

Consulta de enfermagem e controlo de fatores de risco cardiovasculares na pessoa após síndrome coronária aguda

Nursing consultation and control of cardiovascular risk factors in patients with acute coronary syndrome

Consulta de enfermería y control de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes después de un síndrome coronario agudo

Anaís Ferreira Reveles*; Isabel Maria Henriques Simões**; Paulo Alexandre Carvalho Ferreira***

Resumo

Enquadramento: A doença cardiovascular (DCV) é a mais importante causa de mortalidade em Portugal, sendo por isso uma área de intervenção prioritária. Mesmo após um evento coronário, muitos doentes mantêm comportamentos de risco cardiovascular (RCV). Desta forma, é pertinente o acompanhamento de enfermagem no controlo dos comportamentos de RCV, através do ensino de estilos de vida saudáveis e a adesão ao regime terapêutico.

Objetivos: Analisar a influência de um programa de ensino estruturado sobre o índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), glicemia capilar (GiC), colesterol total (CT) e literacia sobre a sua situação clínica.

Metodologia: Estudo quantitativo, longitudinal, randomizado, do tipo experimental, antes e após, com grupo de controlo.

Resultados: O programa de prevenção secundária da DCV contribuiu para a redução do IMC, do PA e para a melhoria da compreensão do paciente sobre a sua situação clínica.

Conclusão: A implementação de um programa estruturado de ensino em doentes pós síndrome coronária aguda (SCA), constituiu-se uma boa metodologia na melhoria do controlo dos fatores de risco cardiovasculares.

Palavras-chave: enfermagem; doenças cardiovasculares; literacia em saúde

Abstract

Background: Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of mortality in Portugal and is thus a priority area of intervention. Even after a coronary event, many patients maintain cardiovascular risk (CVR) behaviors. For this reason, the nursing intervention is essential to control CVR behaviors through the teaching of healthy lifestyles and adherence to the therapeutic regimen.

Objectives: To analyze the influence of a structured teaching program on body mass index (BMI), waist circumference (WC), blood pressure (BP), capillary blood glucose (BCG), total cholesterol (TC), and the patient's understanding of their medical condition.

Methodology: A quantitative, longitudinal, randomized, experimental study was conducted with a before-and-after design and a control group.

Results: The CVD secondary prevention program reduced the BMI, the WC, and improved the patient's understanding of their medical condition.

Conclusion: The implementation of a structured teaching program for patients with acute coronary syndrome (ACS) is a good methodology to improve the control of CVR factors.

Keywords: nursing; cardiovascular diseases; health literacy

*MSc., Enfermeira, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, 3041-801, Coimbra, Portugal [anaisreveles@gmail.com]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, colheita de dados, implementação do programa de ensino estruturado, tratamento de dados, análise e discussão, escrita do artigo. Morada de correspondência: Rua Rancho Folclórico Salineiras de Lavos, 64, 3090-460, Lavos, Coimbra, Portugal.

**MSc., Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [isabels@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, colheita de dados, implementação do programa de ensino estruturado, tratamento de dados, análise e discussão, escrita do artigo.

***Ph.D., Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [palex@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, colheita de dados, implementação do programa de ensino estruturado, tratamento de dados, análise e discussão, escrita do artigo.

Resumen

Marco contextual: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad en Portugal y, por lo tanto, suponen un área de intervención prioritaria. Incluso después de un problema coronario, muchos pacientes mantienen comportamientos de riesgo cardiovascular (RCV). Por ello, en el control de los comportamientos de RCV es necesario el acompañamiento de enfermería, a través de la enseñanza de estilos de vida saludables y la adhesión al régimen terapéutico.

Objetivos: Analizar la influencia de un programa de enseñanza estructurado en torno al índice de masa corporal (IMC), el perímetro abdominal (PA), la presión arterial (TA), la glucemia capilar (GiC), el colesterol total (CT) y la alfabetización sobre su situación clínica.

Metodología: Estudio cuantitativo, longitudinal, aleatorizado, de tipo experimental, antes y después, con un grupo testigo.

Resultados: El programa de prevención secundaria de la ECV contribuyó a la reducción del IMC, del PA y a la mejora de la comprensión del paciente de su condición médica.

Conclusión: La aplicación de un programa estructurado de enseñanza en pacientes después de haber sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) constituye una buena metodología en la mejora del control de los factores de riesgo cardiovasculares.

Palabras clave: enfermería; enfermedades cardiovasculares; alfabetización en salud

Recebido para publicação em: 24.10.17

Aceite para publicação em: 28.02.18

Introdução

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de mortalidade em Portugal e caracteriza-se pela sua associação ao estilo de vida. Existe um enorme potencial de intervenção para os enfermeiros, enquanto agentes promotores de estilos de vida saudáveis. Uma vez instalada a DCV, continua a ser imperioso o controlo dos fatores de risco, assim como a adesão à terapêutica, pois a prática tem mostrado que, frequentemente, os doentes não aderem à terapêutica e mantêm comportamentos de risco.

