

Maria Amélia dos Santos Lopes

**Os estilos de vida nos doentes com
cardiopatia isquémica**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Março de 2012

Amélia Lopes

Os estilos de vida nos doentes com cardiopatia isquémica

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estudo efetuado sob a orientação dos:
Professor Doutor João Duarte Carvalho
Mestre António Madureira Dias

Março de 2012



AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento ao Professor Doutor João Duarte Carvalho, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento. Pela sua imprescindível ajuda no tratamento estatístico, grata por todo o tempo que me dispensou.

Ao Mestre António Madureira Dias, também estou grata pela dedicação e constante motivação para a realização deste trabalho. Por ter depositado confiança incondicional desde o início, pelas palavras de encorajamento e pela tranquilidade transmitida.

Ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, pela disponibilização de material bibliográfico de particular relevância.

Ao meu marido, pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis deste percurso.

Ao meu filho, que à sua maneira, foi o meu maior suporte e motivação.

A uma Amiga, pelo apoio, sempre disponível para ajudar nas pequenas e grandes dúvidas, pela luta constante e por não me ter deixado desistir.

A todas as pessoas que se disponibilizaram preencher os questionários, sem a sua participação este estudo não tinha viabilidade.

A todos estou profundamente grata.

RESUMO

Enquadramento: Os estilos de vida estão associados às doenças cardiovasculares e à mortalidade. Os benefícios da promoção de estilos de vida saudáveis na prevenção das doenças cardiovasculares são inequívocos, bem conhecidos pela comunidade científica e divulgados à população em geral. Contudo, as evidências de estilos de vida não saudáveis continuam a marcar uma tendência nas populações, principalmente nas sociedades ocidentais.

Objetivos: verificar que estilos de vida apresentam os doentes com cardiopatia isquémica; averiguar se as variáveis sociodemográficas e a funcionalidade familiar interferem nos estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica.

Métodos: Optou-se por um estudo não experimental, de natureza quantitativa, do tipo descritivo-correlacional e explicativo. Para avaliar as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados contém um questionário, constituído por questões relativas às variáveis sociodemográficas, a Escala de Funcionalidade Familiar, questões relacionadas com as variáveis clínicas, bem como contém a *Escala de Estilos de Vida*. A amostra global analisada foi de 140 doentes com Cardiopatia Isquémica, com uma média de idades de 68,98 anos. Do universo amostra em estudo, 105 doentes são do sexo masculino e 35 do sexo feminino.

Resultados: Mais de metade da amostra apresentava obesidade moderada, predominando os participantes que tinham mais peso quando foram acometidos pela doença coronária isquémica. A maioria dos participantes nunca fumou, estando incluídos dentro do grupo de fumadores os homens. No que se refere à alimentação saudável, o coeficiente de dispersão revelou que esta apresentava uma dispersão moderada. A média mais elevada foi ao nível dos estilos de vida não saudáveis. A idade influenciou os estilos de vida dos doentes e os estilos de vida não saudáveis. A situação laboral influenciou os estilos de vida dos doentes, cuja variação das médias resultou em diferenças estatisticamente significativas para o fator “estilos de vida não saudáveis”. O stresse, a funcionalidade familiar, a idade e o sexo são variáveis preditoras dos estilos de vida saudáveis e estilos de vida global, uma vez que a correlação positiva que estas variáveis estabelecem com os estilos de vida saudáveis é muito fraca, tendo-se deduzido que quanto maiores os índices nestas variáveis, mais baixos são os estilos de vida não saudáveis.

Conclusão: Este estudo indicou que, na generalidade, os doentes revelaram estilos de vida não saudáveis.

Palavras-chave: Cardiopatia isquémica; estilos de vida saudáveis; estilos de vida não saudáveis.

ABSTRACT

Framework: Healthy lifestyles are associated with cardiovascular disease and mortality. The benefits of promoting healthy lifestyles in the prevention of cardiovascular disease is unequivocal, well known by the scientific community and disseminated to the general population. However, evidence of unhealthy lifestyles continue to mark a trend in the populations, especially in Western societies.

Objectives: To verify that lifestyles have patients with ischemic heart disease; determine whether sociodemographic variables and family functioning interfere with the lifestyles of patients with ischemic heart disease.

Methods: We chose a non-experimental, quantitative, descriptive-correlational and explanatory. To assess the study variables, the data collection instrument contains a questionnaire consisting of questions related to sociodemographic variables, the Family Functioning Scale, issues related to clinical variables, and contains the Scale of Lifestyles. The bulk sample was analyzed for 140 patients with Ischemic Heart Disease, with a mean age of 68.98 years. Sample of the universe under study, 105 patients were male and 35 female.

