

Mudança no estilo de vida de usuários de saúde pós-intervenção coronariana percutânea

Change in lifestyle of health users post percutaneous coronary intervention

Cambio en el estilo de vida de los usuarios de atención en salud posterior a la intervención coronaria percutánea

Laura Cavalcante Bolacel

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde Em Atenção em Urgência e Emergência- Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil;

E-mail: laura.bolacel.lb@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8321-7613

Letice Dalla Lana

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana, RS, Brasil;

E-mail: letice.lana@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9624-8152

Cenir Gonçalves Tier

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana, RS, Brasil;

E-mail: cenirtier@unipampa.edu.br; ORCID: 0000-0003-1539-7816

Liliane Gonçalves Oliveira

Enfermeira, Especialista em Enfermagem Cardiológica, Hospital Santa Casa de Uruguaiana (HSCU), Uruguaiana, RS, Brasil;

E-mail: lili.g.oliveira@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-8179-4559

Rosaura Soares Paczek

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil;

E-mail: rspaczek@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4397-1814

Contribuição dos autores: LCB contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. LDL atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. CGT, LGO e RSP contribuíram com a análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 08/04/2025

Aprovado em: 14/04/2026

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Objetivo: analisar as mudanças no estilo de vida dos usuários de saúde pós- intervenção coronária percutânea a médio e longo prazo. **Método:** estudo quantitativo e longitudinal, desenvolvido em um Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista no Rio Grande do Sul em 2022. A coleta de dados ocorreu em duas etapas metodológicas sequenciais: a primeira por meio da análise de prontuários físicos e a segunda por meio de contato telefônico com os usuários de saúde. **Resultados:** a amostra da primeira etapa metodológica incluiu 260 prontuários físicos referentes aos anos de 2018, 2019 e 2020. A idade média dos usuários de saúde foi de $66,74 \pm 10,53$ anos, variando de 34 anos a 88 anos, média de 62,74 anos. A amostra da segunda etapa foi de 42 usuários de saúde que responderam ao questionário via contato telefônico, sendo que 27 (64%) relataram que modificaram a sua vida após o procedimento e 15 (36%) não modificaram em nenhum aspecto. Dos 27 usuários de saúde que relataram modificar seu estilo de vida, apenas 8 (19%) incluíram a prática regular de exercício físico, alimentação saudável e monitoramento das comorbidades. **Conclusões:** evidenciou-se que as alterações no estilo de vida após-ICP ainda são negligenciadas pelos usuários de saúde, pois a grande maioria não realiza exercício físico regularmente e não tem acompanhamento multidisciplinar.

Palavras-chave: Estilo de vida; Angioplastia; Infarto do Miocárdio; Atenção Primária à Saúde.

Abstract: Objective: To analyze the changes in the lifestyle of healthcare users after percutaneous coronary intervention in the medium and long term. **Method:** A quantitative and longitudinal study, developed in a Hemodynamics and Interventional Cardiology Service of a Hospital in the interior of Rio Grande do Sul in 2022. Data collection occurred in two sequential methodological stages, the first of which was through data collection in physical medical records, and the second was carried out by telephone contact with healthcare users. **Results:** The sample of the first methodological stage included 260 physical records for the years 2018, 2019, and 2020. The average age of healthcare users was 66.74 ± 10.53 years, ranging from 34 years to 88 years, mean of 62.74 years. The sample of the second stage consisted of 42 healthcare users who answered the questionnaire via telephone contact, of which 27 (64%) reported that they changed their lives after the procedure and 15 (36%) did not change in any

aspect. Of the 27 health users who reported changing their lifestyle, only 8 (19%) included regular physical exercise, healthy eating, and monitoring of comorbidities. **Conclusions:** It was evident that lifestyle changes after PCI are still neglected by healthcare users, as the vast majority do not exercise regularly and do not have multidisciplinary monitoring.

Keywords: Lifestyle; Angioplasty; Myocardial Infarction; Primary Health Care.

Resumen: Objetivo: analizar los cambios en el estilo de vida de los usuarios de servicios de salud tras una intervención coronaria percutánea a medio y largo plazo. **Método:** estudio cuantitativo y longitudinal, desarrollado en un Servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de un Hospital del interior de Rio Grande do Sul en 2022. La recolección de datos se realizó en dos etapas metodológicas secuenciales, siendo la primera mediante la recolección de datos en historias clínicas físicas y la segunda mediante contacto telefónico con usuarios de salud. **Resultados:** la muestra de la primera etapa metodológica comprendió 260 historias clínicas relativas a los años 2018, 2019 y 2020. La edad promedio de los usuarios de salud fue de $66,74 \pm 10,53$ años, con un rango de 34 años a 88 años, promedio de 62,74 años. La muestra para la segunda etapa estuvo constituida por 42 usuarios de salud que respondieron el cuestionario vía contacto telefónico, de los cuales 27 (64%) refirieron que cambiaron su vida después del procedimiento y 15 (36%) no cambiaron en nada. De los 27 usuarios de salud que reportaron cambios en su estilo de vida, sólo 8 (19%) incluyeron ejercicio físico regular, alimentación saludable y monitoreo de comorbilidades. **Conclusiones:** se evidenció que los cambios en el estilo de vida post ICP aún son desatendidos por los usuarios de salud, ya que la gran mayoría no realiza ejercicio físico regularmente y no cuenta con seguimiento multidisciplinario.

