

CRENÇAS, VALORES E ATITUDES DOS FAMILIARES CONVIVENTES COM PACIENTES CORONARIOPATAS

BELIEFS, VALUES AND ATTITUDES OF COHABITING RELATIVES OF CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS

CREENCIAS, VALORES Y ACTITUDES DE FAMILIARES DE PACIENTES CON CORONARIOPATÍA

Aluê Constantino Coelho¹
Alba Lucia Bottura Leite de Barros²
Maria Clara Cassuli Matheus³
Tânia Arena Moreira Domingues³

¹ Enfermeira. Mestranda. Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP, Escola de Enfermagem. São Paulo, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Fisiofarmacologia. Professora Titular. UNIFESP, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, SP – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. UNIFESP, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Aluê Constantino Coelho. E-mail: alueconstantino@gmail.com

Submetido em: 30/11/2015

Aprovado em: 20/11/2016

RESUMO

A alta incidência e prevalência da doença coronariana é evidente no Brasil e no mundo. A concepção de saúde e enfermidade influencia nas atitudes e condutas dos indivíduos diante do processo saúde-doença e afeta o desempenho e o desenvolvimento do núcleo familiar. O objetivo foi analisar crenças, valores e atitudes dos familiares conviventes com pacientes com síndrome coronariana aguda sobre a doença coronariana. Trata-se de estudo transversal com abordagem qualitativa realizado em um Hospital Universitário. A amostra foi composta de nove familiares, mediante uma entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados por meio de instrumentos com questões elaboradas tendo como base as premissas do referencial teórico e avaliados segundo o Modelo de Crença em Saúde. Os familiares tinham entre 26 e 66 anos. As categorias suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras percebidas derivadas do Modelo de Crença em Saúde, assim como a categoria conscientização e mudança, mostraram que os familiares possuem conhecimento sobre os aspectos preventivos e de controle das consequências da doença coronariana, porém as crenças e valores adquiridos ao longo de suas vidas, influenciados pelo contexto cultural, social, econômico, emocional e principalmente familiar, interferem nos comportamentos preventivos da doença e promotores de saúde. A despeito do conhecimento que os familiares conviventes possuem sobre a doença, o enfermeiro precisa adequar o processo educacional para minimizar os conflitos decorrentes de crenças, valores e contexto do ambiente familiar, facilitar e promover a incorporação de novos hábitos.

Palavras-chave: Valores Sociais; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Cuidadores; Doença das Coronárias.

ABSTRACT

The high incidence and prevalence of coronary heart disease is evident in Brazil and worldwide. The concept that individuals have on health and illness influences their attitudes and behaviors before the health-disease process and affects the performance and development of the family nucleus. The objective was to analyze beliefs, values and attitudes of family members that live with patients with acute coronary syndrome of coronary heart disease. This is a cross-sectional study with qualitative approach conducted at a university hospital. The sample consisted of nine relatives of patient. Semi-structured interviews were applied. Data were collected through instruments with questions prepared upon the assumptions of the theoretical framework. Data were evaluated according to the Health Belief Model. Family members were aged between 26 and 66 years. The categories susceptibility, severity, benefits and perceived barriers derived from Health Belief Model, as well as the categories awareness and change, showed that family members have knowledge about the prevention and control aspects of the consequences of coronary heart disease. However, the beliefs and values acquired throughout their lives, influenced by cultural, social, economic, emotional and especially family context, hinder behaviors with preventive and health promoter character. Despite the knowledge that family member of coronary patients have about the disease, nurses need to tailor the educational process aiming to minimize conflicts arising from beliefs, values and family environment context, as well as facilitate and promote the incorporation of new habits.

Keywords: Social Values; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Caregivers; Coronary Disease.

Como citar este artigo:

Coelho AC, Barros ALBL, Matheus MCC, Domingues TAM. Crenças, valores e atitudes dos familiares conviventes com pacientes coronariopatas.

REME – Rev Min Enferm. 2016[citado em _____. _____. ____];20:e980. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20160050