Em Portugal, a investigação nesta área é escassa, pelo que é fundamental uma maior evidência científica sobre a intervenção dos enfermeiros na prevenção secundária da DCV.

Assim, este estudo foi realizado com o objetivo de analisar a influência de um programa de ensino estruturado sobre índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), glicemia capilar (GiC), colesterol total (CT) e literacia sobre a situação clínica.

Enquadramento

Duas estratégias são consideradas na prevenção da DCV: a estratégia populacional e a estratégia de alto risco. A estratégia populacional visa reduzir a incidência de DCV através de mudanças no estilo de vida e ambientais, direcionadas para a população em geral, sendo exemplos a proibição de fumar em locais fechados e a redução do teor de sal na comida. Esta estratégia pode trazer grandes benefícios para a população, embora ofereça pouco a nível individual (European Society of Cardiology [ESC], 2012). Na abordagem de alto risco, as medidas preventivas visam reduzir fatores de risco mais elevados, tanto nos indivíduos sem DCV conhecida mas com risco elevado, como naqueles já com DCV presente (ESC, 2012). O ideal, para obter o efeito preventivo máximo, é a conjugação das duas estratégias.

Segundo o mesmo autor, com base nos resultados de vários ensaios clínicos, o controlo dos principais fatores de risco (tabagismo, hipertensão arterial [HTA] e colesterol) foi responsável por mais de metade da redução das mortes por doença coronária. No entanto, a adesão a regimes medicamentosos longos ou a modificação de comportamentos nocivos (se-

guir uma dieta ou deixar de fumar), é baixa. É também considerado que o entendimento do paciente sobre a sua própria situação clínica é essencial, sendo a baixa literacia em saúde apontada como um fator de risco para várias patologias associadas a comportamentos, como obesidade, diabetes *mellitus*, DCV e cancro. Níveis adequados de literacia em saúde proporcionam uma melhoria na qualidade de vida, melhor saúde e, conseqüentemente, menor morbimortalidade (Santos et al., 2010). Assim, a compreensão do paciente sobre a sua própria situação clínica é um fator importante na adesão ao regime terapêutico, pois motivará o paciente para o processo de tomada de decisão, ajudando a encontrar estratégias para redução do risco cardiovascular (Santos & José, 2011).

Hipóteses

Os doentes pós síndrome coronária aguda (SCA) que seguem um programa de ensino estruturado de prevenção secundária da DCV apresentam valores mais baixos de IMC e PA, valores de TA, GiC e CT controlados e maior compreensão da sua própria situação clínica.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, longitudinal, randomizado, do tipo experimental, antes e após, com grupo de controlo.

Durante o ano de 2013, verificaram-se 185 internamentos numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) da região centro do país, com o diagnóstico de admissão de SCA.

Definiram-se como critérios de inclusão: internamento numa UCIC com diagnóstico de SCA no ano de 2013, residir nos concelhos de Coimbra ou Figueira da Foz, ter mais de 18 anos, e saber ler e escrever. O método de amostragem aleatória simples foi utilizado e os instrumentos de cálculo aleatório do site *random.org* foram usados para a distribuição dos sujeitos pelos grupos.

Participaram 13 doentes no grupo experimental (GE) e 11 no grupo de controlo (GC).

A reduzida dimensão da amostra deveu-se à dificuldade em contactar os doentes (telefone não

atribuído e falecimento), à recusa em participar no estudo e à desistência de três doentes do GE durante o período de acompanhamento.

O entendimento do paciente sobre a sua própria situação clínica foi avaliado usando o Teste Batalla (Calixto et al., 2013), que avaliou o conhecimento do paciente sobre a HTA. Um conjunto de 21 perguntas verdadeiro/falso foi elaborado pela investigadora para avaliar o conhecimento do paciente sobre DCV aterosclerótica (com base na literatura e validado por especialistas).

Os pacientes do GE receberam uma consulta mensal de enfermagem por 6 meses, com três momentos de avaliação (no início do estudo, após 3 e 6 meses).

Na primeira consulta, os pacientes receberam folhetos informativos sobre os fatores de risco cardiovascular (RCV) e foram identificados os défices de conhecimento sobre os seus fatores de RCV, a adesão ao regime terapêutico e a sua situação clínica. Com base nos défices de conhecimento identificados nesta primeira consulta, as consultas seguintes consistiram em estabelecer, juntamente com o paciente, um plano de ação e metas específicas a serem atingidas até à próxima consulta. Foi avaliada a TA, frequência cardíaca, PA, IMC, GiC em cada consulta e CT a cada 3 meses.

Os pacientes do GC preencheram um questionário inicial e foram reavaliados após 6 meses. Em ambos os momentos, foi realizada a avaliação da TA, frequência cardíaca, PA, IMC, GiC e CT.

As avaliações de TA, PA e IMC foram realizadas tendo em consideração as recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS; 2013a).

Todas as consultas de enfermagem foram realizadas no horário e local escolhido pelos participantes entre 29 de julho de 2014 e 2 de feverei-

ro de 2015.

