



ARTIGO ORIGINAL

Autopercepção dos fatores de risco e motivação para mudança em pacientes com cardiopatia isquêmica: o papel da educação em saúde

Self-perception of risk factors and motivation for change in patients with ischemic heart disease: the role of health education

Autopercepción de los factores de riesgo y motivación para el cambio en pacientes con cardiopatía isquémica: el papel de la educación para la salud

 Jordana Santos*
 Andrieli Barbieri Garlet**
 Emily Justiniano***
 Heloise Benvenutti****
 Laura Mariana Fraga Mercali*****
 Simoni Chiarelli da Silva Pokorski*****
 Oellen Stuani Franzosi*****
 Claudia Severgnini Eugenio*****

RESUMO

Introdução: A educação em saúde tem papel estratégico no cuidado de pacientes com doenças cardiovasculares. **Objetivo:** Analisar o comportamento em saúde de pacientes com cardiopatia isquêmica, considerando a autopercepção dos fatores de risco cardiovasculares e a motivação para mudanças comportamentais. **Metodologia:** Trata-se de uma coorte retrospectiva com 98 pacientes atendidos em um ambulatório multiprofissional de cardiopatia isquêmica de um hospital público do sul do Brasil. Utilizou-se de ferramenta visual para identificar a autopercepção

* Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil. E-mail: jordana-santos@hotmail.com.

** Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brasil. E-mail: agarlet@hcpa.edu.br.

*** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil. E-mail: ejustiniano@hcpa.edu.br.

**** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil. E-mail: hbenvenutti@hcpa.edu.br.

***** Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brasil. E-mail: lmercali@hcpa.edu.br.

***** Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brasil. E-mail: spokorski@hcpa.edu.br.

***** Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brasil. E-mail: ofranzosi@hcpa.edu.br.

***** Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brasil. E-mail: claudiaeugenio@hcpa.edu.br.

Autora para correspondência: Jordana Santos. E-mail: jordana-santos@hotmail.com.

de nove fatores de risco e a análise da motivação com base no modelo transteórico de comportamento. Foi adotado o nível de significância $p < 0.05$. **Resultados:** Hipertensão arterial, diabetes mellitus e inatividade física foram os fatores de risco mais identificados, enquanto a dieta rica em gorduras apresentou baixo reconhecimento. A motivação para mudanças comportamentais foi maior entre os pacientes que reconheciam excesso de peso, adesão medicamentosa inadequada, tabagismo e inatividade física ($p < 0,001$). **Conclusão:** A educação em saúde realizada por equipe multiprofissional mostra-se fundamental para promover o reconhecimento adequado de fatores de risco e auxiliar na mudança comportamental. **Palavras-chave:** Educação Interprofissional. Doença das Coronárias. Prevenção Secundária. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health education plays a strategic role in the care of patients with cardiovascular diseases. **Objective:** The objective was to analyze the health behavior of patients with ischemic heart disease, considering their self-perception of cardiovascular risk factors and motivation for behavioral changes. **Method:** This is a retrospective cohort study with 98 patients treated at a multidisciplinary ischemic heart disease outpatient clinic in a public hospital in southern Brazil. A visual tool was used to identify self-perception of nine risk factors and to analyze motivation based on the transtheoretical model of behavior. A significance level of $p < 0.05$ was adopted. **Results:** Hypertension, diabetes mellitus, and physical inactivity were the most identified risk factors, while a diet high in fats showed low recognition. Motivation for behavioral changes was higher among patients who recognized overweight, inadequate medication adherence, smoking, and physical inactivity ($p < 0.001$). **Conclusion:** Health education provided by an multiprofessional team is essential to promote proper recognition of risk factors and assist in behavioral change.

Keywords: Interprofessional Education. Coronary Disease. Secondary Prevention. Health Education.

RESUMEN

Introducción: La educación en salud tiene un papel estratégico en el cuidado de pacientes con enfermedades cardiovasculares. **Objetivo:** El objetivo fue analizar el comportamiento en salud de pacientes con cardiopatía isquémica, considerando la autopercepción de los factores de riesgo cardiovasculares y la motivación para los cambios comportamentales. **Método:** Se trató de una cohorte retrospectiva con 98 pacientes atendidos en una consulta multiprofesional de cardiopatía isquémica en un hospital público del sur de Brasil. Se utilizó una herramienta visual para identificar la autopercepción de nueve factores de riesgo y el análisis de la motivación basado en el modelo transteórico de comportamiento. Se adoptó un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la inactividad física fueron los factores de riesgo más identificados, mientras que la dieta rica en grasas presentó un bajo reconocimiento. La motivación para los cambios comportamentales fue mayor entre los pacientes que reconocían el sobrepeso, la adhesión inadecuada a la medicación, el tabaquismo y la inactividad física ($p < 0,001$). **Conclusión:** La educación en salud proporcionada por un equipo multiprofesional es fundamental para promover el reconocimiento adecuado de los factores de riesgo y ayudar en el cambio comportamental.

