gráfico 13 - Comparação das médias de prontidão para os comportamentos de não praticar atividade física, consumir bebida alcoólica, alimentar-se adequadamente e fumar, na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43)

O gráfico acima vem demonstrar que as notas médias atribuídas pelos sujeitos aos comportamentos de risco para cardiopatias pouco variaram ao longo de um ano, o que, em outras palavras, denota que os participantes da pesquisa não tiveram alterada sua percepção de dificuldade de mudança dos principais comportamentos de risco associados às doenças cardiovasculares.

4.4.3 Fatores de Risco Relatados

No que tange aos fatores de risco avaliados por meio da entrevista semi estruturada (prática de atividade física, alimentação, consumo de álcool e de tabaco), os resultados abaixo mostram a frequência de sujeitos emitindo cada um deles no primeiro e no último momento de avaliação.

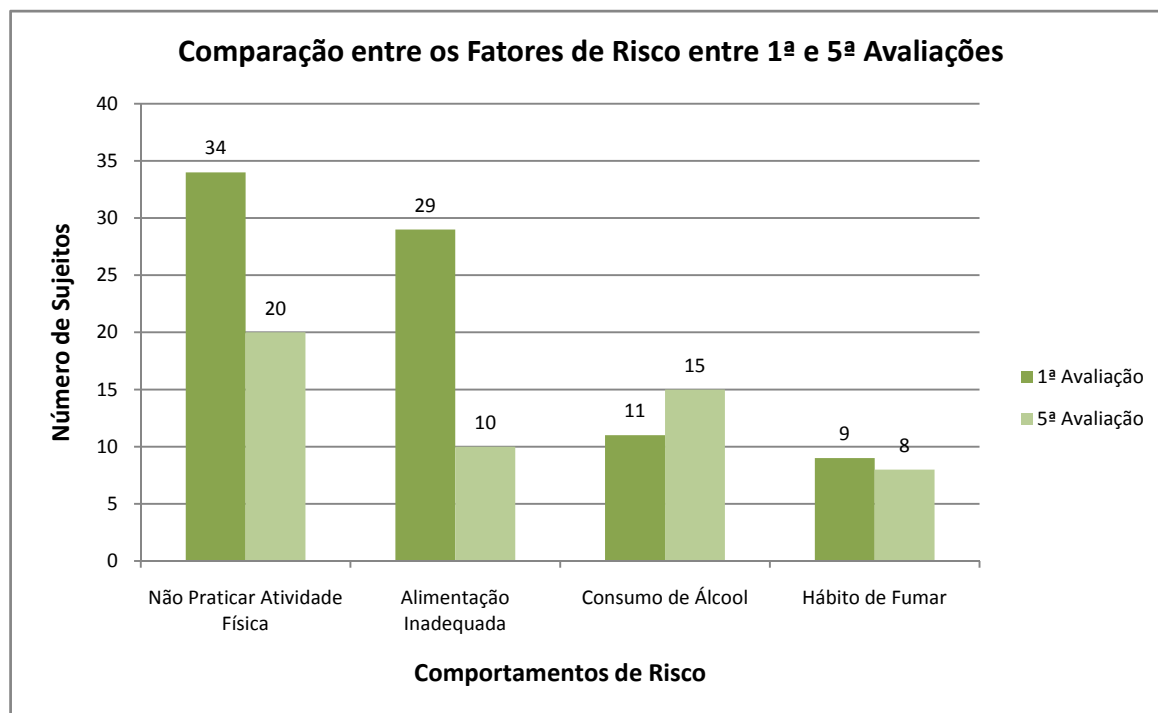


Gráfico 14 - Número de pacientes cardiopatas que relataram os comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “não praticar atividade física” entre o 1º e o 5º momento de avaliação (n=43)

Como pode ser observado, os comportamentos de risco relacionados à alimentação e à prática de atividade física tiveram a melhor evolução ao longo de um ano, com os pacientes investindo na melhora de seus hábitos alimentares e na prática de exercícios físicos. Assim, com o transcorrer de um ano, 14 sujeitos (32,56%) passaram a praticar atividade física e 19 (44,18 %) modificaram seus hábitos alimentares de maneira positiva. Já os comportamentos de risco associados ao uso de álcool e tabaco ocorreram em uma frequência menor, apresentando, para o consumo de álcool, um incremento de 4 sujeitos (9,30%), que passaram a fazer uso de bebida alcoólica no intervalo de um ano, e uma redução de um paciente (2,32%) no uso do tabaco entre a primeira e a quinta avaliações.

4.4.4 Depressão

A presença de sintomas depressivos foi verificada, nesta pesquisa, por meio do Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory - BDI*), sendo que os resultados aqui expostos na comparação entre avaliação inicial e final dizem respeito aos sintomas

cognitivos e afetivos avaliados pela forma de correção BDI-13. Os resultados podem ser observados no gráfico que se segue:

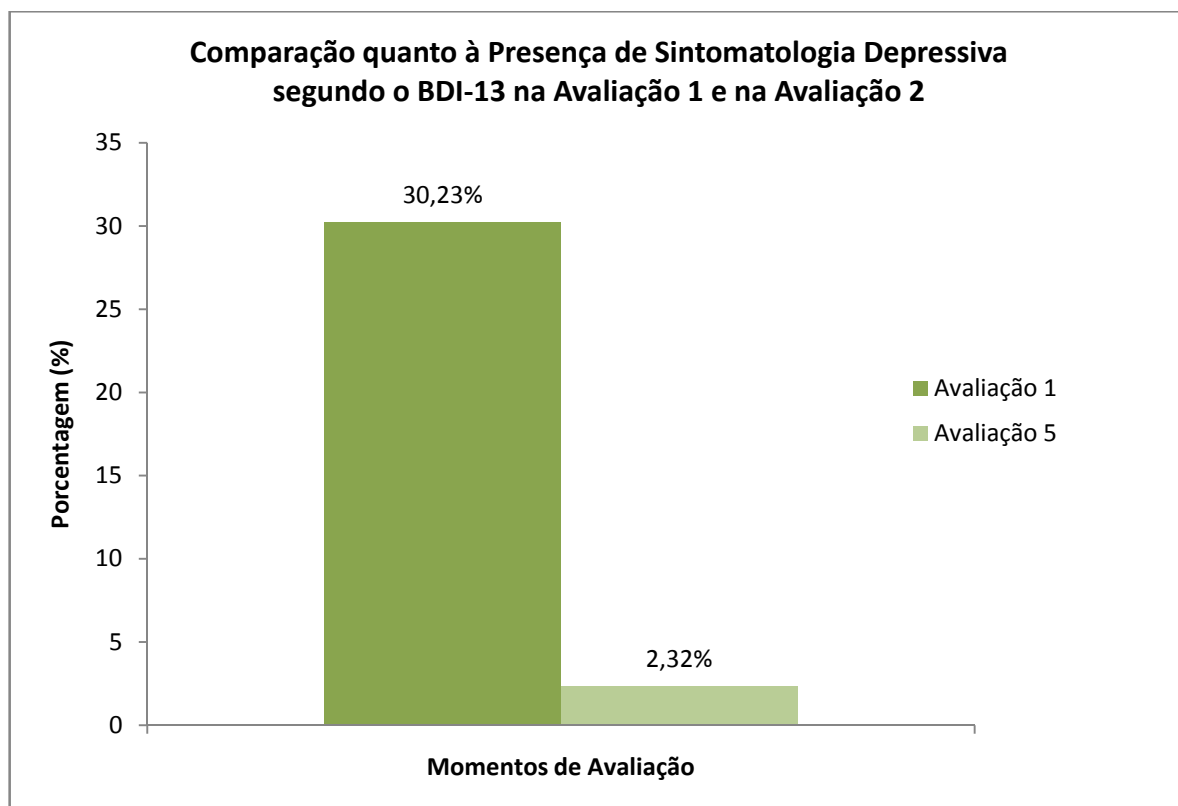


Gráfico 15 - Comparação das porcentagens de sujeitos com presença de sintomas cognitivos e afetivos de depressão, na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43)

Como pode ser avaliado no Gráfico 15, houve uma grande diferença na porcentagem de sujeitos apresentando sintomas de depressão nos dois momentos avaliativos considerados, com queda de 27,91 pontos percentuais no decorrer de um ano.

4.4.5 Estresse

A comparação entre o primeiro e último momentos de avaliação levará em conta apenas a presença de sintomas de estresse, avaliada pelo Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), cujos resultados encontram-se no Gráfico 16 abaixo disposto:

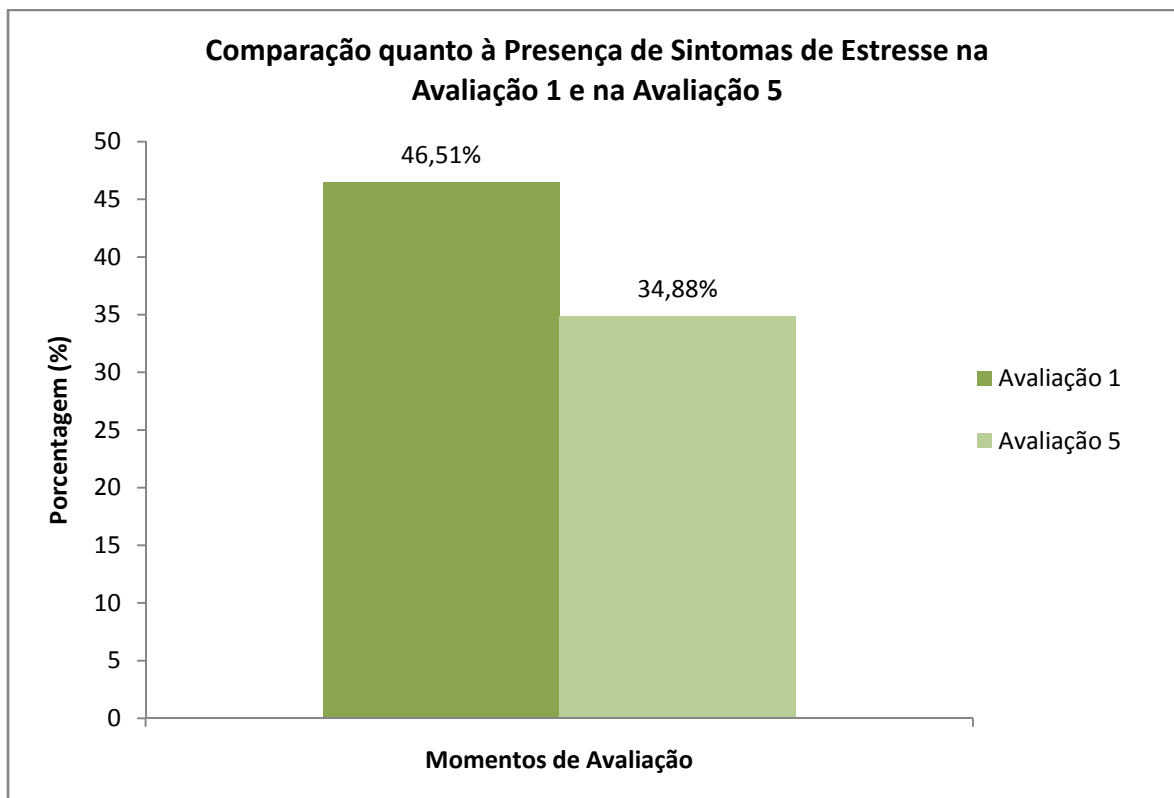


Gráfico 16 - Comparação das porcentagens de sujeitos com presença de sintomas de estresse, na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43)

O gráfico mostra que os sujeitos encontravam-se mais estressados no momento pré angioplastia do que um ano depois, quando foi realizada a última avaliação, sendo que tal diferença foi de 11,63 pontos percentuais.

4.4.6 Percepção do Estado de Saúde

A percepção do estado de saúde dos pacientes da presente pesquisa foi avaliada pelo Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36, em seus oito domínios, sendo que os resultados comparativos entre as avaliações 1 e 5 podem ser observados no gráfico que se segue:

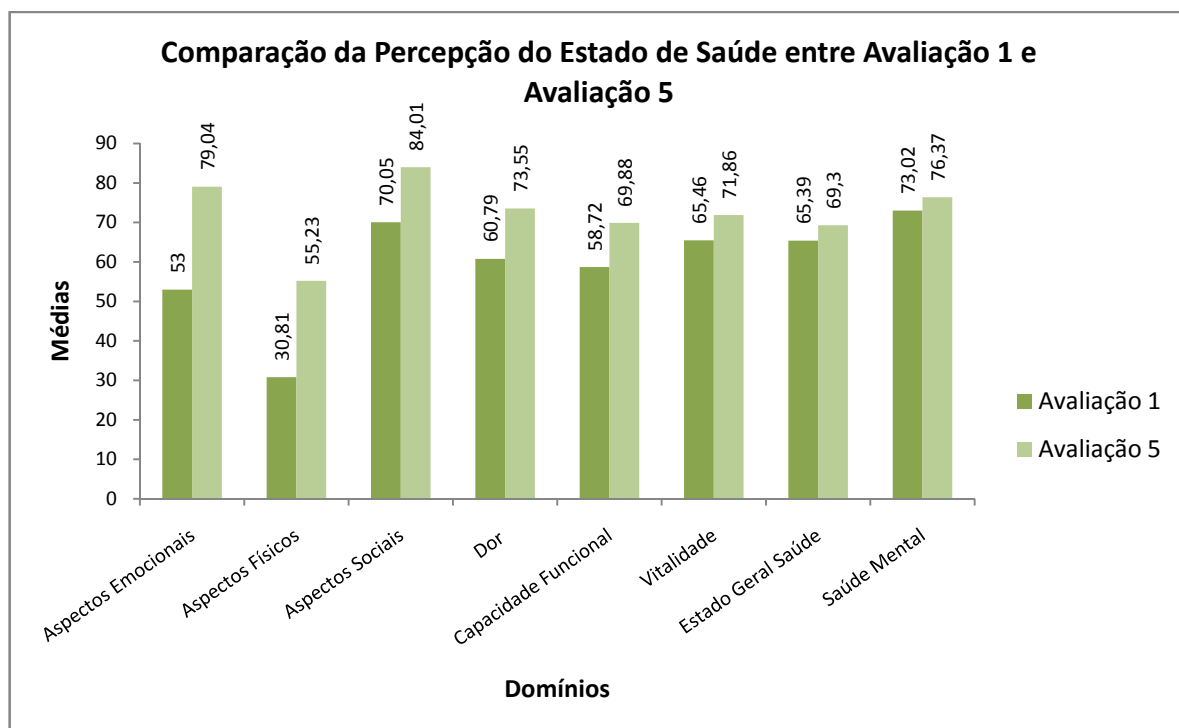


Gráfico 17 - Comparação das médias apresentadas pelos sujeitos nos oito domínios de percepção do estado da saúde, na Avaliação 1 e na Avaliação 5 (n=43)

Como pode ser observado, os sujeitos apresentaram, no decorrer de um ano entre as avaliações inicial e final, uma melhora em todos os domínios avaliados, sendo que os maiores incrementos ocorreram nos “aspectos emocionais” e “aspectos físicos”, com 26,04 e 24,42 pontos médios adicionais, respectivamente.

4.5 Análise Estatística da Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse

Os resultados apresentados a seguir são referentes à análise estatística realizada, buscando-se relacionar a prontidão para mudança do comportamento de estresse – avaliado a partir da aplicação da URICA – com variáveis sociodemográficas, psicológicas e os principais comportamentos de risco associados a cardiopatias. É importante ressaltar que as perdas de associações ocorridas ao longo dos ajustes de variáveis efetuados para os diferentes modelos se dá, provavelmente, em função dos tamanhos amostrais (perdas de sujeitos) ao longo das cinco avaliações efetuadas no período de um ano.

4.5.1 Comparação entre Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse e Variáveis Sociodemográficas ao longo das Cinco Avaliações

Os resultados a seguir referem-se às possíveis relações existentes entre Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse e as variáveis sociodemográficas sexo, idade, escolaridade e estado civil ao longo dos cinco momentos de avaliação. A descrição dos resultados realizada abaixo pode ser melhor observada nas tabelas 11 a 15.

A Tabela 11 (p. 97) mostra que as variáveis idade e estado civil encontram-se associadas a uma maior chance de mudança comportamental na primeira avaliação (n=100). O cálculo do *Odds Ratio* mostra que os sujeitos mais jovens – entre 18 e 65 anos – apresentam 2,58 vezes mais chances de investir na mudança de seus comportamentos relacionados ao estresse quando comparados com aqueles com idade superior a 65 anos (OR 2,58; IC 95%; 1,04-6,43). Esta associação se manteve depois de realizados os ajustes para os modelos contendo variáveis psicológicas e sociodemográficas (OR3 5,04; IC 95%; 1,48-17,21) e variáveis psicológicas, sociodemográficas e de recebimento de suporte social (OR4 4,08; IC 95%; 1,29-12,88). No que se refere ao estado civil, o cálculo do *Odds Ratio* demonstrou que indivíduos sem parceiro, ou seja, solteiros, separados ou viúvos, demonstraram 3,89 vezes mais chances de apresentarem mudanças comportamentais em relação àqueles que possuíam parceiros, fossem casados ou amasiados (OR 3,89; IC 95%; 1,06-14,22). Da mesma forma que para idade, realizou-se os ajustes para os modelos contendo variáveis psicológicas, sociodemográficas e de recebimento de suporte social, nos quais se observou a manutenção das associações obtidas para o *Odds Ratio* Bruto (OR3 10,12; IC 95%; 1,95-52,47; OR4 8,48; IC 95%; 1,75-41,19).

No decorrer da Avaliação 2 (n=67), por sua vez, não foram identificadas relações significativas entre as variáveis sociodemográficas e a prontidão para mudança de comportamento, como pode ser verificado na Tabela 12 (p. 98).

Na terceira avaliação (n=50), manteve-se a associação entre idade e prontidão para mudança, observando-se que os sujeitos mais jovens apresentaram 4,68 vezes mais chances de mudar o comportamento de estresse quando comparados aos participantes mais velhos (OR 4,68; IC 95%; 1,26-17,41), sendo que após a realização dos ajustes, tais associações foram mantidas (OR3 5,95; IC 95%; 1,21-29,34; OR4 5,43; IC 95%; 1,09-27,00), como pode ser observado na Tabela 13 (p. 99).

Nas avaliações quatro e cinco, o mesmo padrão de resultados foi encontrado, embora não tenha sido possível realizar o ajuste para as variáveis psicológicas e sociodemográficas (OR3), em função do tamanho amostral. Assim, na Avaliação 4 (n=38), o

cálculo do *Odds Ratio* mostrou que pessoas mais jovens apresentam 14 vezes mais chances para mudar de comportamento (OR 14,00; IC 95%; 1,51-130,01; OR4 39,34; IC 95%; 1,92-804,39), enquanto na Avaliação 5 (n=43) esta chance foi 4,95 vezes maior (OR 4,95; IC 95%; 1,24-19,96; OR4 9,28; IC 95%; 1,28-67,29), conforme nos mostra as tabelas 14 (p. 100) e 15 (p. 101).

Tabela 11 - Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 1 (n=100)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Sexo							
Feminino	25 (35,21)	8 (27,59)	1,42 (0,55; 3,68)	-----	-----	0,89 (0,26; 3,08)	0,77 (0,24; 2,54)
Masculino	46 (64,79)	21 (72,41)	ref	-----	-----	ref	ref
Idade							
Entre 18 e 65 anos	54 (76,06)	16 (55,17)	2,58* (1,04; 6,43)	-----	-----	5,04* (1,48; 17,21)	4,08* (1,29; 12,88)
Mais de 65 anos	17 (23,94)	13 (44,83)	ref	-----	-----	ref	ref
Escolaridade							
Analf./Ens. Fun. Inc.	58 (81,69)	22 (75,86)	ref	-----	-----	ref	ref
Ens. Fun. Comp./Acima	13 (18,31)	7 (24,14)	0,70 (0,25; 2,00)	-----	-----	0,71 (0,19; 2,73)	0,73 (0,20; 2,73)
Estado Civil							
Com Parceiro	49 (69,01)	26 (89,66)	ref	-----	-----	ref	ref
Sem Parceiro	22 (30,99)	3 (10,34)	3,89* (1,06; 14,22)	-----	-----	10,12* (1,95; 52,47)	8,48* (1,75; 41,19)

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Analf./Ens. Fun. Inc. = Analfabetos e Ensino Fundamental Incompleto; Ens. Fun. Comp./Acima = Ensino Fundamental Completo e Acima.

Tabela 12 - Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 2 (n=67)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Sexo							
Feminino	14 (31,82)	7 (30,43)	1,07 (0,36; 3,18)	-----	-----	0,83 (0,20; 3,53)	0,78 (0,20; 3,08)
Masculino	30 (68,18)	16 (69,57)	ref	-----	-----	ref	ref
Idade							
Entre 18 e 65 anos	31 (70,45)	17 (73,91)	0,84 (0,27; 2,62)	-----	-----	0,89 (0,23; 3,46)	1,02 (0,28; 3,62)
Mais de 65 anos	13 (29,55)	6 (26,09)	ref	-----	-----	ref	ref
Escolaridade							
Analf./Ens. Fun. Inc.	36 (81,82)	19 (82,61)	ref	-----	-----	ref	ref
Ens. Fun. Comp./Acima	8 (18,18)	4 (17,39)	1,06 (0,28; 3,96)	-----	-----	1,42 (0,33; 6,21)	1,24 (0,30; 5,12)
Estado Civil							
Com Parceiro	36 (81,82)	18 (78,26)	ref	-----	-----	ref	ref
Sem Parceiro	8 (18,18)	5 (21,74)	0,80 (0,23; 2,80)	-----	-----	1,35 (0,28; 6,59)	1,13 (0,26; 4,83)

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Analf./Ens. Fun. Inc. = Analfabetos e Ensino Fundamental Incompleto; Ens. Fun. Comp./Acima = Ensino Fundamental Completo e Acima.