Relativamente à estatística inferencial, foram utilizados testes paramétricos (*t* de *student* para amostras independentes), sempre que os pressupostos para a sua utilização se verificaram (normalidade da distribuição e homogeneidade), e testes não paramétricos (Qui-quadrado, *U* Mann-Whitney e Friedman) sempre que o nível de medida e/ou a distribuição normal não se verificasse. Em todos os casos, o valor crítico de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

Foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação científica e o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da unidade hospitalar onde os doentes eram seguidos. Os participantes deram o consentimento livre e esclarecido, após serem informados sobre a metodologia e objetivos do estudo, riscos e benefícios da sua participação e o direito de abandonar o estudo a qualquer momento.

Resultados

Em termos sociodemográficos, é verificada a homogeneidade dos grupos: no GC 72,73% são homens e 27,27% mulheres e, no GE 69,23% são homens e 30,77% mulheres. As características da DCV aterosclerótica são responsáveis pelo maior número de homens na amostra. A média de idade foi 68,08 anos ($\pm 11,74$) no GE e 67,55 anos ($\pm 10,24$) no GC. A maioria dos pacientes era casada/união de facto (63,64% no GC; 61,54% no GE) e morava com parentes (72,73% no GC; 76,92% no GE). Tiveram baixa escolaridade (45,45% no GC e 46,15% no GE completaram até o 1º ciclo do ensino básico) e a maioria era aposentada (72,73% no GC; 61,55% no GE; Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição absoluta e percentual das características sociodemográficas dos elementos da amostra (N = 24)

Características sociodemográficas	Grupo de controlo		Grupo experimental		Total <i>n</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Sexo					
Masculino	8	72,73	9	69,23	17
Feminino	3	27,27	4	30,77	7
Total	11	100,00	13	100,00	24

Estado Civil					
Solteiro(a)	2	18,18	1	7,69	3
Casado(a)/União de facto	7	63,64	8	61,54	15
Divorciado(a)/Separado(a)	---	---	3	23,08	3
Viúvo(a)	2	18,18	1	7,69	3
Total	11	100,00	13	100,00	24
Vive com...					
Sozinho(a)	3	27,27	3	23,08	6
Familiares	8	72,73	10	76,92	18
Total	11	100,00	13	100,00	24
Residência					
Rural	3	27,27	10	76,92	13
Urbana	8	72,73	3	23,08	11
Total	11	100,00	13	100,00	24
Concelho de residência					
Figueira da Foz	7	63,64	9	69,23	16
Coimbra	4	36,36	4	30,77	8
Total	11	100,00	13	100,00	24
Escolaridade					
Sabe ler e escrever	3	27,27	2	15,38	5
1º ciclo do ensino básico	2	18,18	4	30,77	6
2º ciclo do ensino básico	1	9,09	---	---	1
3º ciclo do ensino básico	---	---	1	7,69	1
Ensino secundário	4	36,37	3	23,08	7
Ensino universitário	1	9,09	3	23,08	4
Total	11	100,00	13	100,00	24
Situação Profissional					
Trabalhador(a) por conta própria	---	---	2	15,38	2
Trabalhador(a) por conta de outrem	2	18,18	2	15,38	4
Reformado(a)	8	72,73	8	61,55	16
Desempregado(a)	1	9,09	1	7,69	2
Total	11	100,00	13	100,00	24

Apesar da homogeneidade dos grupos em termos sociodemográficos, o mesmo não se verifica em termos clínicos. Segundo a Tabela 2, verifica-se uma elevada prevalência de fatores de RCV como a HTA (92,31% no GE; 81,81% no GC), a dis-

lipidémia (84,62% no GE; 81,81% no GC), a diabetes (46,15% no GE; 27,27% no GC), o excesso de peso (69,23% no GE; 90,90% no GC), a história familiar (38,46% no GE; 54,55% no GC) e o tabagismo (15,38% no GE).

Tabela 2

Distribuição absoluta e percentual das características clínicas dos elementos da amostra (N = 24)

Fatores de risco cardiovasculares	Grupo experimental (n = 13)		Grupo de controle (n = 11)		Total
	N	%	N	%	n
HTA	12	92,31	9	81,81	21
Dislipidemia	11	84,62	9	81,81	20
Diabetes	6	46,15	3	27,27	9
Excesso de peso	9	69,23	10	90,90	19
História familiar	5	38,46	6	54,55	11
Fumador					
Não	11	84,62	11	100,00	22
Sim	2	15,38	---	--	2
Total	13	100,00	11	100,00	24

No primeiro momento de avaliação, 50% dos participantes dos dois grupos pratica exercício físico. Após 6 meses, os hábitos de exercício foram semelhantes no GC, mas melhoraram significativamente no GE, particularmente entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (3 meses depois). Enquanto o IMC dos pacientes do GC aumentou de 30,15 kg/m² (\pm 5,36 kg/m²) para 30,82 kg/m² (\pm 5,54 kg/m²), situando-se na obesidade grau I, diminuiu nos pacientes do GE de 26,73 kg/m² (\pm 3,22) para 26,36 kg/m² (\pm 3,26), correspondendo à pré-obesidade. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos momentos de avaliação, tanto no primeiro ($t = -1,93$; $p = 0,034$) como no terceiro ($t = -2,45$; $p = 0,012$), como mostra a Tabela 3.