Palabras clave: Educación Interprofesional. Enfermedad Coronaria. Prevención Secundaria. Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se consolidou como um espaço vivo de aprendizado e cuidado. Para além da formação técnica tradicional, ele promove a interdisciplinaridade,

o trabalho em equipe e o desenvolvimento de soluções centradas nas reais necessidades da população (Teixeira *et al.*, 2023). Com a implantação dos programas de residências multiprofissionais em saúde (RMS), a formação em serviço passou a fortalecer a integralidade do cuidado e a integrar de forma harmoniosa a educação na saúde e em saúde (Santos; Santos Neto, 2023). Ou seja, as residências refletem os pressupostos da integração educação-trabalho-comunidade, em que todos são sujeitos do processo de aprendizagem, tanto os alunos, quanto os trabalhadores e os sujeitos em cuidado (Schott *et al.*, 2023).

Dessa forma, por meio da prática multiprofissional e interdisciplinar, as residências no SUS não apenas qualificam os profissionais, como também potencializam ações educativas voltadas para os pacientes (Santos; Santos Neto, 2023). Assim, cabe às equipes de saúde fornecer informações claras, precisas e acessíveis em todas as etapas do cuidado, especialmente no contexto de doenças crônicas (Virani *et al.*, 2023). Nesse sentido, estratégias educacionais desenvolvidas durante uma formação profissional que se vale de diferentes saberes e fazeres, podem facilitar a compreensão e fortalecer a autonomia do paciente, promovendo sua capacidade de tomar decisões sobre sua saúde (Ghisi *et al.*, 2014; Virani *et al.*, 2023).

No contexto da saúde cardiovascular, as modificações no estilo de vida desempenham papel fundamental na prevenção primária e secundária das Doenças Cardiovasculares (DCV) visando fatores de risco modificáveis (Revankar *et al.*, 2025). Nesse ambiente de cuidado, a educação assume um papel ainda mais estratégico (Virani *et al.*, 2023). A atuação conjunta de equipes multiprofissionais cria um ambiente colaborativo que favorece a personalização das orientações e o alinhamento das práticas educativas às necessidades específicas de cada paciente (Tu *et al.*, 2024). A adesão dos pacientes às recomendações, seja por meio de medicamentos ou mudanças no estilo de vida, depende diretamente da compreensão das orientações para sua aplicação na rotina (Ghisi *et al.*, 2014; Michaelsen; Esch, 2023). Nessa perspectiva, o SUS vem reafirmando seu compromisso com a integralidade e a equidade no cuidado, oferecendo respostas efetivas às complexidades do manejo cardiovascular e promovendo a transformação social por meio da educação do paciente e do especialista (Teixeira *et al.*, 2023). Assim, o objetivo deste estudo é analisar o comportamento em saúde de pacientes com cardiopatia isquêmica, considerando a autopercepção dos fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e a motivação para mudanças comportamentais. Espera-se que esta análise contribua para a prática clínica e a pesquisa, ao oferecer uma base sólida para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e seguras.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo e população avaliada

Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva com pacientes adultos atendidos em um ambulatório multiprofissional de cardiopatia isquêmica de um hospital público de Porto Alegre no sul do Brasil. Os pacientes atendidos nesse ambulatório apresentam doença isquêmica diagnosticada e são encaminhados para um ambulatório de pós alta com ênfase em prevenção secundária, conduzido por uma equipe multiprofissional. Foram incluídos, consecutivamente, todos os pacientes que realizaram o primeiro atendimento no referido

ambulatório, durante o período de agosto de 2021 a agosto de 2022. Foram excluídos do estudo aqueles em que não foi possível aplicar a ferramenta visual.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE 58552922.1.0000.5327, Parecer nº 5.471.388). Os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018 (Brasil, 2018). Foram cumpridos todos os termos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

Educação em saúde

A prevenção secundária envolve o controle rigoroso de fatores de risco modificáveis por meio de intervenções farmacológicas e não farmacológicas integradas. Considera-se a prescrição sistemática de estatinas, anti-hipertensivos, antiplaquetários, além da reabilitação cardiovascular supervisionada e da educação em saúde centrada no paciente, com foco na melhoria do letramento em saúde e na autogestão do cuidado (Hurwitz *et al.*, 2025). O uso de recursos visuais nesse contexto favorece a compreensão e a adesão às recomendações clínicas, contribuindo para o engajamento do paciente na modificação de hábitos e comportamentos de risco (Magnani *et al.*, 2018).

O acompanhamento multiprofissional ocorre conforme protocolo assistencial descrito na Figura 1, iniciando durante a internação pelo evento cardiovascular. A equipe realiza educação multiprofissional em saúde a partir de um método estruturado que inclui abordagem sobre cardioproteção com foco na identificação dos FRCV e reconhecimento das mudanças necessárias no estilo de vida. Além disso, o paciente é educado sobre a fisiopatologia do IAM, sinais de alerta para procurar atendimento de emergência e a importância da adesão medicamentosa. Cabe salientar que o paciente é acompanhado pela mesma equipe durante sua trajetória, facilitando o vínculo e a evolução do processo educativo. Após a alta hospitalar os pacientes são encaminhados para acompanhamento ambulatorial com equipe multiprofissional.

