

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de pesquisa: Processos Saúde-doença em Contextos Institucionais

Nivaldete de Oliveira Sá

Crenças sobre as causas do infarto agudo do miocárdio e autocuidado

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo, fevereiro de 2019

NIVALDETE DE OLIVEIRA SÁ

Crenças sobre as causas do infarto agudo do miocárdio Autocuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora:

Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo, fevereiro de 2019

S111c Sá, Nivaldete de Oliveira.
Crenças sobre as causas do infarto agudo do miocárdio e
autocuidado / por Nivaldete de Oliveira Sá. -- São Leopoldo, 2019.

77 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo,
RS, 2019.

Área de concentração: Psicologia clínica.

Linha de pesquisa: Processos saúde-doença em contextos
institucionais.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Elisa Kern de Castro, Escola de Saúde.

1. Psicologia clínica da saúde. 2. Cuidados pessoais com a saúde.
3. Infarto do miocárdio – Aspectos psicológicos. 4. Infarto do
miocárdio – Aspectos sociais. 5. Coração – Aspectos psicológicos.
I. Castro, Elisa Kern de. II. Título.

CDU 159.9:61
159.9:616.2

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Este trabalho é dedicado especialmente a meu pai Elias Pereira de Sá [in memoriam], um homem bom, vítima do infarto agudo do miocárdio, sem tempo de dizer adeus.

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida, por estar sempre comigo e me permitir chegar até aqui.

Ao meu inesquecível Pai Elias, meu anjo, ao qual agradeço eternamente pelo ser humano que sou. Tenho certeza de que, onde quer que esteja, se sentirá feliz e orgulhoso por esse momento.

À Raimunda, minha amada mãe, pelos nobres e significativos ensinamentos de vida, amor e presença em todos os meus momentos. Suas palavras de força e incentivo me iluminaram nos dias exigentes. Minha gratidão e amor sempre! A concretização desse sonho é tão seu quanto meu.

A minha irmã Meyg, filha do coração e minha amiga, pela compreensão e apoio constante. Essa conquista também é sua!

Aos meus irmãos e irmãs: Emilson, Antonio, Nilde, Nilzete, Milvone, Mayara e aos meus familiares e amigos pelo apoio e compreensão nos momentos em que estive ausente. Logo estaremos juntos, na gratidão e alegria.

À Loly, minha amiga cadelinha, companheira fiel nos longos momentos de estudos.

Às pessoas que aceitaram participar da pesquisa, gratidão sem fim! Ao Diretor do Hospital e à Secretaria Municipal de Assistência Social pelo apoio e confiança, ao permitirem a coleta dos dados nas instituições. Ao Médico Cardiologista, pelo apoio na coleta de dados ao informar sobre a pesquisa para seus pacientes.

A minha Orientadora Elisa, por me acolher no seu Grupo de Estudos Avançados em Psicologia da Saúde-GEAPSA! Foi um privilégio ser sua orientanda! Sua compreensão frente às minhas limitações e seu incentivo constante me permitiram chegar até aqui! Levarei para a vida os ensinamentos desse período! Deus a escolheu para me orientar nessa pesquisa! Você será sempre minha referência na ciência!

Às queridas professoras do PPG em Psicologia da UNISINOS, por terem me proporcionado tantas aprendizagens. Conservarei preciosamente o que aprendi com cada uma e com a equipe, nesses dois anos.

À Luisa, Dany e Fernanda pela ajuda nas análises estatísticas. Gratidão sem fim!

À Rosilene, amiga que o mestrado me deu de presente, pela motivação, incentivo e acolhida fraterna em sua residência. Às colegas Karol, Marlene, Júnia e Dayse pelo companheirismo em tantos momentos. Seremos para sempre “a turma especial”!

Às professoras da banca, pela generosidade e significativas contribuições para o aprimoramento dessa pesquisa. Sinto-me feliz e lisonjeada em poder contar com profissionais de uma competência extraordinária a examinar essa dissertação.

*“Felicidade não é a crença de
que não precisamos mudar, é a
percepção de que podemos.”*
Shawn Achor

Sumário

Resumo.....	08
Apresentação da Dissertação	10
Seção I – Artigo Teórico	13
Autocuidado para a prevenção do infarto agudo do miocárdio: Considerações Teóricas	13
Resumo.....	13
Introdução	14
Infarto agudo do miocárdio (IAM).....	15
Autocuidado.....	18
Autocuidado e a prevenção do IAM.....	19
Considerações finais	23
Referências.....	24
Seção II - Artigo Empírico.....	32
Crença sobre as causas do Infarto agudo do miocárdio e comportamento de autocuidado de pessoas com e sem a doença	32
Resumo.....	32
Introdução	34
Método.....	38
Delineamento	38
Participantes	39
Instrumentos.....	39
Procedimentos de coleta de Dados e Éticos.....	40
Procedimentos de análise de dados.....	42
Resultados.....	44
Características sociodemográficas e dados de comportamento em saúde	44
Crenças sobre as causas do IAM.....	45
Causas atribuídas no IAM.....	46
Discussão	49
Considerações finais	52
Referências.....	53
Considerações finais da Dissertação	60

Referências da Dissertação	62
Apêndice A – Questionário Sociodemográfico e de Comportamentos em Saúde para pessoa com a doença.....	65
Apêndice B – Questionário Sociodemográfico e de Comportamentos em Saúde para pessoa sem a doença	67
Apêndice C – Questionário de percepção de causas do infarto agudo do miocárdio.....	70
Apêndice D – Formulário de Categorização das Causas atribuídas ao IAM.....	72
Apêndice E – Parecer consubstancial do CEP	73
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participantes com a doença...	76
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participantes sem a doença...	77

Crenças sobre as causas do infarto agudo do miocárdio Autocuidado

Resumo

A presente dissertação trata do tema percepção da doença e autocuidado, cujo objetivo geral foi investigar o autocuidado e as crenças de atribuições causais referentes ao Infarto Agudo do Miocárdio-IAM em pessoas doentes e saudáveis. Com isso, se busca contribuir com a ampliação de pesquisas na área da Psicologia da Saúde, mais especificamente, nos fatores psicológicos e comportamentais envolvidos no processo de adoecimento. A dissertação é composta por um artigo teórico e um empírico. No artigo 1, buscou-se discutir sobre autocuidado para prevenção IAM. Trata-se de considerações teóricas referente ao autocuidado como algo central para promoção da saúde e bem-estar e para prevenção do IAM e adesão ao tratamento. Além disso, mostra a relevância do profissional de saúde conhecer e compreender sobre essa temática. O artigo 2 é empírico, com delineamento transversal e comparativo, buscou examinar as crenças sobre as causas do IAM e comportamento de autocuidado de pessoas com e sem a doença. Participaram desse estudo, 31 pessoa com IAM e 46 pessoas sem essa doença, residentes no interior do Maranhão. Os participantes responderam a questionários sociodemográfico, de comportamento de autocuidado e sobre causas da doença. Os resultados apontam que pessoas com e sem doença tiveram crenças muito semelhantes, referente às causas do IAM. Desse modo, conclui-se que a experiência da doença precisa estar acompanhada de uma melhor compreensão quanto ao IAM, a fim de se alcançar um tratamento adequado.

Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio, doenças cardiovasculares, crenças em saúde, atribuição causal, autocuidado.

Beliefs about the causes of acute myocardial infarction and self-care

Abstract

The present dissertation deals with the subject of disease perception and self-care, whose general objective was to investigate self-care and the beliefs of causal attributions regarding acute myocardial infarction-AMI in sick and healthy people. With this, it is sought to contribute to the expansion of research in the area of Health Psychology, specifically, in the psychological and behavioral factors involved in the process of illness. The dissertation is composed of a theoretical and an empirical article. In article 1, we sought to discuss self-care for AMI prevention. These are theoretical considerations regarding self-care as central to promoting health and well-being and for prevention of AMI and adherence to treatment. In addition, it shows the relevance of the health professional to know and understand about this issue. Article 2 is empirical, with a cross-sectional and comparative design, aimed at examining the beliefs about the causes of AMI and the self-care behavior of people with and without the disease. Thirty-one people with AMI and forty six people without this disease, living in the interior of Maranhão, participated in this study. Participants answered to sociodemographic questionnaires, self-care behavior, and causes of the disease. The results indicate that people with and without disease had very similar beliefs regarding the causes of AMI. Thus, it is concluded that the experience of the disease needs to be accompanied by a better understanding of AMI in order to achieve adequate treatment.

Keywords: Acute myocardial infarction, cardiovascular diseases, health beliefs, cause attribution, Self-care.

Apresentação da Dissertação

Esta dissertação teve por objetivo investigar o autocuidado e as crenças de atribuições causais referentes ao IAM em pessoas doentes e saudáveis. Busca-se contribuir com a ampliação de pesquisas na área da Psicologia da Saúde e mais especificamente, nos fatores psicológicos e comportamentais envolvidos no processo de adoecimento. A motivação por tal pesquisa deu-se, a priori, pela minha crença pessoal e profissional sobre a relevância da Psicologia da Saúde na ajuda eficiente às pessoas, no intuito de orientá-las quanto a sua dor e sofrimento, diante do diagnóstico de doenças crônicas, como as cardiovasculares.

Parte-se da premissa que a Psicologia Clínica pode ajudar a pessoa com e sem doença assumir com responsabilidade comportamentos de autocuidado para prevenção, para manter a saúde, o bem-estar e para adesão ao tratamento (Peuker et al., 2016). Ressalta-se também que a experiência profissional na área de psicologia clínica e hospitalar em acompanhar pessoas acometidas por IAM e seus familiares influenciou diretamente na escolha da temática da referida pesquisa. Este trabalho foi orientado pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, vinculada à linha de pesquisa “Processo Saúde - Doença em Contextos Institucionais”.

A psicologia como ciência e profissão, no contexto da clínica ampliada, possibilita investigar as crenças sobre os fatores de risco e psicossociais que causam IAM e os conhecimentos produzidos nessa área são úteis para proporcionar o autocuidado com a prevenção e controle de doenças físicas e psicológicas. Para discutir tal temática foi necessário compreender acerca do conceito de crença em saúde, da atribuição causal à doença, assim como sobre conceito de autocuidado para prevenção, adesão ao tratamento e

o conceito de autorregulação em saúde, a partir do modelo do Senso Comum-MS (Leventhal, Nerenz e Steele 1984; Castro, et al., 2018).

As crenças em saúde se referem à forma como a pessoa interpreta seu ambiente que, na área de saúde, está relacionada às convicções, atitudes e hábitos que as pessoas doentes e saudáveis adotam para manter sua saúde e/ou alcançar a cura (Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012; Figueiras & Alves, 2007). Pesquisadores afirmam que as crenças são individuais e fazem parte do processo de autorregulação, frente à saúde e à doença (Moss-Morris et al., 2002; Petrie & Weinman, 2012; Melo, 2012; Castro, 2018). Além disso, argumenta-se que o autocuidado se constitui através de atitudes e ações que a pessoa assume e realiza para viver com saúde e manter seu bem-estar. Tais comportamentos, no contexto da saúde, se referem à responsabilidade que a pessoa adota por sua saúde (Castro & Moro, 2012; Castro et al., 2018).

O Modelo Teórico do Senso Comum – MS, tem sido utilizado no mundo pela psicologia clínica e da saúde na tentativa de compreender como as crenças em saúde interferem nos comportamentos de autocuidado na prevenção, adesão ao tratamento e no restabelecimento da saúde (Leventhal, Brissette e Leventhal, 2003). No caso do Brasil, o Grupo de Estudos Avançados em Psicologia da Saúde (GEAPSA), coordenado pela Professora Dra. Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos, investiga acerca desse modelo no que tange às doenças crônicas, como câncer (Peuker, Armiliato, Souza, & Castro, 2015; Peuker, Armiliato, Souza, & Castro, 2016) e doenças cardíacas (Altenhofen, Lima, & Castro 2016).

Essa revisão sistemática da literatura sobre a percepção da doença de pacientes cardíacos (Altenhofen, Lima, & Castro 2016), mostrou que a mesma é associada a graves consequências à vida da pessoa com a doença, com causas independentes, tais como fatores

psicológicos, hereditários, vírus, má sorte, entre outros. Além disso, as pessoas atribuem maior peso ao controle do tratamento do que ao controle pessoal em relação à doença cardíaca. Nesse sentido, o autocuidado requer novas formas de autorregulação de comportamentos frente à percepção ou diagnóstico da doença, cabendo ao profissional de saúde conhecer como a pessoa se cuida/previne ou mesmo como se trata/adere a tratamentos, objetivando ajudar a pessoa na adoção de hábitos saudáveis e, portanto, a conviver melhor com a doença (Castro, et al., 2018). Almeja-se com esse estudo contribuir para a ampliação de pesquisas na área da Psicologia da Saúde, mais especificamente na compreensão dos fatores psicológicos e comportamentais envolvidos no adoecimento.

Nesse intuito, organizou-se essa dissertação em duas seções: a primeira, a seção 1, compreende um artigo teórico intitulado “Autocuidado para a prevenção do infarto agudo do miocárdio: considerações teóricas”, através do qual se discute sobre o autocuidado em saúde e sua aplicação para a prevenção do IAM. Neste, empreende-se uma problematização relevante sobre a literatura acadêmica pertinente à temática, visando ao esclarecimento das pessoas, quanto à responsabilidade com sua própria saúde, assim como, orientar os profissionais de saúde a ajudar as pessoas a assumirem atitudes de autocuidado para prevenção da doença, manter a saúde e bem-estar, e aderir ao tratamento.

A seção 2 é composta por um artigo empírico intitulado “Crença sobre as causas do Infarto Agudo do Miocárdio e comportamento de autocuidado de pessoas com e sem a doença”. Nesta seção, versa-se sobre um estudo transversal comparativo que teve a participação de 31 pessoas com IAM e 46 sem essa doença, selecionadas por conveniência. Acredita-se que os resultados da referida pesquisa podem contribuir para a compreensão da temática em foco, com vistas a facilitar a atitude de autocuidado na prevenção e no tratamento do IAM.