Tabela 13 - Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 3 (n=50)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Sexo							
Feminino	10 (32,26)	5 (26,32)	1,33 (0,38; 4,74)	-----	-----	1,67 (0,29; 9,70)	1,5 (0,24; 9,23)
Masculino	21 (67,74)	14 (73,68)	ref	-----	-----	ref	ref
Idade							
Entre 18 e 65 anos	26 (83,87)	10 (52,63)	4,68* (1,26; 17,41)	-----	-----	5,95* (1,21; 29,34)	5,43* (1,09; 27,00)
Mais de 65 anos	5 (16,13)	9 (47,37)	ref	-----	-----	ref	ref
Escolaridade							
Analf./Ens. Fun. Inc.	24 (77,42)	14 (73,68)	ref	-----	-----	ref	ref
Ens. Fun. Comp./Acima	7 (22,58)	5 (26,32)	0,81 (0,21; 3,07)	-----	-----	0,55 (0,11; 2,61)	0,46 (0,09; 2,32)
Estado Civil							
Com Parceiro	22 (70,97)	14 (73,68)	ref	-----	-----	ref	ref
Sem Parceiro	9 (29,03)	5 (26,32)	1,14 (0,32; 4,13)	-----	-----	0,72 (0,13; 4,06)	0,67 (0,11; 4,14)

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Analf./Ens. Fun. Inc. = Analfabetos e Ensino Fundamental Incompleto; Ens. Fun. Comp./Acima = Ensino Fundamental Completo e Acima.

Tabela 14 - Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 4 (n=38)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Sexo							
Feminino	6 (28,57)	3 (17,65)	1,87 (0,39; 8,93)	-----	-----	1,56 (0,24; 10,16)	2,05 (0,24; 17,72)
Masculino	15 (71,43)	14 (82,35)	ref	-----	-----	ref	ref
Idade							
Entre 18 e 65 anos	20 (95,24)	10 (58,82)	14,00*(1,51;130,01)	-----	-----	-----	39,34*(1,92;804,39)
Mais de 65 anos	1 (4,76)	7 (41,18)	ref	-----	-----	ref	ref
Escolaridade							
Analf./Ens. Fun. Inc.	16 (76,19)	13 (76,47)	ref	-----	-----	ref	ref
Ens. Fun. Comp./Acima	5 (23,81)	4 (23,53)	1,02 (0,23; 4,58)	-----	-----	1,15 (0,17; 7,89)	0,79 (0,10; 6,51)
Estado Civil							
Com Parceiro	18 (85,71)	13 (76,47)	Ref	-----	-----	ref	ref
Sem Parceiro	3 (14,29)	4 (23,53)	0,54 (0,10; 2,84)	-----	-----	0,51 (0,06; 4,43)	0,41 (0,04; 4,00)

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Analf./Ens. Fun. Inc. = Analfabetos e Ensino Fundamental Incompleto; Ens. Fun. Comp./Acima = Ensino Fundamental Completo e Acima.

Tabela 15 - Frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 5 (n=43)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Sexo							
Feminino	7 (31,82)	6 (28,57)	1,17 (0,32; 4,30)	-----	-----	1,55 (0,26; 9,09)	1,03 (0,16; 6,64)
Masculino	15 (68,18)	15 (71,43)	ref	-----	-----	ref	ref
Idade							
Entre 18 e 65 anos	18 (81,82)	10 (47,62)	4,95* (1,24; 19,96)	-----	-----	-----	9,28* (1,28; 67,29)
Mais de 65 anos	4 (18,18)	11 (52,38)	ref	-----	-----	ref	ref
Escolaridade							
Analf./Ens. Fun. Inc.	17 (77,27)	15 (71,43)	ref	-----	-----	ref	ref
Ens. Fun. Comp./Acima	5 (22,73)	6 (28,57)	0,73 (0,19; 2,91)	-----	-----	0,75 (0,14; 4,08)	0,26 (0,04; 1,66)
Estado Civil							
Com Parceiro	18 (81,82)	17 (80,95)	ref	-----	-----	ref	ref
Sem Parceiro	4 (18,18)	4 (19,05)	0,94 (0,20; 4,39)	-----	-----	0,47 (0,05; 4,78)	1,78 (0,19; 16,41)

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Analf./Ens. Fun. Inc. = Analfabetos e Ensino Fundamental Incompleto; Ens. Fun. Comp./Acima = Ensino Fundamental Completo e Acima.

4.5.2 Comparação entre Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse e Variáveis Psicológicas ao longo das Cinco Avaliações

Realizou-se também a análise das possíveis associações existentes entre a Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse e as variáveis psicológicas, lembrando que estas últimas referem-se: ao estado de saúde percebido pelos pacientes, medido pelo SF-36 em seus oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental); à presença de sintomas depressivos, medida pelo Inventário Beck de Depressão (BDI) em suas duas formas de correção (a tradicional, que leva em conta os 21 itens do inventário, e o BDI 13, que avalia a presença de sintomas cognitivo afetivos, ignorando os somáticos); e à presença de sintomas de estresse, medidos pelo Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). A descrição dos resultados a seguir encontra-se disponível nas tabelas 16 a 20.

Na Avaliação 1 (n=100), pode-se observar a presença de uma relação entre os domínios “aspectos emocionais” e “saúde mental”, do SF-36, com a prontidão dos sujeitos para a mudança, sendo que o cálculo do *Odds Ratio* mostra que os pacientes com melhor percepção de seu estado emocional apresentam 2,53 vezes mais chances de mudar em relação àqueles com uma pior percepção (OR 2,53; IC 95%; 1,11-5,74), o que também pôde ser constatado para “saúde mental”, em que indivíduos com uma melhor percepção deste domínio apresentaram 5,51 vezes mais chances de investir em mudanças comportamentais (OR 5,51; IC 95%; 1,17-25,91). No entanto, em ambos os casos, esta associação não se manteve após realização dos ajustes para os modelos contendo variáveis psicológicas e sociodemográficas. Já no que se refere ao estresse, observou-se que tanto no cálculo do *Odds Ratio* bruto quanto no dos ajustados, a associação entre ausência de sintomas de estresse e maior prontidão para mudança de comportamento esteve presente (OR 4,20; IC 95%; 1,79-9,83; OR1 3,3; IC 95%; 1,16-9,34; OR2 6,88; IC 95%; 2,36-20,04; OR3 3,69; IC 95%; 1,08-12,68; OR4 6,15; IC 95%; 1,81-20,88). Estes dados podem ser visualizados na Tabela 16 (p. 104-105). Ao longo da Avaliação 2 (n=67), mais uma vez, não foram encontradas quaisquer associações entre as variáveis estudadas, como pode ser visto na Tabela 17 (p. 106-107).

No terceiro momento de avaliação (n=50) encontrou-se, novamente, o estresse como uma importante variável preditora de prontidão para mudança de comportamento. O cálculo do *Odds Ratio* mostra que sujeitos livres de sintomas de estresse apresentam 7,18

vezes mais chances de se engajarem em mudanças comportamentais do que aqueles que se encontram estressados (OR 7,18; IC 95%; 1,72-29,97). Com o ajuste das variáveis psicológicas, observa-se que houve perda desta associação (OR1 3,32; IC 95%; 0,44-25,39), o que se recuperou com os ajustes para os modelos contendo as variáveis psicológicas e sociodemográficas (OR3 9,49; IC 95%; 1,35-66,96) e as variáveis psicológicas, sociodemográficas e de suporte social (OR4 8,46; IC 95%; 1,29-55,65), como pode ser visto na Tabela 18 (p. 108-109).

A Avaliação 4 (n=38) demonstra o mesmo padrão de resultados em relação à avaliação anterior, com as variáveis estresse e prontidão para mudança apresentando associação entre si. Desta forma, indivíduos com ausência de sintomas de estresse apresentam 6,11 mais chances de mudar em relação aos sujeitos estressados (OR 6,11; IC 95%; 1,34-27,96), relação esta perdida em alguns ajustes e restabelecida em outros, demonstrando que a ausência de sintomas de estresse pode ser vista como uma importante variável preditora de mudança comportamental, conforme pode ser analisado na Tabela 19 (p. 110-111). Na quinta avaliação (n=43), observou-se, inicialmente, a presença de associação entre o domínio “aspectos emocionais”, do SF-36, e prontidão para mudança de comportamento de estresse, sendo que o cálculo do *Odds Ratio* mostrou que indivíduos com melhor percepção deste domínio apresentam 5,85 vezes mais chances de mudanças do que aqueles com uma pior percepção (OR 5,85; IC 95%; 1,07-32,08). No entanto, tal relação não se manteve após a realização dos ajustes para os modelos contendo as variáveis psicológicas e sociodemográficas. Já a variável “ausência de estresse”, mais uma vez, mostra sua importância na indicação das chances de mudança comportamental dos sujeitos estudados, com o *Odds Ratio* bruto demonstrando que indivíduos com ausência destes sintomas apresentam 7,20 vezes mais chances de mudança quando comparados com pessoas estressadas (OR 7,20; IC 95%; 1,64-31,71). Esta associação só se perdeu com o ajuste para o modelo contendo as variáveis psicológicas e sociodemográficas (OR3), mantendo-se significativo para todos os demais ajustes realizados, o que pode ser analisado mais detalhadamente na Tabela 20 (p. 112-113).

Tabela 16 - Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 1 (n=100)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Dor							
> 50	26 (44,07)	18 (43,90)	1,00 (0,45; 2,24)	0,58 (0,21; 1,61)	-----	0,48 (0,14; 1,66)	-----
≤ 50	33 (55,93)	23 (56,10)	ref	ref	-----	ref	-----
Est. Ger. Saúde							
> 50	15 (25,42)	9 (21,95)	1,21 (0,47; 3,11)	0,75 (0,24; 2,32)	-----	0,52 (0,12; 2,20)	-----
≤ 50	44 (74,58)	32 (7,05)	ref	ref	-----	ref	-----
Vitalidade							
> 50	16 (27,12)	7 (17,07)	1,81 (0,67; 4,89)	0,98 (0,29; 3,31)	-----	0,9 (0,19; 4,31)	-----
≤ 50	43 (72,88)	34 (82,93)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Sociais							
> 50	11 (18,64)	3 (7,32)	2,9 (0,76; 11,15)	1,95 (0,41; 9,16)	-----	1,06 (0,16; 7,08)	-----
≤ 50	48 (81,36)	38 (92,68)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Emoc.							
> 50	35 (59,32)	15 (36,59)	2,53* (1,11; 5,74)	1,31 (0,48; 3,56)	-----	2,28 (0,68; 7,72)	-----
≤ 50	24 (40,68)	26 (63,41)	ref	ref	-----	ref	-----
Saúde Mental							
> 50	13 (22,03)	2 (4,88)	5,51* (1,17; 25,91)	2,83 (0,51; 15,79)	-----	3,15 (0,26; 37,83)	-----
≤ 50	46 (77,97)	39 (95,12)	ref	ref	-----	ref	-----

Continua

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)	Conclusão
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)						
BDI 13								
C/ Sint. Cog. Af.	21 (35,59)	10 (24,39)	1,71 (0,70; 4,17)	1,17 (0,38; 3,58)	0,87 (0,29; 2,58)	2,02 (0,49; 8,40)	1,41 (0,39; 5,02)	
S/ Sint. Cog. Af.	38 (64,41)	31 (75,61)	ref	ref	ref	ref	ref	
Estresse								
Presença	16 (27,12)	25 (60,98)	ref	ref	ref	ref	ref	
Ausência	43 (72,88)	16 (39,02)	4,2* (1,79; 9,83)	3,3* (1,16; 9,34)	6,88* (2,36; 20,04)	3,69* (1,08; 12,68)	6,15* (1,81; 20,88)	

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Est. Ger. Saúde = Estado Geral de Saúde; Aspec. Sociais = Aspectos Sociais; Aspec. Emoc. = Aspectos Emocionais; Valores > 50 = Boa Percepção do Estado de Saúde; Valores ≤ 50 = Pior Percepção do Estado de Saúde; Moder./Grave = Moderado/Grave; C/ Sint. Cog. Af. = Com Sintomas Cognitivos Afetivos; S/ Sint. Cog. Af. = Sem Sintomas Cognitivos Afetivos.

Tabela 17 - Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 2 (n=67)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Dor							
> 50	12 (30,77)	4 (14,29)	2,67 (0,75; 9,38)	3,61 (0,75; 17,22)	-----	1,94 (0,36; 10,49)	-----
≤ 50	27 (69,23)	24 (85,71)	ref	ref	-----	ref	-----
Est. Ger. Saúde							
> 50	9 (23,08)	4 (14,29)	1,80 (0,49; 6,57)	1,77 (0,39; 8,16)	-----	0,79 (0,15; 4,09)	-----
≤ 50	30 (76,92)	24 (85,71)	ref	ref	-----	ref	-----
Vitalidade							
> 50	5 (12,82)	3 (10,71)	1,22 (0,27; 5,61)	0,24 (0,01; 4,94)	-----	3,92 (0,08; 188,53)	-----
≤ 50	34 (87,18)	25 (89,29)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Sociais							
> 50	6 (15,38)	3 (10,71)	1,52 (0,35; 6,66)	2,25 (0,15; 34,04)	-----	0,44 (0,02; 10,29)	-----
≤ 50	33 (84,62)	25 (89,29)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Emoc.							
> 50	17 (43,59)	10 (35,71)	1,39 (0,51; 3,78)	1,25 (0,37; 4,20)	-----	3,33 (0,73; 14,62)	-----
≤ 50	22 (56,41)	18 (64,29)	ref	ref	-----	ref	-----
Saúde Mental							
> 50	6 (15,38)	3 (10,71)	1,52 (0,35; 6,66)	1,04 (0,09; 10,98)	-----	1,21 (0,09; 16,83)	-----
≤ 50	33 (84,62)	25 (89,29)	ref	ref	-----	ref	-----

Continua

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)	Conclusão
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)						
BDI 13								
C/ Sint. Cog. Af.	6 (15,38)	3 (10,71)	1,52 (0,35; 6,66)	0,85 (0,07; 9,54)	1,22 (0,21; 7,01)	0,33 (0,02; 5,39)	0,95 (0,12; 7,30)	
S/ Sint. Cog. Af.	33 (84,62)	25 (89,29)	ref	ref	ref	ref	ref	
Estresse								
Presença	22 (56,41)	18 (64,29)	ref	ref	ref	ref	ref	
Ausência	17 (43,59)	10 (35,71)	1,39 (0,51; 3,78)	1,06 (0,30; 3,81)	1,15 (0,34; 3,91)	2,21 (0,43; 11,48)	2,59 (0,60; 11,27)	

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Est. Ger. Saúde = Estado Geral de Saúde; Aspec. Sociais = Aspectos Sociais; Aspec. Emoc. = Aspectos Emocionais; Valores > 50 = Boa Percepção do Estado de Saúde; Valores ≤ 50 = Pior Percepção do Estado de Saúde; Moder./Grave = Moderado/Grave; C/ Sint. Cog. Af. = Com Sintomas Cognitivos Afetivos; S/ Sint. Cog. Af. = Sem Sintomas Cognitivos Afetivos.

Tabela 18 - Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 3 (n=50)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Dor							
> 50	10 (37,04)	5 (21,74)	2,12 (0,60; 7,48)	1,06 (0,18; 6,16)	-----	0,59 (0,11; 3,28)	-----
≤ 50	17 (62,96)	18 (78,26)	ref	ref	-----	ref	-----
Est. Ger. Saúde							
> 50	6 (22,22)	1 (4,35)	6,28 (0,70; 56,67)	0,48 (0,01; 13,34)	-----	-----	-----
≤ 50	21 (77,78)	22 (95,65)	ref	ref	-----	ref	-----
Vitalidade							
> 50	3 (11,11)	0 (0,00)	-----	-----	-----	-----	-----
≤ 50	24 (88,89)	23 (100,00)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Sociais							
> 50	4 (14,81)	2 (8,70)	1,83 (0,30; 11,02)	0,51 (0,03; 8,07)	-----	2,58 (0,19; 34,91)	-----
≤ 50	23 (85,19)	21 (91,30)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Emoc.							
> 50	14 (51,85)	1 (4,35)	23,67 (2,78; 201,58)	22,36 (1,46; 341,43)	-----	-----	-----
≤ 50	13 (48,15)	22 (95,65)	ref	ref	-----	ref	-----
Saúde Mental							
> 50	3 (11,11)	0 (0,00)	-----	-----	-----	-----	-----
≤ 50	24 (88,89)	23 (100,00)	ref	ref	-----	ref	-----

Continua

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)	Conclusão
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)						
BDI 13								
C/ Sint. Cog. Af.	4 (14,81)	1 (4,35)	3,82 (0,40; 36,96)	0,76 (0,03; 21,69)	3,39 (0,33; 34,91)	0,60 (0,03; 10,98)	0,48 (0,03; 8,01)	
S/ Sint. Cog. Af.	23 (85,19)	22 (95,65)	ref	ref	ref	ref	ref	
Estresse								
Presença	13 (48,15)	20 (86,96)	ref	ref	ref	ref	ref	
Ausência	14 (51,85)	3 (13,04)	7,18* (1,72; 29,97)	3,32 (0,44; 25,39)	-----	9,49* (1,35; 66,96)	8,46* (1,29; 55,65)	

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Est. Ger. Saúde = Estado Geral de Saúde; Aspec. Sociais = Aspectos Sociais; Aspec. Emoc. = Aspectos Emocionais; Valores > 50 = Boa Percepção do Estado de Saúde; Valores ≤ 50 = Pior Percepção do Estado de Saúde; Moder./Grave = Moderado/Grave; C/ Sint. Cog. Af. = Com Sintomas Cognitivos Afetivos; S/ Sint. Cog. Af. = Sem Sintomas Cognitivos Afetivos.

Tabela 19 - Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 4 (n=38)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Dor							
> 50	8 (40,00)	4 (22,22)	2,33 (0,56; 9,72)	2,03 (0,33; 12,72)	-----	3,13 (0,43; 22,81)	-----
≤ 50	12 (60,00)	14 (77,78)	ref	ref	-----	ref	-----
Est. Ger. Saúde							
> 50	7 (35,00)	1 (5,56)	9,15 (0,99; 83,96)	8,04 (0,73; 88,21)	-----	-----	-----
≤ 50	13 (65,00)	17 (94,44)	ref	ref	-----	ref	-----
Vitalidade							
> 50	3 (15,00)	1 (5,56)	3,00 (0,28; 31,80)	0,43 (0,02; 12,04)	-----	0,35 (0,01; 11,42)	-----
≤ 50	17 (85,00)	17 (94,44)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Sociais							
> 50	3 (15,00)	1 (5,56)	3,00 (0,28; 31,80)	0,37 (0,01; 17,87)	-----	0,79 (0,03; 19,88)	-----
≤ 50	17 (85,00)	17 (94,44)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Emoc.							
> 50	8 (40,00)	2 (11,11)	5,33 (0,95; 29,81)	2,25 (0,19; 25,68)	-----	1,95 (0,17; 22,05)	-----
≤ 50	12 (60,00)	16 (88,89)	ref	ref	-----	ref	-----
Saúde Mental							
> 50	5 (25,00)	0 (0,00)	-----	-----	-----	-----	-----
≤ 50	15 (75,00)	18 (100,00)	ref	ref	-----	ref	-----

Continua

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)	Conclusão
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)						
BDI 13								
C/ Sint. Cog. Af.	2 (10,00)	1 (5,56)	1,89 (0,16; 22,79)	0,93 (0,03; 30,06)	0,49 (0,03; 9,88)	-----	-----	
S/ Sint. Cog. Af.	18 (90,00)	17 (94,44)	ref	ref	ref	ref	ref	
Estresse								
Presença	9 (45,00)	15 (83,33)	ref	ref	ref	ref	ref	
Ausência	11 (55,00)	3 (16,67)	6,11* (1,34; 27,96)	4,43 (0,52; 37,78)	8,06* (1,44; 45,19)	3,94 (0,40; 38,71)	12,2* (1,07; 139,32)	

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Est. Ger. Saúde = Estado Geral de Saúde; Aspec. Sociais = Aspectos Sociais; Aspec. Emoc. = Aspectos Emocionais; Valores > 50 = Boa Percepção do Estado de Saúde; Valores ≤ 50 = Pior Percepção do Estado de Saúde; Moder./Grave = Moderado/Grave; C/ Sint. Cog. Af. = Com Sintomas Cognitivos Afetivos; S/ Sint. Cog. Af. = Sem Sintomas Cognitivos Afetivos.