O atendimento ambulatorial consiste em uma consulta compartilhada entre nutricionista, fisioterapeuta e enfermeira, com possibilidade de discussão com cardiologistas, realizado em até 30 dias após a alta hospitalar por infarto agudo do miocárdio (IAM). Esse ambulatório está inserido no itinerário de um programa de residência multiprofissional em saúde com ênfase em cardiologia e os atendimentos são conduzidos pelos profissionais residentes com discussão com preceptores de cada núcleo profissional.

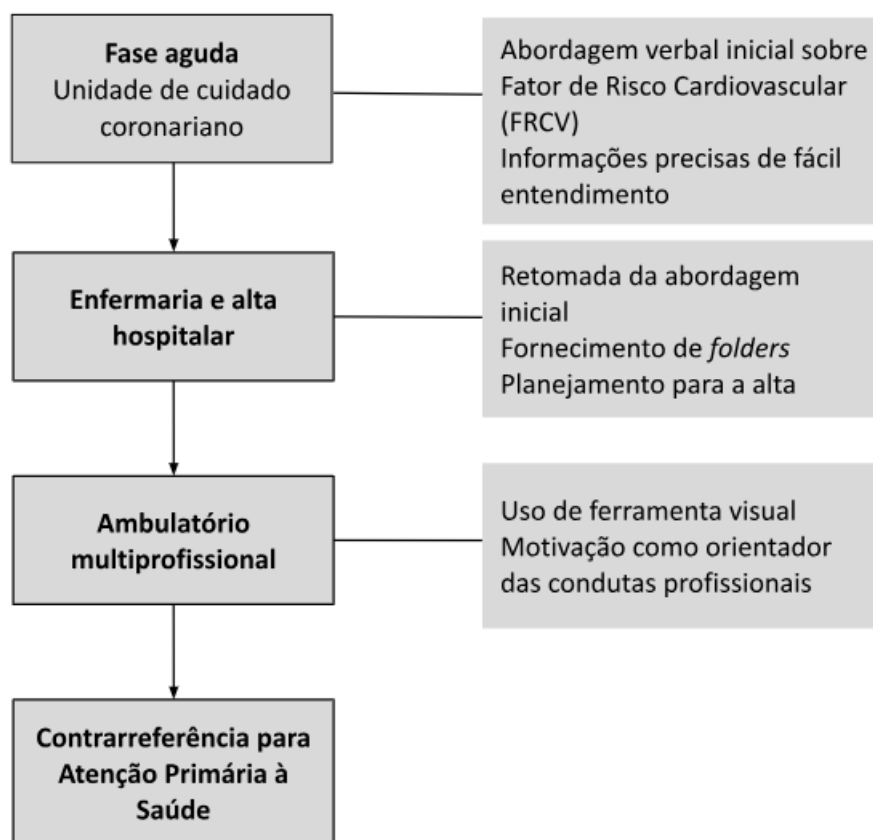
Durante a consulta é utilizado um material visual com pictogramas representando nove fatores de risco cardiovasculares clássicos, que foram elencados com base na literatura acerca da prevenção secundária do IAM (Précoma *et al.*, 2019), sendo eles: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, adesão medicamentosa, consumo de alimentos ricos em gorduras, diabetes (DM), hipertensão arterial (HAS), excesso de peso, colesterol elevado e inatividade física. No início da consulta a equipe entrega o material ao paciente e solicita que identifique quais FRCV ele possui, entendendo-se essa condição como uma demonstração de capacidade para identificar corretamente os riscos e reconhecer sua própria condição de saúde.

Os pacientes foram categorizados em quatro grupos com base na relação entre o reconhecimento e a presença do fator de risco: (1) reconhecem e possuem o fator de risco (identificam corretamente sua presença); (2) reconhecem, mas não possuem o fator de risco, acreditando equivocadamente tê-lo; (3) não reconhecem e possuem o fator de risco, indicando falta de

percepção sobre sua condição; e, por fim, (4) não reconhecem e não possuem o fator de risco, correspondendo a pacientes sem a condição e que, adequadamente, não a identificam em si mesmos.

O protocolo assistencial utilizado pela equipe multiprofissional está apresentado na Figura 1. Por fim, o paciente é encaminhado para a Atenção Primária à Saúde (APS) para continuidade do tratamento, com o objetivo de fortalecer o vínculo com a APS e garantir o acompanhamento de longo prazo, promovendo a continuidade do cuidado e a manutenção das mudanças no estilo de vida.

Figura 1 - Protocolo assistencial de atendimento pela equipe multiprofissional do ambulatório de cardiopatia isquêmica.



Fonte: Dados do estudo, 2025.

Avaliação das características sociodemográficas e clínicas

Informações sociodemográficas consistiram de idade, sexo e escolaridade e foram obtidas do prontuário dos pacientes. Os desfechos clínicos foram analisados a partir dos dados do prontuário médico, adotando a ocorrência de readmissões por doença arterial coronariana, novos eventos de cardiopatia isquêmica ou mortalidade por todas as causas em um período de dois anos.

Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares

Para confirmação da presença do FRCV nos pacientes, a coleta de dados foi realizada utilizando métodos e instrumentos para garantir a precisão e a abrangência das informações.