Results: Over half the sample had moderate obesity, mostly participants who had more weight when they were suffering from ischemic heart disease. Most participants had never smoked, being included within the group of men smoking. With regard to the diet, the coefficient of dispersion found that this dispersion showed a moderate. The highest average was the level of unhealthy lifestyles. Age influenced the lifestyles of patients and unhealthy lifestyles. The employment situation has influenced the lifestyles of patients, whose average variation resulted in statistically significant differences for the factor "unhealthy lifestyles". The stress, family functioning, age and sex are predictors of healthy lifestyles and lifestyles overall, since the positive correlation that these variables have with the healthy lifestyles is very weak and it was deduced that the higher rates in these variables, the lower are the unhealthy lifestyles.

Conclusion: His study indicated that, overall, the patients revealed unhealthy lifestyles.

Keywords: Ischaemic heart disease, healthy lifestyles, unhealthy lifestyles.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1. REVISÃO DA LITERATURA	21
1.1. SAÚDE/PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	21
1.2. ESTILOS DE VIDA.....	27
1.3. ESTILOS DE VIDA E DOENÇA CORONÁRIA ISQUÊMICA	30
2. METODOLOGIA	33
2.1. ENQUADRAMENTO DO TEMA	33
2.2. INSTRUMENTOS.....	39
2.3. PROCEDIMENTOS	45
2.4. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO.....	45
3. RESULTADOS	47
3.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	47
3.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	60
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
CONCLUSÃO	83
BIBLIOGRAFIA	87
APÊNDICES	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Paradigmas Saúde/Doença	23
Tabela 2 – Estatística da idade segundo o sexo	36
Tabela 3 - Estatística da Funcionalidade Familiar segundo o Sexo	38
Tabela 3 - Estatística da Funcionalidade Familiar segundo o Sexo	38
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica	38
Tabela 5 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global dos estilos de vida.....	41
Tabela 6 - Consistência interna das atitudes e crenças face aos estilos de vida.....	42
Tabela 7 - Total Variância explicada na extração e após rotação	43
Tabela 8 - Ordenações dos indicadores por fatores dos estilos de vida.....	44
Tabela 9 - Matriz de correlação de Pearson entre os fatores da escala estilos de vida.....	44
Tabela 10 – Estatística do IMC segundo o sexo	49
Tabela 11 - Descritiva das variáveis Clínicas	50
Tabela 12 – Descritiva do IMC segundo o sexo	52
Tabela 13 – Estatística dos estilos de vida	54
Tabela 14 - Descritiva do Sexo segundo os estilos de vida.....	55
Tabela 15 - Descritiva da Idade segundo os estilos de vida.....	55
Tabela 16 - Descritiva do Estado Civil segundo os estilos de vida	56
Tabela 17 - Descritiva da Situação Laboral segundo os estilos de vida	56
Tabela 18 - Descritiva das Habilitações Literárias segundo os estilos de vida	57
Tabela 19 - Descritiva do Rendimento Mensal segundo os estilos de vida	58
Tabela 20 - Descritiva de Com que vive segundo os estilos de vida	59
Tabela 21 - Descritiva da Funcionalidade Familiar segundo os estilos de vida	59
Tabela 22 - Teste One-Way ANOVA entre a idade e os estilos de vida	61
Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e os estilos de vida	61
Tabela 24 - Teste t-student entre a situação laboral e os estilos de vida	62
Tabela 25 - Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e os estilos de vida.....	62

