



Princípios de mudanças comportamentais e manejo dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida

Salvador Sebastião Ramos

Especialista em Cardiologia pela SBC
Especialista em Medicina do Esporte pela SBME
Médico do Serviço de Cardiologia do Hospital Mãe de Deus e da Prevencor

Endereço para contato:

Endereço: Rua Costa, 30 – conj. 403 – fone: 32302677
e-mail: salvador.sebastiao@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Princípios de mudanças comportamentais

O estilo de vida tem sido associado com as causas de várias doenças, destacando-se, entre elas, as cardiovasculares.

Várias teorias tentam explicar a influência de diferentes variáveis, como crenças e valores individuais, na tomada de determinadas atitudes comportamentais ¹.

O objetivo de auxiliar o paciente na mudança de comportamentos, embasado em evidências científicas de clara e importante influência, tanto na prevenção quanto na recuperação de doenças cardiovasculares já estabelecidas, representa um dos grandes desafios ao profissional da saúde. O entendimento deste enfoque complementa, nas consultas, o fornecimento de informações sobre o risco associado ao comportamento e à prescrição de medicamentos.

Para o adequado manejo destas questões, não raro, o acompanhamento por profissionais como psicólogos e psiquiatras está indicado. Entretanto, o conhecimento de alguns princípios básicos relacionados às mudanças comportamentais é fundamental aos profissionais da saúde envolvidos no atendimento individual do paciente, auxiliando no entendimento da aderência ou não e dos resultados obtidos com o tratamento.

A tomada de decisões para mudanças é influenciada pela motivação do paciente. Em geral, a prática clínica

tem adotado uma perspectiva de motivação como algo relativamente imutável, ou seja, o paciente está motivado para a mudança e então pode ser ajudado, ou não está motivado, portanto não é possível a mudança. O enfoque atual não é assim tão rígido. Uma técnica, conhecida como Entrevista Motivacional, difundida de forma ampla na Europa e nos Estados Unidos, e mais recentemente no Brasil, postula que a aderência à mudança depende de sua motivação, e que essa pode ser modificada ao longo do tempo.

A Entrevista Motivacional representa, na verdade, uma intervenção terapêutica que agrega abordagens já existentes, como a terapia centrada no paciente e terapias breves, acrescentando alguns conceitos novos, e que têm como objetivo promover a mudança de comportamento explorando sua ambivalência ². A ambivalência representa um conflito sobre uma decisão, de um lado querendo fazer algo a respeito do seu comportamento, porém, ao mesmo tempo, não querendo, condição difícil de resolver, pois cada lado do conflito tem seus benefícios e custos. Ao invés de serem propostas soluções ou conselhos, são oferecidos recursos de crítica que propiciem o espaço para uma mudança natural. São buscadas razões para a transformação no próprio paciente, e, ao invés de impor ou persuadi-lo, orientando-o a convencer-se sobre a necessidade da mudança ³.

A Entrevista Motivacional baseia-se em dois conceitos. O da **ambivalência**, já mencionado, e o da **prontidão** para mudar.

Prochaska e DiClemente ⁴ desenvolveram uma abordagem, conhecida como modelo transteórico, descrevendo a prontidão do indivíduo para mudar, e que procura classificá-lo em diferentes estágios. Esse modelo baseia-se na premissa de que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diferentes níveis de motivação/prontidão para se modificar. Esses estágios recebem diferentes designações e apresentam características próprias. São eles:

Pré-contemplação: não há qualquer intenção de mudar; não encara o seu comportamento como um problema; ocorre, portanto, uma “resistência” ou “negação”; nesta fase, o paciente deve ser estimulado a pensar na mudança, devendo receber informações claras e objetivas sobre os benefícios.

Contemplação: há conscientização sobre os riscos do comportamento; considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita (ambivalência); é o momento de trabalhar os motivos que o levaram a adotar o comportamento e estabelecer metas de como poderá vencê-los; considerando que esta fase pode ser curta ou durar vários anos, sendo que alguns pacientes nunca progredem além deste estágio, a insistência pelo profissional da saúde deve ser retomada nas consultas subsequentes.

Preparação: quando aceita, está pronto para mudar; nessa fase, deve ser encorajado a marcar uma data para a mudança; a necessidade ou não de algum suporte extra deve aqui ser considerada.

Ação: o paciente toma a atitude que o leva a realizar a transformação; os primeiros dias requerem decisão firme, comportamento positivo, em especial observando as recompensas da mudança.

Manutenção: nessa fase o paciente deve ser monitorado quanto aos progressos e às dificuldades, sendo fundamental a adoção de estratégias que visam prevenir recaídas; manter a mudança, com frequência, não é um processo fácil, podendo retornar a qualquer uma das fases anteriores; alguns pacientes podem comportar-se de forma semelhante a uma porta giratória, com idas (progresso) e vindas (recaídas); deve-se estar a par de que alguns apresentam várias recaídas até que a mudança se estabeleça de forma definitiva.