Palabras clave: Estilo de vida; Angioplastia; Infarto de Miocardio; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) abrangem as doenças coronariana, cerebrovascular e arterial periférica, a cardiopatia congênita e reumática, e eventos tromboembólicos, como trombose venosa profunda e a embolia

pulmonar¹. Globalmente, as DCV lideram as principais causas de mortalidade (31%), sendo que 85% são oriundas de eventos coronarianos e acidentes vasculares².

As DCV lideram as causas de mortalidade mundial (31%), sendo que 85% desses óbitos são atribuídos a eventos coronarianos e acidentes vasculares cerebrais.

No Brasil, a incidência de doença coronariana para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) atinge 30% da população, com maior ocorrência na faixa dos 60 anos³. Em 2019, o IAM registrou elevadas taxas de morbimortalidade e de admissão hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul, com 4,43 casos de morbidade e 8,00 internações a cada 10 mil pessoas, respectivamente⁴. O IAM caracteriza-se por uma isquemia do miocárdio ocasionado pela redução ou interrupção total do fluxo sanguíneo coronário, as quais irrigam o miocárdio e acarretam déficits nas condições fisiológicas, sociais e laborais, com consequente interferência na qualidade de vida dos sobreviventes⁵. Um dos tratamentos indicados para o IAM é a reabilitação cardíaca, que consiste em um conjunto de atividades as quais possuem o propósito de aprimorar as condições biopsicossociais do ser⁶. A reabilitação cardíaca visa mudar comportamentos e controlar fatores de risco, com a associação da realização de exercícios físicos e de orientações quanto aos estilos de vida e condições de saúde⁷.

Conforme a Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular, é fundamental para a efetividade da reabilitação cardiovascular (RCV) que o tratamento clínico seja seguido pelos usuários de saúde de forma plena, sendo essa uma conduta que otimiza a intervenção farmacológica e a prática de exercícios físicos regulares. A RCV é dividida em quatro etapas, a primeira ocorre no ambiente intra-hospitalar e tem por objetivo garantir que o usuário receba alta hospitalar com as melhores condições de saúde possíveis, além de ser provido de conhecimento sobre um estilo de vida saudável. As etapas dois, três e quatro ocorrem no ambiente ambulatorial. A etapa dois se inicia logo após a alta hospitalar e dura aproximadamente três meses. A etapa três dura em média entre três a seis meses, já a etapa quatro possui uma longa duração. Destaca-se que em todas as etapas o objetivo é a progressão das condições de saúde do usuário durante a RCV⁷.

A doença coronariana é uma cardiopatia provocada pela redução do fluxo sanguíneo das artérias coronárias que irrigam o miocárdio. Ela se destaca entre as DCV, tornando-se a principal causa de morte na população mundial⁸. A terapia invasiva utilizada no tratamento da Doença Arterial Coronariana (DAC) é a intervenção coronária percutânea (ICP) que tem como propósito remodelar a placa aterosclerótica e reduzir a estenose do vaso⁹. A ICP vem sendo comumente realizada em associação a Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP), com o implante de *stents* que previnem a reestenose da artéria¹⁰.

Independente do baixo risco de complicações na ICP, o pós-operatório demanda mudanças no estilo de vida, as quais podem impactar na qualidade de vida e na saúde dos usuários de saúde¹¹. Silveira *et al* (2018) relatam que, de 90 usuários de saúde com diagnóstico médico de IAM ou angina instável atendidos em um ambulatório de Cardiologia da Universidade do Estado do Pará (UEPA), 67 (74,44%) afirmam conhecer os fatores de risco que predis põem DAC, destacando-se o fumo (36,67%) e a hipertensão arterial sistêmica (34,44%)¹².

Tal fato pressupõe que o desconhecimento dos usuários esteja no manejo dos fatores de risco que estão diretamente relacionados com a estabilização do controle clínico da doença, os quais podem repercutir na sua reincidência, reinternação e redução da sobrevida com qualidade.

Desse modo, é notório a necessidade de mudança de estilo de vida e condições clínicas de saúde, principalmente quando associada a presença de uma doença cardiovascular e o risco no pós-operatório de ICP.

Cunha e Giovanella (2011) relatam que o acompanhamento contínuo dos usuários ao longo da RCV por profissionais da equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) é crucial na prevenção, promoção, reabilitação, tratamento e reintegração ativa na sociedade. Ademais, os autores destacam que o foco na implementação efetiva de mudança no estilo de vida, aliada ao manejo das condições clínicas, contribui para o aumento da taxa de sobrevida desses usuários¹³.

Frente ao contexto, observa-se a necessidade de buscar elementos científicos que viabilizem a gestão do cuidado de enfermagem ao usuário de saúde submetido a ICP, ao analisar os fatores de risco e protetivos que auxiliam na sobrevida dos usuários de saúde que retornam a APS, tendo em vista a taxa de sobrevida destes indivíduos.

O objetivo do presente estudo é analisar as mudanças no estilo de vida dos usuários de saúde pós-ICP a médio e longo prazo.

METODOLOGIA

Estudo do tipo quantitativo e longitudinal, desenvolvido em um Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. O estudo foi dividido em duas etapas metodológicas sequenciais, utilizando-se de dois instrumentos distintos. Tais instrumentos foram aplicados a usuários da rede pública de saúde, considerando que os participantes da amostra percorrem a linha de cuidado e/ou utilizam serviços de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde. Além disso, os autores reconhecem que os participantes da segunda etapa da pesquisa não se caracterizam necessariamente como pacientes, uma vez que se encontram em seus domicílios em pós-operatório tardio.

A primeira etapa metodológica ocorreu por meio da coleta de dados em prontuário físico disponível no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição hospitalar. Nesta etapa foram coletadas informações socioeconômicas (naturalidade, estado civil, profissão, sexo, cor, idade).