Para determinar o excesso de peso, foi utilizado o índice de massa corporal (IMC), calculado a partir das medidas de peso (kg) e altura (m) ($\text{peso}/\text{altura}^2$), considerando os pontos de corte estabelecidos para adultos (<60 anos) e idosos (≥ 60 anos) (Brasil, 2011). Para fins de análise estatísticas, foram agrupados sobrepeso e obesidade como excesso de peso.

Na avaliação do consumo excessivo de alimentos gordurosos, utilizou-se um questionário de adesão à dieta pobre em gordura, previamente traduzido e adaptado culturalmente para o português do Brasil. A adesão à dieta foi categorizada para o instrumento como adequada (≥ 6 pontos) e inadequada (<6 pontos) (Vieira *et al.*, 2020).

A presença de comorbidades foi identificada com base nos registros do prontuário médico. Foram considerados os diagnósticos de DM e HAS com base na Classificação Internacional de Doenças (CID) correspondentes, enquanto a dislipidemia foi avaliada pelo perfil lipídico mais recente, adotando como critério de referência o LDL-c <50 mg/dL para indivíduos com muito alto risco cardiovascular (Faludi *et al.*, 2017).

O consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo foram investigados por meio de perguntas diretas aos pacientes, categorizando-os em consumo ativo, histórico ou ausência de consumo. O nível de atividade física foi determinado utilizando o questionário *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (Matsudo *et al.*, 2012), que avalia atividades intensas, moderadas, caminhadas e tempo de repouso diário. Com base nas respostas, os indivíduos foram classificados em muito ativos, ativos, irregularmente ativos ou sedentários. Para comparação de percepção, foi analisada a afirmação ou negativa do paciente sobre a prática de exercício físico.

A adesão medicamentosa foi avaliada por meio da conferência do último receituário apresentado pelo paciente ou acompanhante, verificando medicamentos prescritos, horários e doses. Qualquer divergência que indicasse a não utilização do medicamento ou uso de doses diferentes das prescritas foi considerada como adesão medicamentosa inadequada.

Ainda, o estágio de mudança comportamental foi mensurado para identificar o nível de prontidão dos pacientes em relação à modificação dos fatores de risco cardiovasculares. Os pacientes poderiam estar em qualquer um dos seguintes estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção ou recaída (Prochaska; Diclemente, 1982).

Os resultados referentes aos FRCV são apresentados conforme prevalência na população estudada.

Análise estatística

Os dados foram armazenados em um banco de dados e analisados no *software* JASP versão 17.3.

As variáveis contínuas foram apresentadas conforme a normalidade da amostra (média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil) verificada pelo teste de *Shapiro Wilk*. Já as variáveis categóricas serão por frequência absoluta e relativa.

Para comparar as variáveis contínuas entre os grupos, foi utilizado o teste t de *student*, enquanto o teste de qui-quadrado com análise de resíduos ajustados foi aplicado para avaliar associações entre as variáveis categóricas. Para nível de significância foi considerado $p < 0.05$.

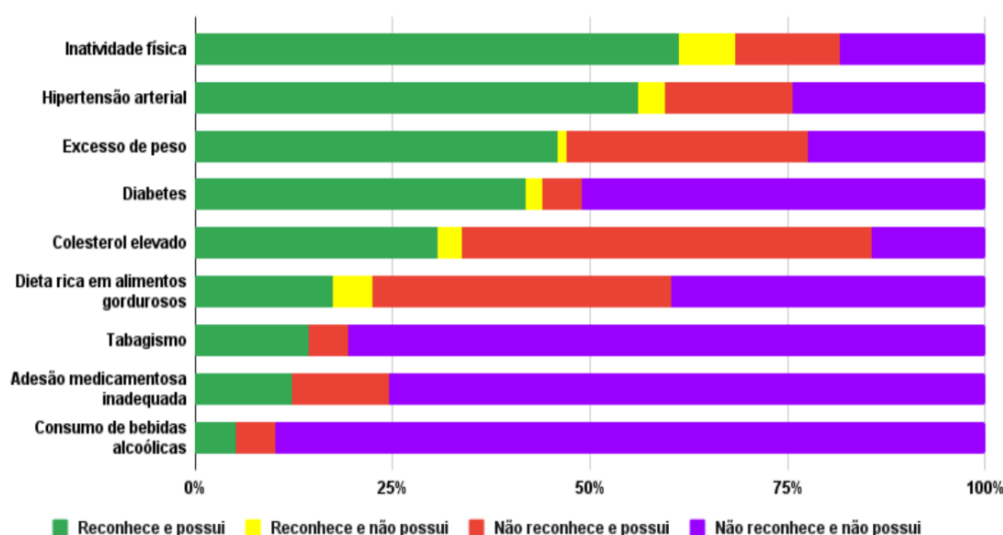
A análise do risco relativo (RR) e seu intervalo de confiança de 95% (IC 95%) foi realizada para estimar a associação entre os fatores de risco cardiovasculares e os desfechos clínicos.

RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 98 pacientes atendidos pela equipe multiprofissional no ambulatório de cardiopatia isquêmica. A Tabela 1 apresenta as características gerais da amostra. Em relação aos FRCV, a dislipidemia (82,6%) e o excesso de peso (78,6%) foram os mais prevalentes.

