

ESTÁGIOS DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES CARDIOPATAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA

Fabiana Silveira Copes*
Lígia Batiston**
Ana Letícia Vargas Barcelos***
Jéssica Cristina de Cezaro****

Resumo

Os estágios de mudança no comportamento alimentar e dos fatores que interferem nas escolhas alimentares são primordiais para auxiliar na identificação de ações e nortear o processo de intervenção nutricional a pacientes cardíacos. O objetivo deste trabalho foi avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar de pacientes cardiopatas internados em um hospital filantrópico, referência em cardiologia do Centro e Extremo-Oeste catarinense, bem como seus fatores de risco, descrevendo as influências sobre as escolhas alimentares. É um estudo transversal, com entrevista de 103 pacientes internados em um hospital especializado em cardiologia, com aplicação de um algoritmo sobre a prática de hábitos alimentares saudáveis, com identificação de estágios de mudança. Com os resultados, verificou-se que 54,4% dos pacientes eram mulheres, 53,4% dos avaliados eram fumantes e 71,8% apresentavam histórico familiar de doença cardíaca. Ademais, 91,3% declarou que viviam situações de estresse e 65% dos pacientes não possuía conhecimento sobre orientações alimentares. Na classificação dos estágios de mudança, 19,5% estavam na pré-contemplação, 28,2% na contemplação, 71,9% na preparação, 93,5% na ação e 6,5% na manutenção, sem realização de adequação nutricional nas mudanças alimentares. As mudanças mais discutidas sobre alimentação, a fim de torná-la saudável foram: redução de gorduras (74,8%), redução do sal (43,7%), aumento no consumo de verduras e legumes (33%) e aumento na ingestão de frutas (28,8%). Pode-se verificar os estágios de mudança e as condições que as favorecem em relação à alimentação como parte do processo de tratamento de pacientes com comprometimentos cardiovasculares.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Modelo transteórico. Cardiopatia.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares apresentam alta prevalência em internações e óbitos, constituindo, assim, um grave problema de saúde pública. No Estado de Santa Catarina, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de mortalidade, representando um terço do total das mortes. Insuficiência cardíaca (IC), hipertensão (HAS), acidente vascular encefálico (AVE), angina *pectoris* e o infarto agudo do miocárdio estão entre os 11% do total de internações, ainda com tendência de crescimento, de modo que se deve buscar novas estratégias nos serviços de controle e prevenção (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2005).

Em 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), com a IC sendo a causa mais frequente (BOCCHI et al., 2009). É considerada a principal causa de morte no Brasil, com 32% das mortes de indivíduos acima de 30 anos (em 2005), fruto do aumento da prevalência e do pequeno controle dos fatores de risco (TAYLOR, 2010).

* Mestre em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Doutoranda em Saúde da Criança pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Nutricionista; fabianacopes@yahoo.com.br

** Graduada em Nutrição pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó; l_nutri@yahoo.com.br

*** Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada pela Universidade Luterana do Brasil; Doutoranda em Genética e Toxicologia Aplicada pela Universidade Luterana do Brasil; Nutricionista

**** Especializanda em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso pela Escola do Grupo Hospitalar Conceição e no Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde; Nutricionista na Secretaria Municipal de Saúde de Vista Gaúcha; jessicadecezarogmail.com

Conforme apresentado pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), além do estilo de vida, atividade física e a eliminação de fatores promotores de risco cardiovascular, como tabagismo, mudanças de comportamentos alimentares também auxiliam a prolongar a expectativa de vida.

Os hábitos culturais presentes e decorrentes da alimentação com excesso de gorduras totais, saturadas e colesterol, sódio, açúcar refinado, aliado ao consumo relativamente baixo de nutrientes essenciais e fibras, e uma frequente ingestão de calorias acima das necessidades calóricas diárias recomendadas, favorecem o aumento nas chances de desenvolver riscos cardiovasculares. Associados ao tabagismo (sendo o indivíduo fumante ativo ou passivo), o sedentarismo e as atividades físicas que nos mantêm inertes (música, TV, informática) elevam ainda mais as chances (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Em conjunto com os fatores de HAS, doenças do aparelho circulatório e doenças cardiovasculares (DCV), o que ainda está relacionado é: a elevação dos efeitos decorrentes do aumento dos níveis séricos de lipídios e suas frações, glicose e insulina sanguínea, da pressão arterial, e com os fatores trombogênicos, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012; NEUMANN, 2006).