Os critérios de inclusão, da primeira etapa metodológica, incluíram: possuir laudo de cineangiocoronariografia, laudo de angioplastia transluminal percutânea, prontuários de usuários de saúde submetidos à angioplastia nos anos de 2018, 2019 e 2020 no Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista no local de estudo. Os critérios de exclusão foram: desfecho clínico por óbito e ausência de dados telefônicos, seja número de telefone móvel ou fixo. Optou-se pela utilização de dados a partir do ano de 2018 em virtude da disponibilidade de prontuários no SAME, bem como o número apurado e disponível de intervenções realizadas pelo serviço.

A segunda etapa metodológica foi realizada pelo contato telefônico com os usuários de saúde, onde foi utilizado um segundo instrumento de coleta de dados, o qual contemplava 6 seis perguntas sobre mudanças comportamentais, alimentação, exercício físico, medicações em uso, acompanhamento periódico no cardiologista, diagnóstico de outras doenças e a existência de novos sintomas como dor, desconforto ou cansaço excessivo. O instrumento utilizado nesta etapa permitiu identificar os fatores protetivos e de risco que influenciam na sobrevivência de usuários de saúde submetidos a ICP a curto e médio prazo.

A segunda etapa foi realizada pelos autores previamente treinados, que tinham chips telefônicos disponibilizados exclusivamente para o projeto. A validação do instrumento foi realizada a partir da consulta a profissionais especialistas no tema da pesquisa, e com dois usuários de saúde que foram excluídos da amostra da pesquisa.

Todos os prontuários incluídos na primeira etapa fizeram parte da segunda etapa. Os critérios de exclusão foram: três tentativas de contato telefônico sem sucesso em dias e períodos alternados, usuários de saúde incapazes de responder ao questionário em virtude de dislalia e número de telefone inexistente ou indisponível.

Para análise, os dados foram categorizados em uma planilha Excel e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0 for Windows. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. O estudo foi conduzido em respeito aos aspectos éticos previstos na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) CAAE 32904820.0.0000.5323 e parecer nº 4.193.034.

RESULTADOS

Na primeira etapa metodológica, analisou-se 260 prontuários físicos referentes aos anos de 2018, 2019 e 2020 sendo possível conhecer o perfil socioeconômico dos usuários de saúde, representado no Quadro 1.

Quadro 1. Perfil socioeconômico dos usuários de saúde.

Variável	N (260)	% (100)
Sexo		
Feminino	88	34
Masculino	172	66
Estado civil		
Solteiro	48	18,46
Casado	113	43,46
Divorciado	18	6,92
Viúvo	23	8,85
Outro	07	2,69
Não registrado	51	19,62
Cor		
Branco	200	76,92
Negro	10	3,85
Pardo	46	17,69
Não registrado	04	1,54
Escolaridade		
Analfabeto	05	1,92
Ensino fundamental incompleto	03	1,15
Ensino fundamental completo	141	54,23
Ensino médio completo	36	13,85
Ensino superior completo	06	2,31
Não registrado	69	26,54
Profissão		
Aposentado	58	22,31
Autônomo	06	2,31
Desempregado/Do lar	20	7,69
Trabalhador doméstico	04	1,54
Profissional da Saúde	02	0,77
Trabalhador Rural	04	1,54
Funcionário Público	01	0,38
Comerciante	08	3,08
Atendente/Vendedor	01	0,38
Motorista	18	6,92
Outros	32	12,31
Não registrado	106	40,77

Fonte: Dados do estudo, realizado pelas autoras (2025).

A idade média dos usuários de saúde foi de 66,74 com desvio padrão de $\pm 10,53$ anos, variando de 34 anos a 88 anos, com uma média de 62,74 anos. Todos os 260 (100%) usuários de saúde eram de nacionalidade brasileira.

Na segunda etapa da pesquisa, dos 260 prontuários analisados, foram excluídos 14 (5,38%) devido a óbito. As perdas incluíram 10 (3,85%) por recusa em participar da pesquisa, 116 (44,62%) por não atenderem as três tentativas de contato telefônico, 56 (21,54%) em que o número de telefone dava como inexistente e 22 (8,46%) não eram números dos usuários de saúde ou do familiar. Dessa forma, foram incluídos 42 (16,15%) prontuários na segunda etapa, considerando as perdas e exclusões ocorridas.

A amostra totalizou 42 usuários de saúde que responderam ao questionário via contato telefônico, sendo que 27 (64%) relataram que modificaram a sua vida após o procedimento e 15 (36%) não modificaram em nenhum aspecto. Dos 27 usuários que relataram modificar seu estilo de vida, apenas 8 (19%) contemplaram todos os cuidados questionados pelas pesquisadoras, que incluíram a prática regular de exercício físico, alimentação saudável e monitoramento das comorbidades.

No Quadro 2 descreve-se as mudanças comportamentais. Dos 42 usuários de saúde que responderam ao questionário na segunda etapa metodológica, apenas 13 (30,95%) praticam exercício físico regularmente.

Quadro 2. Mudança no estilo de vida para alimentação, prática de exercício físico e monitoramento de comorbidades dos usuários de saúde pós-intervenção coronariana percutânea.

Variável	N (42)	%(100)
Pratica exercício físico		
Sim	16	38,10
Não	26	61,90
Hábito alimentar		
Sim	23	54,76
Não	19	45,24
Monitoramento das comorbidades		
Sim	21	50,00
Não	21	50,00

Fonte: Dados do estudo realizado pelas autoras (2025).