Seção I – Artigo Teórico

Autocuidado para a prevenção do infarto agudo do miocárdio: Considerações

Teóricas

Resumo

O presente trabalho visa investigar acerca do autocuidado na prevenção do infarto agudo do miocárdio, uma das doenças cardiovasculares, atualmente, responsável por elevado índice de mortalidade no Brasil e no mundo. O autocuidado refere-se às várias condutas que a pessoa assume de forma consciente e responsável no cuidado da própria vida, com saúde e bem-estar. Esse deve ser mantido para prevenção de doenças e adesão ao tratamento. Nesse sentido, o referido estudo argumenta que conhecer e analisar esta temática colabora com os profissionais da saúde na compreensão dos aspectos que auxiliam no autocuidado, como também contribui na discussão da literatura acadêmica quanto aos fatores de riscos da doença e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas com essa doença.

Palavras chave: Autocuidado, infarto agudo do miocárdio, doenças cardiovasculares, prevenção.

Self-care for the prevention of acute myocardial infarction: Theoretical

Considerations

Abstract

This study aims to investigate self-care in the prevention of acute myocardial infarction, one of the cardiovascular diseases, currently responsible for the highest mortality rate in Brazil and in the world. Self-care refers to the various behaviors that the person takes consciously and responsibly in the care of one's life, with health and well-being. This

should be maintained for disease prevention and adherence to treatment. In this sense, this study argues that knowing and analyzing this issue collaborates with health professionals in understanding the aspects that help in self-care, but also contributes in the discussion of the academic literature regarding the laughter factors of the disease and, consequently, in the improvement of the quality of life of people with this disease.

Keywords: Self-care; acute myocardial infarction; cardiovascular diseases; prevention.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) afetam o sistema cardiocirculatório e são consideradas a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo (OMS, 2018). O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das principais DCVS e diz respeito a uma lesão ou destruição do músculo cardíaco, causada pela redução do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias em decorrência de um trombo formado por placas ateroscleróticas, as quais podem causar a falência do músculo cardíaco de forma parcial ou total (Vargas, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2018), 17,5 milhões de pessoas morrem anualmente no mundo em virtude das DCVS, dentre as quais 30% acontecem no Brasil. Conforme Medeiros (2018), o IAM é a DCV mais incidente e a de maior destaque no Brasil e no mundo. De acordo com a Sociedade de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista-SBHCI (2018), mais de 260 mil pessoas morreram de IAM no Brasil entre os meses de janeiro e agosto de 2018.

Tendo em vista as informações mencionadas, o presente artigo tem como objetivo investigar acerca do autocuidado na prevenção do infarto agudo do miocárdio. Tal

investigação e discussão fazem-se relevantes uma vez que pode colaborar na conscientização das pessoas quanto a sua responsabilidade com a própria saúde e prevenção do IAM; e também por orientar os profissionais da saúde a ajudar essas pessoas. Assim, o artigo está organizado em três partes: a primeira refere-se ao IAM, seu conceito, epidemiologia, fatores de riscos e aspectos psicossociais; a segunda, se refere ao autocuidado e ao modelo de autorregulação em saúde, que pode ajudar a entender como e porquê as pessoas assumem o comportamento de autocuidado na prevenção de doenças crônicas; por fim, a terceira parte busca discutir sobre a relevância do autocuidado para prevenção e adesão ao tratamento do IAM, ajudando na compreensão sobre como pessoas saudáveis e doentes podem assumir comportamentos de autocuidado e como profissionais de saúde podem colaborar na adoção de novas atitudes frente à possibilidade da doença.

Infarto agudo do miocárdio (IAM)

O IAM é definido como síndrome clínica cardiovascular, caracterizada pelo desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio no miocárdio, tendo como consequência a obstrução da artéria a não irrigação sanguínea e a morte do músculo cardíaco (Cunha, 2018; Dessotte, 2015). Estima-se que, para 2030, cerca de 23 milhões de pessoas morram por doenças cardiovasculares no mundo e dentre essas doenças, destaca-se o IAM (Andrechuk, 2015; Araújo, 2016; Cunha, 2018).

Existem fatores de risco não modificáveis e modificáveis para o IAM. Os fatores de risco não modificáveis são os que independem da vontade de mudar, ou seja, a pessoa não pode alterar nem exercer controle sobre os mesmos. Por outro lado, nos fatores modificáveis, a pessoa pode ter controle, adotando novos comportamentos e mudando o estilo de vida, a partir de suas crenças em saúde e das causas que atribui à doença

diagnosticada. Porém, nem sempre as pessoas têm absoluta clareza sobre isso e podem ter crenças bastante distorcidas em relação aos reais fatores de risco (Bonotto, Mendoza-Sassi, & Susin, 2014; Hsiao, Chang & Chen, 2012; OMS, 2011; Muniz et al., 2012).

Os fatores de risco não modificáveis são, por exemplo, hereditariedade, idade e sexo (masculino). Os fatores de risco modificáveis são, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, obesidade e estresse (WHO 2009; Campos et al., 2017). Outros fatores modificáveis que também requerem cuidados são: atividades ocupacionais excessivas, pouco tempo de lazer, acentuada pressão psicológica, dificuldades de acesso à assistência médica, alimentação desequilibrada, falta de exercícios físicos apropriados e dificuldade financeira, entre outras (Silva 2015).

Os fatores psicossociais, como situação econômica e relacionamentos interpessoais, podem provocar raiva, estresse, depressão e ansiedade, agravando, de forma direta ou indireta, os riscos do IAM, como tabagismo, hipertensão arterial, metabolismo lipídico e depressão, favorecendo, dessa maneira, o desenvolvimento precoce do IAM, como também, a morte súbita cardíaca, haja visto serem fatores considerados de riscos cardiovasculares (Peter Wilson et al., 2012; Kunschitz et al., 2017). Igualmente, fatores relativos às relações familiares e sociais, bem como sentimentos gerados pela situação de doença, podem afetar os resultados em saúde. É neste sentido que é importante ver a pessoa a partir do modelo biopsicossocial de saúde, nas suas dimensões biológica, psicológica e social (Brandão, 2016).

Ressalta-se que, no caso de diagnóstico de IAM e a necessidade do procedimento cirúrgico como forma de tratamento, a situação pode causar grande impacto emocional no indivíduo. Estudos apontam que diante da indicação de procedimento cirúrgico para revascularização do miocárdio, é válido esclarecer à pessoa e aos seus familiares os

motivos para realização de cirurgia e sobre os possíveis benefícios e complicações desta no processo de tratamento (Furze et al., 2003; Juan 2007; Piegas et al., 2015).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), seguindo orientações da Organização Mundial da Saúde, pretende diminuir a mortalidade por IAM até 2025, através de planos estratégicos de educação em saúde como prevenção e tratamento do IAM. Esses planos consideram que essa doença requer cuidados relacionados aos comportamentos de saúde e autocuidado, como a prática de exercícios físicos, não fumar, fazer os exames para controlar colesterol, realizar atividades de lazer, manter o peso e consumir álcool com moderação (Simão et al., 2013; Brandl et al., 2017).

Dessa forma, Steca (2013) ajuda a compreender que quem já é acometido pela doença precisa aderir ao tratamento que requer, além da frequência às consultas e o uso regular da medicação, atitudes de autocuidado, tais como: alimentação adequada; atividade física; atividades laborativas e de lazer; vida social e familiar satisfatórias. Em todos os casos, é preciso priorizar e se empenhar no cuidado de si próprio, perceber-se como alguém que merece, que tem valor, desejo de viver, projetos e sonhos a realizar na vida.

Autocuidado

O conceito de autocuidado é amplo e sofre modificações de acordo com o que se quer cuidar e/ou prevenir. alegam que as práticas de autocuidado devem levar em consideração a situação de saúde e a cultura da pessoa, identificando se a mesma tem conhecimentos, habilidades, valores, motivação, lócus de controle e senso de eficácia para fazer escolhas em benefício de sua saúde e sustentação da vida (Barreiros, 2018; Castro e Moro, 2012). Por isso, torna-se relevante verificar os diferentes conceitos que pode ter o autocuidado.

Para Silva et al (2009), o autocuidado pode ser definido como uma atividade ou ação desenvolvida em situações concretas da vida, nas quais o indivíduo aprende frente ao objetivo de cuidar dos aspectos universais que possibilitam saúde. O autocuidado serve para regular os fatores que afetam o próprio desenvolvimento, beneficiando a vida, a saúde e o bem-estar.

Castro e Moro (2012) pontuam que uma das premissas do autocuidado consiste na pessoa consciente ser capaz de decidir e buscar de forma livre seu bem estar e de outras pessoas. Esse só pode ser evitado quando a pessoa não tem clareza sobre o como fazê-lo, colocando em risco sua vida ou a vida de outras pessoas. Desse modo, o autocuidado serve de ponte entre a falta e a demanda pelos serviços de saúde, ou seja, o indivíduo demanda menos dos serviços de saúde na medida em que é mais autônomo no seu cuidado com a mesma.

Para Fox et al. (2015), o autocuidado em saúde se dá num processo educativo que possibilita a pessoa desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes, potencializando-a para assumir a responsabilidade em cuidar e manter sua saúde. Petronilho (2017) enfatiza que a pessoa com conhecimento e informação acerca de sua saúde e doença consegue interagir com os profissionais de saúde de forma mais eficaz e juntos buscam realizar ações integradas, com resultados satisfatórios de saúde. Barreiros (2018), destaca o papel importante da autonomia para o autocuidado, já que seu objetivo é a capacidade de iniciativa, responsabilidade e desempenho das suas atividades de vida diárias. Portanto, o autocuidado é a forma como a pessoa estabelece e mantém a própria saúde e como previne e lida com as doenças (OMS, 2016).

O Modelo de Autorregulação do Senso Comum (MSC) ajuda compreender essa temática ao esclarecer que cada pessoa tem em seus esquemas mentais o significado da

saúde e da doença que contribui para a compreensão do seu comportamento geral em saúde. A pessoa, ao saber sobre o diagnóstico de sua doença, recorre aos esquemas mentais para verificar a possibilidade de prevenção, cura e reestabelecimento do estado de saúde (Leventhal et al., 1984; Castro et al., 2015). Os indivíduos, então, avaliam a situação de ameaça à vida e se autorregulam diante de uma doença; a percepção pessoal modela o comportamento no que se refere à adoção de práticas de prevenção de doenças, como fazer exercício físico para prevenir doenças cardíacas e na adesão a tratamentos médicos, ao tomar adequadamente os remédios (Castro et al., 2018).

O MSC se constitui a partir das seguintes dimensões: 1) identidade (sintomas); 2) duração (aguda ou crônica ou cíclica); 3) causas (se refere ao que a pessoa acredita que causou a doença); 4) consequências (podem ser reais e imaginárias); 5) controle pessoal (o que a pessoa pode fazer para ajudar no controle ou cura da sua doença); 6) controle do tratamento (o quanto a pessoa crê no tratamento); 7) coerência da doença (o quanto a pessoa entende sua doença); e 8) representação emocional (impacto emocional que a doença pode trazer) (Moss-Morris et al., 2002; Phillips et al., 2012; Castro et al., 2018). A compreensão sobre as causas de uma doença de acordo com Castro et al. (2015), pode influenciar atitudes de autocuidado, pois a percepção da presença de sintomas no corpo e dos riscos frente a doença, estimula a pessoa entrar em processo de prevenção e mudança de hábito.

Autocuidado e a prevenção do IAM

A percepção que a pessoa tem acerca da sua doença, no caso o IAM, está relacionada ao seu comportamento de autocuidado (Peuker, Kuhn & Castro 2016). Essa percepção tem influência do meio no qual a pessoa está inserida, assim como de suas experiências pessoais diretas e indiretas (Moss-Morris, 2002; Melo, 2012; Erickson et al., 2009; Vieira et al., 2017).

De forma geral, o autocuidado para prevenção tem como objetivo evitar ou retardar o aparecimento de doenças e promover a saúde e o bem-estar (Castro e Moro, 2012).

No contexto de doenças crônicas, o conceito de autocuidado vai além do modelo médico tradicional, pois a pessoa assume a responsabilidade por sua saúde, tornando-se mais autônoma (Barreiros, 2018; Castro e Moro, 2012). Nesse contexto, o comportamento de autocuidado se relaciona à percepção cognitiva e emocional que a pessoa tem referente à doença. A dimensão cognitiva inclui o que é próprio da doença (sintomas, alterações funcionais, tipos, causas e duração, consequências físicas, psicológicas, sociais e econômicas) e a dimensão emocional se refere ao controle pessoal frente ao tratamento (Medeiros & de Araújo Medeiros, 2017).

Com relação às doenças crônicas, é relevante considerar as seguintes propriedades básicas do autocuidado: primeiramente aceitar a responsabilidade para lidar com a própria condição, o que requer entendimento sobre como melhorar a saúde; depois, contribuir na definição do que deve ser feito para o próprio tratamento, assumindo assim, uma atitude de corresponsabilidade; e, por último, aplicar o conhecimento que tem sobre saúde na escolha da melhor maneira para lidar com a doença e para promover sua saúde (Wilski e Wilowska, 2014). Assim, se compreende que a percepção que a pessoa tem acerca do IAM está relacionada ao seu comportamento de autocuidado.

Uma revisão sistemática da literatura (Silva e da Silva, 2018), sobre o infarto agudo do miocárdio investigou a assistência ao paciente após-infarto em 26 artigos constatou que a gravidade do IAM depende da extensão da região atingida e dos seguintes fatores de riscos associados: hereditariedade, faixa etária, o sexo masculino, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e hipercolesterolemia. Foi percebido que a hipertensão arterial sistêmica é o fator de risco mais frequente para doença arterial coronariana, tornando relevante a mudança

de hábitos de vida para um prognóstico adequado, bem como para diminuir os riscos de reinfarto. Segundo os autores, o atendimento prestado ao paciente pós-IAM é a melhor maneira de ajudar na recuperação e torná-lo motivado a assumir o autocuidado.

Outro estudo (Vieira et al., 2017) demonstrou que pessoas que infartaram por terem a vida ameaçada na fase aguda da doença aderem às mudanças no estilo de vida a curto prazo. Porém, após a estabilidade do quadro clínico, encontraram dificuldades de se manter firmes na adesão ao tratamento e necessitam de incentivos para adotar uma conduta pró-ativa e de autocuidado. Tal situação está relacionada à percepção da doença na dimensão aguda e crônica. Desta forma, é fundamental compreender acerca dos fatores de riscos do IAM para assumir o comportamento de cuidado com a saúde, perceber sintomas, diagnosticar e fazer o tratamento.