Conhecer o comportamento alimentar e seus determinantes propicia intervir de maneira efetiva nas práticas alimentares e nas orientações relacionadas à alimentação, bem como conhecer os estágios de mudança de comportamento do paciente, desencadeando o desenvolvimento de estratégias para a intervenção nutricional e a formação de métodos de educação nutricional que promovam mudanças reais das práticas alimentares e qualidade de vida (TORAL; SLATER, 2007; DIEZ GARCIA, 1999).

O modelo transteórico, também conhecido como Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento, segue os princípios de teorias de intervenção em saúde, para integrar processos e princípios de mudança. Apresenta estágios que mostram quando e qual o grau de motivação para realizar a mudança (PROCHASKA et al., 1996).

Em decorrência do exposto, o presente estudo objetivou avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar de pacientes cardiopatas internados em um hospital filantrópico, referência em cardiologia que atende às regiões do Meio-Oeste ao Extremo-Oeste de Santa Catarina.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional transversal. O estudo foi realizado com pacientes internados em um hospital referência em cardiologia situado no Estado de Santa Catarina, incluindo indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que apresentavam doença cardiovascular como patologia principal, confirmada por meio de diagnóstico médico prescrito no prontuário do paciente, no período de novembro de 2011 a abril de 2012, constando de uma amostra por conveniência de 103 pacientes (n=103).

Para identificação dos estágios de mudança, utilizou-se o instrumento de Marcus et al. (1992), o qual contempla hábitos alimentares do paciente, por meio do modelo transteórico com questões sobre fatores que influenciam nas escolhas alimentares, bem como os empecilhos para uma alimentação saudável e as mudanças realizadas ou objetivadas. O questionário utilizado apresenta cinco estágios de comportamento, ou seja, estágios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, que representam as fases das mudanças (BERNARDES, 2009).

No estágio de Pré-contemplação, o paciente não tem consciência dos seus problemas, ou seja, não é fisicamente ativo e não tem intenção de se tornar nos próximos seis meses (NIGG, 2005). Quando inicia um grau de consciência acerca do problema, o paciente entra no estágio de Contemplação, período de dualidades. A Preparação é o estágio em que ocorre a tomada de decisão, associando intenção e critério comportamental, com realização de pequenas mudanças, em que já objetivam realizar algum tipo de atividade dentro de, no máximo, 30 dias (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Já no estágio de Ação, o paciente modifica seu comportamento, experiência ou ambiente. Esse estágio encaixa-se com os indivíduos que relataram ser ativos regularmente a menos de seis meses (NIGG, 2005). O estágio de Manutenção ocorre quando a mudança de comportamento é sustentada de maneira vitoriosa por um período superior

a seis meses, em que o desafio é manter a mudança realizada, sem recidivas; é o estágio final, mudança comportamental solidificada à rotina, a qual exige esforços (MAHANN; SCOTT-STUMP, 2010).

A pesquisa adotou todas as normas estabelecidas pela Resolução n. 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Comunitária (Unochapecó) em 15 de dezembro de 2011, sob protocolo n. 224/11, sendo ainda autorizado o estudo na referida unidade de saúde. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) os dados começaram a ser coletados.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 12.0 (SPSS). As análises estatísticas envolveram: *Test T Student*, para comparar as médias e o Teste de Qui-quadrado, para proporções e associações entre as variáveis quantitativas. Estabeleceu-se como grau de significância estatística de 5%.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 103 pacientes internados, dos quais 54,5% eram do gênero feminino. Na Tabela 1 encontra-se o perfil clínico e sociodemográfico dos referidos pacientes.

Observou-se uma média de idade de 61,97 anos (DP 11,25), em que 53,4% da população do estudo eram idosos (idade ≥ 60 anos), variando as idades entre 35 e 83 anos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas

Variável	Indivíduos	%
Idade		
< 45 anos	8	7,8
45 – 60 anos	40	38,8
> 60 anos	55	53,4
Sexo		
Feminino	56	54,4
Masculino	47	45,6
Anos de estudo		
< 8 anos	91	88,3
> 8 anos	12	11,7

Fonte: os autores.

Em relação ao estilo de vida, pôde-se averiguar que se tratando de tabagismo, 2,9% corresponderam a não fumantes, 43,7%, ex-fumantes e a maioria dos pacientes, 53,4%, fumantes. Quando questionados quanto ao hábito de consumo de álcool, apenas 7,8% eram etilistas. Em relação às enfermidades relacionadas a risco cardiovascular, observou-se que o histórico de ICC, revascularização prévia e angioplastia prévia são as patologias mais comumente encontradas nessa população, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Fatores de Risco Cardiovascular

(continua)

Fatores de risco cardiovascular	Indivíduos (n)	%
Histórico de ICC	94	91,3
Revascularização prévia	43	41,7
Angioplastia prévia	39	37,9
Infarto prévio	35	34
Hipertensão Arterial	34	33
Coronariopatia prévia	30	29,1
Diabetes <i>Mellitus</i>	12	11,7
Dislipidemia	12	11,7

(conclusão)

Fatores de risco cardiovascular	Indivíduos (n)	%
Obesidade	8	7,8
História familiar de DAC	3	2,9
Insuficiência Renal	2	1,9
Estresse	2	1,9
Sedentarismo	2	1,9

Fonte: os autores.