Em relação ao PA, este diminuiu gradualmente nos dois grupos nos três momentos de avaliação, com existência de diferença significativa nos valores de PA entre os grupos ($t = -2,05$; $p = 0,027$) no terceiro momento de avaliação, apresentando o GE médias de PA mais baixas ($\bar{x} = 94,38 \pm 10,28$) quando comparado com o GC ($\bar{x} = 104,09 \pm 12,93$).

Para complementar a análise da evolução dos valores de PA em cada grupo ao longo dos momentos de avaliação, observou-se uma redução com forte significância estatística encontrada no GE ($p < 0,001$) e que a ligeira redução do PA no GC entre o primeiro e o terceiro momento de avaliação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,970$). No primeiro momento de avaliação, verifica-se que 53,85% ($N = 7$) dos doentes do GE não tiveram a TA controlada, diminuindo para 15,38% ($N = 2$) no segundo momento e aumentando novamente para 30,77% ($N = 4$) no terceiro momento de avaliação, sem significância

estatística. No GC não se verificam alterações.

Analisando o controle do CT, no GE há uma redução de doentes com CT elevado do primeiro para o segundo momento de avaliação (30,77% para 23,08%) e um aumento significativo do segundo para o terceiro momento (38,46%). No primeiro momento de avaliação, quatro doentes do GE apresentavam CT elevado, cinco apresentavam CT bom e quatro CT ótimo. No terceiro momento de avaliação, o número de doentes com CT ótimo diminuiu e o número de doentes com CT bom e elevado aumentou, porém sem significância estatística. O número de doentes com CT elevado no GC também aumentou significativamente do primeiro para o terceiro momento de avaliação (18,18% para 36,36%). No primeiro momento de avaliação, houve dois pacientes do GC com CT elevado, quatro com CT bom, e cinco com CT ótimo. No terceiro momento de avaliação, o número de doentes com CT ótimo diminuiu e o número de doentes com CT bom e elevado aumentou.

Quanto ao controle da GiC, o número de pacientes com GiC não controlada no GE aumentou do primeiro para o segundo momento de avaliação (46,15% para 53,85%) e diminuiu para 38,46% no terceiro momento de avaliação. Já no GC verificou-se um aumento de doentes com GiC não controlada, do primeiro para o terceiro momento de avaliação (36,36% para 63,64%), não se encontrando significado estatístico entre os grupos para qualquer um dos momentos. Importa evidenciar que no GE existem mais doentes diabéticos (GE: 6; GC: 3).

Relativamente ao nível de literacia do doente acerca da sua situação clínica, a análise da distribuição das respostas às questões verdadeiro/falso

mostrou maior prevalência de respostas erradas em ambos os grupos, nos três momentos de avaliação, para as questões: “Em relação ao uso de sal, a quantidade ideal é 20g por dia” e “Sedentarismo é ter muita sede”. No terceiro momento de avaliação, o GC respondeu erradamente a mais questões que o GE, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($z = -2,51$; $p = 0,006$). No primeiro momento de avaliação, das 21 perguntas verdadeiro/falso, os doentes do GE responderam erradamente a uma média de 4,46 ($\pm 5,3$) questões; uma média de 1,69 ($\pm 0,95$) questões no segundo momento; e uma média de 1 ($\pm 0,82$) no terceiro momento. Esta análise mostra uma evolução positiva nas respostas às questões apresentadas (*mean rank* = 13,65 para 9,27). No GC, os doentes responderam erradamente a 2,82 ($\pm 2,36$) questões no primeiro momento e a 2,45 ($\pm 1,51$) questões no terceiro momento, mostrando uma evolução positiva, embora menos significativa do que no GE (*mean rank* = 11,14 a 16,32).

A análise da evolução individual dos grupos mostrou uma diminuição significativa no número de

respostas erradas no GE ($\chi^2_{\text{F}} = 17,59$; $p < 0,001$), com diminuição do número de respostas erradas do primeiro momento de avaliação ($Md = 3$) para o segundo e terceiro ($Md = 2$; $Md = 1$). No GC apesar do aumento de respostas erradas do primeiro momento de avaliação ($Md = 2$) para o terceiro ($Md = 3$), não se encontrou significado estatístico ($z = -0,57$; $p = 0,569$). Assim, supõe-se o impacto positivo do programa implementado no GE.