Intervenções clínicas e psicoeducativas se tornam cada vez mais importantes para se investigar como as pessoas percebem sua saúde e sua doença, assim também como as crenças sobre a doença e as percepções de risco são formas de se chegar ao autocuidado. Ações educativas, como rodas de conversas orientadoras para pessoas com e sem doença, podem possibilitar conhecimento sobre adoção de um estilo de vida saudável, prevenção e redução de fatores de riscos e também sobre a relevância de retornar ao médico e aderir ao tratamento medicamentoso (Brasil, 2013; Yan et al., 2011). Para ajudar nesse processo de autocuidado da saúde, podem ser utilizados também materiais impressos informativos, uso de e-mails e vídeos, contato pelo telefone, etc. (Fernandes, Reis, Pagano, Cecilio, & Torres, 2016; Oliveira et al., 2014).

Esses meios facilitam que pessoas saudáveis e doentes entendam melhor as causas da doença e este entendimento incentiva a mudança de atitude e a adesão ao esforço preventivo (Lima et al., 2016; Peuker, Kuhn, & Castro, 2016; Raymundo & Pierin, 2014;

Hsiao, Chang, & Chen, 2012; Santos et al., 2017). Numa intervenção para prevenir o câncer de colo de útero com mulheres usuárias de Unidade Básica de Saúde, foram realizados encontros em grupo acerca das crenças sobre a doença, sobre a percepção de risco individual da pessoa de vir a ter a doença e sobre as formas de se prevenir; bem como e quando acessam os serviços de saúde e o que podem ainda fazer para melhorar a sua saúde (Peuker et al., 2016). A intervenção foi efetiva para aumentar a percepção de risco das mulheres, que era baixa, e de tirar dúvidas sobre formas de prevenção da doença.

Outra intervenção sobre controle do estresse e mudança na percepção da doença, foi entre 19 trabalhadores hipertensos e 14 normotensos de uma indústria petroquímica no Brasil, objetivando descrever e avaliar os efeitos de uma intervenção piloto junto a esses trabalhadores para reduzir o estresse, aumentar o conhecimento sobre hipertensão e explorar o efeito sobre a percepção da doença. Os resultados apontaram que houve uma redução significativa nos níveis de estresse percebido em ambos os grupos, além de um aumento na percepção controle pessoal da doença. Os trabalhadores normotensos aumentaram o conhecimento sobre a hipertensão, enquanto os hipertensos aumentaram a percepção de que o tratamento poderia controlar a doença. Essa intervenção piloto gerou efeitos positivos, sendo considerada uma estratégia de prevenção de doenças para trabalhadores normotensos, gerenciamento do estresse, prevenção e controle para pessoas hipertensas (Pires, Peuker, & Castro 2017).

Diante do exposto, o profissional de saúde que busca fomentar a atitude de autocuidado precisa conhecer características pessoais e necessidades das pessoas que estão sob seus cuidados para personalizar e alinhar as ações à sua realidade, priorizando o que quer prevenir ou tratar (Castro et al., 2018). Assim, quanto mais a pessoa saudável acredita que pode controlar a sua doença, mais se sente motivada para manter equilíbrio no

autocuidado, aderir à prevenção e assumir a responsabilidade por sua condição de saúde (Phillip et al., 2012; Me Cabe et al., 2011; Schoroeder et al., 2012).

A pessoa em situação de adoecimento, ao conseguir compreender o seu diagnóstico, melhora a postura de enfrentamento, pois a compreensão sobre a doença possibilita a representação emocional menos negativa, melhora a capacidade de avaliação realista da doença e da condição de saúde repercutindo nas ações de autocuidado (Leventhal & Breland, 2011; Le Grande, 2013; MacInnes, 2013; Steca, 2013; Vieira et al., 2017). Assim, compreende-se o autocuidado como condutas comportamentais relevantes para garantia de vida e bem-estar.

Nesse sentido, o autocuidado exige novas formas de autorregular os comportamentos e emoções frente à percepção ou diagnóstico da doença. É importante conhecer como a pessoa se cuida/previne ou como se trata/adere a tratamentos, para ajudá-la a adotar hábitos saudáveis em saúde e a conviver melhor com a doença (Castro et al., 2018). Desse modo, é relevante incentivar as pessoas a estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de autocuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde.

Considerações finais

As considerações acerca da temática do autocuidado fazem-se pertinente e relevante haja vista se tratar da prevenção de uma doença considerada a principal causa de morte no Brasil e no mundo. Conhecer sobre os fatores de riscos modificáveis e os não modificáveis que causam o IAM e possíveis relações com condutas de autocuidado é necessário para que os profissionais da saúde possam ajudar as pessoas a serem mais

saudáveis. Conforme as discussões elencadas no presente estudo, constatou-se que ao profissional de saúde cabe estar atento e reconhecer possíveis dificuldades relacionadas ao autocuidado por parte do paciente, visando, assim, estar apto na orientação da pessoa de acordo com sua necessidade, compreendendo, inclusive, que há fatores relacionados à percepção da doença envolvidos nesse processo.

O referido estudo buscou desenvolver uma discussão teórica, e, portanto, levantar algumas ideias e relações que precisam ser aprofundadas a partir de estudos empíricos sobre o tema. Diante do exposto, notou-se o quanto o autocuidado é algo central para a promoção da saúde e prevenção do IAM, possibilitando pensar e reconhecer sobre a relevância do autocuidado durante o tratamento e, assim, facilitar na compreensão sobre as possíveis intervenções que a equipe de saúde pode fazer na promoção do autocuidado.

Referências

- Andrechuk, C. R. S., & Ceolim, M. F. (2015). Excessive daytime sleepiness in patients with acute myocardial infarction. *Acta Paul Enferm*, 28 (3), 230-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1982>
- Araújo, I. F., Santos, I. S. C., La Longuiniere, A. C. F., Valença-Neto, P.F., & Franklin, T. A. (2016). Profile of the population affected by acute myocardial infarction. *J Nurs. UFPE*, 10 (7), 2302-9.
- Barreiros, A. M. C. (2018). *O comportamento no autocuidado da pessoa com patologia cardíaca*. Dissertação de mestrado. <http://hdl.handle.net/10400.19/4944>
- Bonotto, G. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Susin, L. R. O. (2016). Knowledge of modifiable risk factors for cardiovascular disease among women and the associated factors: a population-based study. *Ciencia & saúde coletiva*, 21(1), 293-302.

- Brandão, C. C. C. (2016). *Avaliação do controlo situacional, adesão terapêutica e qualidade de vida em jovens e adultos com condições crónicas de saúde*. Dissertação de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10437/7836>
- Brandl, D. L. (2017). Infarto Agudo do Miocárdio. *Revista UNIPLAC*, 5(1),18.
- Brasil. Ministério da Saúde – DATASUS (2014). *Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País*.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf
- Brevidelli, M. M., & Cianciarullo, T. I. (2001). Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Revista de Saúde Pública*, 35,193-201.
- Campos, C. L. D., Pierin, A. M. G., & Pinho, N. A. D. (2017). Hypertension in patients admitted to clinical units at university hospital: post-discharge evaluation rated by telephone. *Einstein (São Paulo)*, 15(1), 45-49.
- Castro, E. K., & Moro L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(3), 453-65.
- Castro, E. K., Altenhofen, V., & Britz de Lima, N. (2016). Percepção da doença em pacientes cardíacos: Uma revisão sistemática. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 7(2), 45–63. <http://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p45>
- Castro, E. K., Peloso, F., Souza, M. A., & Dalagasperina, P.(2018) . Autocuidado e Saúde. In E. K. Castro & E. Remor (Org.). *Bases Teóricas da Psicologia da Saúde* (v. 1, p. 181-98). 1. ed. Curitiba: Appris.
- Castro, E. K., Peuker, A. C.; Lawrenz, P. & Figueiras, M. J. (2015). Illness perception,

- Knowledge and self-care about cervical cancer. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 28(3), 483–489. <http://doi.org/10.1590/1678-7153.201528307>
- Cunha, G. H., Ramalho, A. K. L., Cruz, A. M. M., Lima, M. A. C., Franco, K. B., & Lima, R. C. R. O. (2018). Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. *Aquichan*, 18 (2), 222-33. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.9>.
- Dessotte, C. A. M., Silva, F. S., Furuya, R. K., Ciol, M. A., Hoffman, J. M., & Dantas, R. A. S. Sintomas depressivos somáticos e cognitivo-afetivos em pacientes cardiopatas: diferenças por sexo e idade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2015, (23) 2, pp.208-215. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0287.2544>
- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierck, K. B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91. <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2010.537592>
- Erickson, S. R., Ellis, J. J., Kucukarslan, S. N., Kline-Rogers, E., Smith, D. E., & Eagle, K. A. (2009). Satisfaction with current health status in patients with a history of acute coronary syndrome. *Current medical research and opinion*, 25(3), 683-9. <http://dx.doi.org/10.1185/03007990802714473>
- Fernandes, B. S. M., Reis, I. A., Pagano, A. S., Cecilio, S. G., & Torres, H. de C. (2016). Construção, validação e adequação cultural do protocolo COMPASSO: Adesão ao autocuidado em diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(4), 421–429. <http://doi.org/10.1590/1982-0194201600058>
- Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 29(2):113-8.

- Furze, G., Lewin, R.J., Murberg, T., Bull, P., & Thompson, D. R. (2005). Does it matter what patients think? The relationship between changes in patients' beliefs about angina and their psychological and functional status. *J Psychosom Res.*, *59* (5), 323-9.
- Hsiao, C.-Y., Chang, C., & Chen, C.-D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *28*(8), 442–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015>
- Juan, K. (2007). O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, *5*(1), 48-59. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092007000100004&lng=pt&tlng=pt
- Kunschitz, E., Friedrich, O., Schöppl, C., Maitz, J., & Sipötz, J. (2017). Illness perception patterns in patients with Coronary Artery Disease. *Psychology, health & medicine*, *22*(8), 940-6.
- Le Grande, M. R., Elliott, P. C., Worcester, M. U., Murphy, B. M., Goble, A. J., Kugathasan, V., & Sinha, K. (2013). Identifying illness perception schemata and the ir association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychology, health & medicine*, *17* (6), 209-722.
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, *25*(1), 17-28.
- Leventhal, H., Brissete, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and behaviour* (pp.42-65).
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.). *Handbook of Psychology and Health* (pp. 219–252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Lima, N. B. de, Peuker, A. C., & Castro, E. K. de. (2016). Avaliação de material educativo sobre a prevenção do câncer de colo de útero. *Revista Sul-Brasileira de Enfermagem*, 5, 5–13.
- Medeiros, J., & de Araújo Medeiros, C. (2017). Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enfermagem*, 22(3).
- Medeiros, T. L. F., Davim, R. M. B., & dos Santos, N. M. G. (2018). Mortality by an acute myocardial infarction. *Journal of Nursing UFPE on line*, 12(2), 565-572.
- Melo, S. C. (2012). *Relação entre percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida adotado: estudo exploratório*. Dissertação, Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R e IPQ RH). *Psychology & Health*, 17, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Muniz, L. C., Schneider, B. C., Silva, I. C. M. da, Matijasevich, A., & Santos, I. S. (2012). Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 534-42.
- Oliveira, L. B. de, Nascimento, H. R., Püschel, V. A., & Carbogim, F. da C. (2014). A produção do conhecimento acerca do ensino superior de graduação em enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educación E Investigación En Enfermería*, 4(4), 65–71.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients Perceptions of Their Illness The Dynamo of Volition in Health Care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60-5.
- Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. D. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., & Castro, P. R. C. V. D. et al. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, 39-48.

- Peuker, A. C., Kuhn, C. C., & Castro, E. K. de. (2016). Psicooncologia: aportes a la comprensión y la terapéutica. In: C. R. Jara & Y. G. Valdez (Eds.), *Psicooncología: aportes a la comprensión y la terapéutica*. (pp. 257–272). 1. ed. Talca: Nueva Mirada Ediciones.
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British journal of health psychology*, 17(2), 244-57.
- Piegas, L. S., Timerman, A., Feitosa, G. S., Nicolau, J. C., Mattos, L. A. P.; Andrade, M. D. et al. 2015). V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 105(2), 1-121.
- Pires, G. E., Peuker, A. C., & Castro, E. K. (2017). Brief intervention for stress management and change in illness perception among hypertensive and normotensive workers: pilot study and protocol. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30(1).
- Routledge MacInnes, J. (2013). An exploration of illness representations and treatment beliefs s in heart failure. *Journal of clinical marsing*, 23 (9-10), 1249-12-56.
- Santos Mendes, A., & Ramos dos Santos Reis, V. & de Sousa Teles Santos, C. & Carneiro Mussi, F. (2017). Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29 (4), 446-53.
- Seabra, C. R., Peuker, A. C. W. B., & Castro, E. K. de. (2015). Modelo de Autorregulação em Saúde e câncer de mama: uma revisão sistemática de literatura. *Saúde E Desenvolvimento Humano*, 3(2), 79–105. <http://doi.org/10.18316/2317-8582.15.7>

- Shroeder, S., Achenbach, S., Korber, S., Nowy, K., de Zwaan, M., & Martin, A. (2012). Cognitive-perceptual factors in noncardiac chest pain and cardiac chest pain. *Psychosomatic medicine*, 74 (8), 861-868.
- Shroeder, S., Achenbach, S., Korber, S., Nowy, K., de Zwaan, M., & Martin, A. (2012). Cognitive-perceptual factors in noncardiac chest pain and cardiac chest pain. *Psychosomatic medicine*, 74 (8), 861-8.
- Silva Mendes, C. R., Di Ciero Miranda, M., Teixeira Lima, F. E., de Souza Brito, E. A. W., de Freitas, I., & Oliveira Matias. (2016). Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1).
- Silva, I. J. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enf USP*. 43, 697-703.
- Silva, I. M., & da Silva, M. G. (2018). Infarto Agudo do Miocárdio: Assitência ao paciente pós-infarto internado em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Amazônia Science & Health*.
- Silva, S. M. D., Luiz, R. R., & Pereira, R. A. (2015). Fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares em adultos de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. <http://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/643>
- Simão, A. F., Precoma, D. B., Andrade, J. P., Correa Filho, H.; Saraiva, J. F. K., Oliveira, G. M. M., & Achutti, A. C. (2013). I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 101(6), 1-63.
- Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Monzani, D., Pozzi, R., Villani, A. & Parati, G. (2013). Relationship of illness severity with health and life satisfaction in patients with

- cardiovascular disease: The mediating role of self-efficacy beliefs and illness perceptions. *Journal of Happiness Studies*, 14(5), 1585-99.
- <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-012-9397-4>
- Vargas, R. A. D., Riegel, F., Oliveira Junior, N. J. D., Siqueira, D. S., & Crossetti, M. D. G. O. (2017). Qualidade de vida de pacientes pós-infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife*, 11(7), 2803-9.
- Vieira, M. B., da Silva Souza, W., Cavalcante, P. F., de Carvalho, I. G. M., & de Almeida, R. J. (2017). Men's perception after acute myocardial infarction. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(3).
- Wilski, M., & Wilowska, J. A. S. (2014). Social support as a regulator of self-care attitude in persons with myocardial infarction. *Polish Psychological Bulletin*, 45(4), 521–32.
- <http://dx.doi.org/10.2478/ppb-2014-0062>
- World Health Organization [WHO] (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva. *Comportamentos preventivos da doença isquêmica do coração. Relatório de pesquisa*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia- MG.
- World Health Organization [WHO] (2018). World health statistics 2018: monitoring health for the. SDGs, sustainable development goals.
- Yan, J., You, L. M., He, J. G., Wang, J. F., Chen, L., & Liu, B. L. et al. (2011). Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient education and counseling*, 85(3), 398-405.