Tabela 20 - Frequências e porcentagens das variáveis psicológicas “percepção do estado de saúde”, “depressão” e “estresse” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 5 (n=43)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Dor							
> 50	6 (28,57)	2 (9,52)	3,80 (0,67; 21,59)	2,71 (0,34; 21,94)	-----	3,85 (0,33; 44,53)	-----
≤ 50	15 (71,43)	19 (90,48)	ref	ref	-----	ref	-----
Est. Ger. Saúde							
> 50	5 (23,81)	3 (14,29)	1,88 (0,39; 9,12)	1,14 (0,16; 8,29)	-----	0,91 (0,11; 7,56)	-----
≤ 50	16 (76,19)	18 (85,71)	ref	ref	-----	ref	-----
Vitalidade							
> 50	3 (14,29)	0 (0,00)	-----	-----	-----	-----	-----
≤ 50	18 (85,71)	21 (100,00)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Sociais							
> 50	5 (23,81)	0 (0,00)	-----	-----	-----	-----	-----
≤ 50	16 (76,19)	21 (100,00)	ref	ref	-----	ref	-----
Aspec. Emoc.							
> 50	8 (38,10)	2 (9,52)	5,85* (1,07; 32,08)	2,48 (0,33; 18,48)	-----	3,45 (0,35; 33,87)	-----
≤ 50	13 (61,90)	19 (90,48)	ref	ref	-----	ref	-----
Saúde Mental							
> 50	4 (19,05)	1 (4,76)	4,71 (0,48; 46,22)	4,74 (0,35; 63,49)	-----	4,89 (0,33; 72,47)	-----
≤ 50	17 (80,95)	20 (95,24)	ref	ref	-----	ref	-----

Continua

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)	Conclusão
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)						
BDI 13								
C/ Sint. Cog. Af.	1 (4,55)	0 (0,00)	-----	-----	-----	-----	-----	
S/ Sint. Cog. Af.	21 (95,45)	21 (100,00)	ref	ref	ref	ref	ref	
Estresse								
Presença	10 (45,45)	18 (85,71)	ref	ref	ref	ref	ref	
Ausência	12 (54,55)	3 (14,29)	7,20* (1,64; 31,71)	6,47* (1,21; 34,64)	9,16* (1,74; 48,29)	5,42 (0,94; 31,37)	8,67* (1,60; 48,87)	

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Est. Ger. Saúde = Estado Geral de Saúde; Aspec. Sociais = Aspectos Sociais; Aspec. Emoc. = Aspectos Emocionais; Valores > 50 = Boa Percepção do Estado de Saúde; Valores ≤ 50 = Pior Percepção do Estado de Saúde; Moder./Grave = Moderado/Grave; C/ Sint. Cog. Af. = Com Sintomas Cognitivos Afetivos; S/ Sint. Cog. Af. = Sem Sintomas Cognitivos Afetivos.

4.5.3 Comparação entre Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse e Comportamentos de Risco para Cardiopatias ao longo das Cinco Avaliações

O cálculo dos *Odds Ratio* brutos e ajustados também foram efetuados para se identificar possíveis associações entre emissões de comportamentos de risco para cardiopatias e prontidão para mudança comportamental. Os comportamentos de risco estudados na amostra, por meio da entrevista semi estruturada, foram “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo”. No entanto, a análise das cinco avaliações não demonstrou quaisquer associações entre comportamentos de risco e prontidão para mudança de comportamento, como pode ser observado nas tabelas 21 a 25 abaixo dispostas.

Tabela 21 - Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 1 (n=100)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Aliment. Inadequada							
Sim	42 (71,19)	26 (63,41)	1,42 (0,61; 3,33)	-----	0,87 (0,32; 2,34)	-----	-----
Não	17 (28,81)	15 (36,59)	ref	-----	ref	-----	-----
Consumo de Álcool							
Sim	11 (18,64)	6 (14,63)	1,34 (0,45; 3,96)	-----	1,30 (0,38; 4,43)	-----	-----
Não	48 (81,36)	35 (85,37)	ref	-----	ref	-----	-----
Hábito de Fumar							
Fumante	10 (16,95)	5 (12,20)	ref	-----	ref	-----	-----
Ex Fumante	37 (62,71)	22 (53,66)	0,84 (0,25; 2,78)	-----	0,76 (0,20; 2,92)	-----	-----
Não Fumante	12 (20,34)	14 (34,15)	0,43 (0,11; 1,61)	-----	0,21 (0,04; 1,03)	-----	-----
Atividade Física							
Sim	15 (25,42)	8 (19,51)	1,41 (0,53; 3,71)	-----	1,60 (0,53; 4,83)	-----	-----
Não	44 (74,58)	33 (80,49)	ref	-----	ref	-----	-----

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Aliment. Inadequada = Alimentação Inadequada.

Tabela 22 - Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 2 (n=67)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Aliment. Inadequada							
Sim	13 (33,33)	8 (28,57)	1,25 (0,44; 3,59)	-----	0,96 (0,29; 3,19)	-----	-----
Não	26 (66,67)	20 (71,43)	ref	-----	Ref	-----	-----
Consumo de Álcool							
Sim	7 (17,95)	6 (21,43)	1,25 (0,37; 4,22)	-----	0,83 (0,22; 3,06)	-----	-----
Não	32 (82,05)	22 (78,57)	ref	-----	Ref	-----	-----
Hábito de Fumar							
Fumante	3 (7,69)	3 (10,71)	ref	-----	Ref	-----	-----
Ex Fumante	24 (61,54)	15 (53,57)	1,60 (0,29; 8,98)	-----	1,73 (0,28; 10,48)	-----	-----
Não Fumante	12 (30,77)	10 (35,71)	1,20 (0,20; 7,31)	-----	1,13 (0,17; 7,39)	-----	-----
Atividade Física							
Sim	11 (28,21)	13 (46,43)	0,45 (0,16; 1,26)	-----	0,47 (0,15; 1,41)	-----	-----
Não	28 (71,79)	15 (53,57)	ref	-----	ref	-----	-----

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Aliment. Inadequada = Alimentação Inadequada.

Tabela 23 - Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 3 (n=50)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Aliment. Inadequada							
Sim	7 (25,93)	5 (21,74)	1,26 (0,34; 4,68)	-----	1,32 (0,33; 5,36)	-----	-----
Não	20 (74,07)	18 (78,26)	ref	-----	ref	-----	-----
Consumo de Álcool							
Sim	5 (18,52)	5 (21,74)	0,82 (0,20; 3,28)	-----	0,93 (0,21; 3,97)	-----	-----
Não	22 (81,48)	18 (78,26)	ref	-----	ref	-----	-----
Hábito de Fumar							
Fumante	3 (11,11)	4 (17,39)	ref	-----	ref	-----	-----
Ex Fumante	17 (62,96)	12 (52,17)	1,89 (0,36; 10,03)	-----	1,73 (0,31; 9,65)	-----	-----
Não Fumante	7 (25,93)	7 (30,43)	1,33 (0,21; 8,28)	-----	1,34 (0,19; 9,20)	-----	-----
Atividade Física							
Sim	12 (44,44)	11 (47,83)	0,87 (0,29; 2,66)	-----	0,84 (0,26; 2,73)	-----	-----
Não	15 (55,56)	12 (52,17)	ref	-----	ref	-----	-----

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Aliment. Inadequada = Alimentação Inadequada.

Tabela 24 - Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com Intervalos de Confiança 95%, na Avaliação 4 (n=38)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Aliment. Inadequada							
Sim	3 (15,00)	4 (22,22)	0,62 (0,11; 3,23)	-----	1,05 (0,14; 8,08)	-----	-----
Não	17 (85,00)	14 (77,78)	ref	-----	ref	-----	-----
Consumo de Álcool							
Sim	5 (25,00)	2 (11,11)	2,67 (0,45; 15,88)	-----	5,39 (0,57; 50,88)	-----	-----
Não	15 (75,00)	16 (88,89)	ref	-----	ref	-----	-----
Hábito de Fumar							
Fumante	0 (0,00)	1 (5,56)	ref	-----	ref	-----	-----
Ex Fumante	12 (60,00)	14 (77,78)	-----	-----	-----	-----	-----
Não Fumante	8 (40,00)	3 (16,67)	-----	-----	-----	-----	-----
Atividade Física							
Sim	8 (40,00)	10 (55,56)	0,54 (0,14; 1,94)	-----	0,47 (0,10; 2,28)	-----	-----
Não	12 (60,00)	8 (44,44)	ref	-----	ref	-----	-----

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Aliment. Inadequada = Alimentação Inadequada.

Tabela 25 - Frequências e porcentagens dos comportamentos de risco “alimentação inadequada”, “consumo de álcool”, “hábito de fumar” e “sedentarismo” em relação à prontidão para mudança do comportamento de estresse. *Odds Ratio* brutos e ajustados, com IC de 95%, na Avaliação 5 (n=43)

	Mudança		OR _{Bruto} (IC 95%)	OR1 (IC 95%)	OR2 (IC 95%)	OR3 (IC 95%)	OR4 (IC 95%)
	Sim (ref) n (%)	Não n (%)					
Aliment. Inadequada							
Sim	5 (22,73)	5 (23,81)	0,94 (0,22; 3,88)	-----	0,62 (0,10; 3,61)	-----	-----
Não	17 (77,27)	16 (76,19)	ref	-----	ref	-----	-----
Consumo de Álcool							
Sim	8 (36,36)	7 (33,33)	1,14 (0,33; 4,01)	-----	0,95 (0,21; 4,25)	-----	-----
Não	14 (63,64)	14 (66,67)	ref	-----	ref	-----	-----
Hábito de Fumar							
Fumante	4 (18,18)	4 (19,05)	ref	-----	ref	-----	-----
Ex Fumante	10 (45,45)	11 (52,38)	0,91 (0,18; 4,64)	-----	1,73 (0,24; 12,67)	-----	-----
Não Fumante	8 (36,36)	6 (28,57)	1,33 (0,23; 7,63)	-----	1,33 (0,16; 11,33)	-----	-----
Atividade Física							
Sim	12 (54,55)	11 (52,38)	1,09 (0,33; 3,62)	-----	1,04 (0,26; 4,18)	-----	-----
Não	10 (45,45)	10 (47,62)	ref	-----	ref	-----	-----

*p-valor < 0,05; IC 95% = Intervalo de Confiança 95%; OR = *Odds Ratio*; Aliment. Inadequada = Alimentação Inadequada.

4.4.4 Comparação entre as Avaliações 1 e 5 quanto ao Escore de Prontidão para Mudança do Comportamento de Estresse, Comportamentos de Risco Avaliados pela Régua de Prontidão, Estresse, Estado Geral de Saúde e Depressão

Realizou-se, por meio do teste de Mc Nemar, a comparação entre o primeiro e o quinto momentos de avaliação, para os mesmos sujeitos (n=43), do Escore de Prontidão para Mudança de Estresse, medido pela URICA, dos comportamentos de risco avaliados pela Régua de Prontidão (uso de álcool e tabaco, alimentação inadequada e prática de atividade física), da presença de sintomas importantes de estresse e depressão – medidos respectivamente pelo ISSL e BDI, este último incluindo a correção BDI 13 – e do Estado Geral de Saúde, domínio mensurado pelo SF-36. Dito de outra forma, o referido teste visa medir se existiu mudança de estado, entre as avaliações, em relação às variáveis mencionadas. Os resultados podem ser observados nas tabelas que se seguem:

Tabela 26 - Comparação entre as Avaliações 1 e 5 quanto ao Escore de Prontidão para Mudança do comportamento de estresse (n=43)

Escore de Prontidão (Estresse)	n (%)	
	Não Mudança	Mudança
Não Mudança	18 (85,71)	5 (22,73)
Mudança	3 (14,29)	17 (77,27)
p-valor=0,48		

Não Mudança na 1ª Avaliação = valores < 41,06; Mudança na 1ª Avaliação = valores ≥ 41,06; Não Mudança na 5ª Avaliação = valores < 31,63; Mudança na 5ª Avaliação = valores ≥ 31,63.

Tabela 27 - Comparação entre as Avaliações 1 e 5 quanto aos comportamentos de risco avaliados pela Régua de Prontidão: fumar, beber álcool, não praticar atividade física e alimentar-se inadequadamente (n=43)

	n (%)	n (%)
Fumar	Menor Prontidão	Maior Prontidão
Menor Prontidão	10 (83,33)	4 (12,90)
Maior Prontidão	2 (16,67)	27 (87,10)
p-valor=0,41		
Beber Álcool	Menor Prontidão	Maior Prontidão
Menor Prontidão	1 (25,00)	6 (15,38)
Maior Prontidão	3 (75,00)	33 (84,62)
p-valor=0,32		
Atividade Física	Menor Prontidão	Maior Prontidão
Menor Prontidão	6 (46,15)	6 (20,00)
Maior Prontidão	7 (53,85)	24 (80,00)
p-valor=0,78		
Alimentação Inadequada	Menor Prontidão	Maior Prontidão
Menor Prontidão	4 (28,57)	13 (44,83)
Maior Prontidão	10 (71,43)	16 (55,17)
p-valor=0,53		

Menor Prontidão para Mudança do Comportamento = valores < 5 na Régua de Prontidão; Maior Prontidão para Mudança do Comportamento = valores ≥ 5 na Régua de Prontidão.

Tabela 28 - Comparação entre as Avaliações 1 e 5 quanto às variáveis psicológicas estresse, estado geral de saúde e depressão (n=43)

	n (%)	n (%)
Estresse	Ausência	Presença
Ausência	19 (70,37)	3 (20,00)
Presença	8 (29,63)	12 (80,00)
p-valor=0,13		
Estado Geral de Saúde	Pior Percepção	Melhor Percepção
Pior Percepção	19 (70,37)	3 (20,00)
Melhor Percepção	8 (29,63)	12 (80,00)
p-valor=0,13		
BDI	Mín./Leve	Moder./Grave
Mín./Leve	39 (90,70)	0 (0,00)
Moder./Grave	4 (9,30)	0 (0,00)
p-valor=0,18		
BDI 13	C/ Sint. Cog. Af.	S/ Sint. Cog. Af.
C/ Sint. Cog. Af.	1 (50,00)	12 (29,27)
S/ Sint. Cog. Af.	1 (50,00)	29 (70,73)
p-valor<0,01*		

Pior Percepção do Estado de Saúde = valores < 50 no SF-36; Melhor Percepção do Estado de Saúde = valores ≥ 50 no SF-36; Mín./Leve = Mínimo e Leve; Moder./Grave = Moderados e Grave; C/ Sint. Cog. Af. = Com Sintomas Cognitivos Afetivos; S/ Sint. Cog. Af. = Sem Sintomas Cognitivos Afetivos.

A avaliação das tabelas acima mostra que, de todas as variáveis analisadas, somente os sintomas depressivos (avaliados na forma de correção BDI 13, ou seja, levando-se em conta somente os sintomas cognitivos afetivos), apresentaram uma mudança de estado significativa, ao longo do período de um ano. Dito de outra forma, os sujeitos apresentaram menos sintomas depressivos na última avaliação, quando comparados com o momento inicial de coleta de dados ($p\text{-valor} < 0,01$).

5 DISCUSSÃO

A discussão dos principais resultados obtidos no presente estudo será realizada levando-se em conta, principalmente, a caracterização inicial da amostra (n=100) e a comparação entre o primeiro e último momentos avaliativos (Avaliação 1 x Avaliação 5), seja de forma descritiva ou avaliando-se as relações obtidas por meios dos testes estatísticos aplicados. Optou-se por não realizar a discussão dos dados com base em cada momento de avaliação, uma vez que a perda de sujeitos ao longo do tempo e a variação na participação destes em cada período de coleta de dados inviabilizariam a formulação de hipóteses explicativas plausíveis.

5.1 Dados Sociodemográficos

De acordo com a OMS, estima-se que as chamadas doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pela morte de mais da metade da população mundial nos dias de hoje, observando-se um destaque para as doenças cardiovasculares, consideradas as principais causas de morte, morbidade e incapacidade nos países ocidentais desenvolvidos e, no Brasil, por cerca de 300.000 óbitos anuais.

Straub (2005) afirma que as patologias cardíacas acometem 50% dos homens após os 40 anos e 30% das mulheres após a menopausa, além do fato de ocorrerem em classes socioeconômicas mais desfavorecidas, em função de uma maior exposição aos principais fatores de risco relacionados às patologias. No presente estudo, encontrou-se uma predominância de sujeitos do sexo masculino (67%), idade média em torno de 61,4 anos, com baixa escolaridade (80%) e baixa renda (67%), condizente com o perfil mais tradicional dos pacientes acometidos por doenças do coração.

Em relação a gênero e idade, no estudo em que estabeleceram o perfil de 45 pacientes com infarto do miocárdio, Coelho e Resende (2010) encontraram que 71,1% dos sujeitos eram homens, sendo que 65,4% da amostra apresentavam idades entre 60 e 80 anos. Em uma amostra de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, Lima et al. (2009) obtiveram uma amostra com 62,8% de homens, com mais de 60 anos (68%), assim como Cavalcante (2009), cujo estudo com 85 participantes portadores de doença arterial coronariana (DAC) contava com um total de 50,5% de homens em sua amostra. O mesmo perfil de resultados pode ser encontrado no estudo de Zornoff et al.

(2002), no qual se avaliou o prontuário de 172 pacientes com objetivo de traçar o perfil clínico, preditores de mortalidade e forma de tratamento administrada após IAM, com 68% dos sujeitos sendo do sexo masculino e 59% maiores de 60 anos. Outros estudos, por sua vez, demonstram resultados opostos aos obtidos na presente pesquisa, como o de Carnellosso et al. (2010), que buscaram avaliar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia, sendo que dos 3275 sujeitos do estudo, 60,9% eram do sexo feminino e a idade média dos participantes foi de 42 anos. Do mesmo modo, Pereira et al. (2009), que buscaram identificar o perfil de risco cardiovascular e sua associação com a autoavaliação da saúde realizada pelos sujeitos, encontraram que 54,7% dos 9211 adultos participantes da pesquisa eram mulheres, com idade média de 45,08 anos. O mesmo padrão de resultados pode ser observado no trabalho de Nunes-Filho (2007), em que se observou a prevalência de fatores de risco cardiovascular em sujeitos adultos, encontrando que pouco mais da metade dos 411 participantes eram mulheres (50,7%), além da média de idade girar em torno dos 40,4 anos. Lessa et al. (2004), com o objetivo de identificar a simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis em uma população adulta, acharam que dos 1298 sujeitos, 58,6% eram do gênero feminino. Uma mudança de perfil na população de pacientes acometidos por doenças cardiovasculares demonstra uma frequente equiparação da ocorrência destas patologias para ambos os gêneros, bem como um acometimento das doenças do coração em idades cada vez mais precoces, embora a mortalidade por doenças do coração tenda a crescer com o avançar da idade (LAURENTI; BUCHALLA, 2001).

Já no que se refere à escolaridade e ao *status* socioeconômico, assim como na presente pesquisa, o estudo de Cavalcante (2009) também encontrou que a maioria dos sujeitos possuía baixa escolaridade (50,6%) e baixa renda (76,5%), bem como o trabalho conduzido por Lima et al. (2009), em que 73,1% da amostra possuía até o Ensino Fundamental Incompleto e 55,1% tinham como renda mensal um salário mínimo ou menos. Os trabalhos conduzidos por Berto, Carvalhaes e Moura (2010) e Pereira et al. (2009) mostraram que a aglomeração de fatores de risco foi inversamente associada com renda e escolaridade e, no mesmo sentido, Lessa et al. (2004) observaram que sujeitos com baixa escolaridade tinham significativamente mais chances de apresentarem aglomeração de dois ou mais fatores de risco para doenças cardiovasculares (p -valor $<0,05$ para homens e p -valor $<0,01$ para mulheres). Bassanesi, Azambuja e Achutti (2008) investigaram a relação

entre mortalidade precoce por DCV's e desigualdades sociais na cidade de Porto Alegre, estando entre seus achados que a mortalidade precoce devido a estas doenças foi 2,6 vezes maior nos bairros classificados com pior estrato socioeconômico; além disso, comparando-se à mortalidade no melhor estrato, 62% dos óbitos precoces do pior estrato e 45% dos da cidade como um todo seriam atribuíveis à desigualdade econômica. Ishitani et al. (2006) também investigaram a associação entre alguns indicadores de nível socioeconômico e mortalidade precoce por DCV's em 98 municípios brasileiros, encontrando associação negativa entre mortalidade e renda/escolaridade, bem como associação direta com taxa de pobreza e condições precárias de moradia. Em pesquisa conduzida no interior do estado de São Paulo por Godoy et al. (2007), encontrou-se que a área censitária com pior nível socioeconômico apresentou o maior coeficiente de mortalidade, o qual era 40% superior à área apontada pelo censo como possuindo o melhor nível. Já Barreto et al. (2003) buscaram determinar o risco de adultos e idosos desenvolverem doença arterial coronariana em 10 anos, utilizando o escore de *Framingham*, e encontraram que baixa escolaridade estava associada a um maior escore entre adultos de ambos os sexos, ou seja, sujeitos com baixa escolaridade são mais propensos a desenvolverem doenças cardiovasculares. Neumann et al. (2007) encontraram que padrões alimentares associados a fatores de risco para DCV's relacionaram-se de forma significativa com baixa renda e baixa escolaridade, sendo esta última variável também associada com comportamento sedentário em estudo de Pitanga e Lessa (2005). Dentro da temática específica deste estudo, vale ressaltar o trabalho realizado por Padlina et al. (2001), em que se observou menores níveis de escolaridade associados a uma menor prontidão para mudança de comportamento de estresse. Como pode ser observado, tanto estudos nacionais quanto internacionais apontam para uma importante associação entre escolaridade e renda baixas com uma maior chance de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O presente estudo teve como população alvo pacientes da rede pública de saúde, predominantemente pertencentes a um estrato socioeconomicamente desfavorecido, o que vem apontar a necessidade premente de, no Brasil, ocorrer um investimento em estratégias sociais abrangentes para abrandar as desigualdades sociais e, conseqüentemente, reduzir o adoecimento e recuperar a saúde dos mais pobres, facilitando assim o tratamento de fatores de risco cardiovascular. Além disso, os resultados descritos devem chamar a atenção dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de estratégias apropriadas de orientação e intervenção junto a este estrato populacional.