Os pacientes cardiopatas foram classificados conforme estágios de mudança do comportamento alimentar, e verificou-se que grande parte encontrou-se alocada no estágio de Preparação e, sequencialmente, no de Ação, conforme caracterizado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos estágios de mudança do comportamento alimentar dos pacientes cardiopatas

Estágios de mudança	Número de pacientes (n)	%
Pré-contemplação	19	19,5
Contemplação	29	28,2
Preparação	74	71,9
Ação	58	93,5
Manutenção	4	6,5

Fonte: os autores.

Os estágios de mudança foram avaliados e se percebeu que, em relação à variável “conhecimento sobre alimentação”, 65% dos pacientes não possuíam conhecimento ou orientação em relação aos cuidados relacionados à alimentação. Quando questionados sobre se pensaram ou já houve tentativas em mudar os hábitos alimentares, 59,2% já haviam buscado alternativas, e a maioria feita por mulheres (59,6%).

Na classificação dos estágios de mudança do comportamento alimentar, o maior número de indivíduos (94,1%) apresentou motivação em realizar mudanças na alimentação (estágios de Preparação, Ação e Manutenção), em especial os relacionados à Ação. Entre os gêneros, 94,1% dos homens apresentaram maior motivação relacionada ao estágio de Ação; em contrapartida, nas mulheres, verificou-se que 72,3% encontravam-se no estágio de Manutenção. Tais dados eram relacionados ao pensamento de mudança da alimentação a menos ou mais de seis meses.

Em se tratando sobre o questionamento de quanto tempo vem pensando em se alimentar de maneira mais saudável, 92,9% das mulheres situavam-se no estágio de Ação (menos de seis meses) e 7,1%, no de Manutenção (mais de seis meses).

No que se refere ao nível de estresse nos últimos três meses, 79,6% dos entrevistados afirmaram que lidaram bem com as situações, contudo, 91,3% declararam que estão expostos muito frequentemente a situações que levam ao estresse.

Em relação a parentes próximos que já apresentaram doenças cardíacas, correspondeu a 71,8% dos entrevistados, em que 81,1% relataram que os pais apresentaram doença cardíaca. Em se tratando de atividade física, 82,5% referiram que não realizavam exercícios físicos além das atividades diárias normais. Já quando questionados sobre o número de refeições diárias realizadas, 36,9% realizavam as três principais refeições (café, almoço e jantar), 26,2% quatro refeições (café, almoço, lanche da tarde e jantar) e 31,1% cinco refeições diárias (café, lanche, almoço, lanche e jantar).

Na Tabela 4 encontram-se os dados sobre mudanças que tenham realizado ou pensado em realizar acerca da alimentação. Uma amostra de 74,8% relatou que a mudança seria na redução de gorduras na dieta, seguida de 43,7% na redução de sódio, 33% no aumento do consumo de verduras e legumes, 28,8% na elevação do consumo de frutas, 21,4% na redução na ingestão de carnes gordurosas, 13,6% no menor consumo de carne vermelha, 3,9% na redução de massas e farinhas, 8,7% na redução de açúcares e 5,8% no aumento do consumo de cereais integrais. Índices de mudanças relacionadas ao aumento de grãos, redução nas quantidades, redução no consumo de ovos, aumento no con-

sumo de alimentos *diet* e *light*, aumento do fracionamento das refeições, equilíbrio e variedade, e redução de laticínios corresponderam a apenas 1%.

Do total estudado, 2,9% citaram a redução no consumo de refrigerantes, de café e de embutidos, e 5,8% não realizariam quaisquer mudanças.