Seção II - Artigo Empírico

Crença sobre as causas do Infarto agudo do miocárdio e comportamento de autocuidado de pessoas com e sem a doença

Resumo

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma doença cardiovascular (DCV) com elevado índice de mortalidade e morbidade no Brasil e no mundo. Em virtude disso, torna-se relevante investigar as crenças sobre as causas do adoecimento, uma vez que podem estar relacionadas com comportamentos do autocuidado e da prevenção. Nesse sentido, o presente estudo buscou examinar as crenças sobre as causas (atribuição causal) do IAM e as condutas de autocuidado de pessoas com e sem a doença. A pesquisa, de delineamento transversal e comparativo, teve a participação 31 pessoas com IAM e 46 sem essa doença, selecionadas por conveniência. Os instrumentos utilizados para geração de dados foram questionários com informações sociodemográficas, clínicas e de comportamentos de autocuidado, e perguntas acerca das causas da doença derivadas do *Revised Illness Perception Questionnaire -IPQ-R*. As respostas quanto às principais causas do IAM foram categorizadas e analisadas por dois juízes independentes. Os resultados mostraram que as pessoas com e sem a doença tiveram crenças muito semelhantes quanto às causas do IAM. Desse modo, verifica-se a relevância de uma melhor compreensão sobre a doença, para que haja adesão à conduta do autocuidado com a prevenção, tratamento adequado e bem-estar. Palavras-chave: infarto do miocárdio, doença cardiovascular, atribuição causal, prevenção, autocuidado.

Belief about the causes of acute myocardial infarction and self-care behavior of people with and without the disease

Abstract

Acute myocardial infarction (AMI) is a cardiovascular disease with a high mortality rate and morbidity in Brazil and worldwide. Because of this, it is relevant to investigate beliefs about the causes of illness, since they may be related to behaviors of self-care and prevention. In this sense, the present study sought to examine the beliefs about the causes (causal attribution) of AMI and the self-care behaviors of people with and without the disease. The research, with cross-sectional and comparative design, had the participation of 31 people with AMI and 46 without this disease, selected for convenience. The instruments used for data generation were questionnaires with sociodemographic, clinical and self-care information, and questions about the causes of the disease derived from the *Revised Illness Perception Questionnaire-IPQ-R*. Responses to the main causes of AMI were categorized and analyzed by two independent judges. The results showed that people with and without the disease had very similar beliefs about the causes of AMI. In this way, the relevance of a better understanding about the disease is verified, so that there is adherence to the conduct of self-care with prevention, appropriate treatment and well-being.

Keywords: myocardial infarction, cardiovascular disease, causal attribution, prevention, self-care.

Introdução

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das doenças cardiovasculares (DCVS) responsável pelo maior índice de mortalidade e morbidade no mundo e também no Brasil (OMS, 2017; OPAS, 2018; Medeiros, 2018). Pesquisadores afirmam que também pode ser denominada de síndrome coronariana aguda, caracterizada como uma lesão no miocárdio, em decorrência de uma obstrução na artéria causada por trombos, os quais são formados por placas ateroscleróticas (Piegas, 2013; Vargas, 2017; Santos, 2019). Segundo Barroso et al. (2017), dos 27% dos óbitos no mundo, decorrentes do IAM, 31% ocorreram no Brasil, sendo que foram registrados nesse mesmo ano, no Brasil, 90.811 casos de IAM, dos quais 53.383 na população masculina e 37.415 na população feminina, conforme relatório do Data Sus (2014).

Os sintomas mais comuns do IAM são: dor no tórax, taquicardia, fadiga, náuseas, vômitos, dispneia, transpiração excessiva, anemia e suor frio. Seu diagnóstico é feito através do exame eletrocardiograma (ECG), o qual examina a atividade elétrica do coração; exames laboratoriais, tais como hemograma, lipidograma, glicemia entre outros, que investigam fatores de riscos e consequências físicas a partir dos sintomas, além de anamnese (Vadiagem et al. 2017). Também são avaliados sintomas emocionais como a alteração da consciência, ansiedade, excitação, insegurança, estresse, angústia, medo, tristeza, etc., em decorrência da mudança do estilo de vida e exigências adaptativas que se impõem (DiMateo, Haskard-Zolnierek, & Martin, 2012; Martins, 2014; Brandl, 2017).

Os principais fatores de riscos para o IAM são classificados como modificáveis, ou seja, a pessoa pode controlá-los através da mudança de hábitos e comportamento, tais como: hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e

estresse; e em não modificáveis: hereditariedade, idade e sexo (WHO, 2009; Campos, Pierin, & Pinho, 2017). De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil e a Sociedade Brasileira de Cardiologia, os fatores de riscos a diabetes e hipertensão são responsáveis por 80% das causas de IAM (Quilici et al., 2014). A pessoa pode ter controle desses fatores de riscos adotando novo estilo de vida, a partir de suas crenças em saúde e das causas que atribuem à doença diagnosticada. Porém, nem sempre as pessoas têm absoluta clareza sobre isso e, por isso, podem ter crenças bastante distorcidas em relação aos reais fatores de risco (Bonotto, Mendoza-Sassi, & Susin, 2014; Hsiao, Chang & Chen, 2012; OMS, 2011; Muniz et al., 2012, Castro et al., 2018).

As crenças em saúde podem ser compreendidas como a forma que indivíduo interpreta seu ambiente, que, na saúde, tem relação com a convicção, atitudes e hábitos que as pessoas doentes e saudáveis adotam para manter sua saúde e /ou alcançar a cura (Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012, Figueiras & Alves, 2007). As crenças são individuais e estão relacionadas aos comportamentos para a saúde do indivíduo, a partir das suas experiências diretas e indiretas na saúde. Elas fazem parte do processo de autorregulação frente à saúde e à doença (Moss-Morris et al., 2002; Petrie, & Weinman 2012; Melo, 2012, Castro, 2018).

O Modelo Teórico do Senso Comum (MSC) (*Common Sense Model*) tem sido utilizado na Psicologia Clínica e da Saúde no mundo todo na tentativa de compreender como as crenças em saúde interferem nos comportamentos das pessoas. Segundo esse modelo, o conhecimento que a pessoa adquire sobre o significado da sua saúde e da sua doença é construído a partir de suas crenças em saúde, ou percepção que ela tem da doença. Diante de uma situação de adoecimento, por exemplo, a pessoa se deixa conduzir por suas

percepções ou crenças para aderir ao tratamento e restabelecer seu estado de saúde (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984; Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003).

Conforme esse modelo, são sete as dimensões da percepção da doença: 1) identidade (sintomas); 2) duração (aguda ou crônica ou cíclica); 3) causas (se refere ao que a pessoa acredita que causou a doença); 4) consequências (podem ser reais e imaginárias); 5) controle pessoal (o que a pessoa pode fazer para ajudar no controle ou cura da sua doença); 6) controle do tratamento (o quanto a pessoa crê no tratamento); 7) coerência da doença (o quanto a pessoa entende sua doença); e 8) representação emocional (impacto emocional que a doença pode trazer). A dimensão das causas ou atribuição causal se refere à crença que o indivíduo tem sobre o que causa determinada doença e está relacionada à realidade do contexto familiar, social e cultural da pessoa em situação de cuidado da saúde (Moss-Morris et al., 2002; Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012).

Por isso, é necessário investigar as possíveis causas que a pessoa atribui à sua doença, assim como averiguar de que modo percebem os seus comportamentos de saúde e o desenvolvimento das doenças, a fim de compreender seus hábitos de vida e fomentar a prevenção das mesmas e/ou desacelerar o quadro evolutivo dos fatores de riscos (Martins et al., 2014). A pessoa saudável e doente, ao compreender que a doença é causada por uma multiplicidade de fatores (sociais, psicológicos e biológicos) e não por um único fator, acredita em quais fatores pode controlar e sente motivada para manter equilíbrio no autocuidado, aderir à prevenção e assumir a responsabilidade por sua condição de saúde (Phillip et al., 2012).

A pessoa ao compreender sobre as doenças cardiovasculares, percebe que as mesmas estão relacionadas com aspectos psicológicos, estilo de vida saudável e comportamentos pessoais (Me Cabe et al., 2011; Schroeder et al., 2012). Quanto mais a

pessoa em situação de adoecimento consegue compreender o seu diagnóstico, melhor será a postura de enfrentamento da sua doença, pois a sua compreensão possibilita uma representação emocional menos negativa, melhora a capacidade de avaliação realista da doença e da condição de saúde, repercutindo favoravelmente nas ações de autocuidado (Leventhal, H., Leventhal & Breland, 2011; Le Grande et al., 2013; MacInnes, 2013; Steca et al., 2013).

O autocuidado se constitui por meio de atitudes e ações que a pessoa assume e realiza para viver com saúde e manter o seu bem-estar (Castro e Moro, 2012; Castro et al, 2018). De acordo com esses autores, no contexto da saúde, essas ações se referem à responsabilidade que a pessoa assume por sua saúde. O autocuidado desempenha um papel fundamental, servindo de ponte entre a falta e a demanda pelos serviços de saúde, ou seja, o indivíduo demanda menos dos serviços de saúde, na medida em que é mais autônomo no seu cuidado com a mesma. É de suma relevância que a pessoa conheça sobre os fatores de risco e sintomas do IAM, para saber prevenir e aderir ao tratamento adequado (Brasil, 2013; Silva et al, 2016).

A prática do autocuidado requer conhecimento, habilidade e motivação como base para iniciativa e manutenção de atitudes e comportamentos em saúde (Aujoulat et al.; 2014). É importante compreender e considerar que a realização dessa prática está relacionada ao contexto cultural e do ambiente que a pessoa está inserida. No âmbito da Psicologia da Saúde, o autocuidado para prevenção objetiva evitar e retardar o aparecimento de doenças, além de promover bem-estar, ou seja, a pessoa ao conhecer sobre os fatores de riscos assume a responsabilidade por sua saúde e assume conduta preventiva (Castro& Moro, 2012). Diante do diagnóstico de uma doença crônica, uma pessoa que se cuida busca informações sobre seu problema, assumindo de forma ativa junto ao médico o

direcionamento de seu tratamento. Assim o autocuidado é atitude prioritária na garantia de vida e bem-estar.

As crenças em saúde, em especial as crenças sobre as causas da doença, devem estar ajustadas à realidade de cada pessoa para ajudá-la a se engajar em comportamentos de saúde adequados para o seu caso. Contudo, a falta de informação ou de clareza sobre as causas do IAM podem levar as pessoas às concepções equivocadas sobre sua saúde e doença, dificultando o estabelecimento de comportamento de autocuidado em saúde, seja para a prevenção ou para a adesão ao tratamento (Blair et al., 2014, Santos et al., 2017; Castro et al., 2018). Diante dos dados epidemiológicos já referenciados sobre o IAM, justificou-se a pertinência e relevância de nova pesquisa que venha a contribuir para a compreensão dessa temática com vistas a facilitar a atitude de autocuidado para prevenção e tratamento do IAM.

Partindo da premissa que as crenças ou percepções subjetivas da pessoa sobre uma doença podem interferir em sua saúde, elencou-se como o problema da pesquisa os seguintes questionamentos: quais as crenças sobre as causas do IAM e as condutas de autocuidado de pessoas com e sem a doença? Existem diferenças nas crenças sobre as causas do IAM e no autocuidado de pessoas com e sem IAM?

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo (Breakwell et al., 2010; Sampieri, Collado & Lucio, 2013)

Participantes

Participaram da pesquisa 77 pessoas, sendo 31 com diagnóstico de IAM e 46 sem o diagnóstico. As pessoas com IAM estavam em tratamento ambulatorial num hospital, localizado numa cidade do interior do Maranhão. As pessoas sem o diagnóstico de IAM foram recrutadas nos grupos de convivência e fortalecimento de vínculos, como também em oficinas do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, da mesma cidade no interior do estado.

Inicialmente, foi realizada a geração dos dados da pesquisa com o grupo de pessoas sem a doença e, posteriormente, após serem levantadas as características sociodemográficas, gerou-se os dados com o grupo de pessoas acometidas pela doença, considerando características semelhantes. A amostra foi escolhida por conveniência. Os participantes tinham idades entre 36 a 65 anos. Como critério de inclusão e exclusão os participantes teriam que apresentar pelo menos escolaridade de nível fundamental e demonstrar capacidade razoável de leitura e escrita para responder de forma autônoma os questionários.

Instrumentos

- Ficha de dados sociodemográficos, clínicos e de comportamentos de autocuidado (versão para pessoas com e sem a doença), com questões relativas ao estado civil, escolaridade, atividade laboral e informações acerca do tratamento para o IAM. Esse instrumento foi adaptado, a partir do desenvolvido pelo grupo de pesquisa GEAPSA, o qual já foi utilizado em pesquisas sobre atribuição causal e câncer de colo de útero (Castro et al., 2015) e câncer de mama (Peuker et al., 2016) (ver Apêndices C dessa dissertação).

- Dimensão Causas da doença do *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996) e do *Revised Illness Perception Questionnaire for Healthy People* (IPQ-RH) (Figueiras e Alves, 2007). Ambos instrumentos (semelhantes, um para ser usado com pessoas doentes e outro para pessoas saudáveis) são constituídos por nove subescalas (identidade, duração cíclica, duração aguda/crônica, consequências, controle pessoal, controle do tratamento, coerência, causas e representação emocional).