Além disso, nesta pesquisa a maioria dos sujeitos possui uma profissão não qualificada (57%), vindo de encontro com os resultados encontrados por Cavalcante (2009) em sua caracterização de pacientes com DAC, em que 57,6% dos pacientes encontravam-se em uma ocupação braçal. Por outro lado, os dados encontrados quanto à situação empregatícia destoaram entre os estudos, sendo que nesta pesquisa a maior parte da amostra foi composta por aposentados (65%), com apenas 16% de sujeitos na condição de trabalhadores. No estudo de Lima et al (2009), os sujeitos se encontravam distribuídos de forma relativamente homogênea, com 44,9% exercendo atividade laboral remunerada e 50% sendo aposentados. Os participantes do estudo de Cavalcante (2009), por sua vez, eram em sua maioria trabalhadores (81,1%) e adultos jovens, com idades entre 41 e 60 anos (54,1%).

Outros dados da presente pesquisa mostram que a maior parte dos participantes possuía parceiros, ou seja, eram casados ou se encontravam em um relacionamento estável (75%), o que vem de encontro com os resultados apresentados por Cavalcante (2009), em que 73% dos sujeitos viviam com o cônjuge, com os de Lima et al. (2009), com 75,6% da amostra de 78 sujeitos submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio residindo com parceiros, e os de Marosti e Dantas (2006), em que 55,8% da amostra de pacientes internados em Unidade Coronariana eram casados. Em estudo que buscava identificar o impacto de diferentes aspectos de suporte social em idosos e sua associação com fatores de risco cardiovasculares, Kamiya et al. (2010) encontraram que ser casado estava associado a um menor risco para hipertensão. De acordo com trabalho de Vilchinsky et al. (2010), pacientes em seu primeiro episódio de Síndrome Coronariana Aguda e seus cônjuges que participaram ativamente de orientações sobre estresse psicológico apresentaram menos sintomas de ansiedade do que aqueles que obtiveram pouca orientação. Estes resultados vem destacar a importância do familiar cuidador no fornecimento de suporte aos pacientes acometidos por enfermidades debilitantes – no caso, as doenças cardiovasculares – sendo que uma abordagem educativa e de apoio aos parceiros promotores de suporte se faz essencial na melhora da qualidade de vida da díade.

5.2 Fatores de Risco

Os fatores de risco dizem respeito à presença de diversos aspectos biológicos, sociais e comportamentais que podem contribuir para o surgimento ou prognóstico/evolução

negativa da doença cardiovascular, sendo que muitos estudos tem se voltado para o aspecto preventivo das doenças do coração pela via da remoção ou diminuição da exposição aos fatores de risco.

Neste trabalho, encontrou-se que 90% dos pacientes afirmavam conhecer os fatores de risco associados à doença do coração, sendo os mais citados nervosismo (64%), alimentação inadequada (57%), uso de tabaco (44%) e consumo de álcool (26%). Este resultado vem de encontro à atribuição de causa dos sujeitos às suas patologias, cujo destaque ficou para aspectos emocionais (52,7%), tabagismo (12,17%) e alimentação inadequada (10,81%). Além disso, os sujeitos referiram o nervosismo como aspecto de mais difícil manejo (34%), seguido por alimentação inadequada (25%) e tabagismo (19%). De encontro com os resultados da presente pesquisa, o trabalho de Grewal, Stewart e Grace (2010) identificou, em uma amostra de 562 pacientes caucasianos e do sul da Ásia internados com DAC, que os sul asiáticos atribuíam com mais frequência sua condição ao estresse e preocupações (p-valor=0,04). Na mesma linha de estudo, Darr, Astin e Atkin (2008) encontraram que estresse e fatores associados ao estilo de vida eram mais frequentemente citados como causas de doenças coronarianas pelos 65 sujeitos da pesquisa. Dantas, Colombo e Aguillar (1999) buscaram traçar o perfil de mulheres com IAM, encontrando que das 49 participantes do estudo, 53,1% sabiam o motivo de sua internação e associavam como causas mais frequentes de seu quadro clínico: estresse, esforço físico e tabagismo. Dantas e Maiomoni (1998), ao traçar o perfil de pacientes com IAM, encontraram que 75,5% dos sujeitos conheciam seu diagnóstico, mas não investigaram o conhecimento acerca de fatores de risco para cardiopatias. Kim, Hwang e Kim (2011) investigaram, em uma população de idosos coreanos habitantes da zona rural, o conhecimento que estes possuíam sobre acidente vascular cerebral e ataque do coração, bem como de fatores de risco para os mesmos, encontrando que a média de conhecimento para os fatores de risco foi da ordem de 7,3/11. Além disso, demonstraram que baixos níveis de educação e renda eram fatores determinantes de baixo nível de conhecimento sobre os sintomas das referidas doenças, o que também predizia pouco conhecimento sobre fatores de risco.

A pesquisa em questão demonstra também, em seus resultados, que 68% dos pacientes alimentavam-se de forma inadequada, 17% consumiam bebida alcoólica, 26% faziam uso de tabaco e 77% não praticavam atividade física no momento inicial de avaliação. A exposição dos pacientes cardiopatas a tais fatores de risco é bastante referendada na

literatura especializada da área, que apresenta resultados semelhantes aos aqui obtidos. Coelho e Resende (2010) encontraram, em sua amostra de sujeitos do sexo masculino, 62,5% de indivíduos sedentários e 84,4% de fumantes, enquanto Carnellosso et al. (2010) apresentaram em seus resultados 72,5% de sedentarismo e 16,2% de participantes fazendo uso do tabaco. Cavalcante (2009) demonstra em seus dados uma prevalência de 83,5% de indivíduos apresentando uma dieta rica em gorduras, 77,7% de sedentários, 74,1% de tabagistas e 43,5% dos sujeitos fazendo uso de bebida alcoólica. Van Eyken e Moraes (2009) encontraram que 28% dos pacientes eram sedentários e 25,3% eram tabagistas, sendo que em relação a este último fator de risco, Nunes-Filho et al. (2007) o indicaram como presente em 15,6% da amostra estudada. Gus, Fischmann e Medina (2002) apontaram 71,3% dos sujeitos como sendo sedentários e 33,9% como consumidores de tabaco, enquanto no trabalho de Dantas, Colombo e Aguillar (1999) havia 93,8% de mulheres sedentárias e 34,7% de tabagistas.

Os resultados apontados acima e o fato do estudo em questão identificar que os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares investigados – alimentação inadequada, sedentarismo, consumo de álcool e de tabaco – sofreram poucas variações no decorrer dos 12 meses da pesquisa sugerem que, apesar de demonstrarem conhecimento sobre os fatores de risco para sua condição de saúde, os sujeitos não empreenderam mudanças comportamentais para manejo dos mesmos. Sneed e Paul (2003) comprovaram, em estudo com 250 pacientes com insuficiência cardíaca, que a referência à informação correta não se associa à mudança de comportamento, ou seja, o fato dos sujeitos conhecerem os comportamentos de risco para sua doença não se associou à emissão dos mesmos. Dados como este demonstram que, apesar de importantes, as informações recebidas na consulta médica são insuficientes, tornando premente a necessidade de intervenções mais sistematizadas, com participação conjunta de profissionais médicos e não médicos. Em um estudo conduzido por Pugliesi et al. (2007), os autores compararam três grupos de tratamentos distintos: (1) tratamento farmacológico convencional; (2) tratamento farmacológico e orientações sobre fatores de risco para DCV's; (3) tratamento farmacológico e programa de intervenção psicológica para redução de estresse e mudança de comportamento alimentar, sendo que o terceiro grupo apresentou os melhores resultados na redução do risco coronariano (redução média de 27% no índice de risco de *Framingham*; p-valor=0,001).

O presente estudo encontrou ainda, na caracterização dos 100 pacientes da amostra inicial, que 94% possuíam história familiar positiva para doenças cardiovasculares, 52% apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 46% eram dislipidêmicos, 37% diabéticos e 34% apresentavam obesidade. Estes resultados corroboram grande parte do que vem apontando a literatura da área. Coelho e Resende (2010), em sua caracterização de pacientes infartados, encontraram que 73,3% apresentavam história familiar positiva para IAM, 68,9% eram hipertensos, 46,7% possuíam dislipidemia, 28,9% apresentavam glicemia em jejum aumentada e 44,4% tinham sobrepeso. Carnellosso et al (2010), ao identificar a prevalência de fatores de risco para DCV's em Goiânia, acharam que 33,4% dos indivíduos apresentavam HAS, 44,4% hipercolesterolemia e 13,3% triglicérides elevados, além de 44,1% encontrarem-se acima do peso. No estudo de Van Eyken e Moraes (2009), que buscou avaliar fatores de risco para doenças cardiovasculares em homens, obteve-se que 24% dos sujeitos possuíam HAS e 43,3% sobrepeso ou obesidade. Cavalcante (2009) encontrou, na caracterização de seus participantes, 85,9% possuindo HAS, 25,9% hipercolesterolemia e 25,9% diabetes. Ao investigar fatores de risco para DAC no Estado do Rio Grande do Sul, Gus, Fischmann e Medina (2002) encontraram que, dos 1066 adultos avaliados, 53,7% apresentavam antecedentes familiares para doenças cardiovasculares, 31,6% eram hipertensos e 54,7% apresentavam sobrepeso ou obesidade. Dantas, Colombo e Aguillar (1999) também encontraram um perfil bastante semelhante, com 57,1% dos sujeitos apresentando antecedentes familiares para doença do coração, 71,4% com HAS, 42,4% possuindo diabetes e 57,2% apresentando-se acima do peso considerado normal.

Em suma, a alta incidência da doença cardiovascular encontra-se intimamente associada com o estilo de vida adotado pelos sujeitos, sendo que alguns comportamentos podem ser vistos como sendo de alto risco para indivíduos cardiopatas e, para modificação dos mesmos, intervenções direcionadas para o objetivo de mudança comportamental devem ser empreendidas.

5.3 Satisfação com Lazer e Suporte Social

O suporte social é um importante conceito em psicologia da saúde, podendo ser visto como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem o sujeito possa confiar, as quais devem demonstrar preocupação e valorização deste indivíduo, sendo um exemplo deste tipo de suporte a unidade social "família". O suporte social pode aliviar o estresse em

situação de crise, inibir o desenvolvimento de doenças e ter um papel positivo na recuperação de patologias já instaladas (RIBEIRO, 1999). O lazer pode ser visto como um fator de proteção na medida em que pode minimizar situações estressoras e promover mais contatos sociais, os quais se constituem, por sua vez, uma rede de suporte.

No presente estudo, 69% dos pacientes referiram satisfação com atividades de lazer e, em relação ao suporte social recebido, o relacionamento com amigos foi considerado satisfatório para 90% dos sujeitos, enquanto 82% referiram satisfação com os relacionamentos familiares. O alto nível de satisfação com o suporte social recebido também foi encontrado em estudo conduzido por Bergersen et al. (2010), em que 88% da amostra de total de 255 pacientes que sofreram acidente vascular cerebral referiram estarem satisfeitos com o suporte recebido por familiares e amigos. Em pesquisa feita por Macabasco-O'Connell et al. (2010), cuja amostra era composta por 65 pacientes com insuficiência cardíaca, 83% relataram receber um alto nível de suporte social. Em um estudo de revisão sistemática e meta análise realizado recentemente por Barth, Schneider e Von Känel (2010), cujo objetivo foi identificar a relação entre baixo suporte social recebido com o desenvolvimento e curso de doenças coronarianas, evidenciou-se que presença de baixo suporte social possui um impacto sobre a prevalência destas doenças em estudos etiológicos, o que também pôde ser notado em estudos prognósticos, que demonstram associação de baixo suporte social com mortalidade por doenças do coração. Senol-Durak e Ayvasik (2010) conduziram uma pesquisa cujo objetivo era identificar possíveis relações entre “crescimento pós traumático” (transformações positivas como produto de situações altamente estressoras, por exemplo, uma doença crônica) com algumas variáveis, dentre elas a percepção do suporte social recebido. Para isso, avaliaram 148 pacientes com IAM e identificaram que a percepção positiva de suporte social estava significativamente associada com o crescimento pós traumático. Ussher et al. (2010) identificaram, em um trabalho com 321 pacientes idosos com doenças coronariana, que baixo nível de conhecimento sobre a doença encontra-se significativamente associado a baixo suporte para discussão de problemas relacionados à saúde (p-valor=0,02). Peterson et al (2010), em estudo qualitativo com 61 pacientes que passaram pelo procedimento de angioplastia, identificaram que suporte social e crenças religiosas funcionavam como importantes promotores de enfrentamento frente às incertezas de se viver com uma doença do coração. Alguns estudos sobre percepção de discriminação racial/étnica também podem ser vistos como importantes contribuições no

entendimento da importância do suporte social no enfrentamento de condições crônicas de saúde. Neste sentido, Borrell et al. (2010) examinaram a associação entre percepção de discriminação racial/étnica com consumo de cigarro e álcool entre adultos participantes do *Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis*, identificando que a experiência de discriminação encontra-se associada a uma grande prevalência de comportamentos como fumar e beber, os quais são notadamente fatores de risco para doenças do coração. Já Kaholokula, Iwane e Nacapoy (2010) buscaram avaliar os efeitos do racismo e aculturação percebidos sobre a hipertensão de havaianos nativos, encontrando que maior percepção de racismo e grande identificação com a cultura predominantemente americana estavam independentemente associados com hipertensão auto relatada nesta população.

Constatada a importância da rede de suporte social para o enfrentamento de condições crônicas de saúde, como é o caso das doenças cardiovasculares, pode-se concluir que, no presente estudo, esta variável pode estar funcionando como importante fator de proteção no curso das doenças já instaladas. Por outro lado, fica premente a necessidade das políticas públicas de saúde investirem em programas que visem favorecer uma maior rede de suporte, atividades de lazer para a comunidade e informações mais sistematizadas que visem colaborar para um maior entendimento dos pacientes acerca da patologia pela qual são acometidos, bem como de seus familiares e cuidadores, tidos como principal fonte de suporte na forma aqui discutida.

5.4 Variáveis Psicológicas

5.4.1 Prontidão para Mudança

As doenças cardiovasculares também podem ser chamadas de “enfermidades aprendidas” pelo fato de estarem estreitamente relacionadas aos estilos de vida adotados pelos indivíduos, ou seja, à emissão de alguns comportamentos que podem se enquadrar como fatores de risco ou de proteção para estas enfermidades. Portanto, quando se fala em tratamento e prevenção de cardiopatias, fala-se necessariamente em mudança comportamental, sendo que cada sujeito passa por estágios de mudança específicos e o Modelo Transteórico de Mudança baseia-se na premissa de que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas possuem diversos níveis de motivação/prontidão para mudar.

5.4.1.1 *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* - Adaptada para Comportamento de Estresse

No presente trabalho, encontrou-se que a maior parte dos sujeitos encontrava-se na fase de pré contemplação na avaliação inicial (81%). Quando se compara o primeiro e o último momento de avaliação, nota-se que há pouca variação quanto aos estágios de mudança, com a maioria ainda na pré contemplação, mas também com um incremento de 11,62 pontos percentuais dos indivíduos na fase de ação. Quanto ao escore de prontidão, a comparação entre estes dois momentos mostra um declínio de 5,17 pontos nas médias apresentadas, portanto, uma menor prontidão de mudança para o comportamento de estresse, embora tais resultados não tenham apresentado significância estatística (p -valor=0,48). Assim, apesar do aumento de sujeitos que passaram a agir sobre seu problema com o passar do tempo, a diminuição no escore de prontidão para mudança mostra que, provavelmente, os indivíduos que se encontravam em estágios inferiores – como a pré contemplação – apresentaram-se ainda menos prontos para investir em mudanças no decorrer de um ano. A prontidão para mudança do comportamento de estresse, por sua vez, associou-se significativamente com idade em todas as avaliações realizadas, exceto a segunda – indivíduos mais jovens apresentando-se mais propensos para a mudança – e com ausência de parceiro apenas para a primeira avaliação. Além disso, a ausência de estresse mostrou-se como um poderoso preditor de mudança para os sujeitos deste estudo, em todas as avaliações realizadas, excetuando-se a Avaliação 2.

Corroborando os dados do presente trabalho, embora em estudo realizado com uma população distinta, Edwards et al. (2006) conduziram uma pesquisa com 121 mulheres afro-americanas vitimizadas, avaliando sintomas relacionados à saúde mental – depressão, estresse pós traumático e ideação suicida – e estágios para mudança, sendo que seus resultados mostraram estar a maior parte da amostra no estágio de pré contemplação e contemplação (95%), além de presença de sintomas emocionais mais severos estarem relacionados à menor prontidão para mudança. Com resultados semelhantes, Riley e Fava (2003) estudaram 126 mulheres portadoras de HIV, identificando que quanto maior o estresse vivenciado, menor o investimento em comportamentos de manejo do problema. Observou-se também que comportamentos de manejo de estresse, nestas mulheres, estavam relacionados de forma significativa (p -valor<0,01) a estágios de mudança mais adiantados, como ação e manutenção. Já o estudo de Padlina et al. (2001) teve resultados

distoantes, mostrando que na avaliação da relação entre estresse e estágio para mudança em uma população de 575 sujeitos suíços, os indivíduos que se encontravam em fases mais avançadas de estágios para mudança, como a manutenção, reportavam menos sintomas de estresse em relação àqueles que estavam em fases inferiores, como a pré contemplação. Vale ressaltar que os autores estudaram uma população normal, que reportou ter vivenciado algum tipo de estresse no último mês antes da avaliação, diferente dos trabalhos anteriormente descritos e do presente estudo, em que a população vivencia uma situação estressora crônica de vitimização ou doença debilitante, sendo este, provavelmente, o motivo da diferença de resultados obtida.

Apesar dos estudos citados abordarem populações e comportamentos diferentes dos aqui pesquisados, parece que, de um modo geral, baixos níveis de afetos negativos encontram-se diretamente relacionados a uma maior motivação para mudança de comportamento. Talvez, a ausência de estresse permita uma melhor avaliação da situação e das possibilidades de enfrentamento de problemas. Vale ressaltar que uma grande parcela dos sujeitos do presente estudo encontra-se estressada e na pré contemplação, ou seja, os participantes possuem sintomas importantes de estresse e não reconhecem sua presença e nem a necessidade de lidar com os mesmos. Os estudos mostram que baixa prontidão para mudança encontra-se associada a baixo senso de auto eficácia, o que talvez explique o fato de sujeitos estressados apresentarem uma menor motivação para agir sobre seus problemas. Neste estudo, a maioria dos participantes reporta como estratégias para lidar com situações estressoras aquelas relacionadas com comportamentos de esquiva e passividade, o que pode demonstrar pobre repertório comportamental de enfrentamento de problemas, mas também um baixo senso de auto eficácia. A passagem do tempo promoveu uma diminuição, não significativa estatisticamente, de sujeitos com estresse, e a predominância na fase de pré contemplação manteve-se quase inalterada com o passar de um ano, demonstrando, mais uma vez, a importância de ações voltadas para o manejo de emoções negativas, levando-se em conta, sempre que possível, o ajuste das intervenções ao estágio de prontidão em que cada paciente se encontra.

No que tange à associação com dados sociodemográficos como idade e estado civil, alguns estudos permitem a discussão dos resultados aqui obtidos. Oliveira Júnior e Malbergier (2003), na avaliação da motivação de sujeitos alcoolistas para busca de tratamento especializado, encontraram, com a aplicação da URICA, que os estágios

motivacionais estavam inversamente associados com idade, corroborando os dados do presente estudo. O trabalho de Kim, Hwang e Kim (2011), embora não aborde a temática específica da prontidão para mudança de comportamento, conclui que indivíduos mais velhos apresentam, com diferença significativa, menor conhecimento sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares, permitindo que se hipotetize que a maior prontidão para mudança em sujeitos mais jovens esteja associada a um maior conhecimento sobre fatores de risco e proteção, com mais acesso a informações permitindo que se empreendam ações de manejo das emoções negativas e outros comportamentos de risco.