Tabela 4 – Distribuição das mudanças apontadas para seguir uma alimentação saudável entre os estágios de mudança

Estágios de mudança				
Mudanças	Contemplação (n)	Preparação (n)	Ação (n)	Manutenção (n)
Reduzir gorduras/frituras	17 *0,052	10 *0,014	46 *0,311	4
Reduzir carne gorda	4 *0,429	2 *0,205	13 *0,213	2
Aumentar verduras e legumes	3 *0,007	2 *0,024	21 *0,12	4
Reduzir sal	11 *0,528	6 *0,246	28 *0,61	0
Reduzir açúcar e doces	3 *0,903	1 *0,519	5 *0,504	0
Reduzir carne vermelha	3 *0,671	1 *0,308	8 *0,538	1
Aumentar frutas	6 *0,013	4 *0,102	30 *0,301	1
Reduzir quantidade	0 *0,382	0 *0,486	1 *0,791	0
Aumentar cereais	0 *0,050	0 *0,218	3 *0,118	1
Reduzir laticínios	1 *0,276	0 *0,624	1 *0,791	0

Fonte: os autores.

Nota: *p <0,005.

Entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares estão o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e as modificações alimentares, além dos fatores genéticos. Contudo, existem muitas vantagens com a realização de cuidados preventivos (SCHERR; RIBEIRO, 2009), corroborando com os dados do estudo.

Dos dados analisados, observaram-se muitos fatores de risco desencadeantes de doenças cardiovasculares, como possuir parentes próximos que já apresentaram doenças cardíacas, incluindo os vínculos paternos e maternos, situações cotidianas de estresse, fumo e histórico de IC, revascularização prévia, angioplastia prévia, infarto prévio, HAS e coronariopatia prévia.

O tabagismo no Brasil é considerado uma das principais causas de morte possíveis de serem evitadas, representando 45% dos óbitos por infarto, 25% por doença cerebrovascular e 30% das mortes provocadas por câncer (ZAITUNE et al., 2012).

Uma pesquisa da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013) constatou que, entre a população avaliada, a frequência de adultos que fumam variou entre 6,3% em Salvador e 18,2% em Porto Alegre, encontrando as maiores frequências entre homens em São Paulo (20,7%), seguida por Rio Branco (19,0%) e Rio de Janeiro (17,1%) e, entre as mulheres em Porto Alegre (19,3%), São Paulo (11,1%) e Rio Branco (10,9%).

De Vet et al. (2008) verificaram que a população de pacientes cardiopatas pode apresentar melhores repercussões relacionadas às mudanças nos hábitos alimentares, na busca de restauração da saúde, observados nos estágios de preparação, ação e manutenção, em que, no estudo, a prevalência de pacientes nos estágios de preparação e ação foi significativa, o que possibilita a realização efetiva de intervenções nutricionais (FRAME et al., 2001).

Porém, para intervenções nutricionais, segundo Graaf et al. (1997), indivíduos em pré-contemplação podem ser beneficiados com mensagens educativas que demonstrem a importância de uma dieta saudável. Em contrapartida, em pacientes em estágio de manutenção, a estratégia pode ser o fornecimento de informações mais detalhadas e práticas, como receitas e conhecimentos específicos sobre nutrição.

Com base no trabalho de Janis e Mann (1977), pressupõe-se que um indivíduo identifica as razões para mudar um comportamento e para não mudar. A mudança de comportamento é influenciada pelo peso relativo das vantagens percebidas *versus* as mudanças contras. Para a maioria dos comportamentos, os prós superam os contras das mudanças à medida que um indivíduo se move de contemplação para preparação. Para aqueles em pré-contemplação, as mudanças contra geralmente superam as vantagens. Assim, a maioria dos pacientes hospitalizados encontram-se no estágio de preparação e ação, o que pode ser em razão de o impacto da internação ou o tratamento prévio promoverem um impacto na modificação dos hábitos alimentares.

Stephoe et al. (2001), em estudo experimental, propõem alteração do comportamento alimentar de pacientes com risco de doenças cardíacas que receberam aconselhamento, sugeriu que aqueles em pré-contemplação e contemplação se beneficiam melhor de orientações relacionadas ao risco de dietas ricas em gorduras do que os pacientes em estágio de preparação e ação.

Frame et al. (2001) identificaram 78% da sua amostra (n=226) nos estágios de ação e manutenção para redução de gordura e 81% para aumento da ingestão de frutas e hortaliças, porém, dois anos depois, observaram que 91,5% encontravam-se nesses estágios para redução de gordura e apenas 25% para aumento da ingestão de frutas e hortaliças, sugerindo intervenções diferentes para esses dois comportamentos.

Em contrapartida, Mckee et al. (2007), em estudo com cardiopatas (n = 187), observaram 68% dos indivíduos nos estágios de ação e manutenção para realização de dieta saudável antes de um programa de intervenção, que passou para 91% ao final do programa, mantendo após os seis meses.

Considerando a população de cardiopatas e as intercorrências que podem repercutir de maneira positiva na mudança de hábitos alimentares, promovendo com que mais pessoas estejam nos estágios de preparação, ação e manutenção (FRAME et al., 2001), confirmando o que ocorre no estudo atual, em que a maior parcela encontra-se em estágio de manutenção e ação.