Neste estudo, foram analisadas apenas as perguntas sobre as causas atribuídas ao IAM pelos participantes. Foi perguntado à pessoa, de forma espontânea, três das possíveis causas do IAM e, em seguida, foi apresentado o questionário com 15 questões contendo possíveis causas do IAM, solicitando também que a pessoa indicasse o nível de concordância. As respostas foram fornecidas em uma escala *likert* de cinco pontos, variando de ‘discordo fortemente’ até ‘concordo fortemente’ (ver Apêndices C desta dissertação).

Procedimentos de coleta de Dados e Éticos

Inicialmente, a pesquisadora se reuniu com o Secretário Regional de Saúde e Diretor do hospital e também com a Secretária Municipal de Assistência Social do município, para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação da Carta de anuência. Após a anuência dos mesmos e da submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS (CAAE: 83258718.7.0000.5344), seguindo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, foi iniciada a geração de dados com os participantes.

A coleta foi feita individualmente e da seguinte forma: as pessoas com a doença cardíaca que demonstrassem conhecimento de seu diagnóstico (de IAM), após a consulta médica no hospital, o médico cardiologista estava a par da pesquisa e esclarecia sobre a pesquisa motivando a participação na mesma. A pesquisadora fazia o contato direto com os pacientes, convidando-os para participar da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar foram conduzidos pela pesquisadora a uma sala reservada e livre de interferências no próprio hospital. Nesse local, eram explicados e aplicados os instrumentos.

Quanto às pessoas sem a doença, foram recrutadas nos grupos de convivência e oficinas do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS. Após atividades como exercícios físicos, oficinas de cabelereiro, corte costura, computação e articulatória, essas pessoas foram convidadas pela pesquisadora a participar da pesquisa e, aquelas que aceitaram, foram conduzidas a uma sala confortável, sem interferência.

No início, era informado aos participantes, com a doença (no hospital) e sem a doença (no CRAS), sobre o objetivo do estudo, a importância do caráter voluntário da participação e que os riscos da participação eram mínimos, objetivando esclarecer possíveis dúvidas e/ou receios dos participantes, conscientizando-os de que mesmo não tendo benefícios diretos, os resultados da pesquisa proporcionariam maior conhecimento quanto às crenças sobre as causas do IAM e a importância do autocuidado, podendo contribuir ainda para que familiares e amigos adquirissem o comportamento de autocuidado na prevenção e adesão ao tratamento. Foi informado também acerca do sigilo da identidade dos dados e dos procedimentos de resposta dos instrumentos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice B) era entregue e lido e, aqueles participantes de acordo, assinaram em duas cópias, recebendo uma via, e, em seguida, responderam os

instrumentos. A coleta de dados ocorreu em uma única vez, em um tempo entre vinte e cinco a trinta minutos.

Os instrumentos respondidos foram separados dos TCLE, colocados em envelopes sem identificação pessoal e organizados por códigos numéricos, para resguardar o sigilo e confidencialidade a cerca da identidade do participante. As respostas foram analisadas e os instrumentos utilizados ficarão arquivados pelo período de cinco anos, quando então serão descartados. Foram feitas as devolutivas sobre os resultados da pesquisa para o diretor do hospital e para a Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como aos participantes que disponibilizaram seus e-mails.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram analisados por meio do programa estatísticos SPSS (versão 22) e foi considerado o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Com relação às crenças sobre as causas do IAM, as respostas abertas foram inicialmente levantadas e categorizadas pela de análise de conteúdo, adaptando as categorias já criadas por Peuker et al (2016) e por Castro et al (2015). Após a criação das categorias, as respostas foram analisadas por dois juízes especialistas na temática, membros do grupo de pesquisa. Foi utilizado um formulário de Categorização das Causas atribuídas ao IAM (ver apêndice D dessa dissertação), desenvolvido pela pesquisadora, a fim de auxiliar os juízes na categorização das respostas dos participantes. O instrumento continha uma lista das categorias nas quais os juízes deveriam classificar as respostas literais dos participantes. Foi realizada também a análise de concordância entre juízes (kappa) e, no caso de discordância nas respostas, um terceiro juiz deu seu parecer de desempate. O índice kappa encontrado no presente estudo foi de

0,881, o que significa que teve uma excelente concordância entre os juízes (Perroca & Gaidzinski, 2003).

Foram realizadas ainda análises descritivas de frequências e porcentagens das respostas de cada categoria das causas do IAM para cada grupo (com e sem a doença). Para as variáveis sociodemográficas numéricas (idade, anos de estudo, por ex.), foi calculada média e desvio padrão; para as variáveis categóricas (sexo, estado civil), foi calculada frequência, porcentagem e teste de associação (qui quadrado). Com relação à parte da escala likert do instrumento, foram efetuados cálculos das médias e desvio padrão de cada grupo e posterior comparação de médias.

Resultados

Características sociodemográficas e dados de comportamento em saúde

Em relação às características sociodemográficas, a amostra total foi de 77 participantes, sendo 46 do grupo sem a doença (GSD) e 31 do grupo com a doença (GCD). Desse total, no GSD 71,7% (F=33) eram do sexo feminino e 28,3% (F=13) do sexo masculino; 69,5% (F=32) eram casadas ou estavam em união estável e 30,5% (F=14) eram solteiros, separados ou viúvos; 97,7% (F=44) tinham algum filho. Quanto ao nível de escolaridade, 17,4% (F=8) possuíam o ensino fundamental incompleto, 28,3% (F=13) possuíam o ensino fundamental completo, 4,3% (F=2) possuíam o ensino médio incompleto, 26,1% (F=12) possuíam o ensino médio completo, 2,2% (F=1) ensino superior incompleto e 21,7% (F= 10) ensino superior completo.

No GCD, 48,4% (F=15) eram do sexo feminino e 10,6% (F=16) eram do sexo masculino. Desses, 80,6% (F=25) tinham companheiros (casados ou união estável) e 19,4%

(F=6) eram solteiros, separados ou viúvos. Referente à escolarização, 25,8% (F=8) possuíam ensino fundamental incompleto, 29% (F= 9) possuíam o ensino fundamental completo, 12, 9% (F=4) possuíam o ensino médio incompleto, 22,6 % (F= 7) possuíam o ensino médio completo, 6,5% (F= 2) ensino superior incompleto e 3,2% (F= 1) ensino superior completo. Nesse grupo 93, 5% (29) têm filhos e 6,5% (F = 2) não tem filhos. Em relação à situação ocupacional, 9,7 % (F= 3) trabalham e 90,5 % (F= 28) não trabalham.

Com relação aos comportamentos de saúde e autocuidado, a Tabela 1 apresenta os principais resultados:

Tabela 1 –
Dados do Comportamento em Saúde do Grupo sem a Doença (GSD) e com a Doença (GCD)

		GSD		GCD	
		(n= 46)		(n= 31)	
		F	%	F	%
Plano de Saúde complementar	Sim	5	11,1	3	9,7
	Não	40	88,9	28	90,3
Histórico de IAM na família	Sim	15	32,6	24	77,4
	Não	31	67,4	7	22,6
Fuma	Sim	0	0	9	29
	Não	38	82,6	12	38,7
Consumo de bebida alcoólica	Fumava	8	17,4	10	32,3
	Sim	0	0	11	35,5
	Não	37	76,1	16	51,6
Frequência consulta cardiológica	Consumia	11	23,9	4	12,9
	Não fez ainda	14	30,4	0	0
	Uma vez ao mês	0	0	9	29
	A cada três meses	3	6,5	5	16
	A cada seis meses	3	6,5	2	6,5
Frequência exame eletrocardiograma	Uma vez ao ano	26	56,5	14	45,2
	A cada dois anos	0	0	1	3,2
	Não fez ainda	12	26,1	0	0
	Uma vez por mês	0	0	3	9,7
	A cada três meses	1	2,2	8	25,8
Frequência exame de glicemia	A cada seis meses	28	60,9	11	35,5
	Uma vez ao ano	5	10,9	9	29
	uma vez por dia	9	19,6	16	51,4
	Uma vez ao mês	18	39,1	12	38,7
	A cada três meses	0	0	0	0
	A cada seis meses	18	39,1	3	9,7
	Uma vez ao ano	1	2,2	0	0

Exame ecocardiograma	Sim	12	26,1	30	96,8
Tempo do diagnóstico	Não	34	73,9	1	4,2
Consulta Psicológica	Sim	6	13	0	0
	Não	40	87	31	100
Consulta Psiquiátrica	Sim	1	2,2	0	0
	Não	45	97,8	31	100
Como avalia sua saúde	Excelente	6	13	0	0
	Boa	29	63	9	0
	Regular	11	23,9	12	38,7
	Ruim	0	0	18	58,1
	Péssimo	0	0	1	3,2

Nota: Os valores na tabela descrito em 0, significam que a pessoa não respondeu. Assim as frequências nem sempre totalizam o número de resposta.

Quanto às características clínicas e de comportamento em saúde, alguns resultados das análises se destacam: dos 46 participantes sem a doença, 70% consultam com cardiologista anualmente, dentre estes, 6,5% consultam a cada três meses, 6,5% a cada seis meses e 56,5% consultam uma vez por ano. Outro dado que chama atenção é que todos os participantes (100%) do GCD não consultaram com Psicólogo e nem com Psiquiatra e do GSD 13% consultaram com Psicólogo e 2,2% com Psiquiatra. Verifica-se que 58,1% dos participantes com a doença avaliam a própria saúde como ruim e 60% dos sem a doença avaliam como boa. Esses resultados além de se destacar dos demais são considerados relevantes no estudo das crenças sobre as causas do IAM porque se referem à conduta de autocuidado para prevenção.

Crenças sobre as causas do IAM

Com relação às crenças sobre as causas do IAM, a Tabela 2 apresenta a descrição das categorias, subcategorias e os respectivos exemplos de cada uma delas:

Tabela 2

Categorias, subcategorias e exemplos de causas atribuídas ao infarto agudo do miocárdio

Categorias	Subcategorias	Exemplos
1) Atribuição Psicológica		Estado emocional: Estresse emocional, ansiedade, solidão Problemas familiares, estresse relacionado ao trabalho. Depressão, pensamento negativo, não acompanhamento psicológico e psiquiátrico.
2) Fatores de Risco Biológico	Hereditário Doenças crônicas	Diabetes Hipertensão Obesidade Hereditária
3) Fatores Comportamentais de Risco		Hábitos comportamentais Estilo de vida Excesso de trabalho Tabagismo e drogas: Fumar e consumir drogas Falta de autocuidado com a prevenção Tipo de alimentação: dieta inadequada Falta de exercícios físicos Pouca assistência médica no passado Procura o médico só quando está doente Medo do diagnóstico: não consulta com especialista
4) Falta de Recursos		Limitação financeira Dificuldade de acesso aos serviços de saúde Dificuldade de agendamento Pouco atendimento médico Falta de informação Atraso na assistência médica

Causas Atribuídas ao IAM

A dimensão do instrumento IPQ-RH consiste na atribuição espontânea de três fatores que causam a doença, em ordem de importância, a partir da opinião das participantes. Na Tabela 3 a seguir, é possível observar a frequência e porcentagem das causas atribuídas ao IAM, de acordo com os grupos com e sem a doença. Em relação às

causas atribuídas ao IAM por ambos os grupos, constatou-se que na primeira resposta espontânea em relação à causa da doença, denominada como Causa 1, a categoria mais frequente em ambos os grupos foi a atribuição fatores de risco biológico; em segundo lugar, mas bem menos frequente, apareceu para ambos os grupos a categoria Fatores de Risco Comportamentais, seguida de Atribuição Psicológica e Falta de Recursos.

Tabela 3
Causas Atribuídas ao Infarto Agudo do Miocárdio pelo GSD e GCD

Categorias	<u>Causa 1</u>				χ^2	<u>Causa 2</u>				χ^2	<u>Causa 3</u>				χ^2
	GSD		GCD			GSD		GCD			GSD		GCD		
	(n=46)	(n=31)	(n=46)	(n=31)		(n=46)	(n=31)	(n=46)	(n=31)						
Atribuição Psicológica	F	%	F	%		F	%	F	%		F	%	F	%	
	3	3,9	1	1,3	1,253	3	9,9	4	5,2	2,718	12	15	18	23,4	8,812*
Fatores de Risco Biológicos	46	46,8	25	32,5		32	41,6	18	23,4		29	37,7	12	15,6	
Hereditário	10	13	3	3,9		7	9,7	12	15,6		11	14,3	4	5,2	
Doenças crônicas	25	32,5	21	27,3		24	31,2	6	7,8		16	20,8	7	9,1	
Fatores comportamentais de riscos	6	7,8	5	6,5		11	14,3	8	10,4		3	3,9	1	1,3	
Falta de Recursos	1	1,3	0	0		0	0	1	1,3		3	2,6	0	0	
Total	46	100	31	100		46	100	31	100		46	100	31	100	

Nota: *p<0,05*

De acordo com a Tabela 3, observa-se que apenas na terceira resposta espontânea dada pelos participantes (Causa 3) houve diferença significativa nas respostas das crenças sobre as causas entre os dois grupos. Verifica-se que o GCD atribuiu a maioria das causas da doença a fatores psicológicos, como, por exemplo, estresse emocional e relacionado ao trabalho, ansiedade, problemas familiares, depressão, não acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Por outro lado, o GSD atribuiu mais frequentemente à doença fatores de risco biológico como diabetes, hipertensão, hereditariedade, tipo de alimentação, excesso de peso, falta de exames preventivos e de exercícios físicos, dificuldades aos serviços de saúde. Não houve diferenças nas respostas entre os grupos, nas respostas 1 e 2.

A Tabela 4 mostra o grau de concordância entre os grupos sobre as causas do IAM nas perguntas do questionário IPQRH (escala likert de 5 pontos).