Tabela 26 - Teste de Kruskal-Wallis entre a residência e os estilos de vida	63
Tabela 27 - Teste de Kruskal-Wallis entre o rendimento e os estilos de vida.....	63
Tabela 28 - Teste de Kruskal-Wallis entre a situação financeira e os estilos de vida	64
Tabela 29 - Teste de Kruskal-Wallis entre com quem vive e os estilos de vida.....	65
Tabela 30 - Teste de Kruskal-Wallis entre a Funcionalidade Familiar e os estilos de vida ...	65
Tabela 31 – Correlação de Pearson entre a alimentação saudável e variáveis independentes	66
Tabela 32 – Regressão múltipla entre a alimentação saudável e as variáveis independentes	67
Tabela 33 – Correlação de Pearson entre os estilos de vida saudáveis e variáveis independentes	68
Tabela 34 – Regressão múltipla entre os estilos de vida saudáveis e as variáveis independentes	69
Tabela 35 – Correlação de Pearson entre os estilos de vida não saudáveis e variáveis independentes	70
Tabela 36 – Regressão múltipla entre os estilos de vida não saudáveis e as variáveis independentes	71
Tabela 37 – Correlação de Pearson entre os estilos de vida global e variáveis independentes	72
Tabela 38 – Regressão múltipla entre os estilos de vida global e as variáveis independentes	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas...	35
Figura 2 - Síntese das relações entre a alimentação saudável e as variáveis independentes	67
Figura 3 - Síntese das relações entre os estilos de vida saudáveis e as variáveis independentes	69
Figura 4 - Síntese das relações entre os estilos de vida não saudáveis e as variáveis independentes	71
Figura 5 - Síntese das relações entre os estilos de vida global e as variáveis independentes	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de Scree Plot.....	43
--	----

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares ou doenças do aparelho circulatório (DAC) estão definidas na Classificação Internacional de Doenças (CID). Nestas incluem-se a doença cardíaca reumática, a doença hipertensiva, a doença isquémica do coração (DIC), as doenças da circulação pulmonar, outras formas de doença cardíaca, as doenças cerebrovasculares, as doenças das artérias, as doenças das veias e linfáticos e outras doenças do sistema circulatório. O seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e diretas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar (Direção Geral da Saúde, 2003).

Com o aumento da incidência significativa de doenças cardíacas nas últimas décadas, as quais são responsáveis pelo grande índice de mortalidade nas sociedades ocidentais, estas patologias tem recebido a atenção e preocupação da comunidade médico-científica (Pires, 2009).

A cardiopatia isquémica surge ligada a um leque de problemas, os quais ultrapassam o modelo biomédico, salientando-se a necessidade de intervenção das várias ciências humanas, pela importante contribuição a dar, aquando da mudança de comportamento e de estilos de vida nos fatores de risco clínicos e comportamentais da mesma. O sofrimento e os custos causados pela cardiopatia isquémica deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que esta doença se pode considerar atualmente como uma verdadeira doença social: doença com génese e com repercussão social (Pires, 2009).

A noção de Estilo de Vida é um conceito antigo para a psicologia que foi adotado pelo novo modelo de conceção da saúde próprio da Segunda Revolução da Saúde. Lalonde (1974, cit. in Albuquerque, 1999) definiu Estilo de Vida como: “o agregado de decisões individuais que afetam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo” (p.32). A Organização Mundial de saúde define estilo de vida como “conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais” (WHO,1986, p.43), ou como: “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores” (WHO,1988, p.114).

Ao longo dos anos, o Estilo de Vida tem vindo a ser interpretado desde uma forma ampla, até uma forma estrita. Se, por exemplo, Lalonde (1974, cit. in Albuquerque, 1999), o qualificou como padrões de decisões, o que subentende toda uma cadeia de cognições, expectativas, emoções e comportamentos, interligados com antecedentes, consequentes e

colaterais suscetíveis de os influenciar, McQueen (1987, cit. in Albuquerque, 1999) reduziu-o a uma constelação de comportamentos tendentes a uma boa saúde.

Matos et al. (2000, p. 57) referem que o Estilo de Vida “é um modo de vida baseado em padrões identificáveis de comportamentos determinados pela interação entre as características pessoais do indivíduo, as interações sociais e as condições de vida socioeconómicas e envolvimentoais”.

Atendendo-se ao que está preconizado, a autorresponsabilização e o autocuidado são enfatizados como fatores primordiais na escolha dos estilos de vida que são a chave para a promoção da saúde bem-sucedida. Assim, os estilos de vida relacionados com bons hábitos alimentares desde o início do ciclo vital, o exercício físico, a ocupação de tempos livres e gestão de stresse, proporcionam uma boa qualidade de vida ao indivíduo (Pires, 2009).

Tendo-se consciência que a opção por estilos de vida saudáveis pode ser uma das fortes estratégias para a prevenção e redução da doença coronária isquémica, aliada à experiência profissional, optou-se por estudar os estilos de vida saudáveis e a sua relação com a doença coronária isquémica, sendo este o problema desta investigação.

Face ao exposto, formularam-se as seguintes questões de investigação, para o enquadramento do presente trabalho:

- Que estilos de vida apresentam os doentes com cardiopatia isquémica?

- Será que as variáveis sociodemográficas e a funcionalidade familiar interferem nos estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica?