A Figura 2 ilustra a autopercepção de fatores de risco cardiovasculares e revela que a inatividade física é amplamente reconhecida pelos indivíduos que a possuem. No entanto, para colesterol elevado e dieta rica em alimentos gordurosos, muitas pessoas não estão cientes desses riscos presentes. Para a hipertensão arterial e o excesso de peso, embora haja reconhecimento importante, ainda existe uma parcela que não reconhece o risco.

Figura 2 - Autopercepção dos fatores de risco cardiovasculares abordados.



Fonte: Dados do estudo, 2025.

A Tabela 2 demonstra a associação entre a autopercepção dos FRCV diagnosticados e os estágios do modelo transteórico de mudança comportamental. Para análise, foram considerados somente os grupos que, de fato, possuíam o fator de risco, diferenciando assim somente a autopercepção.

Em relação ao fator de risco excesso de peso, encontrado em 78,6% da amostra, foi observado um comportamento de motivação para mudança em 51,2% ($p < 0,001$) dos indivíduos que reconheciam. Resultados semelhantes foram observados para o tabagismo e a adesão medicamentosa inadequada, ambos também com motivação para modificar ($p < 0,001$).

Quando analisados os desfechos clínicos para um novo evento isquêmico e mortalidade em dois anos com os FRCVs, não foi encontrada diferença significativa entre os fatores, embora ocorreu uma tendência de aumento no risco de readmissão associado a não realização de exercícios físicos ($RR=2,14$; $IC95\%$: 0,82-5,55; $p=0,08$) (Tabela 3).

Tabela 1 - Características gerais da amostra.

VARIÁVEIS	PACIENTES (n=98)
IDADE (anos)	59,68±9
SEXO, n (%)	
Homens	61 (63,3)
Mulheres	37 (37,7)
ESCOLARIDADE, n (%)	
Ensino fundamental incompleto	42 (42,8)
Ensino fundamental completo	17 (17,3)
Ensino médio incompleto	9 (9,2)
Ensino médio completo	23 (23,5)
Ensino superior incompleto	3 (3,1)
Ensino superior completo	4 (4,1)
DISLIPIDEMIA, n (%)	81 (82,6)
PESO CORPORAL (kg)	83,41±17
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, n (%)	
Eutrofia	21 (21,4)
Excesso de peso	77 (78,6)
Hipertensão arterial sistêmica, n (%)	68 (69,0)
DIETA POBRE EM GORDURAS, n (%)	
Adesão adequada	44 (44,9)
Adesão inadequada	54 (55,1)
TABAGISMO, n (%)	
Ativo	19 (19,4)
Não	31 (31,6)
Histórico	48 (49,0)
Diabetes mellitus, n (%)	46 (47,0)
NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, n (%)	
Muito ativo	2 (2,0)
Ativo	24 (24,5)
Irregularmente ativo	31 (31,7)
Sedentarismo	41 (41,8)
CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, n (%)	
Ativo	10 (10,2)
Não	76 (77,6)
Histórico	12 (12,2)
READMISSÃO EM 2 ANOS POR DAC*, n (%)	29 (29,6)
NOVO EVENTO ISQUÊMICOS EM 2 ANOS, n (%)	9 (9,2)
MORTALIDADE EM 2 ANOS POR TODAS AS CAUSAS, n (%)	5 (5,1)

Fonte: Dados do estudo, 2025.

Legenda: *DAC: Doença Arterial Coronariana.

Tabela 2 - Associação entre autopercepção dos fatores de risco cardiovasculares diagnosticados e o modelo transteórico de mudança comportamental.

FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR (FRCV)	RECONHECE E POSSUI	NÃO RECONHECE E POSSUI	p*
COLESTEROL ELEVADO	n=30	n=51	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	3 (10,0)	-- (--)	0,12
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	2 (6,7)	8 (15,7)	0,80
Contemplação	8 (26,7)	10 (19,6)	
Preparação	7 (23,3)	15 (29,4)	
Ação	10 (33,3)	13 (25,5)	
Manutenção	2 (6,7)	3 (5,9)	
Recaída	1 (3,3)	2 (3,9)	
EXCESSO DE PESO	n=43	n=34	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	22 (51,2)	1 (2,9)	< .001*
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	3 (7,0)	4 (11,8)	0,57
Contemplação	8 (18,6)	9 (26,5)	
Preparação	20 (46,5)	8 (23,5)	
Ação	9 (20,9)	9 (26,5)	
Manutenção	1 (2,3)	3 (8,8)	
Recaída	2 (4,7)	1 (2,9)	
INATIVIDADE FÍSICA	n=60	n=13	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	17 (28,3)	-- (--)	0,002*
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	6 (10,0)	2 (15,4)	0,04*
Contemplação	18 (30,0)	-- (--)	
Preparação	22 (36,7)	5 (38,5)	
Ação	11 (18,3)	3 (23,0)	
Manutenção	-- (--)	2 (15,4)	
Recaída	3 (5,0)	1 (7,7)	
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	n=50	n=18	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	9 (18,0)	-- (--)	0,01*
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	2 (4,0)	6 (33,3)	0,29
Contemplação	9 (18,0)	4 (22,2)	
Preparação	16 (32,0)	5 (27,8)	
Ação	17 (34,0)	1 (5,6)	
Manutenção	2 (4,0)	2 (11,1)	
Recaída	4 (8,0)	-- (--)	

FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR (FRCV)	RECONHECE E POSSUI	NÃO RECONHECE E POSSUI	p*
DIETA RICA EM GORDURA	n=17	n=37	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	2 (11,8)	-- (--)	0,34
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	2 (11,8)	2 (5,4)	0,13
Contemplação	2 (11,8)	8 (21,6)	
Preparação	4 (23,5)	17 (46,0)	
Ação	5 (29,4)	9 (24,3)	
Manutenção	1 (5,9)	-- (--)	
Recaída	3 (17,6)	1 (2,7)	
DIABETES MELLITUS	n=41	n=5	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	9 (21,9)	-- (--)	0,04*
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	-- (--)	1 (20,0)	0,03*
Contemplação	9 (21,9)	2 (40,0)	
Preparação	13 (31,7)	-- (--)	
Ação	15 (36,6)	1 (20,0)	
Manutenção	2 (4,9)	1 (20,0)	
Recaída	2 (4,9)	-- (--)	
ADESÃO MEDICAMENTOSA INADEQUADA	n=12	n=12	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	8 (66,7)	-- (--)	< .001*
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	1 (8,3)	2 (16,7)	0,26
Contemplação	3 (25,0)	2 (16,7)	
Preparação	7 (58,4)	2 (16,7)	
Ação	-- (--)	4 (33,3)	
Manutenção	-- (--)	2 (16,6)	
Recaída	1 (8,3)	-- (--)	
TABAGISMO	n=14	n=5	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	8 (57,1)	-- (--)	< .001*
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	2 (14,3)	-- (--)	< .001*
Contemplação	2 (14,3)	-- (--)	
Preparação	2 (14,3)	2 (40,0)	
Ação	3 (21,4)	2 (40,0)	
Manutenção	1 (7,1)	-- (--)	
Recaída	4 (28,6)	1 (20,0)	

FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR (FRCV)	RECONHECE E POSSUI	NÃO RECONHECE E POSSUI	p*
CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA	n=5	n=5	
MOTIVAÇÃO PARA MODIFICAR ESSE FRCV, n (%)	1 (20,0)	-- (--)	0,29
ESTÁGIO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL, n (%)			
Pré-contemplação	1 (20,0)	1 (20,0)	0,62
Contemplação	-- (--)	1 (20,0)	
Preparação	1 (20,0)	-- (--)	
Ação	1 (20,0)	2 (40,0)	
Manutenção	-- (--)	-- (--)	
Recaída	2 (40,0)	1 (20,0)	

Fonte: Dados do estudo, 2025.

Legenda: *Nível de significância $p < 0,05$.

Tabela 3 - Associação entre fatores de risco cardiovasculares e desfechos clínicos.

	READMISSÃO				NOVO EVENTO ISQUÊMICO				MORTALIDADE			
	RR*	IC** 95%	p***		RR*	IC** 95%	p***		RR*	IC** 95%	p***	
Colesterol elevado	0,86	0,41 - 1,80	0,70		0,78	0,18 - 3,48	0,75		0,90	0,11 - 7,58	0,92	
Inatividade física	2,14	0,82 - 5,55	0,08		1,24	0,94 - 1,58	0,30		3,86	0,22 - 67,51	0,18	
Tabagismo	0,64	0,21 - 1,40	0,17		1,70	0,47 - 6,27	0,42		0,30	0,02 - 5,24	0,21	
Adesão medicamentosa inadequada	0,80	0,38 - 1,74	0,57		0,88	0,20 - 3,96	0,87		2,06	0,37 - 11,59	0,41	
Consumo de bebida alcoólica	0,44	0,11 - 1,66	0,18		1,71	0,40 - 7,43	0,48		0,51	0,03 - 8,84	0,35	
Dieta rica em gorduras	0,88	0,48 - 1,63	0,70		1,44	0,38 - 5,42	0,59		1,08	0,19 - 6,17	0,93	
Diabetes mellitus	0,87	0,47 - 1,61	0,66		1,02	0,30 - 3,57	0,98		3,26	0,38 - 28,11	0,25	
Hipertensão arterial sistêmica	1,28	0,63 - 2,55	0,49		0,97	0,26 - 3,63	0,96		5,42	0,31 - 95,07	0,11	
Excesso de peso	0,68	0,36 - 1,28	0,25		1,07	0,24 - 4,81	0,93		1,22	0,14 - 10,43	0,85	

Fonte: Dados do estudo, 2025.

Legenda: *RR: Risco Relativo. **IC: Intervalo de Confiança. ***Nível de significância $p < 0,05$. Teste de qui-quadrado.

DISCUSSÃO

Nessa amostra de pacientes com doenças cardiovasculares acompanhados em ambulatório multiprofissional, identificamos que, pacientes que possuíam e reconheciam excesso de peso, apresentaram significativa motivação para mudança de comportamento. Embora, pacientes que eram tabagistas e tinham adesão medicamentosa inadequada tivessem baixo reconhecimento destes fatores, estes também apresentaram significativa motivação para mudança.