RESUMEN

La elevada incidencia y prevalencia de la enfermedad coronaria en Brasil y en el mundo es evidente. El concepto de salud y enfermedad influye en las actitudes y comportamientos de los individuos en el proceso de salud-enfermedad y afecta el rendimiento y desarrollo del núcleo familiar. El objetivo del presente estudio fue analizar las creencias, valores y actitudes de familiares que conviven con pacientes con síndrome coronario agudo de la enfermedad arterial coronaria. Se trata de un estudio cualitativo transversal realizado en un hospital universitario. La muestra estaba compuesta por nueve familiares. Los datos fueron recogidos en entrevistas semiestructuradas a través de instrumentos con preguntas preparadas en base a los supuestos del marco teórico según el Modelo de Creencias en Salud. Los familiares tenían entre 26 y 66 años. Las categorías "susceptibilidad", "gravedad", "beneficios" y "barreras" percibidas derivadas del modelo Creencias en Salud, así como la categoría "concienciación y cambio", mostraron que los familiares tienen conocimiento sobre los aspectos de prevención y control de las consecuencias de la enfermedad cardíaca coronaria. Sin embargo, las creencias y valores adquiridos durante toda la vida, influenciados por el contexto cultural, social, económico y emocional de la familia interfieren con los comportamientos preventivos de la enfermedad y promotores de la salud. A pesar del conocimiento que los familiares tienen sobre la enfermedad, los enfermeros precisan adecuar el proceso educativo para minimizar los conflictos resultantes de las creencias, valores y contexto familiar para facilitar y promover la incorporación de nuevos hábitos.

Palabras clave: Valores Sociales; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Cuidadores; Enfermedad Coronaria.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 17 milhões de mortes nas últimas décadas e esse número pode aumentar para 150 milhões de pacientes no ano de 2020.¹ Entre as DCVs, a doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte em indivíduos adultos em países desenvolvidos¹ e representa uma das principais causas de morbimortalidade no mundo,¹ sendo que no Brasil, em 2010, foi responsável por 8,8% das mortes.^{2,3} Sendo assim, os dados tornam-se desafiadores para o sistema de saúde já que a DCV é prevenível.⁴ Tais doenças podem acarretar importantes impactos socioeconômicos.¹ Logo, a partir do controle dos fatores de risco como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes *mellitus* (DM), a dislipidemia (DLP), obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, tabagismo e o estresse psicoemocional, os resultados podem ser favoráveis.⁵ É comum os fatores de risco cardiovascular se apresentarem de forma agregada à predisposição genética e os fatores ambientais contribuem para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.⁶ Para tanto, com o objetivo de diminuir o desenvolvimento dos fatores de risco das doenças cardiovasculares bem como prevenir a doença arterial coronariana, é necessário propor medidas educativas, preventivas e promocionais à saúde.

A DAC afeta frequentemente os aspectos de subsistência do grupo familiar e tende a interferir na estrutura familiar quanto à manutenção do *status* socioeconômico⁷ e ao equilíbrio psíquico e emocional dos indivíduos conviventes, quando acomete indivíduos do núcleo familiar, afeta o desempenho e desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo e de toda sua família,⁸ visto que o processo saúde doença envolve, além da questão biológica, o contexto político, social e cultural.⁹

Estudo mostrou que no mínimo um familiar possui alguma comorbidade para o desenvolvimento de DCV¹⁰ devido à exposição aos fatores de risco, ao padrão comportamental associado aos hábitos de vida, à oferta do sistema político e ao contexto social e cultural.⁵

Os familiares conviventes (FCs) com pacientes coronariopatas são indivíduos que participam das consultas de enfermagem e recebem também as informações sobre a DAC e suas consequências, formas de prevenção e a necessidade de adesão ao tratamento.^{10,11}

O profissional de saúde tem como responsabilidade a educação em saúde. Faz parte deste processo, integrar o paciente e sua família no reconhecimento de informações precisas, crenças e atitudes sobre a doença, já que paciente/família e o processo saúde/doença encontram-se interligados.¹²

As crenças, ideias, valores, aspectos emocionais e comportamentos, relacionados com a subjetividade e experiência de vida de cada indivíduo/família, se traduzem na concepção de saúde e enfermidade¹³ e influencia as atitudes e condutas diante o adoecimento.

Crenças são noções e significados que o indivíduo tem a respeito do mundo, são filtros por meio dos quais o indivíduo interpreta um estímulo e, com base nessa interpretação, direciona ou prioriza suas ações. Portanto, é um conceito associado ao que o indivíduo pensa ser a verdade, enquanto valores refletem o que o indivíduo considera ser de apreço,¹⁴ ou seja, valores são posições assumidas ou declarações, a partir de palavras ou ações e que traduzem aquilo que pensa ser importante e para os quais está disposto a sofrer, morrer ou continuar a viver.¹⁴ Já as atitudes representam a maneira de pensar e sentir do indivíduo que, em combinação com o contexto real, predispõem a certa maneira de agir ou de se comportar diante dos fenômenos. São influenciadas por elementos cognitivos ou avaliativos, afetivos ou emocionais e, ainda, comportamentais. E representam maneiras de minimizar ou resolver a situação incômoda. As decisões, então, ocorrem sob a influência da visão de mundo herdada, o que explica diferenças de comportamentos num grupo.¹⁴