Partindo destas questões, estabeleceram-se vários objetivos para conduzir a investigação:

- Determinar os estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica;
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal, situação financeira e com quem vive) sobre os estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica;
- Analisar a relação entre funcionalidade familiar, sexo, idade e stresse, e estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica;

Para se alcançarem os referidos objetivos, aplicou-se, como instrumento de recolha de dados, o questionário, constituído por questões relativas às variáveis sociodemográficas, a Escala de Funcionalidade Familiar, questões relacionadas com as variáveis clínicas, bem como contém a *Escala de Estilos de Vida*.

O presente estudo tem um cariz transversal e foi orientado segundo uma lógica descritiva correlacional, na medida em que se pretende descrever os estilos de vida dos

indivíduos com doença coronária isquémica, analisando a influência das variáveis sociodemográficas e sociofamiliar sobre a mesma.

O corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico. A primeira parte contém uma abordagem da cardiopatia isquémica, saúde/promoção da saúde e estilos de vida. A segunda parte engloba todos os conteúdos inerentes ao estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se a investigação a desenvolver, nomeadamente, o desenho da investigação, o tipo de estudo, os participantes, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados. Seguidamente apresenta-se os resultados, onde é feita a sua análise e interpretação. Por fim expõe-se as conclusões.

1. REVISÃO DA LITERATURA

Nesta parte do trabalho é apresentado o referencial teórico em que se enquadra o estudo. Objetiva reunir, analisar e discutir a informação publicada sobre o tema.

1.1. SAÚDE/PROMOÇÃO DA SAÚDE

A concepção de saúde tem sofrido variações em função do contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico. Saúde está coroada de múltiplas significações, muitas vezes difíceis de se definir. Assim, é importante analisar o que cada um quer dizer quando se refere à saúde.

Ao analisarmos o conceito ao longo dos tempos, deduzimos que, inicialmente, foi perspectivado de uma forma redutora, como mera ausência de doença, reportando-se apenas a um equilíbrio fisiológico e biológico, descorando-se de outras dimensões (Matos, 2006).

A bibliografia sobre o assunto é alusiva ao conceito de saúde e suas modificações ao longo dos tempos para tentar caracterizar o seu polimorfismo. Um grande marco histórico é encontrado na carta Magna em que a concepção ganha uma dimensão mais global e holística, ao ser perspectivada como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial de Saúde, 1948, cit. por Matos, 2006). Passa, então, a ser uma perspectiva positiva, onde se inclui a dimensão social e mental e engloba o termo bem-estar, não em oposição à doença, mas no sentido de equilíbrio e harmonia.

Com as sucessivas transformações que o conceito tem sofrido resultam perspectivas multidimensionais, incorporando dimensões de natureza subjetiva e objetiva. As primeiras relacionam-se com a sensação de bem-estar e as segundas estão diretamente relacionadas com a capacidade funcional do indivíduo (Pastor, 2007).

Deste modo, o autor supracitado refere que a saúde não deve ser encarada como um fim em si mesma, mas como um meio para alcançar uma vida mais produtiva. Com um nível elevado de saúde, o indivíduo pode disponibilizar mais energia para as suas atividades de vida diárias sejam elas no âmbito profissional, familiar ou social. Saúde é “um recurso para a vida e não uma finalidade” (Ottawa, 1986, cit. in Pastor, 2007). Perspectivada como um recurso, permite pensar que tem um limite. Neste sentido, o indivíduo tem controlo sobre

os seus recursos físicos, mentais e sociais sendo capaz de se adaptar às alterações do meio e, em simultâneo, contribuir para o bem-estar dum grupo ou comunidade.

O conceito de Saúde evolui em Ottawa, em 1986, no Canadá, local onde, sob os auspícios da OMS, se realizou a 1ª Conferência sobre a Promoção da Saúde para um processo que permite aos indivíduos aumentar o controlo sobre a sua própria saúde e melhorá-la e preconiza para atingir o bem-estar físico, mental e social, o individuo ou o grupo deve ser capaz de identificar e realizar as aspirações, para satisfazer necessidades, e mudar e conviver com o meio ambiente (Matos, 2006).

Este processo dinâmico gira sobre um eixo de modernidade no Tabela da Promoção da Saúde e é visto numa perspetiva positiva, cuja génese reside essencialmente na capacitação das pessoas e das populações, pelo que a Carta de Ottawa apresenta cinco grandes estratégias para a promoção da saúde: a) construção de políticas de saúde pública; b) criação de ambientes de suporte; d) reforço da ação da comunidade; e) desenvolvimento de competências pessoais; f) reorientação dos serviços de saúde.