A percepção do próprio estado de saúde desempenha papel central na motivação para mudanças de comportamento em pacientes com doenças cardiovasculares. Pacientes cardiopatas que reconhecem fatores de risco, como o excesso de peso, podem apresentar maior predisposição para a mudança comportamental, corroborando aos estudos populacionais que também demonstram que indivíduos que reconhecem seu sobrepeso têm maior probabilidade de tentar controlar seu peso por dietas e exercícios, independentemente de seu IMC real (Gao *et al.*, 2023). Esses dados reforçam o papel da educação em saúde no fortalecimento do letramento em saúde e na autogestão do cuidado, pilares fundamentais na prevenção secundária de doenças cardiovasculares.

Mesmo com baixo reconhecimento do tabagismo e da má adesão medicamentosa como fatores de risco, observou-se alta motivação para mudança entre pacientes pós-IAM. Esse aparente paradoxo pode ser explicado pelo fato de que a motivação para modificação de comportamentos não depende apenas da conscientização dos riscos, mas também de como o complicador é contextualizado na vida do paciente. A literatura destaca que estratégias de comunicação centradas em crenças, valores e prioridades individuais são eficazes para despertar motivação, mesmo quando o conhecimento factual é limitado (Duffy *et al.*, 2021).

Em nossa amostra, observamos que muitos pacientes que reconheciam seus fatores de risco para cardiopatia isquêmica encontravam-se predominantemente nos estágios iniciais de contemplação ou preparação para mudança comportamental. Embora a natureza de curto prazo do estudo possa ter influenciado essa distribuição, é necessário considerar que a própria consciência dos riscos já sinaliza uma compreensão incipiente, mas significativa, da necessidade de modificação comportamental. Este achado sugere que, mesmo sem uma progressão imediata para a ação, o reconhecimento do risco estabelece um alicerce fundamental para futuras intervenções, indicando a importância de estratégias que aproveitem essa percepção inicial para promover avanços nos estágios de mudança.

De fato, há uma janela de oportunidade para fornecer suporte educacional durante a hospitalização e no pós alta imediato por eventos cardíacos agudos (Brust *et al.*, 2023), entretanto, sabe-se que a mudança de estilo de vida é um processo contínuo que está fortemente ligado a motivação (Eshah, 2019). A atuação centrada no paciente promovida pelas RMS favorece, também, o compartilhamento de práticas e a definição de objetivos comuns. Destaca-se aqui uma importante aliada da mudança comportamental, com o desenvolvimento de competências colaborativas, sobretudo com funções e responsabilidades bem definidas e comunicação interprofissional adequada, enfatizando a responsabilização da equipe com o plano de cuidado do paciente (Casanova; Batista; Moreno, 2018).

Entretanto, a motivação para mudança foi baixa na maioria dos fatores de risco, mas em condições como excesso de peso e inatividade física houve maior motivação entre aqueles que reconheciam o risco. Diferentemente de fatores como HAS ou DM, o excesso de peso é frequentemente objeto de comentários e julgamentos sociais, o que pode amplificar a conscientização individual e incentivar mudanças (González-Fernández *et al.*, 2024). Além disso, sair do sedentarismo é visto como um primeiro passo tangível e acessível para perda de peso, criando uma inter-relação entre esses fatores. Estudos mostraram que intervenções que combinam suporte psicológico, como o fortalecimento da autoestima, e a prática de exercícios físicos são mais eficazes para promover mudanças sustentáveis (Nachshol *et al.*, 2020; González-Fernández *et al.*, 2024).

Nosso trabalho apresenta pontos importantes, entre eles, descreve aspectos relevantes relacionados à autopercepção dos fatores de risco em pacientes com cardiopatia isquêmica,

oferecendo uma análise detalhada dos estágios de mudança comportamental. A avaliação conjunta de motivação para mudança, autopercepção dos riscos e desfechos clínicos representa uma abordagem abrangente, que pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais efetivas no manejo desses pacientes.

Por outro lado, o presente estudo possui algumas limitações que devem ser consideradas. O tamanho amostral relativamente pequeno pode ter impactado a capacidade de detectar associações significativas entre os fatores de risco cardiovasculares e os desfechos clínicos. Além disso, o estudo foi conduzido em um único centro, especificamente em um ambulatório especializado com atendimento em equipe multiprofissional, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações com cardiopatias isquêmicas, especialmente aquelas sem acesso a cuidados especializados.

CONCLUSÃO

Neste estudo com pacientes com cardiopatia isquêmica atendidos em um ambulatório multiprofissional, observou-se que maior reconhecimento da presença de fatores de risco cardiovasculares pode estar relacionado a maior motivação para mudanças comportamentais. Esses achados indicam que o reconhecimento individual do risco está associado a uma maior prontidão para modificar hábitos de vida, especialmente nos fatores com maior visibilidade social ou impacto direto percebido.

Em relação ao uso dessa estratégia de educação em saúde realizada por equipe multiprofissional, na investigação da perspectiva da autopercepção dos FRCV e motivação para mudança comportamental, encontramos uma ferramenta de fácil entendimento para auxiliar na prática clínica.