A avaliação dos conhecimentos sobre HTA, utilizando o Teste de Batalla, revela que, no primeiro momento de avaliação, ambos os grupos, apresentam maioritariamente conhecimento insuficiente (69,23% no GE; 54,55% no GC), sendo aceitável em 30,77% dos doentes do GE e 45,45% do GC. Ao longo dos 6 meses do programa, o número de doentes com nível de conhecimento aceitável aumentou significativamente (69,23% no segundo momento e 84,62% no terceiro). No GC, o nível de conhecimento sobre HTA entre as avaliações permaneceu o mesmo. Analisando os resultados obtidos através do teste de Batalla, não se encontra significado estatístico entre os grupos ($p = 0,055$).

Tabela 3

Estadística de resumo e resultados da aplicação dos testes estatísticos relativamente à evolução dos grupos ao longo do programa de ensino

Indicadores	1ª avaliação (0 meses)	3ª avaliação (6 meses)	Melhoria	Significância estatística			
				No GE	No GC	Entre os grupos	
						1ª avaliação	3ª avaliação
IMC (\bar{x})	GE 26,73 kg/m ²	26,36 kg/m ²	Sim	$\chi^2_{\text{F}} = 7,57$	$t = -2,30$	$t = -1,93$	$t = -2,45$
	GC 30,15 kg/m ²	30,82 kg/m ²	Não	$p = 0,023$	$p = 0,044$	$p = 0,034$	$p = 0,012$
PA (\bar{x})	GE 102,31 cm	94,38 cm	Sim	$\chi^2_{\text{F}} = 24,53$	$t = 0,04$	$t = -0,40$	$t = -2,05$
	GC 104,14 cm	104,09 cm	Sim	$p < 0,001$	$p = 0,970$	$p = 0,345$	$p = 0,027$
TA controlada (%)	GE 46,15%	69,23%	Sim	---	---	$\chi^2_{(1)} = 0,00$	$\chi^2_{(1)} = 1,39$
	GC 45,45%	45,45%	Não	---	---	$p = 1,000$	$p = 0,408$
CT (\bar{x})	GE 165,54 mg/dl	178,08 mg/dl	Não	---	---	$\chi^2_{(2)} = 0,73$;	$\chi^2_{(2)} = 0,02$
	GC 167,36 mg/dl	173,27 mg/dl	Não	---	---	$p = 0,872$	$p = 1,000$
GiC (\bar{x})	GE 138,92 mg/dl	127,23 mg/dl	Sim	---	---	$\chi^2_{(1)} = 0,24$;	$\chi^2_{(1)} = 0,67$
	GC 123,82 mg/dl	172,91 mg/dl	Não	---	---	$p = 0,697$	$p = 0,413$
V/F (\bar{x})	GE 4,46 erradas	1,00 errada	Sim	$\chi^2_{\text{F}} = 17,59$	$z = -0,57$;	$z = -0,88$;	$z = -2,51$
	GC 2,82 erradas	2,45 erradas	Sim	$p < 0,001$	$p = 0,569$	$p = 0,189$	$p = 0,006$
Batalla (%)	GE 30,77% aceitável	84,62% aceitável	Sim	---	---	$\chi^2_{(1)} = 0,55$	$\chi^2_{(1)} = 4,11$
	GC 45,45% aceitável	45,45% aceitável	Não	---	---	$p = 0,675$	$p = 0,055$

Considera-se que existe risco aumentado de complicações metabólicas e cardiovasculares, para um PA superior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres; esse risco passa a muito aumentado para PA superior a 102 cm nos homens e a 88 cm nas mulheres (DGS, 2013a). A avaliação do RCV associado ao PA indica que no primeiro momento de avaliação 30,77% dos pacientes do GE apresentaram aumento de RCV e 69,23 tiveram RCV muito aumentado. Já no GC, 18,18% não tem RCV associado ao PA, 18,18% apresenta RCV aumentado, mas mais de metade (63,64%) tem RCV muito aumentado. No terceiro momento de avaliação, 30,77% dos pacientes do GE não apresentaram aumento do seu RCV associado ao PA, mas 30,77% dos doentes tem RCV aumentado e 38,46% apresentaram RCV muito aumentado. No GC, 9,09% não apresentaram RCV associado ao PA, no entanto 36,36% dos doentes apresentaram RCV aumentado e 54,55% apresentaram RCV muito aumentado.

A avaliação do RCV através do índice *Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE)* estima o risco de um evento cardiovascular fatal a 10 anos, baseando-se nas variáveis sexo, idade, tabagismo, TA sistólica e CT. Esse risco é classificado em *risco muito alto* para um *SCORE* $\geq 10\%$, *risco alto* para um *SCORE* $\geq 5\%$ e $< 10\%$, *risco moderado* para um *SCORE* $\geq 1\%$ e $< 5\%$ e *risco baixo* para um *SCORE* $< 1\%$ (DGS, 2015).

No primeiro momento de avaliação, o GE apresentou a média do índice *SCORE* de 5,54% (*alto risco*), que diminuiu para 4,54% (*risco moderado*) na 2ª avaliação e aumentou ligeiramente para 4,85% (*risco moderado*) na terceira avaliação. Este aumento no terceiro momento está relacionado com o aumento também verificado no CT (Tabela 4).