A 4ª Conferência Sobre Promoção da Saúde realizada em Jacarta, em 1997, na Indonésia retoma as cinco estratégias da Carta de Ottawa e acrescenta-lhe dois pontos importantes, conforme salienta Pastor (2007):

- Para uma verdadeira efetivação da capacitação (*empowerment*) das pessoas e das comunidades é essencial proporcionar-lhes o acesso à educação e à informação;
- Os teatros de ação das pessoas (escolas, locais de trabalho, espaços comunitários...) devem proporcionar oportunidades práticas para que as estratégias globais na promoção da saúde se efetivem.

Saúde refere-se a uma realidade complexa, polimorfa e em movimento ou, ainda, como a saúde é a característica principal da nossa vida, é um domínio de ação que diz respeito a todos nós e por ter ligação com a existência humana adquire um sentido variável, aberto a muitas interpretações torna-se um domínio de ações desorganizadas, confusas, por vezes contraditórias (Honoré, 2002).

É importante perceber o que cada um quer expressar quando fala de saúde, tentando compreender qual é o contexto biográfico e social do indivíduo que a expressa e o momento em que é referido. De acordo com Honoré (2002), o recurso a este “estado” é sensível e disponível a todas as variações de sentido, segundo as pessoas, grupos locais e momentos, permitindo-nos perspetivar a saúde na sua globalidade.

Quando a OMS (1946) definiu saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” pressupunha que existia uma distinção clara entre saúde e doença. No entanto, com o desenvolvimento

científico torna-se aceite, pela maioria dos indivíduos, que não é clara essa distinção (Roper et al., 1995, cit. in Carvalho & Carvalho, 2006). Assim, não é possível obter uma definição universalmente aceite para os conceitos de saúde/doença, isto porque são concepções difíceis de objetivar, são estados difíceis de “medir”. São conceitos com algum vínculo no desenvolvimento de cada sociedade, representando valores semânticos transformados historicamente, pois cada sociedade e cada época tiveram o seu próprio conceito de saúde e doença. A consciência desta realidade leva ao emergir de alguns paradigmas. A este propósito, Albers Herberg (1989), referenciado por Carvalho e Carvalho (2006), descreve três paradigmas: mágico-religioso; o biomédico e o holístico. Estas descrições diferenciam marcos históricos, pondo em evidência crenças e valores específicos e próprios de cada época. A tabela 1 resume algumas das crenças sobre saúde e doença.

Tabela 1 – Paradigmas Saúde/Doença

PARADIGMA	Saúde	Doença
Mágico-religioso	Dádiva ou recompensa como sinal da vontade de Deus, ou como uma bênção	Originada por um agente sobrenatural com ou sem Justificação, bruxaria. A causa da doença não é orgânica é mística. Causas: possessão por espíritos malignos, quebra de um tabu, forças sobrenaturais (bruxaria, sacrilégio).
Biomédico	A mente e o corpo são entidades distintas. Existe uma causa para a doença, mesmo que desconhecida. Atividades para a prevenção da doença; recuperação através do exercício, medicamentos, tratamentos e outros meios.	O desgaste, acidente, traumatismo, elementos patogénicos e equilíbrio bioquímico e de fluidos. Existe uma relação causa efeito para acontecimentos naturais. A vida relaciona-se com estruturas e as funções com as máquinas.
Holístico	Meio ambiente, comportamento e fatores socioculturais influenciam a manutenção da saúde e a prevenção da doença. Manter e restaurar o equilíbrio é importante para a saúde.	Doença, desequilíbrio e caos, são o resultado da alteração das leis do universo.

Fonte: adaptado de Roper [et al.] (1995, cit. in Carvalho e Carvalho, 2006).

Na prática geral dos profissionais de saúde é referenciado, frequentemente, o termo “Promoção da Saúde”. Mas, será o conceito compreendido em toda a sua dimensão e utilizado correta e adequadamente?

As origens da Promoção da Saúde dirigem-se para documentos do ministro Canadiense, Marc Lalond (1973), que referencia o conceito pela primeira vez num documento denominado “Uma nova perspetiva de saúde dos Canadenses” (Pastor, 2007).