A adesão a comportamentos de prevenção e controle de DCV tem sido uma preocupação de pesquisadores e profissionais de saúde, dada sua alta morbidade e mortalidade.¹⁵ Porém, a prevenção só ocorre quando o indivíduo relaciona e compreende

o significado da doença em sua vida e percebe que suas necessidades são valorizadas e satisfeitas pelos profissionais de saúde.¹⁶

Assim sendo, a justificativa do estudo é propor uma visão holística da população estudada para difundir conhecimento acerca da DAC e adaptar as ações educativas favoráveis ao desenvolvimento do indivíduo perante o processo saúde-doença, já que desse modo a compreensão, acomodação de crenças e valores e qualidade de vida serão adequadas e efetivas, contribuindo para a prevenção e promoção da saúde.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar as crenças, valores e atitudes dos familiares conviventes com pacientes internados com síndrome coronariana aguda (SCA) a respeito da doença arterial coronariana, com o intuito de conhecer a realidade e estilo de vida da família, considerando suas peculiaridades, limitações, possibilidades, individualidade e integralidade, para prevenir o desenvolvimento de doença cardiovascular.

O referencial teórico utilizado foi o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), teoria que procura identificar as variáveis que colaboram para compreender o comportamento na saúde. Para a área da Enfermagem tem sido considerado “o principal modelo para explicar e predizer a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde” ou o modelo “de maior influência e o mais amplamente pesquisado”,¹⁷ pois tem contribuído para adequar as intervenções educativas tanto do paciente como dos indivíduos que convivem com ele, melhorando os índices de saúde cardiovascular da população.¹⁵ Fundamenta-se em quatro premissas: suscetibilidade percebida, ou seja, a crença de que o indivíduo é suscetível a uma doença; gravidade percebida, isto é, que essa doença trará consequências a alguma área de sua vida; benefícios percebidos, refere-se ao benefício que o indivíduo acredita ter ao assumir determinada ação caso a doença não tenha ocorrido ou, quando doente, o mesmo acredita que essas ações poderão diminuir seus efeitos e seriedade; e barreiras percebidas, que dizem respeito às dificuldades de implementação das ações, pois o indivíduo leva em consideração os custos e benefícios da ação.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, transversal, com abordagem qualitativa, realizado na Unidade Cardiológica de um Hospital Universitário de grande porte, de São Paulo. O projeto de pesquisa foi aprovado por meio do processo nº 1247/11 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e os dados foram coletados entre dezembro de 2011 e fevereiro de 2012, após cumpridos todos os preceitos éticos indicados pela Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos e o familiar aceitar participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi composta de nove familiares que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade acima de 18

anos, ser convivente com pacientes com síndrome coronária aguda, ter acabado de visitar o familiar internado e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os familiares foram abordados pelo primeiro autor/pesquisador, estudante do 3º ano do curso de graduação em Enfermagem, participante do programa de iniciação científica após receber o treinamento para realização da coleta de dados.

Realizou-se entrevista semiestruturada mediante um instrumento construído pelas pesquisadoras e baseado na literatura, contendo duas partes: a primeira com questões para caracterização socioeconômica e cultural dos familiares e a segunda com questões elaboradas tendo como base as quatro premissas do MCS:^{17,18} Suscetibilidade percebida, gravidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas, sendo as seguintes questões: o que você entende por doença arterial coronariana? Quais os riscos que a doença arterial coronariana oferece para você? Quais os benefícios de controlar os fatores de risco para a doença arterial coronariana? Quais as dificuldades (sejam elas pessoais, familiares, profissional) para controlar os riscos de desenvolver doença arterial coronariana? Você tomou alguma decisão (elaborou estratégias ou fez planos) sobre isto?

Os dados foram gravados, transcritos e analisados segundo a Análise de Conteúdo descrita por Bardin,¹⁹ conforme o modelo de categorias, modalidade temática, ou seja, identificando os núcleos de sentido ou unidades temáticas que compuseram os discursos dos depoentes, analisando-os. Tal processo foi realizado pelo primeiro autor/ pesquisador após receber o treinamento para realização da análise, porém os demais autores tiveram oportunidade de analisar os dados, pois reconstruíram e nominaram categorias quando, em conjunto, consideraram o adequado. Após a pré-análise, os dados foram codificados a partir da identificação das falas mais significativas de cada uma das categorias e agregados em categorias preestabelecidas segundo as premissas do MCS: suscetibilidade percebida, gravidade percebida, benefícios e barreiras percebidas. Houve a necessidade da construção de uma quinta categoria para agrupar dados que, segundo seus significados, intitulou-se “conscientização e mudança”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados apresentaram idade entre 26 e 66 anos. Quanto ao sexo, sete pertenciam ao sexo feminino, sendo esposa, filha e companheira de pacientes; e dois ao sexo masculino, sendo esposo e filho de pacientes. Seis FCs, quando indagados a respeito da religião a que pertenciam, referiram ser da religião católica, dois evangélicos e um espírita. Em relação à escolaridade, três informaram possuir o ensino fundamental incompleto, todos pertencendo ao sexo feminino; um, o ensino fundamental completo; dois, o ensino médio completo; e, por fim, três entrevistadas declararam o ensino superior completo.