Manejo dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida

No estudo INTERHEART ⁵, cujo objetivo foi avaliar fatores de risco associados à doença arterial coronariana em populações com histórico étnico, estilos de vida e níveis sócio-econômicos diversos, nove fatores de risco foram responsáveis por mais de 90% do risco atribuíveis à incidência de um primeiro IAM. Foi um estudo do tipo caso-controle realizado em 52 países dos 5

continentes, em 262 centros, incluindo 15.152 casos e 14.820 controles. Dos nove fatores identificados no estudo, dislipidemias, tabagismo, hipertensão, diabetes, obesidade abdominal e fatores psicossociais aumentaram o risco, enquanto consumo de frutas/vegetais, atividade física regular e consumo moderado de bebidas alcoólicas reduziram o risco, sendo de menor impacto a ingestão de álcool. Estes achados foram observados em ambos os sexos, em todas as idades e em todas as regiões. Dislipidemias e tabagismo foram responsáveis por mais de dois terços do risco. Os demais fatores, também associados de forma significativa, apresentaram algumas diferenças nas diversas regiões geográficas.

Uma análise mais detalhada permite observar que alguns destes itens estão ligados diretamente ao estilo de vida (tabagismo, ingestão de frutas/vegetais, atividade física, consumo de álcool com moderação), sendo que os demais, além de provável componente genético/ambiental, também são influenciados por comportamentos. Como citado, o risco atribuível a estes fatores foi de 90%. Quando incluído o histórico familiar, o risco atribuível aumentou de maneira discreta, passando para 91%, salientando ainda mais a importância do estilo de vida no contexto da prevenção da DAC.

Considerando os riscos observados com tabagismo, ingestão de frutas/vegetais e atividade física, os autores colocam, na discussão do estudo, que não fumar, ingerir regularmente frutas/vegetais e praticar exercícios, poderia levar à redução de 80% do risco relativo para o IAM. Salientam também que os achados são semelhantes ao do *US Nurses Health Study* ⁶, no qual um estilo de vida saudável poderia evitar mais do que três quartos do risco de DAC e AVC na mulher.

Devido à limitação de espaço, faremos breve abordagem sobre o manejo dos fatores de risco diretamente ligados ao estilo de vida (tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo), porém indicando fontes complementares (referências) que possibilitem aprofundar o tema.

Em relação ao tabagismo, as Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008, da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia ⁷, constituem uma ferramenta atualizada e abrangente para auxiliar o profissional de saúde no manejo do tabagista. A publicação destaca que a dependência do tabaco é cada vez mais reconhecida como condição crônica, podendo necessitar de repetidas intervenções. Evidências recentes também são apresentadas, embasando o papel fundamental do aconselhamento, tanto em intervenção isolada ou em grupo, quanto associado ao tratamento farmacológico. A escolha das orientações a serem fornecidas pelo profissional deve levar em consideração os recursos disponíveis no local de atuação e as circunstâncias específicas do paciente.

A primeira parte das diretrizes aborda a avaliação global do tabagista. É destacada a avaliação do grau de dependência à nicotina, sendo recomendado o *Fagerström test for nicotine dependence*⁸, questionário de seis perguntas (quadro 1). Soma superior a seis pontos indica ser provável o paciente ter desconforto significativo ao deixar de fumar (síndrome de abstinência)⁹. Também é fundamental a avaliação do grau de motivação, podendo ser utilizado o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, em publicação focada no tabagista¹⁰.

A Entrevista Motivacional, construída em um cenário comunicativo entre paciente e profissional, cria um ambiente favorável para a verbalização de conflitos, medos e expectativas, possibilitando ajudar na abordagem da ambivalência relativa ao tabagismo e facilitando mudanças¹¹.

Quadro 1 – Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

(3) nos primeiros 5 minutos

(2) de 6 a 30 minutos

(1) de 31 a 60 minutos

(0) mais de 60 minutos

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?

(1) sim

(0) não

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

(1) o primeiro da manhã

(0) os outros

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

(0) menos de 10

(1) 11 a 20

(2) 21 a 30

(3) mais de 30

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

(1) sim

(0) não

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?

(1) sim

(0) não

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada

A segunda parte da diretriz sobre a abordagem terapêutica salienta que os métodos baseados na terapia comportamental cognitiva são fundamentais no manejo do fumante em todas as situações clínicas, tanto no atendimento individual

quanto em grupo, mesmo quando é necessário o tratamento medicamentoso.

O uso de medicamentos constitui recurso adicional quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos e não-nicotínicos. A terapia de reposição de nicotina (adesivos transdérmicos, goma de mascar, spray nasal, pastilhas), a bupropiona e a vareniclina são consideradas de primeira linha, enquanto nortriptilina e clonidina são fármacos de segunda linha no tratamento⁷.

Estratégias para cessação do tabagismo no adulto e peculiaridades da abordagem em populações especiais são apresentadas e discutidas em revisão sistemática também sugerida para leitura complementar¹².