De acordo com o mesmo autor, é em 1978, com a realização da Conferência de Alma-Ata, que o conceito de Promoção da Saúde foi sendo construído e clarificado, pois, além das tradicionais medidas de prevenção e luta contra as doenças, era imperativo o desenvolvimento progressivo das comunidades para a resolução dos seus problemas de saúde. Nas conclusões, desta reunião, os teóricos da saúde perspetivam-na não como uma finalidade em si mesma, mas como um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades (Alma-Ata, 1978, cit. in Direção Geral da Saúde, 2005).

De acordo com as mesmas fontes, os serviços de saúde devem promover a participação ativa das populações para melhorar resolução dos seus problemas. Os serviços de saúde, por muito bem equipados que estejam, não podem, por si só, resolver todos os problemas apenas uma pequena parte da dimensão da doença pode ainda ser considerada feudo dos profissionais de saúde (Navarro, 2005).

Foi a Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde, em 1986, a grande impulsionadora do conceito de Promoção da Saúde. Da qual resultou a carta de Ottawa, onde Promoção da Saúde é definida como

o processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. E, para atingir um estado de completo bem-estar, físico mental e social o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (Carta de Ottawa, 1986, cit. por Direção Geral da Saúde, 2005).

A chave do sentido do conceito supra citado está na palavra “*capacitar*”, que, no original, significa “fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, autorizar para...”. Neste sentido e também de acordo com Carvalho (2006), será com base na sua capacitação para empreender práticas saudáveis baseadas no conhecimento e mediadas por atitudes conscientes, implicando desenvolver no indivíduo e população o poder de decisão em matéria de saúde, retirando às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia grande parte da sua responsabilidade que o indivíduo alcançará o bem-estar.

A carta de Ottawa (1986) é um marco fundamental para a Promoção da Saúde, tendo reconhecido como pré-requisitos fundamentais para a saúde, a paz, a educação, a habitação, o poder de compra, um ecossistema estável e a conservação dos recursos naturais e equidade (OMS, 1986, cit. in Direção Geral da Saúde, 2005).

Após a carta de Ottawa, surgiram outros documentos gerados nas diversas conferências internacionais sobre o tema. Em Abril de 1988, na Segunda Conferência

Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, seguiram-se as linhas orientadoras da carta de Ottawa, sendo reforçado o desenvolvimento de políticas favoráveis à Saúde que visam a opção por uma vida salutar por parte dos cidadãos e propiciam o ambiente físico e social que promova a Saúde (OMS, 1988, cit. in Carvalho & Carvalho, 2006).

Três anos após, a Carta de Sundsvall (1991) introduz a importância da criação de ambientes favoráveis à saúde: uma nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e a questões ecológicas.

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (1997), visou uma reflexão sobre o que se implementou para a Promoção da Saúde e as determinantes da Saúde, procurando-se identificar novas direções e estratégias para enfrentar os desafios da Promoção da Saúde no Século XXI. É, ainda, nesta Conferência que se estabelecem prioridades para a Promoção da Saúde no Século XXI, referindo especialmente:

- Promoção da responsabilidade social para com a saúde;
- Aumento dos investimentos para fomentar a saúde;
- Consolidação e expansão de parcerias em prol da saúde;
- Aumento da capacidade comunitária e do direito de voz do indivíduo;
- Garantir uma infraestrutura para a Promoção da Saúde (Carvalho, 2006).

A quinta Conferência Global sobre a Promoção da Saúde ocorrida no México, datada de 2000, focou essencialmente a Promoção da Saúde, na sua vertente social, como forma de melhorar a vida económica e social das populações desfavorecidas. Os principais objetivos definidos nesta Conferência foram os seguintes:

- Mostrar como a Promoção da Saúde marca a diferença para a saúde e para a qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas;
- Colocar a saúde no topo da agenda de desenvolvimento internacional, nacional e local;
- Estimular as parcerias para a saúde entre diferentes sectores e a todos os níveis da sociedade.

As sucessivas reuniões internacionais seguiram o desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde com um cariz cada vez mais abrangente, refletindo a evolução do contexto socioeconómico e político (Fontes, 2007).

A sexta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde realizada em Bangkok, em 2005, constituiu a “Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num mundo globalizado”, que reafirma e complementa os valores, princípios e as estratégias para a promoção global da Saúde estabelecidos na Carta de Ottawa. Para cumprir estes objetivos

apela-se a uma melhor aplicação de estratégias inovadoras de reconhecida eficácia (Fontes, 2007).