A renda familiar foi classificada de acordo com o valor do salário mínimo (SM), R\$ 545,00, vigente no período da coleta de dados e classificado como piso salarial nacional, conforme Censo do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.²⁰ A renda familiar variou de mais de três até cinco SM para seis dos entrevistados, cuja média de indivíduos que residem no mesmo domicílio é três; dois relataram ter renda no valor de mais de cinco até sete SM e possuíam quatro e cinco moradores; e um tinha renda superior a nove SM, apresentando quatro indivíduos na residência.

O perfil amostral possibilita inferir que o grupo familiar é formado por significativo número de conviventes os quais contribuem para o orçamento financeiro necessário para a renda familiar; os valores das mulheres têm mais influência diante do núcleo familiar; a religião católica propicia o desenvolvimento de crenças e princípios dentro do contexto familiar; e o grau de escolaridade contribui para o desempenho de ações e atitudes diante do desempenho familiar.

A categoria suscetibilidade percebida abarca as unidades temáticas: pertencer ao grupo de risco; ser a doença uma fatalidade; a prevenção não garante não adquirir a doença; não ser suscetível à doença; e conhecimento e contato anterior com a doença. Sobre a percepção do perigo de contrair a DAC e os conhecimentos dos FCs sobre essa doença, a maioria deles foi estimulada a falar a respeito da própria suscetibilidade. Caso contrário, tendia a comentar sobre a suscetibilidade dos familiares. Pergunta (FC6): a Senhora acha que pode ter a doença arterial coronariana? *Olha, eu não fiz exame de nada ainda, entendeu?... Agora, o meu irmão morreu de repente, deu enfarte fulminante...* E a Senhora acha que por isso pode desenvolver a doença? *É, agora, depois dele [marido internado] eu fiquei preocupada comigo, agora eu fiquei preocupada... porque ele que é magrinho... e eu tenho problema de obesidade, né, pela minha idade e pela minha estatura... Acho que posso desenvolver...* (FC6). Pergunta (FC10) A Senhora acha que pode desenvolver a doença arterial coronariana? *Olha, minha mãe faleceu de coração... meu pai faleceu de câncer, eu não tenho sintoma nenhum, também não sou muito de ir em médico... não sei nada de mim... mas eu estou bem, assim eu estou bem, não sei se eu tenho, posso ter ou não. Não tenho sintomas nenhum. Não tenho nada. Por enquanto, né?* (FC10).

A unidade temática “estar em situação de risco” indica que os familiares conviventes se reconhecem, ou ao paciente que está internado, como sendo alguém que possui um dos fatores de risco para o desenvolvimento da DAC e, por isso, está propenso à doença. Com exceção de um familiar convivente (FC), os demais referiram possuir pelo menos dois fatores de risco para desenvolverem a DAC. O estresse, relacionado ora ao estilo de vida agitado, ora aos problemas familiares, o tabagismo e possuir antecedentes familiares para a doença foram os mais

citados em detrimento do sedentarismo e o tipo de alimentação. *Acho que pode, sim, porque minha mãe teve, aí agora ele [pai], meu avô teve também. Posso ter também, não é?* (FC 4).

As três unidades descritas a seguir mostram a tendência a minimizar a predisposição à DAC e a propensão a falar do familiar internado em vez de si próprio. Assim, os depoimentos dos FCs indicam que acreditam que “a doença pode ser uma fatalidade”, pois eventualmente podem adquiri-la, ou seja, é uma contingência humana, simplesmente porque estão “vivos” e expostos à transformação natural.

Já a crença de que “a prevenção não garante não adquirir a doença” justifica a possível aquisição da DAC independentemente de terem adotado comportamentos para sua prevenção, enquanto acreditar que “não é suscetível” agrega os discursos de FCs que alegam ter hábitos de vida saudáveis e/ou por considerar-se calmo e sem possui animosidades com outros indivíduos. *Meu esposo já mudou a alimentação, mas achei que não foi tanta vantagem porque de repente ficou doente* (FC 6). *Acho que eu não desenvolvi essa doença ainda por causa disso, eu sempre fui esportista...* (FC 8). *Posso desenvolver essa doença, porém não tenho motivos específicos para; o corpo está sujeito a desenvolver essa doença a qualquer momento* (FC 7).