No Quadro 3, expõe-se a modalidade do exercício físico realizado pelos usuários de saúde pós-ICP, assim como a periodicidade com que as realiza.

Quadro 3. Prática de exercício físico dos usuários de saúde pós-intervenção coronariana percutânea.

Variável	N (13)	%(100)
Modalidade do exercício*		
Bicicleta ergométrica	01	6,25
Caminhada	10	62,50
Vôlei	01	6,25
Dança	01	6,25
Ginástica	01	6,25
Periodicidade semanal		
Uma vez	01	6,25
Duas vezes	02	12,50
Três vezes	02	12,50
Cinco vezes	01	6,25
Diariamente	05	31,25
Não informado	02	12,50

*Um usuário de saúde realiza duas modalidades de exercício físico.

Fonte: Dados do estudo realizado pelas autoras (2025).

Em relação aos hábitos alimentares dos usuários de saúde, 23 (54,76%) dos 42 relataram que possuem uma alimentação saudável. O Quadro 4 descreve as ações adotadas pelos usuários de saúde para melhorar o hábito alimentar pós-ICP.

Quadro 4. Hábito alimentar e acompanhamento nutricional dos usuários de saúde pós-intervenção coronariana percutânea.

Variável	N (23)	%(100)
Consumo reduzido de *		
Sal	08	19,05
Frituras/alimentos gordurosos	11	26,19
Carboidratos	02	4,76
Açúcares	03	7,14
Óleos no preparo dos alimentos	01	2,38
Consumo diário de		
Salada	01	2,38
Frutas	04	9,52
Legumes	03	7,14
Verduras	01	2,38
Acompanhamento com nutricionista	03	7,14
Dieta equilibrada	02	4,76
Não informaram	02	4,76

*Usuários de saúde realizam mais de uma prática alimentar diferenciada após tratamento cirúrgico.

Fonte: Dados do estudo, realizado pelas autoras (2025).

Dos 42 usuários de saúde, 41(97,62%) afirmam possuir fatores de risco para a manifestação de IAM. No Quadro 5 são descritos os fatores de risco e as intervenções que eles realizam para reduzir os danos que esses fatores podem gerar ao não serem monitorados.

Do total de usuários de saúde avaliados, 41 (97,62%) relataram possuir fatores indicativos para um novo episódio de IAM. O Quadro 5 apresenta esses fatores de risco e as intervenções adotadas para minimizar os danos que podem ocorrer caso não sejam devidamente monitorados.

Quadro 5. Comorbidades, protocolo de medicações e intervenções para o monitoramento das comorbidades realizadas pelos usuários de saúde pós-ICP.

Variáveis	N (42)	%(100)
Comorbidades*		
Hipertensão arterial sistêmica	25	59,52
Diabete mellitus	13	30,95
Dislipidemia	02	4,76
Insuficiência renal	01	2,38
Asma	01	2,38
Mal de Parkinson	01	2,38
Hipotireoidismo	02	4,76
Pré-diabetes	02	4,76
Esteatose hepática	01	2,38

Obesidade	01	2,38
Tabagismo	02	4,76
Intervenções para o monitoramento das comorbidades*		
Uso adequado de medicações	06	28,57
Verifica a pressão arterial sistêmica	08	38,10
Controle da glicemia capilar	05	23,81
Exames laboratoriais	01	4,76
Não informado	02	9,52

*Usuários de saúde possuem mais de uma comorbidades e realizam mais de uma intervenção para o monitoramento das comorbidades.

Fonte: Dados do estudo, realizado pelas autoras (2025).

Em relação ao uso de medicamentos antes da intervenção coronariana percutânea (ICP), 22 usuários (52,38%) mantiveram o mesmo protocolo medicamentoso, enquanto 16 (38,10%) realizaram alterações e 4 (9,52%) suspenderam o uso. As medicações utilizadas pertencem a diversas classes farmacológicas, incluindo anti-hipertensivos, anti agregantes plaquetários, hipocolesterolemiantes, suplementos vitamínicos, hipoglicemiantes, anticoagulantes, vasodilatadores, diuréticos, antiparasitários, anti ulcerosos, hormônios pancreáticos e tireoidianos, além de medicamentos para o tratamento da gota. Entre os 42 usuários, 38 (90,48%) seguem rigorosamente os horários e as dosagens prescritas pelo médico.

No que se refere ao acompanhamento cardiológico, apenas 1 usuário (2,38%) realiza consultas mensais, enquanto 2 (4,76%) retornam a cada dois meses, 3 (7,14%) a cada três meses, 2 (4,76%) a cada quatro meses e 19 (45,24%) a cada seis meses. Outros 7 usuários (16,67%) comparecem anualmente às consultas, 1 (2,38%) teve sua última consulta há 18 meses, 3 (7,14%) há 24 meses e 1 (2,38%) há 48 meses. Além disso, 1 usuário (2,38%) não se recordava da última consulta e 2 (4,76%) nunca retornaram ao cardiologista.

Quanto ao surgimento de novas doenças após o procedimento, 10 usuários (23,81%) desenvolveram alguma condição, incluindo catarata no olho esquerdo (1; 10%), fibromialgia (1; 10%), arritmia cardíaca (1; 10%), insuficiência renal (1; 10%), colelitíase (2; 20%), hérnia inguinal (1; 10%), Doença de Parkinson (1; 10%), tumor cerebral (1; 10%) e COVID-19 (1; 10%). Desses, 4 (40%) passaram por tratamento cirúrgico, 4 (40%) necessitaram de internação hospitalar e 2 (20%) realizaram tratamento domiciliar.