Já a ausência de parceiro como preditora de mudança de comportamento é um resultado não esperado, diante da vasta literatura que coloca o suporte social como importante fonte de apoio para portadores de doenças crônicas, como já discutido em tópico específico. Além disso, outro grupo de resultados do presente trabalho, embora de natureza descritiva, aponta os sujeitos avaliando a rede de suporte de uma forma bastante positiva. Vale ressaltar que a associação entre ausência de parceiro e maior prontidão para mudança do comportamento de estresse manteve-se apenas na primeira avaliação, perdendo-se ao longo do *follow up* de 12 meses. Ainda assim, cabe buscar algumas respostas para o referido dado, como o fato da avaliação do suporte social não ter se dado, especificamente, em relação à presença de cônjuge, mas sim, de familiares, de um modo geral, e amigos. Deste modo, a resposta dos pacientes não dizia respeito, necessariamente, ao estado civil dos mesmos e, em relação a este aspecto, não se realizou nenhum questionamento sobre a qualidade da relação conjugal, a qual poderia de constituir, se ruim, uma fonte de estresse para os pacientes avaliados. Ainda assim, encontrou-se na literatura alguns dados que podem sustentar o resultado aqui obtido, como no trabalho conduzido por Fornari et al. (2010) o qual, embora não estudasse a prontidão para mudança, encontrou que entre mulheres casadas ou que viviam junto com um parceiro, a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares era significativamente maior, sendo que estes resultados não foram identificados na população masculina. Artazcoz et al. (2011), em trabalho que avaliou a associação entre estado civil e saúde entre trabalhadores espanhóis (8563 homens e 5881 mulheres), identificou que as mulheres que residiam com parceiros tinham percepção do estado de saúde mais negativa, pior saúde mental, consumiam mais medicamentos psiquiátricos e referiam hipertensão, o que não foi encontrado na população masculina. Além disso, alguns grupos de pessoas solteiras relataram melhores resultados em

relação à saúde do que pessoas casadas, mas o estudo não encontrou resultados consistentes em relação a todos os padrões de relacionamento investigados, concluindo que é importante, além do estado civil, investigar o *status* do parceiro, o papel do gênero na relação, a classe social e o contexto sociocultural em que se encontra inserida a família para se chegar a resultados mais conclusivos sobre associações entre constituição familiar e saúde. Dentre os diversos trabalhos que refutam este dado, cabe ressaltar o de Franks et al. (2011) pelo fato de investigar, diretamente, a relação entre o suporte social oferecido pelos cônjuges e a prontidão para mudança de comportamento. Os autores avaliam três comportamentos de risco: alimentar-se de forma saudável, perder peso e praticar mais atividade física em uma amostra de 1899 casais, identificando que uma maior prontidão para emissão dos comportamentos está diretamente associada a estágios mais elevados de prontidão para mudança de seus parceiros. Um possível motivo associado a esta diferença de resultados reside nos tipos de comportamentos avaliados. Nos autores citados, comportamentos como alimentar-se de forma adequada e praticar atividade física estão associados a uma maior probabilidade de emissão quando realizados de forma conjunta – aspecto social da atividade – como indicam muitos trabalhos. Já o estresse, foco do presente estudo, encontra-se comumente associado a relacionamentos interpessoais, como por exemplo, a relação conjugal. Assim, embora tal aspecto não tenha sido investigado, é possível hipotetizar, como já mencionado, que a menor prontidão para mudança de comportamento entre sujeitos com parceiros se deva a estressores relacionados ao próprio relacionamento conjugal, neste caso, não podendo ser visto como fonte de suporte.

Como já destacado, programas de intervenção individualizados, que levem em conta os estágios motivacionais em que cada sujeito se encontre, mostram-se como uma sedutora alternativa no manejo de comportamentos de risco associados a doenças cardiovasculares, especialmente o manejo de aspectos emocionais. Embora no Brasil não existam publicações sobre intervenções direcionadas para o manejo de estresse e sua associação com o Modelo Transteórico e os estágios de prontidão para mudança, algumas publicações internacionais vem mostrando resultados interessantes, como pesquisa conduzida por McKee et al (2007), que demonstraram o efeito de intervenções voltadas para o manejo do estresse ao longo dos estágios de prontidão. Os dados mostraram que, após intervenção, a maioria dos sujeitos moveu-se para o estágio de ação, o qual se manteve como mais frequente na amostra após *follow up* de seis meses, seguido pelo estágio de manutenção. Encontrando

resultados semelhantes, Evers e Prochaska (2006) realizaram uma intervenção de manejo de estresse com seguimento de 6, 12 e 18 meses dos pacientes estudados. Destes, todos se encontravam em estágios de pré ação antes da intervenção (pré contemplação, contemplação e preparação), passando para os estágios de ação e manutenção após a aplicação das estratégias de manejo do estresse, o que se manteve em todos os momentos do *follow up*. Por último, no que se refere às possibilidades de intervenção psicológica e seus possíveis resultados, cabe salientar estudo conduzido por McEvoy e Nathan (2007), que avaliou 173 sujeitos com ansiedade e desordens afetivas, obtendo a interessante conclusão de que pacientes ambivalentes (que consideravam os custos e benefícios da mudança) alcançaram melhores resultados no que se refere à mudança comportamental quando comparados com aqueles que avaliavam, predominantemente, benefícios ou poucos custos para mudar o curso de sua ação.

5.4.1.2 Régua de Prontidão

Alimentação inadequada, sedentarismo, uso de álcool e tabaco são considerados importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo que a modificação de tais comportamentos pelos pacientes é de extrema importância no manejo destas patologias. A dieta é um fator de risco importante para doenças cardiovasculares, encontrando-se associada a outros fatores de risco como dislipidemias, aumento dos níveis pressóricos e obesidade (DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999; GASPERIN; FENSTERSEIFER, 2006). A prática de atividade física em pequena intensidade de esforços físicos, praticada diariamente, é vista como um fator de proteção, podendo trazer, a longo prazo, importantes benefícios à saúde, diminuindo o risco cardiovascular (HAMER et al., 2011; MORA et al., 2007; NERY; BARBISAN, 2010; WARREN et al., 2010). A ingestão de altas quantidades de bebida alcoólica está relacionada a significativos incrementos nos níveis pressóricos, aumentando assim o risco de doenças do coração. O cigarro é um dos maiores responsáveis pela ocorrência de mortes prematuras por cardiopatia, sendo a causa mais importante de mortes por afecções das coronárias, além de associar-se a um grande aumento da variabilidade da pressão arterial (DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999; GASPERIN; FENSTERSEIFER, 2006).

Na amostra estudada, buscou-se identificar o nível de prontidão para mudança destes comportamentos relatado pelos sujeitos, a partir da atribuição de uma nota de 0 a

10, inferindo-se, a partir daí, o quanto estes se sentiam prontos para modificar tais padrões inadequados. Encontrou-se, no presente estudo, que os comportamentos avaliados como apresentando a menor prontidão para mudança foram alimentar-se inadequadamente e fumar, enquanto praticar atividade física e ingerir bebidas alcoólicas foram associados com maior prontidão para mudança de comportamento. Vale destacar que as notas médias obtidas a partir da aplicação da Régua de Prontidão mantiveram-se praticamente inalteradas quando se compara o primeiro e o último momento de avaliação, um ano depois. Apesar da avaliação da prontidão permanecer igual, o relato dos pacientes quanto à emissão destes comportamentos revelou um incremento do número de sujeitos que modificaram seus hábitos alimentares e a prática de exercícios ao longo de um ano, embora tal diferença não tenha se mostrado estatisticamente significativa.

A discussão dos dados acima fica comprometida por alguns motivos: (1) a avaliação dos pacientes com a atribuição de uma nota na Régua de Prontidão permite apenas uma inferência quanto à prontidão para mudar; (2) escassez de trabalhos que abordem os fatores de risco de forma individualizada, associando-os à prontidão para mudança ou a seus estágios correspondentes; (3) ausência de trabalhos que abordem a avaliação desta temática com a utilização do instrumento “Régua de Prontidão”; e (4) especificamente em relação ao comportamento de risco “consumo de bebida alcoólica”, os estudos encontrados diziam respeito somente à ingestão patológica do álcool, o que não era foco do presente trabalho, e que tampouco foi avaliado. Neste sentido, buscou-se realizar a discussão de uma maneira mais generalizada, elencando-se trabalhos importantes que abordassem a relação entre os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e a prontidão para mudança comportamental, ressaltando-se, principalmente, os efeitos de intervenções mais sistematizadas e a necessidade de investimento nestas.

Nigg et al. (1999) avaliaram estágios de mudança em idosos para 10 comportamentos de risco, dentre eles evitar alimentação gordurosa, possuir uma dieta rica em fibras, atentar para a perda de peso, praticar exercícios físicos regularmente, atentar para a redução do estresse e parar de fumar, encontrando que a maioria dos participantes encontravam-se nas fases de pré contemplação e manutenção, enfatizando ainda a necessidade de intervenções direcionadas para tais comportamentos de risco. Salehi et al. (2010) encontraram, em uma amostra de 60 idosos iranianos, que conhecimento, percepção de benefícios e auto eficácia previam o estágio de mudança para atividade física nos sujeitos em estágios mais avançados,

como ação e manutenção (p -valor $<0,001$), sendo que as principais motivações para prática de exercícios eram encontrar novas pessoas, divertir-se e encontrar amigos. Investigando hábitos alimentares em uma população espanhola, Ling e Horwath (2000) encontraram que ingestão inadequada de alimentos – como baixo consumo de frutas e vegetais – estava associada a estágios de pré ação (pré contemplação e contemplação), enfatizando necessidade de intervenções voltadas para o trânsito ao longo dos diversos estágios de prontidão para mudança comportamental.

Como já mencionado, produções brasileiras que enfatizem o aspecto da intervenção baseado no Modelo Transteórico e nos estágios de prontidão para mudança são inexistentes, sendo que algumas publicações internacionais vem somando esforços nesta direção. Van Nes e Sawatzky (2010) realizaram uma publicação ressaltando a perspectiva dos profissionais de enfermagem efetuarem promoção de saúde cardiovascular por meio de entrevista motivacional, concluindo que intervenções tradicionais visando a diminuição de exposição dos pacientes aos riscos cardiovasculares tem se mostrado infrutíferas, dando destaque para intervenções que utilizem a combinação de entrevista motivacional com o Modelo Transteórico nas orientações fornecidas para pacientes que se mostrem resistentes ou ambivalentes às mudanças comportamentais. Neste sentido, Paradis et al. (2010) estudaram 30 pacientes com insuficiência cardíaca divididos em um grupo controle e outro experimental, o qual recebia intervenção baseada em entrevista motivacional e estágios para mudança, obtendo resultados significativos quanto ao desenvolvimento de confiança dos pacientes em realizar auto cuidados específicos direcionados para os comportamentos de risco e proteção da doença (p -valor=0,005). Daley et al. (2009) realizaram intervenção baseada no Modelo Transteórico com 40 mulheres hipertensas, voltada para a prática de atividade física, obtendo que 85% das participantes passaram para as fases de ação ou manutenção, ou mantiveram-se nestas, após participação no programa, que também resultou em aumento de auto eficácia e percepção de benefícios da atividade física, além de diminuição de barreiras para emissão deste comportamento. Mochari-Greenberger, Terry e Mosca (2010) compararam um grupo de familiares de pacientes cardiopatas hospitalizados que receberam orientações comuns quanto à mudança de dieta e outro que recebeu intervenção baseada no Modelo Transteórico (MTT), observando mudanças significativas na redução de calorias provenientes de alimentação gordurosa e de colesterol no grupo MTT,

além de, neste grupo, ocorrerem menores chances de reversão para níveis inferiores de prontidão para mudança, como pré contemplação e contemplação.

Como pôde ser visto no presente trabalho, apesar de se observar um incremento em alguns comportamentos de risco ao longo do tempo – como alimentação adequada e prática de exercícios físicos – uma grande parte dos sujeitos ainda se mantém emitindo comportamentos prejudiciais para sua condição de saúde, sendo que para consumo de álcool e tabaco praticamente não se observaram mudanças no padrão comportamental. Isso vem alertar para o fato de que o comparecimento às consultas médicas, ainda que conte com fornecimento de informações, não promove aquisição sistematizada de conhecimento, o que a literatura vem apontando como de fundamental importância na mudança em direção a comportamentos pró saúde. Neste caminho, Steptoe et al (2001) investigaram o impacto de orientações comportamentais sobre respostas associadas à redução de gordura, ao aumento de atividade física e à cessação de tabagismo em 884 pacientes, encontrando que os sujeitos que recebiam estas orientações aumentavam as chances de passar aos estágios de ação e manutenção ao longo de 4 meses (OR = 2,15; 1,89 e 1,77 respectivamente). O'Connor et al. (2001), em estudo semelhante, também identificaram aumento da prontidão para mudança de comportamentos de risco após recebimento de orientação profissional (fumar OR = 1.40; praticar atividade física OR = 1.92; mudanças na dieta OR = 1,70).

5.4.2 Depressão

A associação entre transtornos do humor e doenças físicas de um modo geral é bastante comum, estando a depressão intimamente relacionada ao desenvolvimento e prognóstico de eventos cardiovasculares, seja pelos mecanismos fisiopatológicos que atuam diretamente no desenvolvimento de uma DAC, seja influenciando a adesão do paciente ao tratamento médico e às mudanças de estilo de vida necessárias a este tipo de patologia.

No presente estudo, encontrou-se, na caracterização dos 100 pacientes iniciais, uma prevalência de 15% de sujeitos com sintomas depressivos importantes, valor que sofre um incremento quando se elimina a sintomatologia física, avaliando-se apenas os sintomas cognitivos e afetivos (31%). Quando se comparou o primeiro e último momento de avaliação, ocorrido dentro de aproximadamente 12 meses, encontrou-se que os sintomas depressivos cognitivo-afetivos sofreram um decréscimo significativo (p -valor $<0,01$). Em

estudo conduzido por Vasconcelos (2007), valores semelhantes foram encontrados na caracterização inicial da amostra de 59 pacientes que sofreram IAM, em que 10,17% dos pacientes apresentavam sintomas de depressão. Pinton et al. (2006) avaliaram 58 pacientes internados para realização de cirurgia de revascularização do miocárdio quanto aos sintomas depressivos em três momentos: antes da cirurgia (20,7%), após a alta hospitalar (23,6%) e após três meses de alta (9,8%). Como no presente estudo, pode-se observar resultados semelhantes quanto à prevalência de pacientes deprimidos, bem como uma diminuição destes após a passagem do tempo. Além disso, os autores observaram que a presença de sintomas depressivos durante a internação encontrou-se associada a um maior número de complicações pós operatórias. Pesquisa conduzida por Lemos et al. (2008) encontrou prevalências maiores do que a relatada neste estudo, sendo que 48,3% de pacientes internados com IAM e 53,1% de pacientes com doença cardiovascular acompanhados em ambulatório apresentaram sintomas de depressão. Estes autores sugerem que os sintomas depressivos não são consequência direta do IAM, mas sim encontram-se presentes antes da admissão hospitalar, aspecto este ainda um tanto contraditório na literatura especializada da área. Em trabalho publicado recentemente pelo grupo de estudos KOORDINATA (2011) – programa de investigação epidemiológica de depressão na prática cardiológica em pacientes com hipertensão e doença isquêmica do coração (DIC) – identificou-se, em 5038 sujeitos, prevalência de 30% e 38% de depressão em pacientes hipertensos e com DIC, respectivamente, sendo que a presença de depressão clinicamente manifestada no início na investigação aumentou em 1,64 as chances de morte por problemas cardiovasculares (OR 1,41; 1,08-1,84; p-valor=0,0111). Pesquisa conduzida por Park e Lee (2011), com 279 mulheres coreanas diagnosticadas com depressão, demonstrou que diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares encontram-se significativamente associados à presença deste transtorno de humor, como fumar (OR 3,99; 2,25-7,05), apresentar maior IMC (OR 1,97; 1,18-3,30) e história de dislipidemia (OR 2,10; 1,46-3,03). Em um trabalho de meta análise realizado por Barth, Schumacher e Hermmann-Lingen (2004), os autores encontraram que o risco de pacientes coronariopatas deprimidos morrerem em dois anos após a avaliação inicial é duas vezes maior em comparação àqueles que não apresentam sintomas depressivos (OR 2,24; 1,37-3,60). Jiang et al. (2001) investigaram 374 sujeitos com insuficiência cardíaca congestiva e encontraram que pacientes com depressão maior tinham sua chance de mortalidade pela doença aumentada em 2,5 vezes em três meses e em 2,23

vezes dentro de um ano, além das chances de readmissão hospitalar aumentarem em 1,90 mais chances de ocorrer em três meses e 3,07 mais risco de ocorrer em um ano. Bush et al. (2001), em seus achados com 285 pacientes que sofreram IAM, concluíram que maiores índices de mortalidade ocorrem quanto mais severos forem os sintomas depressivos, mas que níveis muito baixos de sintomas depressivos medidos pelo BDI também são preditivos de maior mortalidade pós IAM quando comparados com sujeitos não deprimidos. Connerney et al. (2001) investigaram o efeito de sintomas depressivos em seguimento de um ano com 309 sujeitos, após cirurgia de revascularização, encontrando que Transtorno Depressivo Maior prediz 2,3 vezes mais chances de ocorrerem eventos cardíacos adversos. Ziegelstein et al. (2000), ao estudarem 204 pacientes com IAM, observaram que aqueles que apresentavam sintomas depressivos leves/moderados, depressão maior ou distímia tinham uma menor adesão no seguimento de orientações para redução de risco cardíaco ao longo da recuperação do evento, 4 meses após a ocorrência do mesmo, como seguir uma dieta saudável, praticar exercícios regularmente, reduzir o estresse e aumentar a rede de suporte social. Especificamente em relação à adesão, Melo, Oliveira e Ferreira (2006) avaliaram, em uma amostra de 109 participantes tabagistas, que baixos escores de ansiedade e depressão estavam significativamente associados com adesão ao programa de tratamento (p-valor=0,023 e p-valor=0,022 respectivamente) demonstrando que baixos níveis ou ausência de emoções negativas encontram-se relacionados a uma maior motivação para tratamento e mudança.

A diminuição significativa de pacientes com sintomas depressivos no presente estudo ocorreu sem qualquer intervenção psicoterapêutica sistematizada e direcionada para este problema específico, podendo estar relacionada a diversos fatores, como uma melhor percepção do estado de saúde após realização do procedimento de angioplastia, diminuição da sensação de ameaça à própria vida causada pela doença, aprendizagem no trato com possíveis limitações impostas pela patologia, suporte da equipe profissional, entre outros. Em um estudo qualitativo com pacientes que passaram pelo procedimento de angioplastia, Peterson et al. (2010) avaliaram 61 pacientes quanto ao sucesso na mudança de múltiplos comportamentos associados à cardiopatia, obtendo como principais resultados o fato da percepção do paciente de que a doença pode servir como um “ponto de virada” em suas vidas e a autodeterminação funcionarem como importantes combustíveis para a mudança comportamental. A presença de sintomas depressivos encontra-se diretamente associada a

possíveis complicações das doenças cardiovasculares, como demonstram os trabalhos acima descritos. Ademais, sabe-se que pessoas acometidas por psicopatologias, dentre elas a depressão, tornam-se mais suscetíveis a desenvolverem os sintomas novamente, quando comparadas com a população geral. Por esta razão, sintomas depressivos devem, sempre que possível, ser foco de intervenções multiprofissionais na abordagem das doenças cardiovasculares, sendo que intervenções eficazes para diminuir a depressão podem melhorar o prognóstico e aumentar a sobrevida dos pacientes.

5.4.3 Estresse

O impacto de emoções negativas sobre a saúde cardiovascular vem sendo extensamente estudado, com destaque para o papel do estresse, visto como um possível elemento modificador da atividade neuroendócrina simpática, bem como das respostas cardiovasculares a diferentes estímulos ambientais. Embora a relação entre estresse e doenças cardiovasculares ainda não se encontre totalmente estabelecida na literatura especializada da área, há uma vasta evidência do papel deletério que este desempenha sobre o coração, bem como dos efeitos benéficos promovidos por tentativas do manejo de estresse.