Quanto ao GC, na 1ª avaliação a média do índice *SCORE* é de 4,64% (*risco moderado*), aumentando para 6,09% (*risco alto*) na 3ª avaliação. Neste caso, o aumento está associado ao aumento dos níveis de TA sistólica e do CT.

Tabela 4

Medidas de tendência central e dispersão relativas à evolução do índice SCORE nos grupos (N = 24)

Índice SCORE	Grupo Experimental (n = 13)					Grupo Controlo (n = 11)				
	\bar{x}	Md	DP	Mín.	Máx.	\bar{x}	Md	DP	Mín.	Máx.
1ª avaliação	5,54	6,00	2,93	1	10	4,64	6,00	2,66	1	8
2ª avaliação	4,54	4,00	2,30	1	10	---	---	---	---	---
3ª avaliação	4,85	4,00	3,24	1	14	6,09	5,00	3,73	2	15

Nota. DP = Desvio padrão.

Discussão

A amostra é constituída, maioritariamente, por participantes do sexo masculino, com idade média de 67,83 anos ($\pm 10,85$). Estes resultados estão em concordância com a DCV aterosclerótica, que afeta, principalmente, homens e cuja incidência aumenta com a idade (Ijzelenberg et al., 2012).

A maioria dos participantes são casados/união de facto e residem com a família, dados que vão ao encontro dos resultados encontrados em vários estudos (Eshah, 2013; Ijzelenberg et al., 2012). Quase metade da amostra (45,45% no GC e 46,15% no GE) não completou o 1º ciclo do ensino básico. Este é um nível li-

geiramente superior ao mencionado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, segundo o qual 44% da população portuguesa não concluiu o 1º ciclo do ensino básico (DGS, 2013b).

Quando avaliado o IMC, no primeiro momento de avaliação, apenas 30,77% dos pacientes do GE e 9,09% dos doentes do GC apresentaram peso normal.

Cerca de metade dos participantes (53,85% no GE e 54,55% no GC) eram ex-fumadores, resultado semelhante ao encontrado por Eshah (2013).

Relativamente à prática de exercício físico, 53,85% dos doentes do GE e 45,45% dos doentes do GC não se exercitavam antes de iniciar o programa de ensino.

Importa referir que, apesar de se ter verificado a homogeneidade dos grupos em termos sociodemográficos, em termos comportamentais/indicadores clínicos tal não se verificou, nomeadamente em relação ao IMC, diabetes e atividade física, o que constituiu uma limitação deste estudo.

Em relação à avaliação da RVC, observou-se uma melhoria no GE: de uma média inicial de 5,54% (alto RCV) para uma média de 4,85% (moderado RCV) aos 6 meses de acompanhamento. No GC, o RCV aumentou do primeiro (4,64% - moderado RCV) para o terceiro momento de avaliação (6,09% - alto RCV). Esses resultados do GE são consistentes com os encontrados na literatura consultada, principalmente no estudo de Jorstad et al. (2013). Neste estudo, randomizado multicêntrico, realizado na Holanda sobre a prevenção secundária da DCV após uma SCA, a intervenção (GE) consistiu em acompanhamento por consultas de enfermagem. Os resultados mostraram uma redução média do risco no GE quando comparado ao GC, o que evidenciava a importância da prevenção secundária da DCV, tantas vezes negligenciada e pouco estudada.

Os resultados obtidos mostraram que o acompanhamento dos doentes (GE) por meio de consultas de enfermagem uma vez por mês, durante 6 meses, contribuiu para a redução do IMC e do PA. Estes resultados vão ao encontro de um estudo realizado na Austrália, onde se verificou redução do IMC nos doentes que foram acompanhados num programa de ensino (Leemrijse, van Dijk, Jorstad, Peters, & Veenhof, 2012).

Também Ijzelenberg et al. (2012) realizaram, na Holanda, um estudo experimental randomizado, de acompanhamento de doentes com DCV, com o objetivo de reduzir os fatores de RCV associados a estilos de vida. Os autores concluíram que os doentes acompanhados durante 6 meses reduziram significativamente o peso, IMC e PA. Também na Holanda, Jorstad et al. (2013) verificaram que após 12 meses de acompanhamento com consultas de enfermagem, houve uma redução progressiva do peso, IMC e PA. Kim, Lee, Kim, Kang, e Ahn (2014) realizaram um estudo quase experimental na Coreia, que consistiu no acompanhamento dos doentes (GE) com um

programa estruturado de ensino. Realizou-se uma sessão inicial de educação, demonstração e aconselhamento e, posteriormente, telefonemas regulares onde deram continuidade à sessão inicial, proporcionavam apoio psicológico e motivação para as mudanças comportamentais. Os resultados mostraram uma redução do IMC e PA nos doentes do GE.