DISCUSSÃO

A média de idade encontrada em um estudo brasileiro que descreveu o perfil clínico-epidemiológico de pessoas com IAM pós angioplastia coronariana primária, no ano de 2020, foi de 65 anos¹⁴, se assemelhando ao nosso estudo em que a média de idade revelada foi de 62,74 anos. A prevalência de doenças cardiovasculares é maior entre pessoas idosas, uma vez que os fatores de risco tendem a aumentar naturalmente com o processo de envelhecimento¹⁵.

A inclusão de usuários de saúde com tratamento invasivo a mais de seis meses no presente estudo, pressupõe que estariam na fase quatro conforme o Programa de Reabilitação cardiovascular⁷. Mais precisamente, tais usuários estariam em evolução para a melhoria significativa da doença cardíaca e doenças adjacentes, tendo em vista a prevenção, promoção, monitoramento e reabilitação por uma equipe multidisciplinar. A ausência deste Programa no município, local deste estudo, compromete a progressão dos benefícios da RCV.

Embora não tenham sido observados benefícios na adesão em Programas de reabilitação, a taxa de óbito deste estudo mostrou-se reduzida em comparação a outro estudo ecológico de séries temporais realizado com residentes no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, que identificou taxa média de 40,937 de mortalidade, sendo 27,178 entre 60 e 64 anos¹⁶. Corroborando, um estudo desenvolvido com jovens adultos, revela uma maior probabilidade de disfunção ventricular esquerda após infarto do miocárdio (IAM) e um fator protetor para uma melhor reperfusão coronariana após angioplastia¹⁷ em comparação ao grupo de pessoas idosas.

Identificar um maior número de pessoas do sexo masculino entre os usuários de saúde que realizaram angioplastia coronariana, vem ao encontro com achados de outros estudos realizados na região Nordeste do país, onde 65,8%^(nº) e 76%^(nº) dos indivíduos eram do sexo masculino^{14,18}. Pode-se inferir que as mulheres buscam uma vida saudável para controle de doenças crônicas, as quais não conduzem a procedimentos de intervenções cirúrgicas. Ademais, percebe-se que as mulheres buscam atendimento quando apresentam sinais e sintomas discretos, e muitas vezes, identificam precocemente doenças crônicas as quais podem ser controladas por meio de

alterações no estilo de vida e uso medicamentoso. Em contrapartida, os homens buscam atendimento na presença de sinais e sintomas intensos, características de doenças crônicas avançadas, que demandam intervenção coronariana, como a angioplastia.

Branco e pardo foram as cores que predominaram entre os usuários de saúde, seguindo o perfil da população da região Sul do país, onde 73,2% das pessoas são da cor branca, a região Nordeste do país tem predominância da cor parda correspondendo a 61,4% da sua população¹⁹. A região Nordeste associa a etnia parda (49,6%) com a intervenção percutânea, vindo de encontro ao fato de que a região se caracteriza pelo maior número de não brancos¹⁸.

A profissão de motorista apresentou um número maior de casos em comparação à de aposentado, o que nos permite associar a ausência de atividade laboral aos fatores de risco para o aparecimento de sinais e sintomas condizentes a doenças cardiovasculares. Tem-se como conhecimento que motoristas exercem sua atividade laboral sob condição de estresse, o que é comum no trânsito, possuem intervalos para refeições de curta duração e permanecem em posição sentada durante boa parte do dia. Tais condições contribuem para a redução, por exemplo, do estímulo para realização de exercício físico, o que favorece o surgimento de doenças como obesidade, hipertensão e diabetes²⁰. Logo, pode-se inferir que esta profissão atua como um determinante de risco para o agravamento de doenças cardiovasculares, demandando intervenção cirúrgica.

As doenças cardiovasculares podem ser significativas aos usuários de saúde como identificado em estudos qualitativos e transversais²¹, entretanto, não são capazes de promover mudança no estilo de vida como evidenciado neste estudo longitudinal. Fica evidente que a doença cardíaca e a necessidade de procedimentos invasivos geram desconforto, medo, ansiedade e receio pela morte²¹. Contudo, tais sentimentos são pontuais e subjetivos, tornando-se insuficientes para sustentar a adesão efetiva na mudança no estilo de vida de forma duradoura.

Embora seja de conhecimento popular os benefícios que a prática de exercício físico traz para a saúde, menos da metade dos usuários de saúde as

realizam periodicamente. A inserção em um programa de reabilitação cardíaca após ser submetido a tratamento cardiovascular, com atividades laborais e física, reduz em 20% a chance de novos eventos cardíacos e hospitalizações se comparado a indivíduos que permaneceram sedentários²².

A modalidade de exercício físico mais citada pelos usuários de saúde foi a caminhada diária. Conforme a Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular, as atividades físicas indicadas para cardiopatas devem ser de intensidade moderada a intensa, com duração mínima de 150 minutos semanais, divididos entre 3 a 5 sessões⁷. Outro estudo sustenta que o treinamento resistido apresenta melhores resultados no pós-angioplastia porque auxilia na capacidade funcional e na função do endotélio vascular²³. Embora a caminhada seja uma modalidade aeróbica de baixa intensidade, sua indicação deve ser avaliada conforme as necessidades individuais de cada usuário de saúde. Neste ínterim, podemos afirmar que menos da metade dos usuários que realizam exercício físico estão implementando fatores protetivos à sua saúde.