Outro fator importante relacionado ao estilo de vida é uma alimentação inadequada, a qual influencia e aumenta a prevalência de fatores de risco como a obesidade, as dislipidemias, o diabetes e a hipertensão arterial. Dados alarmantes, em especial relacionados ao aumento da obesidade e todo o contexto do risco cardiometabólico a ela associado, representam hoje um grande desafio na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. O estudo multicêntrico europeu conhecido como EUROASPIRE, que avalia de maneira periódica a prevalência de fatores de risco modificáveis em pacientes com DAC, já estabelecida (pós IAM, síndromes isquêmicas agudas ou revascularização miocárdica cirúrgica ou por cateter), teve seus dados mais atuais recentemente publicados. Comparando os dados do EUROASPIRE I (período de 1995-1996, com 3.180 pacientes), II (período de 1999-2000, com 2.975 pacientes) e III (período de 2006-2007, com 2.392 pacientes), observou-se que fatores de risco como tabagismo e hipertensão arterial permaneceram praticamente inalterados. Em relação à hipercolesterolemia, observou-se importante redução da prevalência, representada por 94,5% no I, 76,7%, no II e 46,2%, no III, refletindo, na opinião de vários autores, o aumento do uso e da eficácia das estatinas. Por outro lado, um dado preocupante esteve relacionado ao aumento significativo da prevalência de obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), representada por 25% no I, 32,6%, no II e 38%, no III, acompanhado pelo aumento da prevalência de diabetes (17,4% no I, 20,1% no II e 28% no III)¹³.

No manejo da alimentação associada ao risco cardiovascular, sugerimos leitura da abrangente publicação do Grupo de Estudos em Nutrição da SOCERGS, e convidados, na revista referente a setembro/outubro/novembro/dezembro de 2009, cujo título é Nutrição e Cardiologia¹⁴.

Em relação ao sedentarismo, a primeira etapa consiste na adequada avaliação pré-participação para a prática de exercícios,

abordada em outro capítulo desta revista, sendo importante para a individualização da prescrição e na prevenção de riscos. Quanto ao manejo, mais especificamente sobre a prescrição, alguns elementos necessitam ser informados de forma clara ao paciente, como a escolha do tipo de exercício, a intensidade, a duração da sessão, a frequência semanal e o ritmo de progressão. Um mínimo de atividades predominantemente aeróbicas, de intensidade moderada, de 150 minutos semanais, tem sido recomendada em artigos de revisão¹⁵ com base em publicações de instituições como a *American Heart Association*¹⁶. Exercícios de resistência muscular localizada (musculação, por exemplo), 2 a 3 vezes por semana, também devem ser incluídos no programa, agregando benefícios significativos e com detalhamento da prescrição sendo encontrado em publicações específicas¹⁷. As indicações e contra-indicações para portadores de DAC, pós-IAM, revascularizados e outros, apresentam algumas características próprias que devem ser observadas¹⁸.

Considerando a saúde/doença cardiovascular não apenas como um produto da estrutura individual, fica evidente a importância do conhecimento dos princípios básicos de mudanças comportamentais para o adequado manejo dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida.

Referências Bibliográficas

1. Developing personal skills. In: Naidoo J, Wills J. Foundations for Health Promotion. Third edition. Baillière Tindall Elsevier. 2009;137-54.
2. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? Behavior and Cognitive Psychotherapy 1985;23:325-34.
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change. 2nd edn. Guildford Press London. 2002.
4. Prochaska JO, DiClemente CC. Towards a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N (eds) Treating addictive behaviors: processes of change. Plenum, New York. 1986.
5. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364:937-52.
6. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N Engl J Med 2000;343:16-22.
7. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo da SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) – 2008. J Bras Pneumol 2008;34(10):845-80.
8. Heather TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86(9):1119-27.
9. Halty LS, Hüttner MD, Netto IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. J Pneumol 2002;28(4):180-6.
10. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addict Behav 1982;7(2):133-42.
11. Fuentes-Pila JM, Calatayud P, López E, Castañeda B. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio em la dependência nicotin-tabáquica. Transtornos Adictivos 2005;7(3):153-65.
12. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. Ann Intern Med 2006;145(11):845-56.
13. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in eight European countries. Lancet. 2009;373:929-940.
14. Nutrição e Cardiologia. Revista da SOCERGS. Ano XVII, número 17, set/out/nov/dez 2009.
15. Metkus TS, Baughman KL, Thompson PD. Exercise prescription and primary prevention of cardiovascular disease. Circulation 2010;121:2601-4.
16. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, et al. American College of Sports Medicine; American Heart Association. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation 2007;116:1081-93.

17. Williams MA, Haskell WL, Ades PA, et al. American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2007;116:572-84.

18. Thompson PD. Exercise prescription and proscription for patients with coronary artery disease. *Circulation* 2005;112:2354-63.