Tabela 4:

Grau de Concordância entre os Grupos sem a doença-GSD e com doença-GCD sobre as causas do IAM

Causas do IAM	Discordo		Discordo		Nem concordo, nem discordo		Concordo		Concordo		Qui - Quadrado (χ^2)
	Plenamente								Plenamente		
	GSD (n=46)	GCD (n=31)	GSD (n=46)	GCD (n=31)	GSD (n=46)	GCD (n=31)	GSD (n=46)	GCD (n=31)	GSD (n=46)	GCD (n=31)	
1-Estresse/ preocupação	0	0	1	0	1	0	34	18	10	13	4,566
2- Hereditariedade	0	0	0	0	0	0	20	20	26	11	3,284*
3- Excesso de peso	0	0	0	0	5	1	33	24	8	6	1,509
4- Tipo de alimentação	0	0	0	1	6	8	34	17	6	5	4,284
5 Estado emocional	0	0	0	0	12	1	24	19	10	11	7,291*
6- Destino ou má sorte	13	4	11	8	21	13	1	6	0	0	8,077*
7-Comportamento da pessoa	6	1	7	7	26	13	7	9	0	1	6,479
8-Diabetes	0	0	0	0	1	0	20	13	25	17	2,169
9- Hipertensão	0	1	0	0	0	0	18	25	28	15	2,371
10-Tabagismo e consumo de álcool	0	0	0	0	7	5	22	15	17	11	0,022
11-Estresse emocional	0	0	0	0	5	0	26	17	15	14	4,154
12-Pouca assistência médica no passado	2	0	1	0	10	10	29	9	4	12	15,18**
13-Colesterol/triglicérides	0	0	2	0	1	2	22	15	21	14	2,22
14-Problemas familiares	0	0	0	0	1	0	20	14	25	17	0,687
15-Excesso de trabalho	0	0	0	0	1	0	23	12	22	19	1,824

*p<0,05; **p<0,01

Conforme se pode perceber na Tabela 4, houve diferenças significativas no teste qui-quadrado em relação às seguintes causas: hereditariedade ($\chi^2= 3,284$; $p<0,05$); estado emocional ($\chi^2=7,291$; $p<0,05$); destino ou má sorte ($\chi^2= 8,007$; $p<0,05$) e pouca assistência médica no passado ($\chi^2= 15,18$; $p<0,01$). No grupo sem a doença, ressaltam-se a hereditariedade e o estado emocional como principais causas do IAM, enquanto no grupo com a doença notam-se o pouco atendimento médico no passado, o estado emocional e a hereditariedade como causas principais.

Com relação à soma da escala likert no tangente às causas sobre a doença, foi observada uma diferença marginalmente significativa entre os grupos ($t= -1,955$; $p<0,10$). Os participantes com a doença pontuaram mais alto que o grupo sem a doença, indicando que eles acreditam mais que o grupo GSD de que aquelas causas apontadas na escala sejam as responsáveis pelo IAM.

Discussão

O principal objetivo desse estudo foi investigar as crenças sobre as causas (atribuição Causal) do IAM e a conduta de autocuidado de pessoas com a doença. Os resultados apontaram, em geral, que as pessoas com doença e sem doença têm crenças muito semelhantes acerca das causas do IAM. As pessoas com a doença, apesar de ter a experiência com a mesma, possuem crenças semelhantes, o que pode-se hipotetizar que não mudaram suas crenças com a experiência da doença, de forma geral. Diante disso, verificou-se a relevância de se pensar o que acontece para que essas pessoas possuam crenças semelhantes? A pessoa teve IAM e, ainda assim, não modificou suas crenças? Será que elas entendem sobre a gravidade da doença que possuem? Será que suas respostas na pesquisa, efetivamente, correspondem à realidade?

De acordo com o MSC, as crenças em saúde para controle da doença dependem da representação que a pessoa tem acerca da doença, isto é, tem relação com a convicção, atitudes e hábitos que as pessoas doentes e saudáveis adotam para manter sua saúde e ou alcançar a cura (Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012; Figueiras & Alves, 2007). Para McAndrew et al. (2008), a construção dessas crenças está diretamente relacionada com as experiências de vida passadas e com informações que recebem de amigos, médicos e também da mídia. Vale ressaltar que no referido estudo, pessoas doentes e saudáveis atribuíram os fatores biológicos como a principal causa do IAM.

Esse resultado estimula a pensar que se na amostra 77% das pessoas com a doença e 32% das pessoas sem a doença têm histórico familiar com IAM e se as mesmas podem participar periodicamente de campanhas de prevenção sobre doenças cardiovasculares que acontecem na cidade, com foco para os fatores de riscos biológicos, logo, é possível pensar na possibilidade das respostas terem sido influenciadas. Uma revisão sistemática da literatura sobre a percepção da doença de pacientes cardíacos (Castro, Altenhofen, & Lima 2016), já mencionado nesse estudo, mostrou que pacientes cardíacos, além de atribuir às causas da doença fatores externos ou causas independentes, como fatores psicológicos, hereditários, vírus, má sorte entre outros, acreditam também que têm pouco controle pessoal sobre a doença e que o tratamento pode controlá-la.

Os resultados são indicativos de que as pessoas com e sem doença compreendem que o IAM tem como causa os fatores de riscos modificáveis, tais como: hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, obesidade e falta de acesso aos serviços de saúde (Who, 2009; Campos et al., 2017). Esse tipo de atribuição causal, por um lado é bom, porque pode colocar a pessoa em um papel pró-ativo na prevenção e controle

da doença. De acordo com Peuker, Kuhn & Castro (2016), a percepção que a pessoa tem acerca da sua doença, no caso o IAM, está relacionada ao seu comportamento de autocuidado e pode ter influência do meio no qual a pessoa está inserida, assim como de suas experiências pessoais diretas e indiretas.

Por outro lado, os resultados também parecem indicar a dificuldade que as pessoas com e sem doença têm em compreender que os fatores de risco não modificáveis, como hereditariedade, idade e sexo (Who 2009; Campos et al., 2017), também causam o IAM. Isto não é benéfico, haja vista poder retardar a adoção de condutas de autocuidado para prevenção e para adesão ao tratamento. Pesquisadores argumentam que muitas pessoas não possuem clareza sobre a relevância desse conhecimento e podem apresentar crenças bastante distorcidas em relação aos reais fatores de risco (Bonotto, Mendoza-Sassi & Susin, 2014; Hsiao, Chang & Chen, 2012; OMS, 2011; Muniz et al., 2012). Portanto, constata-se, diante desse resultado, que a experiência da doença precisa estar acompanhada de uma melhor compreensão sobre o IAM, a fim de que haja um tratamento adequado.

Identificou-se também que há diferenças significativas entre os grupos em relação ao nível de concordância nas causas hereditariedade, estado emocional, destino ou má sorte e pouco assistência médica no passado. Outra diferença constatada foi na terceira resposta sobre causas espontâneas, em que as pessoas com a doença atribuíram causas psicológicas às doenças cardíacas, mais do que as pessoas sem a doença. Estudos relacionados a essa temática identificaram que pessoas com IAM, por terem a vida ameaçada na fase aguda da doença, tendem a buscar a adoção de uma conduta pró-ativa e de autocuidado. Muitas pessoas são obrigadas a alterar o estilo de vida e sentem dificuldades em se manter firmes para dar continuidade ao que foi iniciado (Soares et al., 2014; Vieira et al., 2017). Essas diferenças podem ser sugestivas de novas investigações em pesquisas futuras.

Diante do exposto ao longo desse estudo compreendeu-se acerca do autocuidado para manutenção da saúde, para prevenção e para o tratamento de doenças como IAM, demonstrando que a crença que a pessoa possui sobre o que entende da doença, às vezes, não significa ser uma compreensão real. Percebeu-se também que as crenças são individuais e estão relacionadas aos comportamentos para a saúde do indivíduo, a partir das suas experiências diretas e indiretas na saúde, as quais fazem parte do processo de autorregulação frente à saúde e à doença (Leventhel et. al., 2012; Moss-Morris et al., 2002; Petrie & Weinman, 2012; Melo, 2012; Castro, 2018).

Desse modo, verifica-se com essa pesquisa, e também conforme Castro et al., (2018), que as pessoas doentes e saudáveis precisam saber sobre a sua saúde e doença, assumir atitudes de autocuidado para manter a saúde, prevenir a doença e aderir ao tratamento tendo um papel ativo e responsável junto ao seu médico. E os profissionais da saúde têm papel fundamental nesse processo, orientando a pessoa para o seu autocuidado.

Considerações finais

Os resultados deste estudo revelaram que os participantes dos grupos com e sem a doença apresentam crenças muito semelhantes acerca das causas do IAM. Os mesmos atribuíram os fatores biológicos como a principal causa do IAM. Vários estudos vêm apresentando contribuições do modelo de autorregulação em saúde ou MSC na compreensão da relevância das crenças em saúde para o autocuidado na prevenção. Assim, argumenta-se que a presente pesquisa é um avanço nessa temática e oferece uma maior compreensão das crenças sobre causas do IAM de pessoas com e sem a doença.

Com relação às limitações desse trabalho, foi possível constatar que o mesmo contou com uma amostra reduzida de participantes em ambos os grupos, sendo que alguns apresentaram dificuldades para responder sozinhos os instrumentos de geração de dados para a pesquisa. Constatou-se também que uns demonstraram já possuir alguma orientação sobre doenças cardiovasculares, o que pode ter contribuído para respostas muito semelhantes entre os grupos. Além disso, foi um estudo transversal (o ideal seria acompanhar os participantes e suas famílias durante a doença para ver mudanças de crenças). Por isso, é relevante que pesquisas futuras sobre essa temática possam levar em consideração tais limitações.

Por fim, ressalta-se que os resultados desse estudo são fundamentais por abordarem uma amostra ainda pouco problematizada na região do sul do Estado do Maranhão, como também por oferecer uma maior compreensão sobre as crenças de pessoas com e sem IAM nessa região e suas implicações para clínica. Profissionais da área de saúde e pessoas em geral podem se beneficiar das informações e contribuir na compreensão da relevância de atitudes de autocuidado para prevenção e tratamento de doenças crônicas como o IAM.

Referências

- Barroso, T. A., Marins, L. B., Alves, R., Gonçalves, A. C. S., Barroso, S. G., & Rocha, G. D. S. (2017). Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 30(5), 416-24.
- Blair, J., Angus, N. J., Lauder, W. J., Atherton, I., Evans, J., & Leslie, S. J. (2014). The influence of non-modifiable illness perceptions on attendance at cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1), 55-62.

- Bonotto, G. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Susin, L. R. O. (2016). Knowledge of modifiable risk factors for cardiovascular disease among women and the associated factors: a population-based study. *Ciencia & saúde coletiva*, 21(1), 293-302.
- Brandl, D. L. (2017). Infarto Agudo do Miocárdio. *Revista UNIPLAC*, 5(1), 18.
- Brasil. Ministério da Saúde – DATASUS (2014). *Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no país*. V.2.3. Acessado 17/ 08/2017.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado*. Brasília-DF. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_prioritarias_cronicas.
- Breakwell, G. M., Fife-Schaw, C., Hammond, S., & Smith, J. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Brevidelli, M. M., & Cianciarullo, T. I. (2001). Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Revista de Saúde Pública*. 193-201.
- Campos, C. L. D., Pierin, A. M. G., & Pinho, N. A. D. (2017). Hypertension in patients admitted to clinical units at university hospital: post-discharge evaluation rated by telephone. *Einstein (São Paulo)*, 15(1), 45-9.
- Castro, E. K., & Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(3), 453-65.
- Castro, E. K., Peloso, F., Souza, M. A., & Dalagasperina, P. (2018). Autocuidado e Saúde. In E. K. Castro & E. Remor (Org.). *Bases Teóricas da Psicologia da Saúde* (v. 1, p. 181-98). 1. ed. Curitiba: Appris.

- Castro, E. K., Peukera, A. C., Lawrenza, P., & Figueiras, M. J. (2015). Percepção da Doença, Conhecimento e Autocuidado sobre o Câncer do Colo do Útero. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(3), 483-9. DOI: 10.1590/1678-7153.201528307.
- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierok, K. B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91. DOI: 10.1080/17437199.2010.537592.
- Figueiras, M. J., & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology & Health*, 22(2). <http://dx.doi.org/10.1080/14706007683274462>
- Hsiao, C.-Y., Chang, C., & Chen, C.-D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28(8), 442–7. DOI: 10.1016/j.kjms.2012.02.015.
- Kunschitz, E., Friedrich, O., Schöppel, C., Maitz, J., & Sipötz, J. (2017). Illness perception patterns in patients with Coronary Artery Disease. *Psychology, health & medicine*, 22(8), 940-6.
- Le Grande, M.R., Elliott, P. C., Worcester, M.U., Murphy, B. M., Goble, A. J., & Kugathasan, V. et al. (2013). Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychology, health & medicine*, 17 (6), 209-722.
- Leventhal, H., Brissete, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and behaviour* (pp.42-65).

- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Breland, J. Y. (2011). Cognitive science speaks to the “Common-Sense” of chronic illness management. *Annals of Behavioral Medicine, 41*(2), 152–63. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9246-9>
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 219–252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- MacInnes, J. (2013). An exploration of illness representations and treatment beliefs in heart failure. *Journal of clinical nursing, 23* (9-10), 1249-56.
- Martins, L. N., Souza, L. S., Silva, C. F., Machado, R. S., Silva, C. E., & Vilagra, M. M. et al. (2011). Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras. *Rev. Bras. Cardiologia, 24*(5), 299-307.
- McCabe, C. P., Asnaani, A., Litz, B.T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research, 45*(8), 1027-35.
- Medeiros, J., & de Araújo Medeiros, C. (2017). Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enfermagem, 22*(3).
- Melo, S. C. (2012). *Relação entre percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida adotado: estudo exploratório*. Dissertação, Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R e IPQ RH). *Psychology & Health, 17*, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Muniz, L. C., Schneider, B. C., Silva, I. C. M. da, Matijasevich, A., & Santos, I. S. (2012). Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública, 46*(3), 534-42.

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2017). *As 10 principais causas de morte*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients Perceptions of Their Illness The Dynamo of Volition in Health Care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60-5.
- Peuker, A. C. W. B., Armiliato, M. J., Souza, L. V., & Castro, E. K. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 29(4).
<http://dx.doi.org/10.1186/s41155-016-0007-y>
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British journal of health psychology*, 17(2), 244-57.
- Piegas, L. S., Avezum, A., Guimarães, H. P., Muniz, A. J., Reis, H. J., & Santos, E. S. D. et al. (2013). Comportamento da síndrome coronariana aguda: resultados de um registro brasileiro. *Arq Bras Cardiol*, 100(6), 502-10.
- Piegas, L. S., Timerman, A., Feitosa, G. S., Nicolau, J. C., Mattos, L. A. P., Andrade, M. D., & Mansur, A. P. (2015). V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 105(2), 1-121.
- Quilici et al (2014). *Enfermagem em cardiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu.
- Sampieri, R. H., Callado, C. F., & Baptista Lucio, M. D. P. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre, RS: Editora Penso.
- Santos Mendes, A., Ramos dos Santos Reis, V., de Sousa Teles Santos, C., & Carneiro Mussi, F. (2017). Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(4), 446-53.