Ainda relacionado às suscetibilidades, os discursos que versavam tanto sobre o conhecimento adquirido a respeito da DAC como dos fatores de risco para o seu desenvolvimento foram agregados à unidade “entendimento da doença”, entendimento este decorrente da convivência com familiares cardiopatas ou das orientações passadas pela equipe multidisciplinar nos serviços de saúde. *A DAC abrange toda parte das coronárias entupidas, é o que eu venho a entender* (FC 10).

As unidades temáticas pertencentes à categoria gravidade percebida indicam o conflito que os FCs sentem quando avaliam como os seus hábitos podem causar efeitos danosos à sua vida ou à do familiar acometido pela DAC.

O “arrependimento por não prevenir a doença” foi uma das reações emocionais que indicam o remorso que sentem por terem prejudicado a vida, a maior dívida, porque os hábitos e estilo de vida, tanto do familiar internado como o seu, propiciaram o desenvolvimento da DAC. Tanto é assim, que expressam sentimentos de medo, tristeza, ansiedade e arrependimento diante da internação do paciente por DAC, um mal que se poderia evitar. *Se soubesse e pudesse voltar a ter 30 anos, eu riscava o sal e o açúcar da minha vida* (FC 2). *Eu fico tensa, triste, desesperada, ansiosa e com medo, porque não quero perder* (FC 5).

Mas a vida pode ser bruscamente afetada também quanto à produtividade pessoal ou profissional caso desenvolvam essa doença. Assim, a possibilidade de “tornar-se incapaz” é um parâmetro significativo na avaliação da gravidade da doença e no conflito que pode gerar. E, ainda, relacionada a essas duas categorias temáticas descritas, a “percepção das consequências

da DAC” evidenciada pelas novas doenças que acometeram o familiar internado intensificam sua angústia. *Pressão alta é a pior coisa que tem no mundo, eu não quero ter! Nem dirigir carro ele pode mais, onde eu trabalhava, falou que tinha pressão alta, tiraram o carro e a carta dele, até controlar a pressão (FC 2). Eu acho que essa doença afeta a parte de circulação no geral e a parte respiratória, eu acho que liga pulmão, coração (FC 8).*

A categoria benefícios percebidos contém uma unidade temática. Esta representa um valor e intitulou-se “viver mais e melhor”. Desta forma, os FCs reconhecem que a adoção das medidas preventivas para evitar a DAC pode prolongar a expectativa de vida e proporcionar qualidade de vida. *Eu acho que chegar aos oitenta, noventa anos com saúde, lúcido, podendo se cuidar, independente de ninguém, isso é um grande prêmio... acho que isso é qualidade de vida... (FC 8).*

A categoria barreiras percebidas fornece informações relacionadas às dificuldades dos familiares conviventes em iniciar e/ou manter medidas de controle para o desenvolvimento da DAC e, portanto, prevenir os fatores de risco da doença.

Entre as dificuldades citadas está o reconhecimento que, durante muito tempo, agiu com base em “crenças ultrapassadas” como, por exemplo, incentivar um neto a comer em demasia, pois o próprio FC foi criado acreditando que ser gordinho era sinal de saúde. *Antigamente colocava comida na gente para comer, na marra mesmo... mas gordura não é saúde, pessoa gorda não quer dizer que tem saúde... gordura não é sinal de saúde como era antigamente (FC 2).*

Outra barreira refere-se à batalha que perde constantemente em virtude de seus impulsos ou desejos, e acabam por “ceder às tentações”. Assim, também nessa categoria evidencia-se o conflito entre o que gosta de fazer (os hábitos) e o que deve fazer a favor de sua saúde. *Pretendo parar de fumar, já tentei várias vezes, mas sem sucesso, já tentei várias vezes parar, mas é difícil, é muito difícil (FC 9).*

Porém, para amenizar essa situação conflituosa, verbaliza o seu ressentimento por “não ter um cúmplice e/ou apoio”, a unidade temática que mostra a tentativa para alterar hábitos de vida e adotar as medidas de controle dos fatores de risco... *fui ser vegetariano pensando em ter boa saúde... eu ser vegetariano me causou muito problema porque a família não era... então um certo momento eu fui aos poucos mudando... até a carne vermelha novamente... mas por causa da minha mãe eu não voltei a ser vegetariano... (FC 8).*

Outra forma para explicar os hábitos inadequados e atenuar seu sentimento de culpa é a observação que faz de “não existir estrutura para prevenir a DAC”. Essa barreira diz respeito às situações mais genéricas e externas a si mesmo ou à família, isto é, são consideradas fatores influentes de caráter não pessoal, ao contrário das unidades temáticas “ceder às tentações” e “não ter um cúmplice e/ou apoio”... *se eu tiver que me alimen-*

tar aqui [hospital], o que eu teria para comer... coisas que não é muito aconselhado para pessoas que têm algum problema de saúde... é difícil a gente encontrar uma lanchonete que tenha coisas assim, frutas, coisinhas frescas... então às vezes você não quer comer, mas a opção que você tem é essa, fica difícil (FC 3).