No presente estudo, encontrou-se que 59% dos pacientes avaliados no momento pré angioplastia apresentavam sintomas de estresse, estando a maioria na fase de resistência (51%) e com predominância de sintomas psicológicos (29%). Já na comparação entre a Avaliação 1 e a Avaliação 5, observou-se uma queda de 11,63 pontos percentuais no que se refere à presença de sintomatologia de estresse na amostra, ou seja, os sujeitos mostraram-se menos estressados com o passar do tempo, embora tal diferença não tenha se mostrado estatisticamente significativa (p -valor=0,13). Estes resultados corroboram os obtidos por Soares et al. (2010), também com pacientes submetidos a procedimento de angioplastia coronária. Os autores dividiram a amostra de 128 pacientes portadores de insuficiência coronariana aguda ou crônica em dois grupos: um que receberia suporte psicoterápico antes do procedimento ($n=66$) e outro que não seria alvo de qualquer intervenção ($n=62$). Para ambos os grupos, a predominância foi de sujeitos estressados (84,8% e 80,6%), na fase de resistência (37% e 35%) e com sintomas psicológicos (32% em ambos os grupos), com diminuição significativa dos sintomas de estresse após intervenção. Em pesquisa recente de Wottrich et al. (2011), que buscou avaliar a associação de estresse em hipertensos com gênero, altas prevalências de sintomas de estresse

também foram encontradas, com 84,8% para homens e 85,7% para mulheres, identificando-se predominância na fase de resistência para ambos os sexos (60,6% e 40% respectivamente). Macena e Lange (2008) investigaram a incidência de estresse em 40 pacientes hospitalizados, os quais foram escolhidos de forma aleatória e sem eletividade de doenças e/ou procedimentos realizados, demonstrando que a mera presença em um contexto hospitalar afeta a saúde emocional dos sujeitos, dos quais 82,5% apresentavam-se estressados, a maioria deles na fase de resistência (62,5%) e com predomínio de sintomas psicológicos (69,2%). Quanto à presença de estresse psicológico referida por pacientes, o trabalho de Coelho e Resende (2010) demonstrou uma prevalência de 60%, enquanto o de Cavalcante (2009), 77,7%. Hamer, Molloy e Stamatakis (2008) conduziram um estudo prospectivo com 6576 indivíduos saudáveis, buscando demonstrar em que extensão fatores de risco comportamentais e patofisiológicos encontravam-se associados a estresse psicológico e eventos cardiovasculares. Em um seguimento médio de 7,2 anos, encontraram que tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool, proteína C-reativa e hipertensão estavam independentemente associados com estresse psicológico. Os autores concluíram que o risco cardiovascular aumenta na presença de estresse psicológico, mesmo quando ajustadas variáveis para idade e gênero. Sanz et al. (2010) identificaram que presença de estresse estava associada com pobre controle da hipertensão arterial, demonstrando como afetos negativos podem prejudicar o engajamento dos pacientes em comportamentos pró saúde. Lipp, Frare e Santos (2007) conduziram um estudo cujo objetivo era avaliar como a reatividade cardiovascular era afetada por fatores psicológicos em momentos de estresse. Para isso, os autores avaliaram 80 hipertensos que responderam a um inventário que media presença de sintomas de estresse (Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp) e a outros dois que visavam medir expressão de emoções e comportamento assertivo (Escala de Alexitimia de Toronto e Questionário de Assertividade). Além disso, os sujeitos passavam por uma sessão experimental envolvendo interações sociais consideradas estressantes. Tanto pressão arterial (PA) quanto frequência cardíaca eram medidas de forma contínua pelo monitor de pressão arterial *Finapress* e os participantes da pesquisa eram instruídos ora a controlar, ora a expressar suas emoções. Os resultados mostraram uma relação significativa entre nível de alexitimia e de inassertividade e reatividade da PA, sendo que quando solicitados a expressar emoções, a PA diastólica de alexitímicos e inassertivos sofria aumentos significativos (p -valor=0,021), enquanto a PA sistólica de pessoas assertivas e não alexitímicas sofria aumentos significativos quando orientadas a inibirem suas emoções (p -valor=0,041).

No presente trabalho, não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes no que se refere à presença de sintomas de estresse quando comparadas as avaliações inicial e final (p -valor=0,13), demonstrando que a simples passagem do tempo não determina, necessariamente, a mudança comportamental. A maior frequência de pacientes estressados na Avaliação 1, por sua vez, pode ser explicada pela contingência momentânea, ou seja, a entrevista precedia a realização de um procedimento médico invasivo, causador de estresse e ansiedade, o que pode justificar os altos escores obtidos pelos participantes no inventário utilizado. Além disso, os resultados mostraram que os comportamentos emitidos com maior frequência pelos sujeitos para lidar com situações estressoras estavam associados a padrões de “esquiva/distração” e “passividade/choro”. Ações assertivas, voltadas para a solução de situações problemáticas, foram emitidas em baixa frequência, demonstrando um repertório empobrecido dos pacientes em avaliação de contingências, estratégias de resolução de problemas e técnicas de manejo de estresse. Neste sentido, cabe ressaltar a importância de pesquisas que demonstrem o efeito de intervenções psicológicas – como o Treino do Controle de Estresse – no manejo de sintomas relacionados a afeto negativo, como a conduzida por Malagris et al. (2009), que comprovou, via transporte celular (alterações na via L-arginina-óxido nítrico), o efeito benéfico da redução do estresse em mulheres hipertensas, e o estudo anteriormente descrito de Soares et al. (2010), no qual o grupo que recebeu atendimento psicoterapêutico teve redução significativa de sintomas associados ao estresse quando comparado ao grupo controle (p -valor<0,00001). Além disso, sintomas de estresse encontram-se, na maior parte das vezes, associados a outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como o aumento na emissão de comportamentos prejudiciais à saúde do coração, por exemplo, consumo de álcool, tabaco e alimentação em excesso. Guirguis et al. (2010) buscaram identificar as barreiras associadas à interrupção do uso de tabaco em amostra de 150 sujeitos, concluindo, dentre outros aspectos, que o custo para parar de fumar relacionava-se à dificuldade no enfrentamento de situações estressantes, demonstrando que ações voltadas para o manejo de emoções em pacientes cardiopatas justifica-se tanto pelo controle deste fator de risco em particular, quanto pelo fato de se atingir outros comportamentos relacionados às doenças cardiovasculares.

5.4.4 Percepção do Estado de Saúde

A mudança no perfil de morbi-mortalidade das últimas décadas, de doenças predominantemente infecto contagiosas para doenças crônicas, aumentou a sobrevivência da população e promoveu um aumento no interesse para questões relacionadas à qualidade de vida, constructo que vem sendo utilizado em larga escala como medida de avaliação de resultados de tratamento em saúde. No presente trabalho, fala-se em percepção do estado de saúde como referência ao constructo mais geral “qualidade de vida”, avaliado em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Os resultados encontrados demonstraram como domínios melhor avaliados pelos pacientes, na avaliação inicial pré angioplastia, “aspectos sociais” e “saúde mental” – com médias 68,67 e 67,68 respectivamente – enquanto aqueles que obtiveram pior percepção foram “aspectos emocionais” e “aspectos físicos”, com médias de 54,29 e 29,5 respectivamente. Quando comparados os momentos inicial e final de avaliação, ou seja, após a passagem de aproximadamente 12 meses, pôde-se observar um incremento nas médias apresentadas em todos os domínios avaliados, sendo que as principais elevações de avaliação ficaram por conta dos “aspectos emocionais” e “aspectos físicos” – 26,04 e 24,42 pontos de diferença na média, respectivamente – embora não se tenha encontrado nenhuma significância estatística nas diferenças mencionadas.

Alguns estudos encontraram resultados semelhantes aos aqui observados, como o de Cohen et al. (2011), que avaliaram 1800 pacientes divididos em dois grupos segundo os procedimentos realizados: cirurgia de revascularização do miocárdio ou intervenção coronária percutânea. A avaliação com o SF-36 ocorreu no dia do procedimento (linha de base) e em um seguimento de 6 e 12 meses após o mesmo (*follow up*), sendo que os autores encontraram melhora na percepção do estado de saúde em todos os domínios avaliados no *follow up*, quando comparado com a linha de base. Em pesquisa de Takiuti et al. (2007), avaliou-se 483 pacientes submetidos a três tipos de tratamento: revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia e tratamento clínico, com quatro anos de seguimento, em que os resultados demonstraram melhora em todos os domínios avaliados pelo SF-36 para todas as formas de tratamento adotadas. Favarato et al. (2006) também compararam pacientes submetidos aos três tipos de tratamento citados no estudo anterior, em amostra composta por 542 pacientes coronariopatas, cuja avaliação ocorreu no início do tratamento, 6 e 12

meses depois. Os resultados demonstraram melhora significativa nos domínios físico e mental avaliados pelo SF-36, ao longo do tempo e entre tratamentos (p -valor $<0,01$). Além disso, os estudos de Takiuti et al. (2007) e Favarato et al. (2006) demonstram, assim como na presente pesquisa, os “aspectos físicos” como domínio de pior avaliação feita pelos pacientes, assim como este é também o aspecto que sofre um dos maiores incrementos com a passagem do tempo, após realização de intervenção médica.

Outros estudos que buscam avaliar a percepção do estado de saúde de pacientes cardiopatas destoam dos resultados aqui encontrados, provavelmente em função do tipo de população estudada. Assim, os estudos de Brito et al. (2008) e Cavalcante et al. (2007), com população de hipertensos, encontraram médias bastante altas nas avaliações de seus pacientes em todos os domínios do instrumento, o que provavelmente se deve ao fato desta ser uma patologia, comumente, assintomática. Em contrapartida, estudos com populações acometidas por doenças que trazem mais prejuízos para os pacientes, seja na sintomatologia física ou como consequência dos procedimentos adotados, tem seus resultados também distoantes dos aqui apresentados, com médias mais baixas nos domínios avaliados pelo SF-36, como é o caso de pesquisa feita por Helito et al. (2009), com pacientes portadores de insuficiência cardíaca refratária, candidatos a transplante cardíaco, e estudo conduzido por Costa et al. (2007), com jovens que possuíam cardioversor-desfibrilador implantável, sendo que neste último estudo, além das médias baixas apresentadas, observou-se também declínio nas mesmas após *follow up* de um ano.

No presente estudo, o incremento na percepção da qualidade de vida dos pacientes em todos os domínios avaliados chama a atenção para a importância do procedimento médico utilizado. A avaliação dos aspectos físicos configurar-se como aquela com maior aumento ao longo do tempo demonstra os efeitos positivos da angioplastia sobre a percepção da saúde dos pacientes, o que, certamente, possui efeitos altamente benéficos sobre a saúde emocional destes, já que os aspectos emocionais apresentaram-se como o segundo domínio com maior discrepância na avaliação, ao longo de um ano, o que caminha ao lado de outros resultados, como a diminuição da frequência de sujeitos estressados e deprimidos, embora somente esta última variável tenha apresentado significância estatística em seus resultados.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho atingiu todos os objetivos a que se propôs. Em relação aos aspectos sociodemográficos, pode-se afirmar que os mesmos corroboram as características de pacientes cardiopatas tradicionalmente retratadas, muito embora venha-se percebendo, gradualmente, uma mudança deste perfil. As características socioeconômicas são inerentes à população atendida – SUS – e chamam a atenção para a necessidade de intervenções apropriadas para este estrato populacional e de investimentos sociais, por parte das políticas públicas, para melhoria de condições de vida e, conseqüentemente, de saúde.

No que tange aos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, pôde-se constatar que os pacientes deste estudo possuem conhecimento sobre os mesmos, ou seja, sabem quais comportamentos, se emitidos, podem ser prejudiciais para a saúde do coração. Estas informações advêm do contato com as equipes profissionais médicas e não médicas por meio de consultas, hospitalizações e realização de procedimentos, sendo de incontestável importância para a modificação de alguns hábitos, mas fica comprovado que o conhecimento obtido desta maneira não promove mudança de comportamento em um nível desejável para este tipo de paciente, já que o esperado é que haja extinção de respostas indesejadas e instalação de comportamentos pró saúde que perdurem ao longo do tempo. Destaca-se, também, a importância das intervenções educativas e psicoterapêuticas serem, na medida do possível, estendidas para a rede de suporte – familiares e cuidadores – a fim de aumentar a probabilidade de fortalecimento de comportamentos pró saúde instalados.

Como discutido, a mudança comportamental é um processo, que ocorre para cada indivíduo de uma maneira muito particular. A prontidão para mudança está associada a uma variável eminentemente psicológica, que é a motivação. No presente estudo, ficou comprovado que altos níveis de estresse associam-se de forma significativa a baixos níveis de motivação/prontidão para mudança, reforçando a idéia de que o simples fornecimento de informações e orientações de mudanças não promove a instalação duradoura de novos hábitos, sendo necessária a ação particular do profissional psicólogo no manejo destes aspectos caracteristicamente psicológicos. Além disso, diversos trabalhos mostram que emoções negativas como estresse, ansiedade e depressão, associam-se a uma maior aglomeração de outros fatores de risco, sendo que o manejo adequado das variáveis psicológicas promove não apenas maior bem estar e qualidade de vida para o sujeito, como

também exerce controle sobre outros fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares.

Ainda no que se refere ao aspecto da intervenção psicoterapêutica, vale destacar os muitos estudos internacionais que vem comprovando a alta eficácia de práticas voltadas, por exemplo, para o manejo de estresse, e que levem em conta uma ação mais personalizada, no sentido de se considerar os estágios de prontidão para mudança dos sujeitos e implementar ações voltadas para as particularidades motivacionais envolvidas em cada um destes momentos. As intervenções direcionadas para cada estágio de prontidão para mudança aparentemente surtem melhores resultados tanto para o controle de afeto negativo quanto para outros fatores de risco associados a doenças cardiovasculares, como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, consumo de álcool e de tabaco.

A pesquisa em questão também mostrou que pacientes candidatos ao procedimento de angioplastia apresentaram alta prevalência de sintomas psicológicos, como estresse e depressão, comprovando o que outros estudos mostram quanto à associação de doenças cardiovasculares e aspectos emocionais, chamando mais uma vez a atenção para a necessidade do trabalho conjunto entre cardiologistas e outros profissionais de saúde, neste caso, especialmente o psicólogo. Em relação ao aspecto particular do procedimento realizado, a melhoria da percepção do estado de saúde dos pacientes em todos os domínios avaliados mostra a grande importância da ação médica intervencionista sobre os sintomas físicos da doença e, conseqüentemente, dos emocionais. Vale destacar que os maiores incrementos da percepção do estado de saúde ficaram por conta dos aspectos físicos e emocionais, além de ter sido também observada a diminuição de sintomas de estresse e depressão ao longo do tempo, mesmo sem a ocorrência de qualquer intervenção mais sistematizada para este fim. Desta forma, a implementação de programas voltados para o manejo de aspectos emocionais, somado aos benefícios já comprovados da intervenção médica, certamente trariam resultados ainda mais eficazes para esta população.

Deve-se também destacar algumas dificuldades apresentadas na execução deste trabalho, como o grande número de avaliações realizadas em um intervalo curto de tempo. Este aspecto da pesquisa promoveu uma concomitância de sujeitos para diferentes avaliações, ou seja, participantes de diferentes momentos avaliativos devendo ser entrevistados no mesmo dia. Somado a isso, deu-se que as entrevistas eram programadas para ocorrerem no dia da consulta médica ambulatorial, uma vez que um dos aspectos

éticos do estudo refere-se ao fato de não se proporcionar custos para o paciente, sejam financeiros ou de respostas. Assim, houve concomitância, além de pacientes, também de atendimentos, proporcionando uma grande perda de pacientes ao longo do tempo. Ademais, somam-se a estes aspectos descritos as dificuldades inerentes de se realizar uma pesquisa clínica e de caráter longitudinal, como a ocorrência de óbitos, pacientes desistentes, faltas, hospitalizações, entre outros. A perda de um número importante de sujeitos, destacada como consequência das dificuldades na condução do estudo, acarretou uma limitação importante no tratamento dos dados desta pesquisa, já que os tamanhos amostrais reduzidos ao longo das avaliações inviabilizaram análises mais acuradas, por meio de uso de testes estatísticos, impossibilitando, conseqüentemente, a obtenção de resultados mais conclusivos sobre as variáveis estudadas.

Outra dificuldade que merece destaque refere-se ao uso do instrumento URICA - Adaptada para Comportamento de Estresse. Embora constitua uma ferramenta de avaliação de grande utilidade e internacionalmente reconhecida por suas boas propriedades psicométricas, no estudo em questão o seu uso apresentou algumas dificuldades, por ter se mostrado um instrumento complexo e de difícil compreensão, ao menos para a população aqui estudada. Trabalhos internacionais mostram a utilização de instrumentos mais simples na abordagem dos estágios de prontidão para mudança, sendo que a dificuldade aqui destacada pode abrir caminho para futuras pesquisas, que avaliem outras possibilidades de investigação de motivação e estágios de mudança comportamental para comportamentos de risco em doenças cardiovasculares.

Pesquisas futuras, no Brasil, deveriam abordar a eficácia da identificação de estágios de prontidão para mudança dos diferentes fatores de risco para cardiopatias, implementando intervenções direcionadas para cada estágio em particular e verificando se, com isso, obtém-se mudanças comportamentais mais efetivas e duradouras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁷

AGRESTI, A. **Categorical Data Analysis**. 2.ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2002.

ALMEIDA, V.; MACHADO, P. P. P. Somatização e Alexitimia: um estudo nos cuidados de saúde primários. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 4, n. 2, p. 285-98, 2004.

ALVES, T. C. T. F.; FRÁGUAS, R.; WAJNGARTEN, M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 3, p. 88-92, 2009.

AMARAL, G. F. et al. Depressão e doenças cardiovasculares - importância para o clínico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 3, n. 4, p. 102-112, 2005.

ARNOLD, S. V. et al. The impact of dyspnea on health-related quality of life in patients with coronary artery disease: results from the premier registry. **American Heart Journal**, v. 157, n. 6, p. 1042-9, 2009.

ARTAZCOZ, L. et al. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 4, p. 600-7, 2010.

AZAMBUJA, M. I. R. et al. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 3, p. 163-71, 2008.

BARRETO, S. M. et al. Quantificando o Risco de Doença Coronariana na Comunidade. Projeto Bambuí. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 6, p. 549-55, 2003.

BARTH, J.; SCHNEIDER, S.; VON KÄNEL, R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. **Psychosomatic Medicine**, v. 72, n. 3, p. 229-38, 2010.

BARTH, J.; SCHUMACHER, M.; HERMMANN-LINGEN, C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. **Psychosomatic Medicine**, v. 66, n. 6, p. 802-13, 2004.

¹⁷ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora ... [et al.]. - 2. ed. rev. ampl. - São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. 102 p.

BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 6, p. 403-12, 2008.

BERGERSEN, H. et al. Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years poststroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 19, n. 5, p. 364-9, 2010.

BERTO, S. J. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1573-82, 2010.

BIASOLLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em Psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. Em: ROMANELLI, G.; BIASOLLI-ALVES, Z.M.M. (Orgs.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, p. 135-57, 1998.

BOLMAN, C.; VRIES, H. Psycho-social determinants and motivational phases in smoking behavior of cardiac inpatients. **Preventive Medicine**, v. 27, p. 738-47, 1998.

BORRELL, L. N. et al. Perceived racial/ethnic discrimination, smoking and alcohol consumption in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). **Preventive Medicine**, v. 51, n. 3-4, p. 307-12, 2010.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 933-40, 2008.

BUSH, D. E. et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. **The American Journal of Cardiology**, v. 88, n. 4, p. 337-41, 2001.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de *stress* em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, 2003. p. 257-63.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 19, n. 2, p. 128-36, 2006.

CAPITÃO, C. G.; SCORTEGAGNA, S. A.; BAPTISTA, M. N. A importância da avaliação psicológica na saúde. **Avaliação Psicológica**, v. 4, n. 1, p. 75-82, 2005.

CARNELOSSO, M. L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1073-80, 2010.

CAVALCANTE, P. F. **A importância dos fatores de risco na obstrução das artérias coronárias utilizando técnicas de mineração de dados**. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

CAVALCANTE, M. A. et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 89, n. 4, p. 245-50, 2007.

CHANG, L. et al. Behavioral change for blood pressure control among urban and rural adults in Taiwan. **Health Promotion International**, v. 18, n. 3, p. 219-28, 2003.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Qualidade de Vida *Medical Outcomes Study 36 – item short-form health survey (SF-36)***. Dissertação (Doutorado em Medicina) – UNIFESP, São Paulo. 1997.

COELHO, L. M.; RESENDE, E. S. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 323-8, 2010.

COHEN, D. J. et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. **The New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 11, p. 1016-26, 2011.

COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 69-82, 1997.

CONNERNEY, I. et al. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. **The Lancet**, v. 358, n. 9295, p. 1766-71, 2001.

COSTA, R. et al. Incidência de choques e qualidade de vida em jovens com cardioversor-desfibrilador implantável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 3, p. 258-64, 2007.

CUNHA, R. N. Motivação e Análise do Comportamento. **Temas em Psicologia**, n. 3, p. 11-8, 1995.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DALEY, L. K. et al. Stage-specific education/counseling intervention in women with elevated blood pressure. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 24, n. 2, p. 45-52, 2009.

DANTAS, R. A. S.; COLOMBO, R. .C. R.; AGUILLAR, O. M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio segundo o modelo de “Campo de Saúde”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 63-8, 1999.

DANTAS, R. A. S.; MAIMONI, O. Perfil de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio na perspectiva do modelo de “Campo de Saúde”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 4, p. 571-88, 1998.

DARR, A.; ASTIN, F.; ATKIN, K. Causal attributions, lifestyle change, and coronary heart disease: illness beliefs of patients of South Asian and European origin living in the United Kingdom. **Heart & Lung: the Journal of Acute and Critical Care**, v. 37, n. 2, p. 91-104, 2008.

DATASUS, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. 3.ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2001.

DAVIDSON, K. W. et al. Association of anhedonia with recurrent major adverse cardiac events and mortality 1 year after acute coronary syndrome. **Archives of General Psychiatry**, v. 67, n. 5, p. 480-8, 2010.

DIMSDALE, J. E. Psychological stress and cardiovascular disease. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 51, n. 13, p. 1237-46, 2008.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 64, n. 5, p. 491-500, 1995.

DUARTE, M. S. Z. **Análise dos fatores psicossociais de risco em pacientes de primeiro infarto agudo do miocárdio**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - USP, Ribeirão Preto. 2002.

EDWARDS, T. A. et al. Stages of change as a correlate of mental health symptoms in abused, low-income African American women. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 12, p. 1531-43, 2006.

EVERS, K. E.; PROCHASKA, J. O. A randomized clinical trial of a population – and Transtheoretical Model – based stress-management intervention. **Health Psychology**, v. 23, n. 4, p. 521-29, 2006.

FAN, A. Z. et al. Depression and anxiety associated with cardiovascular disease among persons aged 45 years and old in 38 states of the United States, 2006. **Preventive Medicine**, v. 46, p. 445-50, 2008.