No seguimento a médio e longo prazo após a ICP, houve melhora na adesão alimentar, evidenciado pela incorporação de frutas e legumes, aliado à redução na ingestão de alimentos gordurosos e hipersódicos. Ademais, alguns usuários relataram acompanhamento com a nutricionista e alimentação balanceada. Uma revisão sistemática da literatura que analisou o impacto benéfico da alimentação na prevenção de doenças cardiovasculares, identificou que os indivíduos que possuíam uma alta ingestão de frutas e vegetais portavam um risco reduzido para patologias cardíacas de 17%²⁴.

Acredita-se que o consumo e a manipulação dos alimentos demanda apenas de reeducação na sua preparação, enquanto que o exercício físico, em muitas situações, requer horário, profissionais e local disponíveis. Fato que pode justificar em parte a ideia de mudança nos hábitos alimentares. Todavia, a preparação dos alimentos sem ou com pouco óleo foi citado apenas por um usuário de saúde, apontando lacunas na APS no que se refere a educação em saúde sobre reeducação alimentar.

A necessidade de educação em saúde ainda é evidente quando identifica-se o quantitativo de comorbidades mencionadas pelos usuários de saúde e o hábito alimentar, pois existe uma disparidade entre diabéticos e hipertensos que não alteraram o hábito alimentar, principalmente no que se refere ao recomendado para o consumo de açúcares e carboidratos.

Ao analisar possíveis aspectos que auxiliam na adoção de fatores protetivos para a saúde pós-intervenção cardíaca, identifica-se que nenhum realiza acompanhamento multiprofissional. Um número reduzido de usuários citou o profissional médico cardiologista e nutricionista, sendo que a equipe pode ser composta ainda pelos educadores físicos, fisioterapeutas, profissionais de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais⁷.

Com a identificação de um número significativo de aposentados na amostra, acreditava-se num significativo empenho dos usuários em ações de prevenção e promoção da saúde. Todavia, tais evidências revelam outras lacunas não aprofundadas neste estudo que demandam exploração futura, como os aspectos motivacionais e qualidade de vida de pessoas idosas cardiopatas, bem como a identificação das atividades de vida diária que impedem a mudança comportamental e/ou reorganização da rotina de vida.

A fragilidade na referência e contra referência entre o serviço de cardiologia e a APS, bem como a inexistência de programas de reabilitação cardiovascular no município podem estar influenciando a tomada de decisão dos usuários de saúde ao buscar acompanhamento de outros profissionais da saúde. Deste modo, cabe à APS realizar um rastreamento da sua área de cobertura para identificar usuários cardiopatas que pode ser acompanhado e monitorado por uma equipe multidisciplinar, bem como participar ativamente de atividades. Além disso, permite ao enfermeiro implementar inúmeras ações educativas coletivas e individuais junto a estes usuários.

As comorbidades não modificáveis identificadas entre os usuários de saúde deste estudo, revelam alto risco para outras doenças cardiovasculares, como a doença arterial coronária (DAC), DM e HAS e dislipidemia. Um estudo identificou que a diabetes é o principal fator de risco não evitável para DAC, assim como a hipertensão arterial²⁵.

O monitoramento das comorbidades não modificáveis pela APS junto ao cardiopata pode reduzir eventos secundários e promover melhor adaptação à condição de saúde, compromisso com o autocuidado e autogerenciamento. O enfermeiro pode gerenciar a implantação de programas educativos de qualidade focados na educação em saúde e incentivo à novos hábitos de vida e saúde junto a sua família, viabilizando o aumento da taxa de sobrevivência.

Dentre os atuais fatores de risco modificáveis, destaca-se a dislipidemia, obesidade, tabagismo e pré-diabetes. Estudo de coorte avaliou 2.553 pacientes (512 fumantes ativos e 2.041 fumantes não ativos), evidenciando uma correlação entre o fumo ativo e o aumento da fração plaquetária imatura, o que, por sua vez, relacionou-se a piores desfechos clínicos como a redução da fração de ejeção e a eventos coronarianos agudos. Consequentemente, o tabaco configura-se como um fator de risco responsável por grande parcela de mortes por doenças cardíacas²⁶.

Logo, para monitorar e minimizar os fatores de risco modificáveis, pode-se incluir atividades educativas focadas no suporte emocional, rede de apoio social e autogestão do cuidado²⁷. Tais ações podem auxiliar, por exemplo, motoristas com DAC considerados sedentários, a desenvolver ações preventivas à saúde. Também podem auxiliar os demais usuários de saúde ao inseri-los em programas como hiperdia, para hipertensos e diabéticos, visto que a totalidade da amostra reside na área de adstrição da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

O monitoramento das comorbidades modificáveis pela APS pode auxiliar no aumento da taxa de sobrevivência dos cardiopatas em adultos e idosos jovens. O estudo de Aldrigue e Kluthcovsky (2021) aponta um declínio significativo nos índices totais de internação hospitalar por causas Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária (ICCSAP), para ambos os sexos e nas faixas etárias entre 40 e 74 anos ($p < 0,001$). As ações mais citadas, para o controle das comorbidades, foram a verificação da pressão arterial sistêmica e o monitoramento da glicemia capilar periférica, estas por sua vez são tecnologias duras para o monitoramento da HAS e da DM²⁸.

Por mais que a maioria dos usuários entre os que relataram cuidar de suas comorbidades tenham acesso a recursos para o controle das comorbidades, torna-se questionável o porquê de os demais não realizarem estas ações, mesmo estando dentro da área de cobertura da APS de seus municípios. A APS possui recursos humanos, materiais e financeiros para o manejo de doenças cardiovasculares e seus fatores de risco²⁹. Portanto, a lacuna encontra-se na necessidade de fortalecer e dar visibilidade à APS do município para a redução das doenças cardiovasculares.