A financeira é o maior problema, porque para você comprar as coisas orgânicas ou as coisas de diabetes é uma fortuna, então você não pode, você tem que se virar como pode... é difícil, eu não compro... além de ser pouco [quantidade] é caro (FC 5).

Apesar de tudo, reconhece que é necessário esforço pessoal para realizar as medidas preventivas, porém suas energias ficam limitadas para isso quando passa por situações tão angustiantes e, portanto, coloca suas necessidades em segundo plano. Por isso, configurou-se a unidade temática “os sentimentos falam mais alto que a necessidade de mudança”. [...] cheguei um período desempregado... a preocupação é muito grande, então você não se preocupa com a alimentação...(FC 8). *Olha, eu pretendo cuidar dele [esposo] agora... não dá nem para me preocupar comigo no momento...eu não estou nem um pouco preocupada com a minha saúde... estou preocupada com ele... (FC 10).*

Embora existam dificuldades para estabelecer mudanças no estilo de vida, os familiares reconhecem a necessidade de adaptar suas ações, e alguns já introduziram no cotidiano diário atitudes preventivas relacionadas à prevenção da DAC. Assim, a categoria conscientização e mudança refere-se à percepção da necessidade de alterar o estilo de vida incorporando atitudes para prevenir os fatores de risco da doença... *o que eu tento sempre mudar nosso hábito é andar... sair assim um pouco, viajar um pouco... Pelo fator do meu marido eu quase não ponho sal, óleo, eu fico mais de um mês com um vidro de óleo, carne eu quase não faço, faço peixe, frango... a maior parte é legumes, arroz, feijão, verdura... (FC 5).*

O estudo evidenciou que os indivíduos bem como suas famílias possuem características únicas constituídas ao longo de suas histórias de vida.

Neste sentido, as crenças têm importante papel na predição de ações à saúde e nas dificuldades observadas para tomar uma decisão, que estão descritas na categoria barreiras percebidas. Essas dificuldades são produtos da articulação, conhecimento e ponderações que o indivíduo faz sobre as crenças, os valores e os costumes, inclusive da família e da sociedade em que vive, e a valorização da liberdade e autonomia diária reflete a necessidade de adequar o modo de viver para não se tornarem enfermos dependentes. Os autores de um estudo¹⁵ que analisa crenças de comportamentos de saúde cardiovascular referem que os benefícios percebidos pelo indivíduo a respeito da importância de realizar alterações nos hábitos de vida contribuem para adaptar e promover o estilo de vida da população, assim como o déficit de conhecimento e de suporte para intervenção contribui para a falta de mudanças de compor-

tamento e prejudica o desenvolvimento do ser humano para prevenir a DAC.²¹

A maioria das mudanças de comportamento é de fato instituída após o diagnóstico inicial da DC.²¹ A decisão para agir depende da combinação da percepção da suscetibilidade e da gravidade percebida na doença, enquanto a ação propriamente dita é efetivada a partir da percepção dos benefícios obtidos diante da realização das medidas de prevenção.¹⁵

Estudos^{9,13} mostram que “conhecer e ampliar os aspectos positivos e as vivências agradáveis decorrentes do contato com a doença constitui uma possibilidade de cuidar”. Portanto, a percepção dos benefícios e o reconhecimento da qualidade de vida com a prevenção da DAC contribuem para a instituição de mudanças. De acordo com as crenças, valores e contexto social, o indivíduo refletirá quanto às vantagens e desvantagens em adotar novos comportamentos e diferentes graus de adesão.

A adequação do estilo de vida muitas vezes proporciona estresse emocional intenso relacionado à mudança de comportamento, associado ao desenvolvimento do sentimento de medo e rejeição²² e, em algumas situações, até o isolamento social. Assim sendo, são poucos os indivíduos que realmente utilizam estratégias de prevenção apenas por ser informado e ter a consciência a respeito da gravidade da DAC, conforme evidenciam, também, os resultados do presente estudo. É a aquisição da doença/agravo que leva os FCs a se darem conta da sua suscetibilidade, ou seja, a serem pertencentes ao grupo de risco da DAC. Nessa situação, os FCs mais facilmente tomam decisões com vista a mudar o estilo de vida para não adoecerem. É desta forma que os resultados deste estudo refletem a necessidade de vencer as dificuldades e tomar decisões tendo em vista o benefício da prevenção e mudança do estilo de vida para não adoecer. Estudo⁸ comprova que o principal cuidador do portador de doença crônica é a família, e que isso motiva o indivíduo na adesão ao tratamento e na promoção da saúde.