A Promoção de Saúde não se dirige a uma área específica de intervenção, pode ser considerado um “movimento” dirigido para um estado positivo de saúde e bem-estar. O seu âmbito de interação é multissetorial, requerendo uma conceção de saúde holística. A sua principal função consiste em criar condições que promovam a Saúde ocasionando alterações na política local, nacional e internacional, mais que uma disciplina a promoção da saúde é um planeamento filosófico global sobre a saúde e qualidade de vida das pessoas (Pastor, 2007).

Promoção da Saúde passou a ser definida como um processo participativo e permanente que oferece às pessoas autonomia para o seu crescimento e para a responsabilidade nos termos em que Antonowsky chamou “recursos gerais de resistência” e, conseqüentemente, aumento do sentido de coerência.

A Promoção da Saúde visa criar condições que permitam aos indivíduos controlar a sua Saúde e a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam, nomeadamente os determinantes da saúde. Centra-se nas pessoas, tem como principal finalidade potenciar os fatores protetores do contexto individual e ambiental seguindo um paradigma salutogénico (Diegues, 2006).

Foi neste contexto, de sucessivas mudanças, e algumas delas irreversíveis, que a Educação para a Saúde emerge como estratégia da Promoção da Saúde e como resposta à necessidade de novas procuras e para os vários e multifacetados problemas de saúde (Baldaia, 2005).

De acordo com Pais Ribeiro (2007), a Promoção da Saúde tem a ver com a tomada de medidas no dia-a-dia, quer a nível individual, quer coletivo. Estas medidas, para além de participativas e concretizáveis, têm ainda e cada vez mais, de tornar a adoção de estilos de vida saudáveis numa opção fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social, bem como uma fonte de prazer e de felicidade pessoal. Não há um, mas sim vários tipos de estilos de vida “saudáveis” e a variedade estabelece-se em função do grupo onde o indivíduo está inserido e das suas próprias características individuais.

Este facto é, sobretudo, importante na adolescência, pois por vezes, a adoção de estilos de vida saudáveis é difícil, tornando-se imperioso nesta fase de vida reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultem a escolha de comportamentos protetores da saúde de forma a incluir os cidadãos como parte do processo de controlo e responsabilização sobre a sua própria saúde e a saúde da comunidade.

1.2. ESTILOS DE VIDA

O comportamento dos indivíduos face à saúde distribui-se ao longo de um espectro vasto que vai desde as ações para manter e promover positivamente a saúde, até às ações envolvidas na doença e na morte (Andrade, 2009).

Um estilo de vida pode ser definido como um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo adota dentro da comunidade. Giddens (1994, cit. in Pires, 2009) considera que essas mesmas práticas não só satisfazem necessidades utilitárias, mas dão forma material a uma narrativa particular de autoidentidade. No mundo em desenvolvimento, o estilo de vida é determinado, por um lado, por circunstâncias externas e, por outro, pelas decisões individuais baseadas em princípios determinados, conscientes ou inconscientes, de acordo com o critério de vida escolhido.

Neste contexto, a OMS (1985, cit. in Pires, 2009) refere que os estilos de vida são cada vez mais influenciados pelas políticas de atuação das entidades públicas, ou seja, pelas opções políticas que regem a vida socioeconómica das populações, pelas empresas que controlam a produção de bens e levam a cabo ações promocionais em favor de produtos que podem ser nocivos.

Os determinantes de saúde são multidimensionais. A saúde está intimamente relacionada com comportamentos e estilos de vida (alimentação, atividade física, tabaco, álcool, drogas ilícitas, comportamento sexual de risco). Porém, os estilos de vida não podem ser abordados como um resultado unicamente dependente de escolhas individuais. As escolhas são, muitas vezes, influenciadas e condicionadas pelas estruturas sociais, condições políticas, culturais e ambiente físico e económico, podendo explicar, em parte, as diferenças entre grupos sociais, países e regiões (Pires, 2009).

Os comportamentos de saúde são geralmente encarados como comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo. Ogden (2004) faz a distinção entre os comportamentos que têm um efeito negativo na saúde, ou “comportamentos patogénicos” que se traduzem por hábitos prejudiciais para a saúde, e os comportamentos que podem ter um efeito positivo para a saúde, ou “comportamentos imunogénicos” ou de proteção da saúde. Matos (2004) refere-se aos comportamentos de proteção como aqueles que têm um efeito minimizador do risco.