FAVARATO, M. E. C. S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre generosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 4, p. 236-41, 2006.

FORNARI, C. et al. Social status and cardiovascular disease: a Mediterranean case. Results from the Italian Progetto CUORE cohort study. **BMC Public Health**, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-574.pdf>>

FRANKS, M. M. et al. I will if you will: similarity in married partners' readiness to change health risk behaviors. **Health Education & Behavior**, v. 20, n. 5, p. 1-8, 2011.

FREITAS, R. M. C.; GORAYEB, R. **Avaliação dos fatores psicossociais que influenciam na adesão ao Programa de Reabilitação Cardiovascular**. Projeto de Mestrado - USP, Ribeirão Preto. 2008.

GASPERIN, D.; FENSTERSEIFER, L. M. As modificações do estilo de vida para hipertensos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 372-8, 2006.

GEGENAVA, T.; GEGENAVA, M.; KAVTARADZE, G. The influence of depression and anxiety in the development of heart failure after coronary angioplasty. **Georgian Medical News**, v. 168, p. 54-6, 2009.

GIANNOTTI, A. Prevenção da doença coronariana: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - Secretaria de Estado da Saúde**, 2002.

GIMENES, M. G. G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. *In*: GIMENES, M. G. G. (Org.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Editora Psy, p. 111-143, 1997.

GODOY, M. F. et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 2, p. 200-06, 2007.

GORAYEB, R. **A prática da psicologia hospitalar**. Em: MARINHO, M.L.; CABALLO, V.E. (Orgs.). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: Editora UEL, p. 263-78, 2001.

GORAYEB, R.; FACCHINI, G. B.; BITONDI, F. R.; SCHMIDT, A. **Caracterização sócio demográfica e psicológica de pacientes na enfermaria de cardiologia do HCFMRP-USP. Avaliação clínica do efeito de intervenção psicológica**. Projeto de Pesquisa Não Publicado – USP, Ribeirão Preto. 2005.

GORAYEB, R.; FACCHINI, G. B.; SIMÕES, M. V. **Caracterização demográfica, psicológica e social dos pacientes da Clínica de Insuficiência Cardíaca do HCFMRP-USP**. Projeto de Pesquisa Não Publicado – USP, Ribeirão Preto. 2005.

GREWAL, K.; STEWART, D. E.; GRACE, S. L. Differences in social support and illness perceptions among South Asian and Caucasian patients with coronary artery disease. **Heart & Lung: the Journal of Acute and Critical Care**, v. 39, n. 3, p. 180-7, 2010.

GUIRGUIS, A. B. et al. Smoking cessation: barriers to success and readiness to change. **Tennessee Medicine**, v. 104, n. 9, p. 45-9, 2010.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalência dos fatores de risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, n. 5, p. 478-83, 2002.

HAMER, M.; MOLLOY, G. J.; STAMATAKIS, E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 52, n. 25, p. 2156-62, 2008.

HAMER, M. et al. Physical activity and cardiovascular mortality risk: possible protective mechanisms? **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 2011.

HASNAIN, M. et al. Depression screening in patients with coronary heart disease: a critical evaluation of the AHA guidelines. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 71, n. 1, p. 6-12, 2011.

HELITO, R. A. B. et al. Qualidade de vida dos candidatos a transplante de coração. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 24, n. 1, p. 50-7, 2009.

HOSMER; D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 2.ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2000.

ISHITANI, L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 684-91, 2006.

JING, W. et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. **Archives of Internal Medicine**, v. 161, n. 15, p. 1849-56, 2001.

KAHOLOKULA, J. K.; IWANE, M. K.; NACAPOY, A. H. Effects of perceived racism and acculturation on hypertension in native hawaiians. **Hawaii Medical Journal**, v. 69, n. 5 (Supl. 2), p. 11-5, 2010.

KAISER, S. E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. **Revista da SOCERJ**, p. 11-8, 2004.

KAMIYA, Y. et al. The differential impact of subjective and objective aspects of social engagement on cardiovascular risk factors. **BMC Geriatrics**, v. 10, n. 81, p. 1-10, 2010.

KELLER, F. S; SCHOENFELD, W. N. **Princípios de Psicologia**: um texto sistemático na ciência do comportamento. São Paulo: EPU, 1973.

KERBAUY, R. R. Comportamento e Saúde: doenças e desafios. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.

KIM, E. M.; HWANG, S. Y.; KIM, A. L. Knowledge of stroke and heart attack symptoms and risk factors among rural elderly people: a questionnaire survey. **Korean Circulation Journal**, v. 41, n. 5, p. 259-64, 2011.

KOORDINATA STUDY. Depressive symptoms worsen cardiovascular prognosis and shorten length of life in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease. **Kardiologia**, v. 51, n. 2, p. 59-66, 2011.

KOP, W.J. Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease. **Psychosomatic Medicine**, v. 61, n. 4, p. 476-87, 1999.

KRANTZ, D. S.; MCCENEY, M. K. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. **Annual Revista Psychology**, v. 53, p. 341-69, 2002.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. Os mitos a respeito das doenças cardiovasculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 76, n. 2, p. 99-104, 2001.

LEMOS, C. et al. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 471-76, 2008.

LEON, C. F. et al. Quality of life in a diverse population of patients with heart failure: baseline findings from the heart failure adherence and retention trial (HART). **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, v. 29, n. 3, p. 171-78, 2009.

LESSA, I. et al. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v. 16, n. 2, p. 131-7, 2004.

LIMA, F. E. T. et al. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza-CE. **Revista Rene Fortaleza**, v. 10, n. 3, p. 37-43, 2009.

LING, A. M.; HORWATH, C. Defining and measuring stages of change for dietary behaviors: readiness to meet fruit, vegetable, and grain guidelines among Chinese Singaporeans. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 100, n. 8, p. 898-904, 2000.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LIPP, M. E. M.; FRARE, A.; SANTOS, F. U. Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de *stress* emocional. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 161-67, 2007.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de *Stress* (ISS). **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 11, p. 43-9, 1994.

LIRA, M. T. et al. Cardiovascular prevention and attitude of people towards behavior changes: state of the art. **Revista Médica do Chile**, v. 134, n. 2, p. 223-30, 2006.

MACABASCO-O'CONNELL, A. et al. Gender and racial differences in psychosocial factors of low-income patients with heart failure. **Heart & Lung: the Journal of Acute and Critical Care**, v. 39, n. 1, p. 2-11, 2010.

MACENA, C. S.; LANGE, E. S. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. **Psicologia Hospitalar**, v. 6, n. 2, p. 20-39, 2008.

MALAGRIS, L. E. N. et al. Evidências biológicas do treino de controle do *stress* em pacientes com hipertensão. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 22, n. 1, p. 60-8, 2009.

MANICA, A. L. L. O papel da depressão na doença coronária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 73, n. 2, p. 237-43, 1999.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, supl. 1, p. 65-74, 2003.

MAROSTI, C. A.; DANTAS, R. A. S. Relação entre estressores e características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em uma Unidade Coronariana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 68-74, 2006.

MARTIN, G.; PEAR, J. **Modificação de comportamento: o que é e como fazer**. 8.ed. São Paulo: Roca, 2009.

McCONNAUGHY, E. A.; PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. E. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 20, p. 368-75, 1983.

McEVOY, P. M.; NATHAN, P. Perceived costs and benefits of behavioral change: reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. **Journal of Clinical Psychology**, v. 63, n. 12, p. 1217-29, 2007.

McKEE, G. et al. Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 6, p. 233-40, 2007.

MELO, W. V.; OLIVEIRA, M. S.; FERREIRA, E. A. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 91-9, 2006.

MESQUITA, C. T.; NÓBREGA, A. C. L. Miocardiopatia Adrenérgica: o estresse pode causar uma miocardiopatia aguda? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 4, p. 283-4, 2005.

MIGUEL, C. F. O conceito de operação estabelecadora na Análise do Comportamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 259-67, 2000.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>

MOCHARI-GREENBERGER, H; TERRY, M. B.; MOSCA, L. Does stage of change modify the effectiveness of an educational intervention to improve diet among family members of hospitalized cardiovascular disease patients? **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 7, p. 1027-35, 2010.

MORA, S. et al. Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms. **Circulation**, v. 116, n. 19, p. 2110-8, 2007.

NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE (NHLBI). **Report of the task force on behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease**. p. 1-16, 1998.

NERY, R. M.; BARBISAN, J. N. Efeito da atividade física de lazer no prognóstico da cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 25, n.1, p. 73-8, 2010.

NEUMANN, A. I. C. P. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 22, n. 5, p. 329-39, 2007.

NIGG, C. R. et al. Stages of change across ten health risk behaviors for older adults. **The Gerontologist**, v. 39, n. 4, p. 473-82, 1999.

NORCROSS, J. C.; KREBS, P. M.; PROCHASKA, J. O. Stages of change. **Journal of Clinical Psychology: In Session**, v. 67, n. 2, p. 143-54, 2011.

NUNES-FILHO, J. R. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 5, p. 399-24, 2007.

O'CONNOR, P. J. et al. Professional advice and readiness to change behavioral risk factors among members of a managed care organization. **The American Journal of Managed Care**, v. 7, n. 2, p. 125-30, 2001.

OLIVEIRA, M. S. et al. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 265-70, 2003.

OLIVEIRA, M. B. **Leitura analítico-comportamental da proposta de intervenção terapêutica em entrevista motivacional com enfoque na dependência química.** Belo Horizonte: PUC-MG, 2007. 108 p.

OLIVEIRA JÚNIOR, H. P.; MALBERGIER, A. Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 1, p. 5-10, 2003.

ORSI, M. M.; OLIVEIRA, M. S. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 3-12, 2006.

PADLINA, O. et al. Stages of change for perceived stress in a swiss population sample: an explorative study. **Soz Präventivmed**, v. 46, n. 6, p. 396-403, 2001.

PARADIS, V. et al. The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 25, n. 2, p. 130-41, 2010.

PARGA, M. X. F. et al. Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. **Psicothema**, v. 22, n. 4, p. 556-61, 2010.

PARK, J. E.; LEE, J. E. Cardiovascular disease risk factors and depression in korean women: results from the fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey. **Psychiatry Research**, 2011.

PEREIRA, A. H.; GRUDTNER, M. A. Angioplastia Transluminal Percutânea e *stents* endovasculares. Em: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. (Editores). **Angioplastia e cirurgia vascular: guia ilustrado.** Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>

PEREIRA, J. C. et al. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v. 25, n. 6, p. 491-8, 2009.

PEREZ, G. H. et al. Depressão e Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis: diferenças entre homens e mulheres. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 5, p. 319-26, 2005.

PETERSON, J. C. et al. Living with heart disease after angioplasty: a qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care**, v. 39, n. 2, p. 105-15, 2010.

PICKERING T. Behavioural Cardiology – has its time finally arrived? **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 70, n. 2, p. 101-12, 2003.

PINTON, F. A. et al. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 21, n. 1, p. 68-74, 2006.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 870-7, 2005.

PROCHASKA, J. J.; SPRING, B.; NIGG, C. R. Multiple health behavior change research: an introduction and overview. **Preventive Medicine**, v. 46, p. 181-88, 2008.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102-14, 1992.

PROIETTI, R. et al. Mental stress and ischemic heart disease: evolving awareness of a complex association. **Future Cardiology**, v. 7, n. 3, p. 425-37, 2011.

PUGLIESI, R. et al. Eficácia de uma intervenção psicológica no estilo de vida para redução do risco coronariano. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 4, p. 225-30, 2007.

PUUSTINEN, P. J. et al. Gender-specific association of psychological distress with cardiovascular risk scores. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 28, n. 1, p. 36-40, 2010.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise Psicológica**, v. 3, n. 17, p. 547-58, 1999.

RICE, M. C.; KATZEL, L. I.; WALDSTEIN, S. R. Sex-specific associations of depressive symptoms and cardiovascular risk factors in older adults. **Aging Mental Health**, v. 14, n. 4, p. 105-10, 2010.

RILEY, T. A.; FAVA, J. L. Stress and transtheoretical model indicators of stress management behaviors in HIV-positive women. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 54, n. 3, p. 245-52, 2003.

ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J. A.; KAPLAN, J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. **Circulation Journal of the American Heart Association**, 1999.

SALAYCIK, K. J. et al. Depressive symptoms and risk of stroke: The Framingham Study. **Stroke**, v. 38, p. 16-21, 2007.

SALEHI, L. et al. Physical activity among a simple of iranians aged over 60 years: an application of the Transtheoretical Model. **Archives of Iranian Medicine**, v. 13, n. 6, p. 528-36, 2010.

SANDMAIER, M. **Living well with heart disease**. U.S. Department of health and human services. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute, 2005.

SANZ, J. et al. Psychological factors associated with poor hypertension control: differences in personality and stress between patients with controlled and uncontrolled hypertension. **Psychological Reports**, v. 107, n. 3, p. 923-38, 2010.

SAVOIA, M. G., SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, v. 7, n. 1/2, p. 183-201, 1996.

SAVOIA, M. G. **Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping)**. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, 1999.

SCHMIDT, A.; NOBRE, F.; MION JR., D. **Risco cardiovascular global: a teoria aplicada à prática**. Em: MION JR., D.; NOBRE, F. Risco cardiovascular global: da teoria à prática. 2 ed. São Paulo: Lemos Editorial, p. 13-24, 2000.

SENOL-DURAK, E.; AYVASIK, H. B. Factor associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: perceived social support, perception of the event and coping. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, n. 17, n. 2, p. 150-8, 2010.

SERRANO JÚNIOR, C. V. et al. Association between depression and development of coronary artery disease: pathophysiologic and diagnostic implications. **Journal of Vascular Health and Risk Management**, v. 7, p. 159-64, 2011.

SILVA JUNIOR, J. B. et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. Em: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SNEED, N. V.; PAUL, S. C. Readiness for behavioral changes in patients with heart failure. **American Journal of Critical Care**, v. 12, n. 5, p. 444-53, 2003.

SOARES, R. et al. Intervenção psicológica em pacientes submetidos a angioplastia coronária: ensaio randomizado. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, v. 18, n. 3, p. 311-5, 2010.

SONG, E. K.; SON, Y. J.; LENNIE, T. A. Trait anger, hostility, serum homocysteine, and recurrent cardiac events after percutaneous coronary interventions. **American Journal of Critical Care**, v. 18, n. 6, p. 554-61, 2009.

SOUZA, C. C **Motivação para mudança de comportamento no jogo patológico**: tradução, adaptação e validação da “*University of Rhode Island Change Assessment (URICA)*”. Tese (Doutorado em Psicologia) - PUC/RS, Porto Alegre. 2009.

SOUZA, J. E. M. R.; FERES, A. G. M. R. S. F. Angioplastia Transluminal Coronária: indicações e resultados atuais. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 51, n. 1, p. 69-76, 1988.

SPIRAKI, C. et al. Health-related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a cardiology department of a secondary urban hospital in Greece. **Hellenic Journal of Cardiology**, v. 49, n. 4, p. 241-7, 2008.

STEPTOE, A. et al. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. **American Journal of Public Health**, v. 91, n.2, p. 265-9, 2001.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R. **Adaptação brasileira da *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* para usuários de substâncias psicoativas ilícitas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - PUC/RS, Porto Alegre. 2006.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 10, n. 1, p. 162-73, 2008.

TAKIUTI, M. E. et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 5, p. 537-44, 2007.

TAVARES, L. R. et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói – Projeto EPICA – Niterói. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, n. 2, p. 121-24, 2004.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007.

USSHER, M. et al. Psychosocial correlates of health literacy among older patients with coronary heart disease. **Journal of Health Communication**, v. 15, n. 7, p. 788-804, 2010.

VAN ECK, J. W. M. et al. Poor health-related quality of life of patients with indication for chronic cardiac pacemaker therapy. **Pace**, v. 31, p. 480-86, 2008.

VAN EYKEN, E. B. B. D.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 111-23, 2009.

VAN NES, M.; SAWATZKY, J. Improving cardiovascular health with motivational interviewing: a nurse practitioner perspective. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 22, p. 654-60, 2010.

VASCONCELOS, C. B. **Qualidade de vida, ansiedade e depressão após infarto do miocárdio**. 2007. 69 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

VELASQUEZ, M.; MAURER, G.; CROUCH, C.; DICLEMENTE, C. **Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual**. Nova Iorque: Guilford, 2001.

VENÂNCIO, L. S.; BURINI, R. C.; YOSHIDA, W. B. Concentração de homocisteína em pacientes portadores de doença arterial periférica atendidos em um serviço público de saúde. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 8, n. 4, p. 318-26, 2009.

VILCHINSKY, N. et al. Spousal support and cardiac patients' distress: the moderating role of attachment orientation. **Journal of Family Psychology**, v. 24, n. 4, p. 508-12, 2010.

VITALIANO, P. P. et al. A path model of chronic stress, the metabolic syndrome and coronary heart disease. **Psychosomatic Medicine**, v. 64, p. 418-35, 2002.

WARREN, T. Y. et al. Sedentary behaviors increase risk of cardiovascular disease mortality in men. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 42, n. 5, p. 879-85, 2010.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. WHO. Genebra, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>

WOTTRICH, S. H. et al. Gênero e manifestação de *stress* em hipertensos. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 27-34, 2011.

WOUTS, L. et al. Cardiac disease, depressive symptoms and incident stroke in an elderly population. **Archives Generals of Psychiatry**, v. 65, n. 5, p. 596-602, 2008.

ZIEGELSTEIN, R. C. et al. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 12, p. 1818-23, 2000.

ZORNOFF, L. A. M. et al. Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após Infarto Agudo do Miocárdio, em Hospital Terciário Universitário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, n. 4, p. 396-400, 2002.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista Semi Estruturada

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA Nº _____ Data: ____/____/20____

Registro do Paciente: _____

I. Identificação e Dados Sócio-Demográficos

Nome: _____

Sexo: F () M () Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ () próprio () recado

Escolaridade:

() Ensino Fundamental Completo () Ensino Superior Completo

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Superior Incompleto

() Ensino Médio Completo () Analfabeto

() Ensino Médio Incompleto Anos de Estudo: _____

Estado civil: () solteiro () casado () amasiado
() separado () viúvo () outro: _____

Profissão: _____ Atualmente está empregado? () sim () não

Tem mais de um emprego? () sim () não

Quantos? () dois () três () quatro Jornada diária de trabalho: _____

Aposentado () sim () não

Por tempo de serviço? () sim () não

Pelo INSS? () sim () não

Há quanto tempo se aposentou? _____

Atualmente, está sem trabalhar por aguardar auxílio do INSS? () sim () não

Há quanto tempo? _____

Renda familiar mensal:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| () Até 1 salário-mínimo | () Mais de 4 salários-mínimos |
| () Entre 2 e 3 salários-mínimos | () Sem renda |
| () Entre 3 e 4 salários-mínimos | () Não sabe referir |

Número de pessoas que dependem desta renda: _____

II. Lazer e Rede de Suporte

Férias: () sim Com que frequência: _____

() não Há quanto tempo: _____ Por que? _____

Como você avalia, atualmente, suas atividades de lazer?

- | | |
|--|---------------------------|
| () Muito satisfatórias | () Insatisfatórias |
| () Satisfatórias | () Muito insatisfatórias |
| () Nem satisfatórias, nem insatisfatórias | |

Como você avalia, atualmente, seu relacionamento com amigos e outras pessoas próximas (*vizinhos, pessoas da igreja e da comunidade em geral*)?

- | | |
|--|--------------------------|
| () Muito satisfatório | () Insatisfatório |
| () Satisfatório | () Muito insatisfatório |
| () Nem satisfatório, nem insatisfatório | |

Como você avalia, atualmente, seu relacionamento com familiares?

- | | |
|--|--------------------------|
| () Muito satisfatório | () Insatisfatório |
| () Satisfatório | () Muito insatisfatório |
| () Nem satisfatório, nem insatisfatório | |

III. Conhecimento e Manejo de Fatores de Risco

Considera-se mais estressado (a) em situações que ocorrem em que tipo de ambiente?

- () doméstico
- () de trabalho

() outros: _____

Quando acontece algo que lhe deixa nervoso, o que você costuma fazer?

Você sabe quais são os fatores de risco, ou seja, aquilo que facilita o aparecimento da doença coronariana? Se sim, quais são?

O que você costuma fazer para evitar estes fatores de risco?

Dentre os fatores de risco que você conhece, qual ou quais você julga mais difícil de controlar?

O que você costuma fazer para ter uma vida mais saudável?

IV. História Médica e Quadro Clínico Atual

Peso: _____ Altura: _____ I.M.C.: _____

Pressão Arterial: _____ Colesterol: _____ Triglicérides: _____

Tem diabetes? () sim () não

Em sua opinião, aconteceu algo em especial que motivou o surgimento de sua doença? O que? _____

V. História Familiar

Em sua família, já houve caso de:

Hipertensão Arterial: sim não não sabe referir
Diabetes Mellitus: sim não não sabe referir
Morte Súbita: sim não não sabe referir
Dislipidemias: sim não não sabe referir
Infarto do Miocárdio: sim não não sabe referir
Acidente Vascular sim não não sabe referir
Cerebral:

VI. Hábitos de Vida

1. Hábitos Alimentares

Consome café? não bebe esporadicamente todos os dias

Quantidade diária em xícaras: _____

Quais dos itens abaixo fazem parte de sua alimentação?