Logo, quando o apoio e o estímulo não existem dentro do grupo familiar, as mudanças ficam comprometidas, como visualizado nas unidades temáticas encontradas nesta pesquisa: não ter um cúmplice, não existir estrutura para prevenir a DAC e os sentimentos falam mais alto que a necessidade de mudança. Porém, as orientações do enfermeiro que identifica e leva em consideração as crenças e valores têm mais possibilidades de promover a mudança do estilo de vida do paciente e auxiliar e motivar as atitudes de mudança dos familiares conviventes e demais parentes.

Assim sendo, o indivíduo, para instituir novos métodos preventivos, necessita de acompanhamento e apoio não apenas de profissionais especializados, como também dos indivíduos que convivem com ele, seja no ambiente familiar ou profissional, para que possa sentir-se estimulado e apto à tomada de decisão. Portanto, a doença crônica não pertence única e exclusivamente

te ao paciente, mas também aos seus familiares e à rede social,⁹ pois todos são protagonistas do processo de mudança.

Por outro lado, a unidade temática crenças ultrapassadas evidencia “suposições sobre a realidade diante de informações que o indivíduo tem referente a um alvo e que interferem no comportamento”,²³ mostrando que as crenças são adquiridas e passadas entre as gerações, pois estão interligadas às tradições e costumes socioculturais.

Desta forma, as crenças demonstram as ideias, conceitos, convicções e possíveis atitudes relacionadas à saúde e/ou doença e a maneira que podem influir no estilo de vida e saúde dos indivíduos.²⁴

CONCLUSÕES

A partir desta pesquisa, pode-se observar que, embora os FCs compreendam a DAC e reconheçam a suscetibilidade, as dificuldades, a seriedade e os benefícios da prevenção, a maioria dos indivíduos ainda possui crenças diversas relacionadas a saúde, valores e atitudes respeitantes ao processo cultural, o que dificulta a mudança de comportamentos ligadas ao processo saúde-doença. Não é somente a percepção que institui medidas preventivas, e sim o conjunto de premissas associado às questões emocionais, sociais e culturais, condições físicas e psíquicas e a experiência de vida, ou seja, os indivíduos reconhecem a suscetibilidade e as barreiras encontradas, porém não instituem medidas de prevenção, porque vivenciam histórias distintas as quais se relacionam às diferentes crenças e valores que justificam as atitudes tomadas.

A prevenção da DAC para os FCs só tem importância após conviver com a doença e suas consequências no ambiente familiar, porém, com o tratamento e o controle da comorbidade, a procura por assistência e a tomada de decisão ficam em segundo lugar. Ou seja, os planos ficam apenas em atitudes imaginárias e/ou para realização em um futuro distante das outras necessidades e prioridades existentes no dia a dia, necessitando de orientação, estrutura, iniciativa e apoio para serem concluídos.

Profissionais da saúde, meio de comunicação e instituições governamentais oferecem informações e recomendações para adequar o estilo de vida e prevenir doenças, mas poucas são as possibilidades da população em alcançar suas metas devido à disparidade entre as classes sociais e à falta de acesso às oportunidades e produtos que o mercado e o mundo globalizado disponibilizam.

Logo, as atitudes para controlar os hábitos de vida ainda estão longe do alcance dos pacientes e familiares, devido às suas crenças, valores e atitudes adquiridos e acumulados ao longo de suas vidas associados aos fatores de riscos para o desenvolvimento da DAC e aos aspectos culturais, sociais, econômicos, emocionais e, principalmente, familiares. Contudo,

a educação em saúde faz parte desse processo de reconhecimento e é uma das formas para estimular a adesão ao tratamento e às medidas de prevenção. Mesmo sendo desafiador para os profissionais da enfermagem, é algo que deve ser priorizado, com o intuito de informar, orientar e educar a população, já que os indivíduos sofrem influência do ambiente, da sociedade e do “sistema” no qual vive.

Diante dos resultados obtidos neste estudo, é importante salientar a necessidade de estabelecer mudanças nas formas de orientação dos pacientes coronariopatas e seus familiares conviventes, com o objetivo de favorecer o processo educacional nessa população. Portanto, a enfermagem deve planejar, organizar e promover ações educacionais após reconhecer o indivíduo e seu grupo familiar, diante das crenças, valores e costumes, autoeficácia, estrutura familiar, fatores socioeconômicos e o relacionamento biopsicossocial, para que se possa realizar medidas efetivas contra os fatores de risco para o desenvolvimento da doença. É essencial que haja comunicação adequada entre o profissional, paciente e família, reconhecer o processo saúde-doença, instituir métodos adequados para estimular a boa prática de prevenção e informar a possibilidade de possuir qualidade de vida dentro do processo de envelhecimento e independente da idade. Enfim, educá-los com cuidado e atenção, adaptando o estilo de vida, obtendo resultados positivos e duradouros, proporcionando assistência de qualidade e acompanhamento às pessoas para que os hábitos saudáveis não sejam abandonados e sim instituídos e melhorados ao longo de sua experiência de vida, promovendo a saúde, mas sempre envolvendo todos os FCs nesse processo, para que seja potencializado e efetivo, de modo que todos possam usufruir de melhor qualidade de vida.