- Santos, J. P. N., Carregosa, J. C. P., Ribeiro, A. S., Costa, B. M. S., & Lima, S. V. M. A. (2019). Perfil epidemiológico das internações e óbitos por infarto agudo do miocárdio no estado de Sergipe. In *Congresso Nacional de Enfermagem-CONENF*, 1(1).
- Santos, J., Meira, K. C., Camacho, A. R., Salvador, P. T. C. O., Guimarães, R. M., & Pierin, A. M. G. et al. (2018). Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-corte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1621-34.
- Shroeder, S., Achenbach, S., Korber, S., Nowy, K., de Zwaan, M., & Martin, A. (2012). Cognitive-perceptual factors in noncardiac chest pain and cardiac chest pain. *Psychosomatic medicine*, 74(8), 861-8.
- Silva Mendes, C. R., Di Ciero Miranda, M., Teixeira Lima, F. E., de Souza Brito, E. A. W., de Freitas, I., & Oliveira Matias (2016). Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1).
- Silva, S. M. D., Luiz, R. R., & Pereira, R. A. (2015). *Fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares em adultos de Cuiabá*, Mato Grosso, Brasil.
- Soares, T. S., Piovesan, C. H., Gustavo, A. S., Macagnan, F. E., Bodanese, L. C., & Feoli, A. M. P. (2014). Hábitos alimentares, atividade física e escore de risco global de Framingham na síndrome metabólica. *Arq Bras Cardiol.*, 102(4):374-82.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013). Carta do Rio de Janeiro - II Brasil Prevent/II America Latina Prevent. Jadelson Andrade, Donna Arnett, Fausto Pinto, Daniel Pinero, Sidney Smith e col. *Arq. Bras. Cardiologia*, 100(1), 3-5.
- Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Monzani, D., Pozzi, R., Villani, A., & Parati, G. (2013). Relationship of illness severity with health and life satisfaction in patients with

- cardiovascular disease: The mediating role of self-efficacy beliefs and illness perceptions. *Journal of Happiness Studies*, 14(5), 1585-99. DOI: 10.1007/s10902-012-9397-4.
- Valdigem, B. (2017). *Sintomas de infarto: dor no peito não é único sinal*. Disponível em: <http://www.minhavidade.com.br/saude/materias/3622-sintomas-de-infartdor-no-peito-nao-e-unico-sinal>. Acesso em: 15 de agosto de 2017.
- Vargas, R. A. et al. (2017). Qualidade de vida de pacientes pós-infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UFPE [on line]*, 11(7), 2803-9.
- Vieira, M. B., da Silva Souza, W., Cavalcante, P. F., de Carvalho, I. G. M., & de Almeida, R. J. (2017). Men's perception after acute myocardial infarction. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(3).
- Weinman, J., & Petrie, K. J. (2002). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? In D. Marks (Ed.). *The health psychology reader* (pp. 250-4). London: Sage. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00294-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00294-2)
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva. *Comportamentos preventivos da doença isquêmica do coração. Relatório de pesquisa*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia- MG.
- World Health Organization [WHO] (2013). Global Health Observatory (GHO) – Cardiovascular diseases. [April 28]. Available from: <http://www.who.int/cardiovascular-diseases/en>

Considerações finais da Dissertação

Esta pesquisa permitiu compreender sobre crenças em saúde e crenças sobre as causas do IAM de pessoas com e sem essa doença. Permitiu, também, a compreensão sobre a relevância do autocuidado para promoção da saúde, prevenção do adoecimento, tratamento de doenças crônicas e autocuidado no período pós-tratamento ou de recuperação (Barreiros, 2018; Castro & Moro, 2012). Os resultados mostraram que pessoas com e sem doença tiveram crenças muito semelhantes sobre as causas do IAM. Isto estimulou pensar e discutir acerca dessa realidade e possibilitou compreender que a experiência da doença precisa estar acompanhada de uma melhor compreensão sobre o IAM para que haja um tratamento adequado.

Os dois estudos apresentados, o teórico e o empírico, possibilitaram um entendimento mais aprofundado das crenças sobre as causas do IAM, uma das doenças cardiovasculares considerada como principal causa de óbitos no Brasil e no mundo (Medeiros, 2018). Compreendeu-se melhor sobre a conduta de autocuidado para prevenção dessa doença e/ou adesão ao tratamento, de forma consciente e responsável, conforme o modelo de autorregulação em saúde ou MSC (Leventhal et al., 1984; Castro et al., 2015). Nesse sentido, profissionais da área de saúde e pessoas em geral podem se beneficiar das informações e observarem suas atitudes referentes ao autocuidado para prevenção e tratamento de doenças crônicas como o IAM.

O presente estudo, apesar de ser considerado um avanço nessa temática, conta com as seguintes limitações: amostra reduzida de participantes em ambos os grupos e dificuldades de alguns participantes para responder sozinhos os instrumentos, uns já tinham orientação sobre doenças cardiovasculares, o que pode ter contribuído para respostas muito

semelhantes entre os grupos. Além disso, o estudo realizado foi transversal, quando o ideal seria acompanhar os participantes e suas famílias durante a doença para ver mudanças de crenças. Pesquisas futuras que investigarão sobre essa temática devem, pois, levar em consideração essas limitações.

Por fim, destaca-se a pertinência e relevância dessa pesquisa por investigar as crenças sobre causas do IAM e o comportamento de autocuidado para prevenção dessa doença, em uma amostra pouco estudada na região do sul do Estado do Maranhão. Além disso, o referido trabalho oferece maior compreensão sobre essa temática e sobre suas implicações para clínica, contribuindo, assim, para que as pessoas de forma consciente assumam com responsabilidade a conduta de autocuidado para prevenção e tratamento dessa doença.

Ao finalizar essa pesquisa, sem jamais esgotar tal temática, percebo que o desenvolvimento e a produção desta dissertação de mestrado elevaram meus conhecimentos profissionais, acadêmicos e pessoais, quanto aos conhecimentos sobre aplicações da pesquisa em psicologia nos contextos institucionais. A minha crença na Psicologia da Saúde com foco na área de conhecimento processo saúde-doença me abre caminhos de novos trabalhos e construção de conhecimentos necessários às pessoas em nossa sociedade.

Referências da Dissertação

- Castro, E. K., & Moro L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(3), 453-65.
- Castro, E. K., Altenhofen, V., & Britz de Lima, N. (2016). Percepção da doença em pacientes cardíacos: Uma revisão sistemática. *Estudos Interdisciplinares Em*

Psicologia, 7(2), 45–63. <http://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p45>

Castro, E. K., Peloso, F., Souza, M. A., & Dalagasperina, P. (2018). Autocuidado e Saúde.

In E. K. Castro & E. Remor (Org.). *Bases Teóricas da Psicologia da Saúde* (v. 1, p. 181-98). 1. ed. Curitiba: Appris.

Castro, E. K., Peukera, A. C., Lawrenza, P., & Figueiras, M. J. (2015). Percepção da

Doença, Conhecimento e Autocuidado sobre o Câncer do Colo do Útero. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(3), 483-9. DOI: 10.1590/1678-7153.201528307.

Figueiras, M. J., & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted

version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology & Health*, 22(2). <http://dx.doi.org/10.1080/14706007683274462>

Leventhal, H., Brissete, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-

regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and behaviour* (pp.42-65).

Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with

health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 219–252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Medeiros, J., & de Araújo Medeiros, C. (2017). Avaliação do autocuidado nos portadores

de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enfermagem*, 22(3).

Melo, S. C. (2012). *Relação entre percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida*

adotado: estudo exploratório. Dissertação, Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D.

(2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R e IPQ RH). *Psychology & Health*, 17, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440290001494>

Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients Perceptions of Their Illness The Dynamo of Volition in Health Care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60-5.

Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British journal of health psychology*, 17(2), 244-57.

**Apêndice A – Questionário Sociodemográfico e de Comportamentos em Saúde para
pessoa com a doença**



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Mestrado em Psicologia

**Questionário sociodemográfico, clínico e de comportamentos em saúde:
Pessoa com infarto agudo do miocárdio**

1	Data de nascimento	/ / Anos
2	Sexo	() Masculino () Feminino
3	Situação conjugal atual	() Com companheiro(a) fixo(a) () Sem companheiro(a) fixo(a)
4	Estado civil atual	() Solteiro(a) () Casado(a) () união estável () Viúvo(a) () Separado(a)
5	Você tem filhos?	() Sim () Não
6	Se a resposta à pergunta anterior seja SIM, quantos filhos você tem?	_____ filhos
7	Escolaridade	() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo
8	Qual sua escolaridade em tempo de estudos?	_____ Anos
9	Você trabalha atualmente?	() Sim () Não
10	Caso a resposta à pergunta anterior seja SIM, qual a sua ocupação	_____
11	Você possui plano de saúde?	() Sim () Não
12	Como você avalia atualmente seu estado de saúde?	() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssima
13	Você tem algum familiar com história de Infarto Agudo do Miocárdio?	() Sim () Não Se sim, qual?
14	Você realiza acompanhamento	() Sim () Não

	psicológico atualmente?	
15	Você realiza acompanhamento psiquiátrico atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16	Com que idade você fez sua primeira consulta com cardiologista?	_____ anos.
17	Com que frequência você realiza o Consulta com Cardiologista?	<input type="checkbox"/> Não realizo <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> A cada três meses <input type="checkbox"/> A cada seis meses <input type="checkbox"/> Uma vez por ano <input type="checkbox"/> A cada dois anos <input type="checkbox"/> Outro Especifique:
18	Com que frequência você realiza exame de glicemia?	<input type="checkbox"/> Não realizo <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> A cada três meses <input type="checkbox"/> A cada seis meses <input type="checkbox"/> Uma vez por ano <input type="checkbox"/> A cada dois anos <input type="checkbox"/> Outro Especifique:
19	Com que frequência você realiza exame eletrocardiograma?	<input type="checkbox"/> Não realizo <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> A cada três meses <input type="checkbox"/> A cada seis meses <input type="checkbox"/> Uma vez por ano <input type="checkbox"/> A cada dois anos <input type="checkbox"/> Outro Especifique:
20	Além destes exames, foram realizados outros?	<input type="checkbox"/> Sim. Especifique _____ <input type="checkbox"/> Não.
21	Caso não tenha realizado os exames solicitados, indique o motivo	<input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso ao serviço de saúde <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Desinteresse <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Limitação financeira <input type="checkbox"/> Dificuldade de agendamento. <input type="checkbox"/> Outro. Especifique:
22	Nos exames que você fez foi identificado alguma alteração?	<input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____. <input type="checkbox"/> Não
23	Você possui alguma doença crônica?	<input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
24	Você já foi diagnosticado com infarto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
25	Quem diagnosticou	<input type="checkbox"/> Médico Cardiologista <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral <input type="checkbox"/> outro
26	Quando foi o infarto?	Mês: _____ Ano: _____
27	Quantos vezes já infartou?	<input type="checkbox"/> uma <input type="checkbox"/> duas <input type="checkbox"/> Três ou mais
28	Ficou hospitalizado para tratamento do infarto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
29	Se sim, quanto tempo?	_____ dias
30	Esteve internado na UTI?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

31	Se sim, quanto dias?	dias
32	Você faz exercícios físicos?	() Não () uma vez na semana () duas vezes na semana () três vezes na semana
33	Você fuma?	() Sim () Não
34	Você consome bebida alcoólica?	() Sim () Não
35	Procura o médico quando sente dor no tórax, taquicardia, fadiga, náuseas, vômitos suor frio?	() Não () Sim.
36	Quando recebe informações sobre sua saúde, faz perguntas para melhor compreender o que não entende?	() Não () Sim.
37	Sempre que pode, cuida de si?	() Sim () Não
38	Você procura se alimentar de maneira a manter seu peso certo?	() Sim () Não
39	Já mudou algumas vezes seus costumes para melhorar sua saúde?	() Sim () Não
40	Antes de tomar um remédio procura se informar se ele causa algum mal?	() Sim () Não
41	Costuma analisar se as coisas que faz lhe mantém saudável?	() Sim () Não
42	Costuma fazer consulta médica e exames sem sentir que está doente?	() Sim () Não
43	Dorme o suficiente para se manter descansado?	() Sim () Não
44	Costuma reservar um tempo para estar contigo mesmo quando sente necessidade?	() Sim () Não
45	Se tem algum problema de saúde, sabe como conseguir informações para resolvê-lo?	() Sim () Não

Fonte: Adaptação do Grupo de pesquisa Estudos Avançados em Psicologia da Saúde-GEAPSA (Castro et al 2015; Peuker et al., 2016).