<input type="checkbox"/> Ovo	<input type="checkbox"/> Com gema	<input type="checkbox"/> Sem gema		
<input type="checkbox"/> Leite	<input type="checkbox"/> Integral	<input type="checkbox"/> Semi-Desnatado	<input type="checkbox"/> Desnatado	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Queijo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Branco		
<input type="checkbox"/> Manteiga				
<input type="checkbox"/> Margarina				
<input type="checkbox"/> Maionese				
<input type="checkbox"/> Carne Bovina	<input type="checkbox"/> Carne Gorda	<input type="checkbox"/> Carne Magra		
<input type="checkbox"/> Carne Suína				
<input type="checkbox"/> Aves	<input type="checkbox"/> Com Pele	<input type="checkbox"/> Sem Pele		

Alimenta-se de frituras com que frequência?

diariamente raramente
 menos de 3 vezes por semana nunca
 mais de 3 vezes por semana

Alimenta-se de doces e refrigerantes com que frequência?

diariamente raramente
 menos de 3 vezes por semana nunca
 mais de 3 vezes por semana

Tipo de gordura utilizada no preparo de suas refeições:

() óleo de soja ou outros óleos vegetais () banha de porco

2. Álcool:

Consome bebidas alcoólicas? () sim () não

Se sim, com que frequência?

() Mensalmente ou menos

() De 2 a 3 vezes por semana

() 1 vez por semana

() 4 ou mais vezes por semana

3. Tabagismo:

Com relação ao hábito de fumar:

() Fumante Fuma há quanto tempo? _____ Quantidade de cigarros/dia: ____

() Ex-fumante Parou há quanto tempo? _____ Quantidade de cigarros/dia: ____

() Não fumante

4. Exercícios físicos:

Se exercita habitualmente? () sim () não Horas Diárias: _____

Qual a atividade? _____

Há quanto tempo pratica? _____

Qual a frequência semanal? _____

Já fez exercícios? () sim () não

Qual era a atividade? _____

Há quanto tempo parou? _____

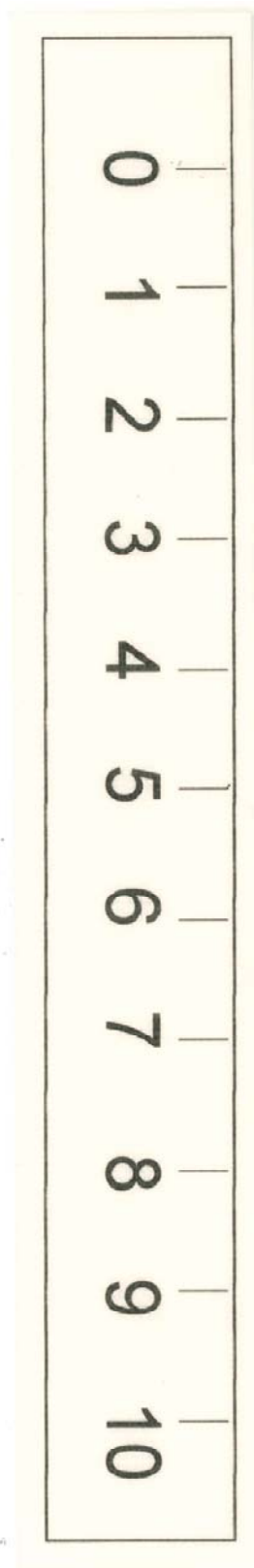
VII. Antecedentes Psicológicos/Psiquiátricos

Já foi atendido alguma vez por um psicólogo ou psiquiatra?

() está em atendimento atualmente () sim, anteriormente () nunca

Qual o motivo? _____

APÊNDICE B - Régua de Prontidão



APÊNDICE C - Categorização da Entrevista Semi Estruturada

A. Conhecimento e Manejo de Fatores de Risco

- *Quando acontece algo que lhe deixa nervoso, o que você costuma fazer?*

Categoria	Exemplos de Respostas
Comportamento de Esquiva/Atividades Distrativas	“Saio de perto”, “Vou dormir”, “Vou dar uma volta”, “Vou distrair”, “Vou pescar”
Aumento na frequência de comportamentos de risco para cardiopatias	“Eu vou fumar”, “Acabo comendo demais”
Comportamento Agressivo	“Xingo”, “Eu bato boca”, “Falo tudo o que vem na cabeça”
Tenta conversar e/ou resolver a situação	“Eu tento conversar, resolver o problema”, “A gente fala, senta, conversa”
Comportamento Passivo/Chorar	“Fico quieto”, “Choro”, “Deixo pra lá”

- *Em sua opinião, aconteceu algo em especial que motivou o surgimento de sua doença? O que?*

Categoria	Exemplos de Respostas
Nervosismo/Estresse	“Muitas brigas em casa”, “Muito problema no trabalho”, “Os filhos dão muita dor de cabeça”, “Foi na época da gravidez da minha filha, que era de risco”, “Foi a morte da minha esposa”

B. Aspectos Clínicos

- *História Familiar Positiva para DCV*: paciente referir haver, em sua família, casos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Morte Súbita, Dislipidemia, Infarto Agudo do Miocárdio ou Acidente Vascular Cerebral

C. Fatores de Risco

- *Hábitos Alimentares Inadequados*: paciente referir pelo menos cinco dos padrões alimentares abaixo listados:
 1. Mais de quatro xícaras diárias de café
 2. Ovo com gema
 3. Leite integral
 4. Queijo
 5. Manteiga
 6. Maionese
 7. Carne bovina gorda
 8. Carne suína
 9. Ave com pele
 10. Fritura mais de três vezes por semana
 11. Doces/refrigerantes mais de três vezes por semana
 12. Uso de banha de porco no preparo de alimentos

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

Obrigatório para Pesquisas Científicas com Seres Humanos

Resolução n° 196/96 - CNS

Nome do Projeto de Pesquisa: Estado Psicológico e Estágios de Mudança em Pacientes Cardiopatas submetidos à Angioplastia

Pesquisadores Responsáveis:

Psicóloga Giovana Bovo Facchini (CRP 06/78800)

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb (CRP 06/05558)

Vários fatores têm sido apontados como importantes para o aparecimento e desenvolvimento das doenças do coração. Estes fatores envolvem a qualidade de vida e o estado psicológico dos pacientes, tais como o estresse e a depressão.

Além disso, existem alguns hábitos de vida denominados fatores de risco que, quando adotados pelos sujeitos, podem ocasionar cardiopatias ou piorar a evolução das mesmas. Estes hábitos de vida inadequados podem envolver uma alimentação pouco saudável (rica em gorduras e sódio), ausência de atividade física, hábito de fumar e beber e não seguimento de prescrições médicas.

A adoção destes hábitos mais saudáveis envolve, muitas vezes, a necessidade de uma mudança de estilo de vida, ou seja, exige que a pessoa mude determinados comportamentos. No entanto, mudar é um processo e, de um modo geral, cada indivíduo encontra-se em uma fase diferente deste processo de mudança, fazendo-se necessário identificar qual é esta fase para que se possa eleger as melhores formas de tratamento e se obter resultados mais eficazes.

Outro aspecto importante é a descrição detalhada dos pacientes cardiopatas envolvidos na pesquisa, sendo necessário identificar dados sócio-demográficos (como escolaridade, estado civil, renda familiar, local de residência, atividade profissional e atividades de lazer), hábitos de vida (como tabagismo, atividade física, hábitos alimentares,

consumo de álcool), antecedentes pessoais e familiares de problemas cardíacos, nível de colesterol e triglicérides (que aparecem nos exames de sangue), pressão arterial, presença de diabetes e obesidade, conhecimento e crenças do paciente sobre sua cardiopatia, com o objetivo de planejar melhor futuras intervenções psicológicas para esta população.

O presente estudo consistirá de cinco momentos: o primeiro antes da realização de sua Angioplastia no HCFMRP-USP e os seguintes no Serviço de Psicologia, três, seis, nove e doze meses após a sua alta.

Caso aceite participar desta pesquisa, você precisa saber que:

1. Na primeira etapa você responderá a uma entrevista com algumas questões sobre você (idade, onde mora, profissão, escolaridade) e também será perguntado sobre suas atividades diárias, como alimentação, fumo, atividades físicas, relacionamento familiar e se já necessitou de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Esta entrevista tomará aproximadamente 20 minutos do seu tempo.
2. Você responderá a questionários sobre prontidão para mudança, depressão, estresse e qualidade de vida. A aplicação de cada um destes instrumentos tomará de 10 a 15 minutos do seu tempo.
3. Seu prontuário médico será consultado para se obter informações sobre medidas fisiológicas, colhidas pelos médicos, como pressão arterial e resultados de exames de sangue (colesterol, glicemia, triglicérides).
4. Nas etapas posteriores, a mesma entrevista e os mesmos instrumentos serão aplicados, agora no Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP.
5. Todas as informações serão mantidas em sigilo e poderão ser utilizadas apenas para este estudo.
6. Não será possível identificá-lo (a), o que garante seu completo anonimato.
7. Caso seja necessário o acompanhamento psicológico, este será fornecido pelo Ambulatório de Psicologia do HCFMRP-USP.
8. Você está livre para desistir de participar do estudo a qualquer momento e isto não prejudicará seu atendimento no HCFMRP-USP.
9. Não há nenhum risco significativo ao participar deste estudo.

Eu, _____, RG
_____, aceito participar do estudo
e declaro que li e compreendi as informações acima, sendo que minha participação é
inteiramente voluntária.

Assinatura: _____

Data: ____/____/20____

Assinatura da pesquisadora responsável:

Giovana Bovo Facchini

CRP 06/78800

Contato:

Serviço de Psicologia

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Av. dos Bandeirantes, 3400 Monte Alegre

Fone: (16) 3602-2547

ANEXOS

ANEXO A - *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* - Adaptada para Comportamento de Estresse

University of Rhode Island Change Assessment (URICA)

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação ao estresse. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo Extremamente, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo Extremamente. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas	Discordo Extremamente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu não estou com um problema com relação ao estresse.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com o estresse.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao estresse.	1	2	3	4	5

4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação ao estresse.	1	2	3	4	5
5. Muitas pessoas são estressadas, eu não penso que isso seja um problema para mim.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação ao estresse.	1	2	3	4	5
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao estresse, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação ao estresse.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho um problema com o estresse e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5

10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao estresse.	1	2	3	4	5
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com relação ao estresse, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria de ter mais idéias de como solucionar o meu problema com o estresse.	1	2	3	4	5
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação ao estresse.	1	2	3	4	5
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu estresse.	1	2	3	4	5
16. Talvez eu tenha problemas	1	2	3	4	5

com o estresse, mas não creio nisso.					
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu estresse.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com o estresse.	1	2	3	4	5
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação ao estresse.	1	2	3	4	5
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com o estresse.	1	2	3	4	5
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com o estresse, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
22. Eu tenho alguns problemas em relação ao	1	2	3	4	5

estresse, mas por que perder tempo pensando neles?					
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao estresse.	1	2	3	4	5
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação ao estresse.	1	2	3	4	5

ANEXO B - *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* - Adaptada para Drogas Ilícitas (SZUPSZYNSKI E OLIVEIRA, 2008)

URICA PARA DROGAS ILÍCITAS

(University Rhode Island Change Assessment)

Adaptação Brasileira Karen Szupszynski e Margareth da Silva Oliveira (PUCRS)

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação às drogas. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo Extremamente, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo Extremamente. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas	Discordo Extremamente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5

4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação às drogas.	1	2	3	4	5
5. Muitas pessoas usam drogas, eu não penso que isso seja um problema para mim.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação às drogas.	1	2	3	4	5
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de drogas, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho um problema com as drogas e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5

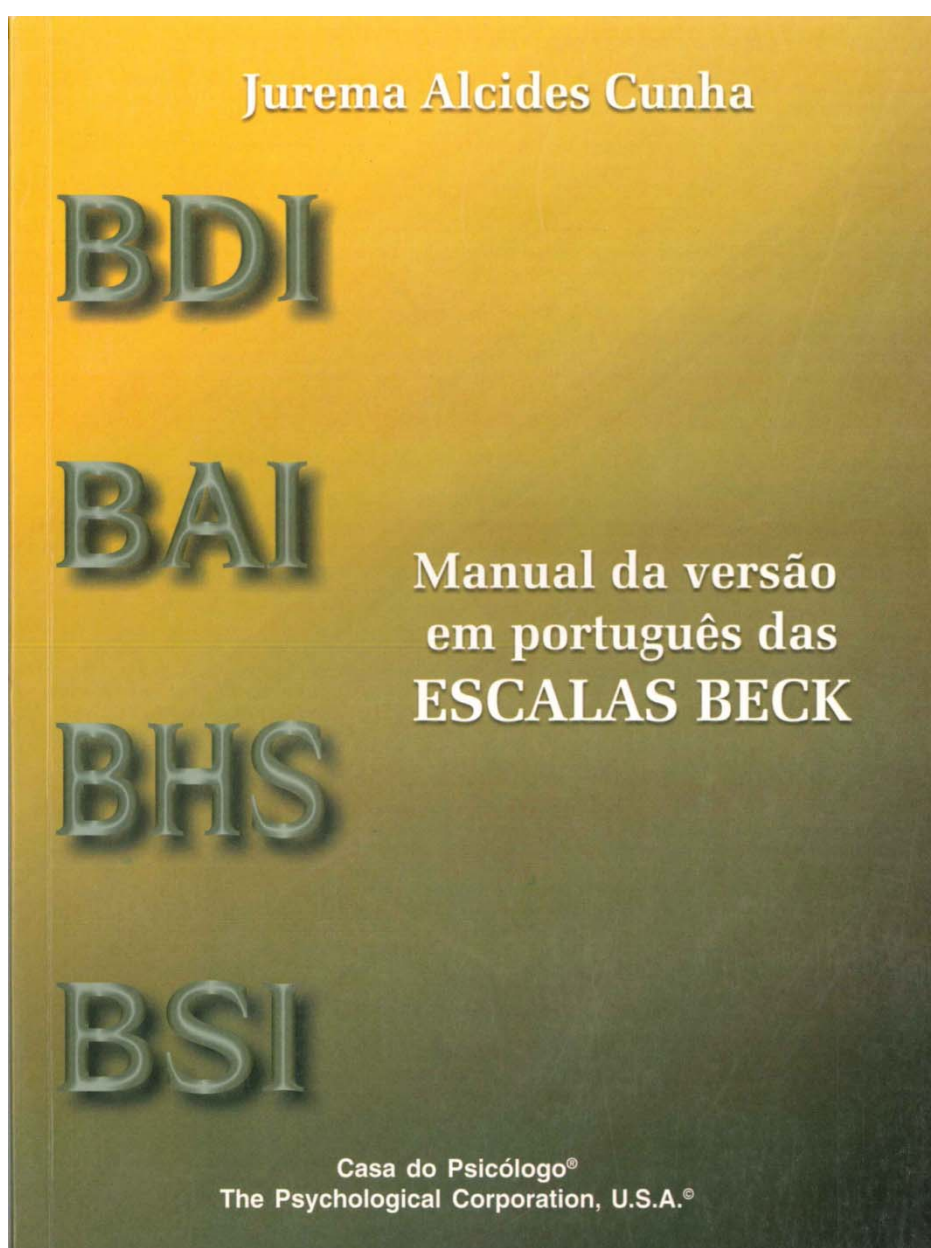
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com relação às drogas, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria de ter mais idéias de como solucionar o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
16. Talvez eu tenha problemas	1	2	3	4	5

com as drogas, mas não creio nisso.					
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação às drogas.	1	2	3	4	5
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com as drogas, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
22. Eu tenho alguns problemas em relação às drogas, mas por	1	2	3	4	5

que perder tempo pensando neles?					
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação às drogas.	1	2	3	4	5

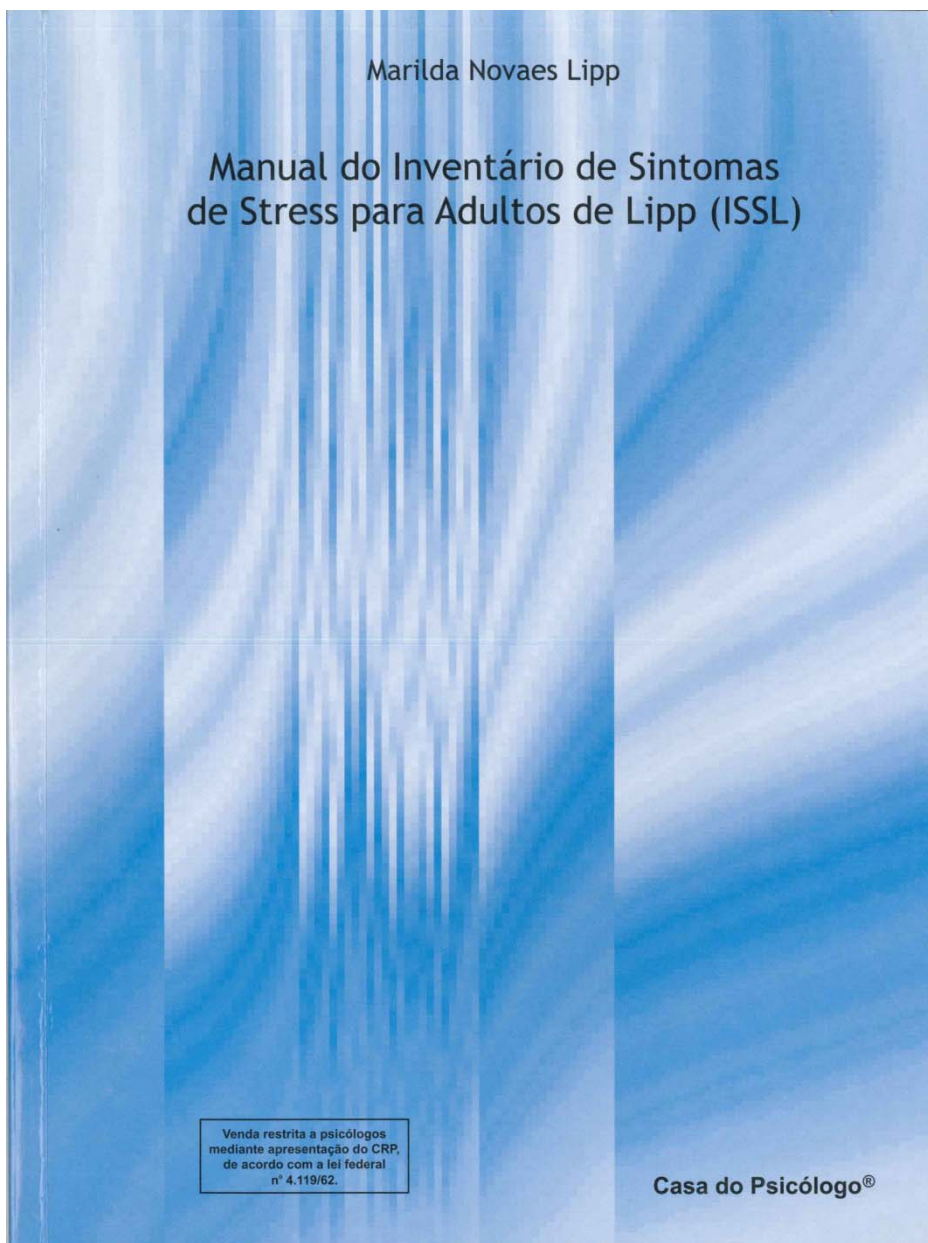
ANEXO C - Cópia da capa do manual da versão em português das Escalas Beck para o Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory* - BDI)

O instrumento não foi reproduzido, respeitando os critérios éticos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Art. 18 do Código de Ética Profissional, o qual proíbe a divulgação de instrumentos e técnicas psicológicas a leigos, que permitam ou facilitem o exercício ilegal da profissão e respeitando-se os direitos autorais da editora responsável pela publicação do instrumento.



ANEXO D - Cópia da capa do manual do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL).

O instrumento não foi reproduzido, respeitando os critérios éticos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Art. 18 do Código de Ética Profissional, o qual proíbe a divulgação de instrumentos e técnicas psicológicas a leigos, que permitam ou facilitem o exercício ilegal da profissão e respeitando-se os direitos autorais da editora responsável pela publicação do instrumento.



ANEXO E - Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36**INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36**

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde, em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa,	1	2	3

passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.			
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 1 Km.	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 últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que 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 de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? (por exemplo, necessitou de um esforço extra)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso).

	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 realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal? (incluindo o trabalho dentro de casa)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas 4 semanas.

	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, de vontade, 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 você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou 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	1	2	3	4	5	6

tem se sentido uma pessoa feliz?						
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das seguintes afirmações para você?

	Definitivamente Verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5

que eu conheço.					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO F - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 14 de outubro de 2008

Ofício nº 3700/2008
CEP/SPC


Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“ESTADO PSICOLÓGICO E ESTÁGIOS DE MUDANÇA EM PACIENTES COM SÍNDROME ISQUÊMICA MIOCÁRDICA INSTÁVEL”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 275ª Reunião Ordinária realizada em 13/10/2008 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 9568/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente,

n/p/ 
PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
GIOVANA BOVO FACCHINI
PROF. DR. RICARDO GORAYEB (Orientador)
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP
Depto. de Psicologia e Educação