AGRADECIMENTO

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - número processo PIBIC/CNPq: 138709/2011- 4.

REFERÊNCIAS

1. Simão AF, Prêcoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2013[citado em 2015 jul. 15];101(Supl.2):3-63. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.asp
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informação e Informática do SUS. Informações de saúde: cadernos de informação de saúde do Brasil, 2011. Brasília: MS; 2011.
3. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2013[citado em 2015 jul. 16];101(Supl 3):1-221. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf
4. Souza RKT, Bortoletto MSS, Loch MR, González AD, Matsuo T, Cabrera MAS, et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013[citado em 2015 jul. 16]; 22(3):435-44. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a08.pdf>
5. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012[citado em 2015 jun. 15];17(1):7-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf>
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010[citado em 2015 jul. 16];95(supl.1):1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
7. Dantas RAS, Stuchi RAG, Rossi LA. A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. *Rev Esc Enferm USP.* 2002[citado em 2015 jul. 16];36(4):345-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a07.pdf>
8. Radovanovic CAT, Cecilio HPM, Marcon SS. Structural, developmental and functional evaluation of the family of individuals with arterial hypertension. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013[citado em 2015 jul. 16];34(1):45-54. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/31893/24502>
9. Ferreira HP, Martins LC, Braga ALF, Garcia MLB. O impacto da doença crônica no cuidador. *Rev Soc Bras Clin Méd.* 2012[citado em 2015 jul. 16]; 10(4):278-84. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3045.pdf>
10. Coelho AC, Lopes JL, Santos VB, Barros ALBL. Prevalence of factors associated with metabolic syndrome in family members living with acute coronary patients. *Coronary Artery Disease: 2011 Update.* 2011[citado em 2015 jul. 16];9:167-0. Disponível em: http://www.edlearning.it/proceedings/moreinfo/20111023_index.pdf
11. Coelho AC, Lopes JL, Santos VB, Barros ALBL. Prevalence of smoking, physical activity and alcohol consumption in family members living with patients hospitalized due to acute coronary events. *Coronary Artery Disease: 2011 Update.* 2011[citado em 2015 jul. 16];9:163-6. Disponível em: <http://www.farkos.ua/img/NX23.pdf>
12. O'Brien F, O'Donnell S, McKee G, Mooney M, Moser D. Knowledge, attitudes, and beliefs about acute coronary syndrome in patients diagnosed with ACS: an Irish cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2012[citado em 2015 jul. 16];12(2):201-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22653089>
13. Gama GGG, Mussi FC, Pires CGS, Guimarães AC. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012[citado em 2015 jul. 16]; 17(12):3371-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/22.pdf>
14. Trentini M, Silva DGV. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. *Texto Contexto Enferm.* 1992[citado em 2015 jul. 16];1(2):76-88. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-166257>
15. Coleta MFD. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças.* 2010[citado em 2015 jul. 16];18(1):69-78. Disponível em: <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/2333/2417>
16. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012[citado em 2015 jul. 16];20(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_07.pdf
17. Silva AM, Carvalho MJ, Canini SRMS, Cruz EDA, Simões CLAP, Gir E. Methicillin resistant staphylococcus aureus: knowledge and factors related to the nursing team's adherence to preventive measures. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010[citado em 2015 jul. 16];18(3):346-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/08.pdf>

18. Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis* (Rio J.). 2009[citado em 2015 jul. 16];19(4):989-1006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400005
 19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD 2011. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2012.
 21. Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: a qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *NIH Rec.* 2010[citado em 2015 jul. 16];39(2):105-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837542/>
 22. Madeiro AC, Machado PDL, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adherence of chronic renal insufficiency patients to hemodialysis. *Acta Paul Enferm.* 2010[citado em 2015 jul. 16]; 23(4):546-51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/en_16.pdf
 23. Silva FUA, Alcântara MA, Barroso OL. Crenças em relação às condições crônicas de saúde: uma revisão crítica de instrumentos adaptados para a língua portuguesa. *Fisioter Mov.* 2010[citado em 2015 jul. 16];23(4):651-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n4/a15v23n4.pdf>
 24. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010[citado em 2015 jul. 16];15(1):151-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100021
-