A aplicação de uma ferramenta visual com pictogramas mostrou-se viável e compreensível para identificar a autopercepção dos fatores de risco cardiovasculares, representando uma estratégia potencialmente útil para apoiar o processo educativo em ambientes clínicos. Esses resultados sugerem que intervenções educativas simples e bem estruturadas podem contribuir para o engajamento do paciente no cuidado, reforçando a importância de ações multiprofissionais no contexto da prevenção secundária.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRUST, M. *et al.* Making sense of a myocardial infarction in relation to changing lifestyle in the five months following the event: an interpretative phenomenological analysis. **Social science & medicine**, [s. l.], v. 338, p. 116348, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116348>. Acesso em: 1 jul. 2025.

- CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1325-1337, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>. Acesso em: 23 jun. 2025.
- DUFFY, E. Y. *et al.* Communication approaches to enhance patient motivation and adherence in cardiovascular disease prevention. **Clinical cardiology**, [s. l.], v. 44, n. 9, p. 1199-1207, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/clc.23555>. Acesso em: 24 jun. 2025.
- ESHAH, N. F. Readiness for behavior change in patients living with ischemic heart disease. **The journal of nursing research**, [s. l.], v. 27, n. 6, e57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000336>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- FALUDI, A. A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, [s. l.], v. 109, n. 2, p. 1-76, 2017. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/J8ts5RTzL8YdQXNwx4QKt/?lang=en>. Acesso em: 21 jun. 2025.
- GAO, Q. *et al.* Weight self-perception and weight loss attempts in Chinese cardiovascular patients and non-cardiovascular patients: evidence from a population-based study. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 707, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15380-w>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- GHISI, G. L. M. *et al.* A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change?. **Patient education and counseling**, [s. l.], v. 95, n. 2, p. 160-174, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.012>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- GONZÁLEZ-FERNÁNDEZ, E. *et al.* Nutritional and psychosocial intervention to improve the self-concept of body image and increase the self-esteem of overweight and obese individuals: a quasi-experimental study. **Nutrients**, [s. l.], v. 16, n. 16, p. 2708, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu16162708>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- HURWITZ, M. *et al.* Strategies for the secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease. **US Cardiology**, [s. l.], v. 19, e11, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.15420/usc.2024.33>. Acesso em: 3 jul. 2025.
- MAGNANI, J. W. *et al.* Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, [s. l.], v. 138, n. 2, e48-e74, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- MATSUDO, S. *et al.* Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 5-18, 2012. Disponível em: <https://rbafs.org.br/rbafs/article/view/931/1222>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- MICHAELSEN, M. M.; ESCH, T. Understanding health behavior change by motivation and reward mechanisms: a review of the literature. **Frontiers in behavioral neuroscience**, [s. l.], v. 17, n. 1151918, p. 1-16, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1151918>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- NACHSHOL, M. *et al.* Role of psychosocial factors in long-term adherence to secondary prevention measures after myocardial infarction: a longitudinal analysis. **Annals of epidemiology**, [s. l.], v. 52, p. 35-41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.09.016>. Acesso em: 3 jul. 2025.
- PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 276-288, 1982. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0088437>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- REVANKAR, S. *et al.* Key concepts in cardiovascular secondary prevention: a case-based review. **The American journal of cardiology**, [s. l.], v. 1, n. 248, p. 32-40, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2025.03.035>. Acesso em: 25 jun. 2025.
- SANTOS, J. S.; SANTOS NETO, P. M. dos. Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 516-530, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313811>. Acesso em: 25 jun. 2025.
- SCHOTT, M. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Educação: Teoria e Prática**, [s. l.], v. 33, n. 66, e14, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18675/1981-8106.v33.n.66.s16670>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- TEIXEIRA, C. P. *et al.* **Educação na Saúde: fundamentos e perspectivas**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023.
- TU, Q. *et al.* The effects of multidisciplinary collaborative care on cardiovascular risk factors among patients with diabetes in primary care settings: A systematic review and meta-analysis. **Primary care diabetes**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 381-392, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2024.05.003>. Acesso em: 26 jun. 2025.
- VIEIRA, L. M. *et al.* Translation and cross-cultural adaptation of 14-item Mediterranean Diet Adherence Screener and low-fat diet adherence questionnaire. **Clinical nutrition ESPEN**, [s. l.], v. 39, p. 180-189, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.06.018>. Acesso em: 2 jul. 2025.

VIRANI, S. S. *et al.* 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the management of patients with chronic coronary disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Circulation**, [s. l.], v. 148, n. 9, e9-e119, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001168>. Acesso em: 1 jul. 2025.

Fonte de financiamento

Financiamento próprio.

Contribuição das autoras

Jordana Santos - concepção e planejamento do estudo, elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Andrieli Barbieri Garlet - concepção e planejamento do estudo, elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Emily Justiniano - elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Heloise Benvenutti - elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Laura Mariana Fraga Mercali - elaboração do texto, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Simoni Chiarelli da Silva Pokorski - concepção e planejamento do estudo, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Oellen Stuaní Franzosi - concepção e planejamento do estudo, elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Claudia Severgnini Eugenio - concepção e planejamento do estudo, elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Responsabilidade editorial

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Rafael Arenhaldt, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Recebido em: 27/04/2025

Aceito em: 28/07/2025

Publicado em: 30/07/2025