Apesar de não se ter identificado grandes mudanças no estilo de vida, mais da metade dos usuários não apresentaram novas doenças. Observa-se que algumas doenças podem ser causas secundárias da DAC, como insuficiência renal e arritmia cardíaca. Todavia, este estudo não se assegura desta correlação principalmente pela redução amostral.

O relato de sinais e sintomas característicos para doenças cardiovasculares, por mais da metade dos usuários de saúde, asseguram que as mudanças no estilo de vida ainda são incipientes, principalmente pela presença de mais de dois sintomas. Numa revisão integrativa com 122 evidências científicas, 75 artigos citaram a dor no peito, dor torácica, dor precordial ou precordialgia como um sintoma habitual³⁰. Cabe destacar que o sintoma de desconforto torácico pode estar associado a causas musculares e as alterações relacionadas a alterações glicêmicas. Fica evidente, a partir dos dados deste estudo, que as presenças das manifestações de dor no peito numa parcela dos usuários de saúde precisam de monitoramento, controle, orientações, entre outros.

Uma fragilidade encontrada no estudo se refere a ausência de informações nos prontuários físicos, que impediram correlações de informações socioeconômicas e mudanças no estilo de vida dos usuários de saúde. O uso de entrevistas via contato telefônico pode comprometer a qualidade da coleta de dados, devido a limitações de acesso a dispositivos e à ausência de vínculo prévio com os participantes da pesquisa. Para minimizar essas limitações, buscou-se realizar o recrutamento das entrevistadoras em diferentes situações a serem possivelmente encontradas.

Outra limitação do estudo refere-se ao tamanho amostral de usuários de saúde na segunda etapa metodológica, no qual foram identificadas as mudanças no estilo de vida. Em contrapartida, os resultados poderão contribuir na identificação de problemas, planejamento, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação de políticas públicas mais assertivas, centradas no cuidado multidisciplinar para usuários de saúde com doenças cardíacas. Ademais, permitirá ao enfermeiro inserido na RAS a tomada de decisão para o encaminhamento dos cuidados individuais à saúde da população mediante avaliações sistemáticas no que se refere a elementos protetivos e de risco no pós-ICP.

CONCLUSÕES

Ao analisar as mudanças no estilo de vida dos usuários de saúde pós-ICP identificamos pequenas alterações comportamentais a médio e longo prazo, principalmente no que se refere ao exercício físico e acompanhamento multiprofissional.

Este estudo evidenciou que as mudanças no estilo de vida após a intervenção coronária percutânea (ICP) ainda são negligenciadas pelos usuários de saúde, pois a grande maioria não realiza exercício físico regularmente e não tem acompanhamento multidisciplinar.

A mudança no hábito alimentar foi uma das intervenções mais citadas entre os usuários após a ICP. Entretanto, ao questionar sobre as atividades, identificou-se um percentual elevado de diabéticos e hipertensos que ainda não reduziram a ingestão de carboidratos, açúcares, sal e gorduras.

Nesse sentido os fatores prognósticos de sobrevida se manifestam de forma negativa, tendo em vista que a maioria dos indivíduos não adotam medidas protetivas para sua saúde e conseqüentemente para a sobrevida dos mesmos. Existem inúmeros fatores que potencializam a não adesão a mudanças comportamentais, entretanto, identifica-se uma fragilidade importante da RAS e da comunidade.

Acredita-se que a identificação de fatores de risco e protetivos para a sobrevida dos usuários poderá orientar a identificação de problemas, tomada de decisões, bem como o planejamento, implementação e

monitoramento de políticas públicas mais assertivas. Os enfermeiros inseridos na RAS podem contribuir com a construção de intervenções plausíveis que contribuem com o trabalho multidisciplinar na reabilitação cardiovascular.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde [PAHO]. Doenças Cardiovasculares [acesso 08 nov. 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>.
2. Organização Mundial de Saúde [WHO]. Doenças Cardiovasculares (DCV) [acesso 08 nov. 2022]. Disponível em: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
3. Troncoso LT, Oliveira NCC, Leporaes RA, Eira TL, Pinheiro VP. Estudo epidemiológico da incidência do infarto agudo do miocárdio na população brasileira. *Cad Med UNIFESO* [Internet]. 2018 [acesso 08 nov. 2022];1(1):91-101. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/957>
4. Ferreira GR, Santana RS, Silva TCMF, Dias JLM. Análise do perfil epidemiológico do infarto agudo do miocárdio no Rio Grande do Sul entre 2015 e 2019: estudo ecológico. Em: *Anais do ENEPE 2021*; 2021 out. 18-22. Presidente Prudente, SP; 2021 [acesso 08 nov. 2022]. p. 1025-30. Disponível em: <https://www.unoeste.br/Areas/Eventos/Content/documentos/EventosAnais/688/Medicina.pdf>
5. Saleh M, Ambrose JA. Understanding myocardial infarction [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Res*. 2018;7(F1000 Faculty Rev):1378. doi:10.12688/f1000research.15096.1.
6. Martins R, Fernandes J, Martins S, Carvalho N, Batista S. Eficácia da reabilitação cardíaca na qualidade de vida da pessoa: revisão integrativa da literatura. *Servir* [Internet]. 2021;2(1):83-93. doi:10.48492/servir0201.25859.
7. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2020;114(5):943-87. doi:10.36660/abc.20200407.
8. Resende AA, Matheus GAL, Costa JVOM, Souza JAM. Angioplastia no tratamento da Síndrome Coronariana Aguda. *Cardiologia: Teoria e Prática*. 2ª ed. Irati: Pasteur; 2021.
9. Lima MSM, Dantas RAN, Mendes NPN, Alves LCM, Silva TTM, Brito AGR, et al. Aspectos clínicos-epidemiológicos de pacientes selecionados à Intervenção Coronária Percutânea em hospital universitário. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(6):2883-90. doi:10.1590/0034-7167-2018-0012.
10. Zanettini A, Silva JC, Boeno MG, Carreta MB. Complicações em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea. *Rev Paranaense Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 08 nov. 2022];3(1):38-45. Disponível em: <https://www.oalib.com/research/6323039>
11. Lana LD, Oliveira LG, Nogueira JT, Oliveira JLB, Tier CG, Tanaka AKSR, et al. Características clínicas de pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea nos anos de 2014 a 2019. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2021