4 CONCLUSÃO

Pode-se perceber e identificar os estágios de mudança e as condições que as favorecem em relação à alimentação como parte do processo de tratamento de pacientes com comprometimentos cardiovasculares. Mensurar as mudanças e os níveis de comportamento alimentar e informação não irá refletir sobre as mudanças, mas são ferramentas importantes para a instalação e o redirecionamento das orientações e de trabalhos educativos de conscientização, no processo de autocuidado, auxiliando os pacientes em suas escolhas alimentares, que lhe beneficiarão no momento e futuramente.

Stages of Change in Feeding Behavior of cardiac patients in a hospital reference in cardiology

Abstract

The stages of change in eating behavior and the factors that influence the food choices are key to help identify actions and guide the process of nutritional intervention in cardiac patients. The objective of this work was to evaluate the stages of changes in feeding behavior of hospitalized cardiac patients in a charity hospital, cardiology reference in the center and middle west of Santa Catarina, as well as their risk factors, describing the influences on food choices. It is a cross-sectional study with interviews of 103 patients admitted to a cardiology hospital, with application of an algorithm for the practice of healthy eating habits, identifying stages of change. With the results, it was found that 54.4% of patients were women, 53.4% of the sample were smokers and 71.8% had a family history of heart disease. More-

over, 91.3% stated that they lived situations of stress and 65% of patients lacked knowledge about dietary guidelines. In the classification of stages of change, 19.5% were in precontemplation, 28.2% in contemplation, 71.9% in the preparation, 93.5% in action, 6.5% in the maintenance, without performing nutritional adequacy changes in food. The most discussed changes on food in order to make it healthy were: reduced fat (74.8%), salt reduction (43.7%), increased consumption of vegetables (33%) and increased fruit intake (28.8%). It was possible to check the stages of change and the conditions that favor in relation to food as part of the treatment of patients with cardiovascular impairment process.

Keywords: Feeding behavior. Transtheoretical model. Heart disease.

REFERÊNCIAS

- BERNARDES, S. **Estágios de mudança de comportamento alimentar relacionados ao consumo de frutas e vegetais em pacientes com doença aterosclerótica**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 93, n. 1, p. 1-71, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- DE VET, E. et al. Do the transtheoretical processes of change predict transitions in stage of change for fruit intake? **Heath Educ Behav.**, Rotterdam, v. 35, n. 1, p. 603-618, 2008.
- DIEZ GARCIA, R. W. **A comida, a dieta, o gosto: mudanças na cultura alimentar urbana**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- FRAME, J. et al. The stages of change for dietary fat and fruit and vegetable intake of patients at the outset of a cardiac rehabilitation program. **Am J Health**, Murray, v. 15, p. 405-413, jul./ago. 2001.
- GRAAF, C. de. et. al. Stanges of dietary change among nationally-representative samples of adults in the European Union. **Eur J Clin Nutr.**, Netherlands, v. 51, p. 47-56, 1997.
- JANIS, I. L.; MANN, L. **Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment**. New York: Free Press, 1977.
- MAHAN, K. L.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- MARCUS, B. H. et al. The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. **Health Psychol**, v. 11, n. 6, p. 386-395, 1992.
- MCKEE, G. et al. Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, Dublin, v. 6, p. 233-240, Sep. 2007.
- MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- NEUMANN, A. I. de la C. P.; SHIRASSU, M. M.; FISBERG, R. M. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 1, fev. 2006.
- NIGG, C. R. There is more to stages of exercise than just exercise. **Exerc Sport Sci Rev.**, v. 33, n. 1, p. 32-35, 2005.
- PROCHASKA, J. O. et al. The transtheoretical model and stages of change. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B. K. **Pacific grove**. 2. ed. California: Jossey-Bass; 1996.
- SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano para a organização da rede estadual de atenção em alta complexidade cardiovascular em Santa Catarina**. 2005.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Colesterol e gorduras em alimentos brasileiros: implicações para a prevenção da aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 92, n. 3, mar. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Programa Nacional de Prevenção em Epidemiologia**. 2012. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/funco/epide/epidemio.htm>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

STEPTOE, A. et al. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. **Am J Public Health**, v. 91, p. 265-269, Feb. 2001.

TAYLOR, M. J. Cardiology in Brazil: a country in development. **Eur Heart J.**, v. 31, n. 13, p. 1541-1547, 2010.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, dez. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular diseases**. Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en>. Acesso em: 27 maio 2014.

ZAITUNE, M. P. do A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, mar. 2012.