A redução do IMC e do PA verificada na presente investigação, para além do efeito positivo que apresentou em termos ponderais, pode ter contribuído para a diminuição de outros fatores de RCV em análise, como o CT, GiC e TA. Corroborando esta ideia Neiberg et al. (2012) realizaram um ensaio clínico randomizado em que desenvolveram uma intervenção de perda de peso dirigida a pacientes com sobrepeso ou obesos com diabetes tipo II. Os resultados mostraram que os participantes com maior perda ponderal melhoraram significativamente os seus níveis de hemoglobina glicada, colesterol HDL, TA sistólica e triglicérides.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, em relação ao controlo de TA, GiC e CT, provavelmente devido às diferenças clínicas existentes entre os grupos, sobretudo quanto à presença de HTA e diabetes, associados à reduzida dimensão da amostra. Contudo, verifica-se que na TA e na GiC, no GE existe tendência para maior controlo após os 6 meses de acompanhamento, enquanto no GC a tendência é a de manutenção dos valores iniciais.

Quanto ao CT, verifica-se um aumento dos valores no GE no terceiro momento de avaliação, o que pode ser explicado pela sazonalidade da colheita de dados, uma vez que esta avaliação ocorreu 1 mês após a época festiva de Natal e Ano Novo, altura em que os próprios doentes referem ter cometido alguns excessos alimentares. No entanto, no estudo desenvolvido por Ijzelenberg et al. (2012) também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto na TA e CT, como na hemoglobina glicada, nas avaliações feitas aos 3 e 6 meses.

Na literatura analisada, os resultados relativamente ao controlo da TA e do CT, não são consensuais. Existem estudos onde se verificaram diferenças significativas para o CT, como é o caso do estudo de Leemrijse et al. (2012),

que apontam para uma redução do nível de CT, no grupo de doentes acompanhados. Também Jorstad et al. (2013) verificaram que após 12 meses de acompanhamento, havia mais doentes do GE que apresentavam TA sistólica controlada, quando comparados com os do GC. No mesmo estudo, no GE existiu uma manutenção dos valores médios da TA sistólica ao longo do tempo, enquanto no GC se verificou um aumento dos mesmos.

Provavelmente, aumentando o tamanho da amostra e prolongando o período de acompanhamento para além dos 6 meses, talvez fosse possível obter resultados mais significativos.

Verifica-se a existência de aumento estatisticamente significativo do *score* de literacia, no GE ao longo dos 6 meses de acompanhamento, assim como quando se compara a evolução dos grupos. Já no teste de Batalla, verifica-se uma evolução positiva nos elementos do GE mas sem significado estatístico nos níveis de literacia, apesar do resultado se encontrar no limiar da significância.

À semelhança de outros estudos, o presente mostrou que a melhoria da literacia proporciona resultados positivos no controlo de fatores de RCV como obesidade, PA, TA e GiC.

Apesar de continuar indeterminada a combinação ótima de intervenções, tanto no conteúdo, como na forma, frequência e duração, sabe-se que uma intervenção mais intensiva, com consultas mais frequentes, contribui para o controlo de fatores de risco (ESC, 2012).

A maioria dos estudos consultados não apresentam o seu programa de intervenção, pelo que não é possível efetuar a comparação com o programa utilizado na presente investigação.

DeVon, Rankin, Paul, e Ochs (2010) realizaram um ensaio clínico randomizado, antes-após, nos Estados Unidos, em doentes que aguardavam angioplastia coronária, em que o GC recebeu os cuidados habituais e o GE, para além dos cuidados habituais, assistiu ao programa *Know & GO* (apresentação de 21 slides, abordando sintomas, fatores de RCV e sinais de alarme) no momento inicial, 2 e 4 meses após a alta. Este programa foi considerado seguro, viável e eficaz para aumentar conhecimento do doente sobre sintomas de SCA, fatores de risco e sinais de alarme. Assim, os autores concluíram que o conhecimento é o primeiro passo para a melhoria na procura precoce de cuidados de saúde.

O estudo de Jorstad et al. (2013) demonstrou também que um programa de prevenção secundária da DCV, através do acompanhamento de enfermeiros durante 6 meses, conduz à redução do RCV e que esta redução se mantém após 12 meses. Tal como no estudo referido, também na presente investigação, os doentes que foram acompanhados aceitaram muito bem este acompanhamento, demonstrando vontade e interesse em cumprir o programa. Referiram sentir-se mais tranquilos e confiantes pela possibilidade de esclarecerem as suas dúvidas. Eshah (2013) referindo vários estudos realizados, afirma que a educação para a saúde contribui para modificar comportamentos de saúde e melhorar o conhecimento dos doentes.

Os resultados deste estudo são congruentes entre si, uma vez que, com a melhoria da literacia, terá sido possível contribuir também para a melhoria do estilo de vida e, conseqüentemente, IMC e PA mais adequados. Também Cao, Davidson, e DiGiacomo (2009) na análise de vários estudos, referem que a falta de acesso a cuidados de enfermagem constitui um importante preditor de baixo nível de conhecimentos sobre a DCV. Referem ainda que não existem resultados negativos relativamente às consultas de enfermagem, existindo evidência científica sobre o seu impacto na melhoria clínica dos doentes, reforçando a ideia de que os enfermeiros possuem conhecimentos, capacidades e competências necessárias, para participar efetivamente no processo de acompanhamento do doente e para o capacitar para a tomada de decisão.