[acesso em: 08 nov. 2022];95(36). Disponível em:
<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1146>

12. Silveira EL, Cunha LM, Pantoja MS, Lima AVM, Cunha ANA. Prevalência e distribuição de fatores de risco cardiovascular em portadores de doença arterial coronariana no Norte do Brasil. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba*. 2018;20(3):167-73. doi:10.23925/1984-4840.2018v20i3a9.

13. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saude Colet [Internet]*. 2011 [acesso em 08 nov. 2022];16:1029-42. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473036>

14. Costa FAS, Pessoa VLMP, Frota KC, Araújo DV, Almeida VS. Aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos à angioplastia coronariana primária. *Essentia*. 2020;21(1):21-6. doi:10.36977/ercct.v21i1.332.

15. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(1):105-14. doi:10.1590/1413-81232018241.02072017.

16. Costa SM, Agostinho ET, Dionisio IC, Nazário NO. Tendência temporal de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em idosos no Sul do Brasil. *Vittalle*. 2022;34(1):44-50. doi:10.14295/vittalle.v34i1.14063.

17. Petkow MC, Ferreira MB, Martins GS, Felipe AS, da Silva RL, Fattah T, et al. Características do primeiro infarto agudo do miocárdio em indivíduos jovens. *Rev Soc Bras Clin Med [Internet]*. 2020 [acesso 14 nov. 2022];18(3):152-8. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/759/420>.

18. Silva TTM, Dantas RAN, Dantas DV, Lima MSM, Alves LCM, Costa ICS, et al. Pacientes submetidos à angioplastia transluminal coronariana: análise epidemiológica e angiográfica. *Enferm Foco [Internet]*. 2019 [acesso 08 nov. 2022];10(3):126-33. Disponível em:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1991>

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População, por cor ou raça. 2022 [acesso 10 nov. 2022]. Disponível em:
<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado>

20. Morais RA, Souza DT, Ferron AJT, Souza CT, Franscisqueti FV. Caracterização do padrão alimentar e do estado nutricional dos motoristas de transporte coletivo da cidade de Bauru-SP. *Rev Bras Obesid Nutr Emagr [Internet]*. 2018 [acesso 10 nov. 2022];12(71):293-300. Disponível em:
<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/699/536>

21. Oliveira CSGA, Mader BJ. Emoções e sentimentos desenvolvidos nos procedimentos e nas intervenções em cardiopatas: uma revisão integrativa. *Plur Saude Mental*. 2020;9(2):48-57. doi:10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n2-5.

22. Belardinelli R, Paolini I, Cianci G, Piva R, Georgiou D, Purcaro A. Exercise training intervention after coronary angioplasty: the ETICA trial. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37(7):1891-900. doi:10.1016/s0735-1097(01)01236-0.

23. Fernandes GA, Sousa LP, Silva MGS. Recomendações a respeito da prescrição do treinamento resistido para idosos pós-angioplastia. *Rev Liberum Accessum [Internet]*. 2022 [acesso 14 nov. 2022];14(3):60-82. Disponível em:
<http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/182/194>

24. Lima IBSO, Lima RO, Francisco RCL, Amaral CST. Inovação na prevenção de doenças cardiovasculares a partir da alimentação saudável. *Braz J Develop*. 2020;6(10):80508-25. doi:10.34117/bjdv6n10-463.
25. Maldonado CM, Silva ACR, Pereira KA, Silva EMA, Oliveira JRC, Faria RS, et al. Associação entre fatores de risco cardiovasculares e a presença de doença arterial coronariana. *Arch Med*. 2019;19(2):246-57. doi:10.30554/archmed.19.2.3105.2019.
26. Nardin M, Verdoia M, Negro F, Rolla R, Tonon F, Luca G. Impact of active smoking on the immature platelet fraction and its relationship with the extent of coronary artery disease. *Europ J Clin Invest*. 2019;50(2):e13181. doi:10.1111/eci.13181.
27. Silva MPM. Modelo de cuidado de enfermagem ambulatorial para autogestão do indivíduo em pós tardio de angioplastia coronária transluminal percutânea [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021 [acesso 14 nov. 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/45472>
28. Aldrigue RHS, Kluthcovsky ACGC. Internações Por Condições Cardiovasculares Sensíveis À Atenção Primária Em Municípios do Paraná. *Arq Catarin Med [Internet]*. 2021 [acesso 14 nov. 2022];50(1):58-67. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/917>
29. Oliveira TL, Santos CM, Miranda LP, Nery MLF, Caldeira AP. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2021;26:4541-52. doi:10.1590/1413-812320212610.10862021.
30. Passinho RS, Primo CC, Sipolatti WGR, Fioresi M. Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. *Rev Enferm UFPE Online [Internet]*. 2018 [acesso 14 nov. 2022];12(1):247-64. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22664/26100>