**Apêndice B – Questionário Sociodemográfico e de Comportamentos em Saúde para
pessoa sem a doença**



Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia

**Questionário sociodemográfico, clínico e de comportamentos em saúde:
Pessoa sem infarto agudo do miocárdio**

1.	Data de nascimento	___/___/_____
2	Idade atual	_____ anos
3	Situação conjugal atual	() Com companheiro(a) fixo(a) () Sem companheiro(a) fixo(a)
4	Estado civil atual	() Solteiro(a) () Separado(a) () Casado(a) ou vive com companheiro(a) () Viúvo(a)
5	Você tem filhos?	() Sim () Não
6	Se a resposta à pergunta anterior seja SIM, quantos filhos você tem?	_____ filhos
7	Escolaridade	() Sem escolaridade formal () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo
8	Qual sua escolaridade em tempo de estudos?	_____ Anos
9	Você trabalha atualmente?	() Sim () Não
10	Caso a resposta à pergunta anterior seja SIM, qual a sua ocupação	_____
11	Você possui plano de saúde?	() Sim () Não
12	Como você avalia atualmente seu estado de saúde?	() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssima
13	Você tem algum familiar com história de Infarto Agudo do Miocárdio?	() Sim () Não Se sim, qual? _____

14	Você realiza acompanhamento psicológico atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15	Você realiza acompanhamento psiquiátrico atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16	Com que frequência você realiza o Consulta com Cardiologista?	<input type="checkbox"/> Mensalmente (uma vez por mês) <input type="checkbox"/> uma vez por ano <input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____
17	Você faz exercícios físicos	<input type="checkbox"/> uma vez na semana <input type="checkbox"/> duas vezes por semana <input type="checkbox"/> três vezes na semana
18	Você fuma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19	Você consome bebida alcoólica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19	Na consulta houve indicação de exame de glicemia ?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não _____.
20	Caso não tenha realizado os exames solicitados, indique o motivo:	<input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso ao serviço de saúde <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Desinteresse <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Dificuldade de agendamento, <input type="checkbox"/> Limitação financeira <input type="checkbox"/> Outro. Especifique:
21	Com que frequência você realiza exame de glicemia?	<input type="checkbox"/> Não realizo <input type="checkbox"/> A cada 6 meses <input type="checkbox"/> Uma vez por ano <input type="checkbox"/> Uma vez a cada dois anos <input type="checkbox"/> Outro. Especifique:
22	Com que idade você fez sua primeira consulta com cardiologista?	_____ anos.
23	Com que frequência você realiza exame eletrocardiograma?	<input type="checkbox"/> Não realizo <input type="checkbox"/> A cada 6 meses <input type="checkbox"/> Uma vez por ano <input type="checkbox"/> Uma vez a cada dois anos <input type="checkbox"/> Outro. Especifique:
24	Nos exames que você fez foi identificado alguma alteração?	<input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____. <input type="checkbox"/> Não
25	Nos exames de sangue foi identificado alterações	<input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____. <input type="checkbox"/> Não
26	Além destes exames, foi realizado outro?	<input type="checkbox"/> Sim. Especifique _____. <input type="checkbox"/> Não.
27	Procura o médico quando sente dor no tórax, taquicardia, fadiga, náuseas, vômitos suor frio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.
28	Quando recebe informações sobre sua saúde, faz perguntas para melhor compreender o que não entende.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.
29	Você foi diagnosticado com ameaça de Infarto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

30	Você possui alguma doença crônica?	() Sim () Não Qual?
31	Você procura se alimentar de maneira a manter seu peso certo	() Sim () Não
31	Já mudou algumas vezes seus costumes para melhorar sua saúde	() Sim () Não
32	Antes de tomar um remédio procura se informar se ele causa algum mal	() Sim () Não
33	Sempre que pode, cuida de si	() Sim () Não
34	Costuma analisar se as coisas que faz lhe mantém saudável	() Sim () Não
35	Dorme o suficiente para se manter descansado	() Sim () Não
36	Costuma reservar um tempo para estar contigo mesmo quando sente necessidade.	() Sim () Não
37	Se tem algum problema de saúde, sabe como conseguir informações para resolvê-lo	() Sim () Não
38	Procura ajuda para entender saber como cuidar melhor de sua	() Sim () Não

Fonte: Adaptação do Grupo de pesquisa Estudos Avançados em Psicologia da Saúde-GEAPSA (Castro et al 2015; Peuker et al., 2016)

Apêndices C – Questionário de percepção de causas do infarto agudo do miocárdio



Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia

CAUSAS DA DOENÇA

Protocolo N°: _____ Aplicador: _____ Data da aplicação: ____/____/_____.
--

Instrução: Gostaríamos de saber o que você considera ser a causa do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Estamos mais interessados na sua opinião acerca dos fatores que causam essa doença, do que nas opiniões de outros, incluindo o que médicos ou outras pessoas lhe possam ter sugerido. Por isso não haverá resposta certa ou erradas. Para iniciar resposta de forma espontânea, três possíveis causas do IAM:

Abaixo se encontra uma lista de possíveis causas do IAM, Você indicará o quanto concorda ou discorda com essas causas, circulando o número que corresponde a sua resposta. Em caso de erro, marque um **X** em cima do número errado, anulando a resposta.

Perguntas	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1 - Estresse ou preocupação	1	2	3	4	5
2- Hereditariedade (é de família)	1	2	3	4	5
3 - Excesso de peso	1	2	3	4	5

4 - Tipo de alimentação	1	2	3	4	5
5- O estado emocional (ex. sentir-se só ou ansioso)	1	2	3	4	5
6- Destino ou má sorte	1	2	3	4	5
7- O comportamento da pessoa	1	2	3	4	5
8- Diabetes	1	2	3	4	5
9- Hipertensão	1	2	3	4	5
10- Tabagismo e consumo de álcool	1	2	3	4	5
11 - Estresse emocionais	1	2	3	4	5
12 Pouca assistência médica no passado	1	2	3	4	5
13- Colesterol e triglicerídeos	1	2	3	4	5
14-Problemas familiares ou preocupações	1	2	3	4	5
15 – Excesso de trabalho	1	2	3	4	5

Fonte: (Weinman, Petrie, Moss-Moris & Horne, 1996) e do *Revised Illness Perception Questionnaire for Healthy People (IPQ-RH)* (Figueiras & Alves, 2007).

Apêndice D – Formulário de Categorização das Causas atribuídas ao IAM

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia

Formulário de Categorização das Causas atribuídas ao IAM, para auxiliar os juízes a categorizar as respostas literais dos participantes

Categories	Causa I	Causa II	Causa III
1 Atribuições psicológicas			
2 Fatores de risco biológico			
3 Fatores de Risco do Infarto			
4 Falta de acesso aos recursos			
5 Lesões físicas			
6 Má sorte			
7 Produtos químicos			

Apêndice E – Parecer consubstancial do CEP

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Crenças sobre as causas do infarto agudo do miocárdio e autocuidado

Pesquisador: NIVALDETE DE OLIVEIRA SA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83258718.7.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.588.763

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do mestrado em Psicologia. O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma doença cardiovascular com elevado índice de mortalidade e morbidade no Brasil e no mundo. Em virtude disso, torna-se relevante investigar as crenças sobre as causas do adoecimento, uma vez que podem estar relacionadas com comportamentos do autocuidado e da prevenção. Nesse sentido, o presente estudo buscará examinar as crenças sobre as causas (atribuição causal) do IAM e as condutas de autocuidado de pessoas com e sem a doença. A pesquisa, de delineamento transversal e comparativo, terá a participação de trinta pessoas com IAM e trinta pessoas sem essa doença, selecionadas por conveniência. Os instrumentos para geração de dados serão Fichas com informações sociodemográficas, clínicas e de comportamentos de autocuidado, como também, questões que visarão identificar as causas da doença. As respostas quanto às principais causas do IAM serão categorizadas e analisadas por dois juízes independentes. Além disso, serão feitas análises descritivas, frequências e porcentagens das respostas por grupo, por média e desvio padrão, para as variáveis sociodemográficas numéricas. Desse modo, espera-se que os resultados possam contribuir para a conscientização das pessoas com e sem o diagnóstico de IAM a adotarem o comportamento de autocuidado, referente à prevenção e ao tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos são claros e factíveis

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 2.588.763

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão contemplados, sendo mínimos, ligados ao fato de responder ao questionário. Os benefícios são a melhoria do serviço de prevenção de enfermidades cardíacas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ter conhecimento sobre as causas do Infarto agudo do Miocárdio pode ajudar no autocuidado e por isso o estudo é relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a Folha de rosto devidamente assinada e duas cartas de anuência: uma do Hospital Regional de Balsas (MA) de onde virão as pessoas que já tiveram infarto do miocárdio e outra da secretaria de Assistência social para acessar por conveniência as pessoas não acometidas pela doença. As duas cartas estão adequadas. Foram redigidos dois TCLEs diversos para os dois grupos que participarão da pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1064938.pdf	02/04/2018 23:55:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclepcominfarto.pdf	02/04/2018 23:47:28	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Outros	tclepseminfarto.pdf	02/04/2018 23:43:00	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Outros	notadeesclarecimento.docx	20/03/2018 15:53:28	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Outros	documentodeidentidade.pdf	20/03/2018 15:28:29	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Outros	Cartadeanuenciasemas.pdf	20/03/2018 15:23:16	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Outros	Cartadeanuencienciahrb.pdf	20/03/2018 15:21:04	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	20/03/2018	NIVALDETE DE	Aceito

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 2.588.763

Orçamento	Orcamento.pdf	15:15:53	OLIVEIRA SA	Aceito
Outros	Cartaderesposta.pdf	20/03/2018 14:40:17	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	18/01/2018 20:55:56	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/01/2018 20:46:24	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	18/01/2018 18:25:59	NIVALDETE DE OLIVEIRA SA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLs_Nivaldete_Sa.pdf	09/04/2018 15:09:39	José Roque Junges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 09 de Abril de 2018

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador)

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br

Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participantes com a doença



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – participantes com a doença

A mestrande Nivaldete de Oliveira Sá, Psicóloga (CRP 22/00687), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, orientada pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, é responsável pela pesquisa intitulada "Crenças sobre as causas do infarto agudo do miocárdio e autocuidado". Essa pesquisa tem o objetivo de examinar as crenças sobre as causas (atribuição causal) do Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e condutas de autocuidado de pessoas com e sem a doença, ou seja, busca conhecer o que você pensa que causa o IAM e saber como você cuida da sua saúde.

Participarão dessa pesquisa cerca de trinta pessoas que, como você, tiveram IAM e estão em tratamento nesse hospital regional de Balsas. Além dessas, também cerca de trinta pessoas que não tiveram IAM e que participam grupos de convivência e fortalecimento de vínculos do Centro de Referência de Assistência Social-CRAS de São Raimundo das Mangabeiras-MA.

Convidamos você a participar dessa pesquisa, preenchendo alguns questionários sobre comportamentos em saúde e sobre o que pensa sobre o IAM. Essa pesquisa ocorrerá apenas uma vez e o tempo estimado para preenchimento dos questionários será de 30 minutos. Após a sua participação, a pesquisadora poderá responder sobre quaisquer dúvidas que tenha sobre o IAM, autocuidado e comportamentos de prevenção e adesão ao tratamento.

Os dados dos participantes serão confidenciais e os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, de forma geral, sem identificação do participante. Esses dados (questionários) serão armazenados no Grupo de estudos avançados em Psicologia da Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos, pelo período de cinco anos e, após serão enviados para reciclagem. Sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você participa se quiser, sem qualquer prejuízo ao atendimento que você recebe no hospital. Além disso, a qualquer momento você poderá solicitar esclarecimentos de suas dúvidas, bem como desistir de participar da mesma.

Os riscos de sua participação na pesquisa são mínimos, ou seja, você poderá sentir algum desconforto pelas perguntas que lhe serão feitas advindas dos questionários. Caso você se sinta desconfortável, comunique à pesquisadora e a coleta de dados poderá ser interrompida. Se a pesquisadora ou você julgar necessário, poderá ser encaminhado para apoio médico e/ou psicológico na rede de atendimento à saúde pública municipal. Você sempre poderá obter informação sobre andamento da pesquisa em contato com a pesquisadora Nivaldete de Oliveira Sá, pelo e-mail nivasaph@gmail.com ou sua orientadora, Dra. Elisa Kern de Castro, pelo fone (51) 3591-1122, ramal 2227.

Caso aceite participar da pesquisa, você deve assinar esse documento em duas vias, sendo uma para você e a outra para a pesquisadora responsável.

Balsas - MA: ____ / ____ / 201__.

Participante: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora: Nivaldete de Oliveira Sá Assinatura: _____

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio G
 Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 http://w
 .br

CEP – UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 09/04/2018

Apêndices G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Participantes sem a doença



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – participantes sem a doença

A mestrande Nivaldete de Oliveira Sá, Psicóloga (CRP 22/00687), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, orientada pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, é a pesquisadora responsável pela a pesquisa intitulada "Crenças sobre as causas do infarto agudo do miocárdio e autocuidado". Essa pesquisa tem como objetivo examinar as crenças sobre as causas (atribuição causal) do Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e condutas de autocuidado de pessoas com e sem a doença, ou seja, busca conhecer o que você pensa que causa o IAM e saber como você cuida da sua saúde e compará-las sobre o que pensam e como se cuidam pessoas que já tiveram o IAM.

Participarão dessa pesquisa cerca de trinta pessoas que, como você, não tiveram IAM e que participam dos serviços de convivência nesse CRAS. Além dessas, também cerca de trinta pessoas que já tiveram IAM e que estão em tratamento no Hospital Regional de Balsas-MA. Ao coletar informações de pessoas que não tiveram e tiveram o IAM poderemos analisar de maneira comparativa como quem teve e não teve IAM se cuida e o que pensa sobre a doença. Assim, convidamos você a participar dessa pesquisa, respondendo a alguns questionários sobre comportamentos em saúde e crenças sobre o IAM. O tempo estimado para preenchimento dos questionários será de 30 minutos. Após a sua participação, a pesquisadora poderá responder sobre quaisquer dúvidas que tenha sobre o IAM, autocuidado e comportamentos de prevenção e adesão ao tratamento.

Os dados dos participantes serão confidenciais e os resultados da pesquisa podem ser divulgados em eventos e publicações científicas, de forma geral, sem identificação. Esses dados (questionários) serão armazenados no Grupo de estudos avançados em Psicologia da Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos pelo período de cinco anos e, após esse período, serão levados para reciclagem. Sua participação na pesquisa é voluntária, a qualquer momento você poderá solicitar esclarecimentos de suas dúvidas, bem como desistir de participar da mesma, sem quaisquer prejuízos.

Os riscos de sua participação serão mínimos, pois serão levantados dados de como você cuida de sua saúde. Porém, se você sentir algum desconforto ao responder aos questionários, comunique à pesquisadora e a coleta de dados poderá ser interrompida. Caso você ou a pesquisadora considere oportuno, você poderá ser encaminhado para assistência psicológica gratuita na rede de atendimento à saúde pública municipal. Você sempre poderá obter informação sobre andamento da pesquisa em contato com a pesquisadora: Nivaldete de Oliveira Sá, pelo e-mail nivasaph@gmail.com ou com sua orientadora, Dra. Elisa Kern de Castro, ligando no seguinte telefone: (51) 3591-1122, ramal 2227.

Caso aceite participar da pesquisa, você deve assinar esse documento em duas vias, sendo uma para você e a outra para a pesquisadora responsável.

São Raimundo das Mangabeiras - MA - MA: ____ / ____ / 201__.

Participante: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora: Nivaldete de Oliveira Sá Assinatura: _____

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio G
Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>

CEP – UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 09/04/2018