Conclusão

Os resultados apresentados sugerem que o programa de prevenção secundária da DCV, implementado, contribuiu para a redução do IMC e PA e melhoria da literacia do doente acerca da sua situação clínica.

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significantes, no GE, o número de doentes com TA controlada aumentou e o número de pacientes com GiC controlada aumentou ou permaneceu o mesmo. Por outro lado, no GC, o número de pacientes com GiC não controlada aumentou. No entanto, o programa implementado não teve impacto positivo nos níveis de CT.

Portanto, pode-se concluir que é possível obter ganhos em saúde por meio de intervenções de enfermagem e que a implementação de um programa de ensino estruturado para doentes pós SCA é um bom método para melhorar o IMC, o PA e a literacia acerca da sua situação clínica, o que poderá conduzir à prevenção de novos eventos cardiovasculares e redução dos reinternamentos.

Considera-se essencial a uniformização da educação para a saúde no seio das equipas de enfermagem que prestam cuidados a doentes com SCA, pela elaboração de protocolos onde constem as temáticas a abordar na preparação para a alta, implementação de consultas de enfermagem em ambiente hospitalar e a sua manutenção mesmo após alta médica. Para além disso, deve incluir-se a família/cuidador nas consultas, pois constituem o principal apoio do doente após a alta hospitalar. Contudo, continua por determinar o melhor formato de intervenção, que permita obter uma redução sustentada dos fatores de RCV, pelo que é essencial que se continue a produzir evidência científica acerca desta temática.

Referências bibliográficas

- Calixto, L., Almeida, I., Rodrigues, R., Sousa, C., Santos, C., Alencar, F., . . . Costa, F. (2013). Teste de Batalha: Avaliação do conhecimento de pacientes com diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão sobre a hipertensão. In *8º Congresso de Cardiologia por Internet, out, 1 septiembre-30 de noviembre 2013*. Recuperado de http://fac.org.ar/8cvc/llave/tl115_calixto/tl115_calixto.php
- Cao, Y., Davidson, P., & DiGiorgio, M. (2009). Cardiovascular disease in China: An urgent need to enhance the nursing role to improve health outcomes. *Journal of Clinical Nursing, 18*(5), 687-693. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02570.x
- DeVon, H., Rankin, S., Paul, S., & Ochs, A. (2010). The KNOW & GO!: Program improves knowledge for patients with coronary heart disease in pilot testing. *Heart & Lung, 39*(6 Suppl.), S23-S33. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.07.017
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Avaliação antropométrica no adulto* (Orientação nº 017/2013, de 05/12/2013). Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)* (Norma nº005/2013 de 19-03-2013). Lisboa, Portugal: Autor.
- Eshah, N. (2013). Discharge education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing and Health Sciences, 15*(3), 273-279. doi: 10.1111/nhs.12018
- European Society of Cardiology. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal, 33*(13), 1635-1701. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092
- Ijzelenberg, W., Hellemans, I., van Tulder, M., Heymans, M., Rauwerda, J., Rossum, A. & Seidell, J. (2012). The effect of a comprehensive lifestyle intervention on cardiovascular risk factors in pharmacologically treated patients with stable cardiovascular disease compared to usual care: A randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders, 12*(71), 1-12. doi: 10.1186/1471-2261-12-71
- Jorstad, H., von Birgelen, C., Alings, A., Liem, A., van Dantzig, J., Jaarsma, W., . . . Peters, R. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: Main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart, 99*(19), 1421-1430. doi: 10.1136/heartjnl-2013-303989
- Kim, S., Lee, S., Kim, G., Kang, S., & Ahn, J. (2014). Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program in patients with coronary heart disease in Korea. *Nursing and Health Sciences, 16*(4), 476-482. doi: 10.1111/nhs.12155
- Leemrijse, C., van Dijk, L., Jorstad, H., Peters, R., & Veenhof, C. (2012). The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: A randomized trial. *BMC Cardiovascular Disorders, 12*(47), 1-7. doi: 10.1186/1471-2261-12-47
- Neiberg, R., Wing, R., Bray, G., Reboussin, D., Rickman, A., Johnson, K., Kitabchi, A., . . . Look AHEAD Research Group. (2012). Patterns of weight change associated with long-term weight change and cardiovascular disease risk factors in the Look AHEAD Study. *Obesity Journal, 20*(10), 2048-2056. doi: 10.1038/oby.2012.33
- Santos, R., Ramalhinho, G., Fernandes, B., Gaspar, T., Marques, A., & Fernandes, M. (2010). Adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca. *Nursing, 22*(258), 11-20.
- Santos, A., & José, H. (2011). A pessoa idosa com doença cardíaca: Dificuldades sentidas na manutenção da terapêutica medicamentos. *Nursing, 23*(276), 21-31.