Os comportamentos de saúde negativos envolvem ações do tipo: abuso de tabaco, consumo excessivo de álcool, má nutrição, falta de exercício e catividade sexual de alto risco (Bennet & Murphy, 1999). Este tipo de comportamentos são apresentados por Igra e Irwin (1996, p.57) como comportamentos de risco para a saúde e traduzem-se por “aqueles comportamentos realizados voluntariamente, com resultados incertos e a possibilidade de um resultado negativo para a saúde”, ou ainda em qualquer atividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de

doença ou acidente (Steptoe & Wardle, 1996). Estas ações são consideradas de risco quer haja consciência ou não da relação entre o comportamento e as possíveis consequências. Os comportamentos de saúde negativos surgem também na literatura com a denominação de hábitos prejudiciais à saúde (Matarazzo, 1984, cit. in Albuquerque, 1999).

Os comportamentos que integram os estilos de vida e as ações repetidas do dia-a-dia são complexos, menos relacionados com um sistema formal de cuidados e mais difíceis de mudar e de manter do que os outros (Andrade, 2009). Como é salientado por Giordan (2010), em Educação para a Saúde o conhecimento não é suficiente. Alguns ainda acreditam que os problemas podem ser resolvidos com campanhas publicitárias ou intervenções nos meios de comunicação de massas, mas a realidade mostra a ineficácia de campanhas de prevenção, onde os obstáculos são vários: emocionais, cognitivos e até metacognitivos.

A maior parte das experiências e contextos de aprendizagem de saúde não são experiências deliberadas ou fruto da planificação. As práticas e hábitos de saúde também se adquirem de forma independente dos programas de Educação para a Saúde. O próprio meio oferece condições e circunstâncias que incitam, estimulam e motivam os comportamentos e estilos de vida. Face a eles, a Educação para a Saúde oferece uma influência que pode chegar a ser irrelevante, ou mesmo contrária aos valores e ensinamentos da vida quotidiana, a não ser que tenha um certo controlo sobre o meio e sobre os contextos de aprendizagem precoce onde vivem e crescem os indivíduos (Costa & López, 2006).

A melhor estratégia parece ser a conjugação de esforços em que, como é salientado por Andrade (2009), quer o Estado, através das organizações de Saúde Pública, quer a comunidade e a população, considerem as vantagens e os benefícios da promoção da saúde e participem mutuamente para aumentar a eficácia e melhorar os resultados, através da mudança de comportamentos e de estilos de vida.

O estudo Alameda, realizado por Berkman e Breslow, em 1983, como refere Pais Ribeiro (2004), facilitou o desenvolvimento e aprofundamento do conceito de “Estilo de Vida”, enquanto componentes essenciais na promoção e proteção da saúde e na prevenção das doenças.

Em 1982, Hettler define Wellness como um processo ativo através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, ou como um método integrado de ação visando maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que funciona. O conceito de Estilo de Vida assumiu também um lugar importante em contexto de promoção da saúde e de prevenção das doenças. A sua definição tem evoluído (Pais Ribeiro, 2004).

De acordo com o autor supracitado, Lalonde, em 1974, definiu-o como o agregado de decisões individuais que afetam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum

controle. A Organização Mundial de saúde define estilo de vida como “um conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais (WHO, 1986, cit. in Pais Ribeiro, p. 388), ou como “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores”. Como tal, observa-se um aumento de complexidade nas definições com o passar do tempo, desde a primeira com uma perspetiva mais individualizada centrada no comportamento individual, até à última em que os comportamentos individuais já dependem de aspetos contextuais, ou a penúltima que coloca o comportamento como a expressão do contexto social alargado (Pais Ribeiro, 2004).

Estilo de vida é um conceito amplo que engloba a pessoa como um todo e em todos os aspetos da sua atividade, isto é “forma como gere a sua existência”, pelo que esses aspetos se combinam para influenciar todas as dimensões que compõem o conceito de saúde física, mental, social, emocional e espiritual, e traduzem-se por níveis de “satisfação, de bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e qualidade de vida” (Rapley, 2003, p. 93).

As ideologias pulverizam e normativizam as suas retóricas discursivas em relação à saúde com noções como “consumerismo”, “qualidade”, “comportamentos”, “prevenção” entre outras. Toda esta gama de conceitos pode encaixar no de estilo de vida entendendo-se este como a forma que o “indivíduo gere a sua própria vida, se relaciona consigo próprio, com as outras pessoas e com o ambiente” (Rapley, 2003, p. 78-80).

Como tal, depreende-se que o estilo de vida se reporta à pessoa como um todo e em todos os aspetos da sua atividade. Pode entender-se estilo de vida como a forma que o indivíduo concebe a sua própria vida, se relaciona consigo mesmo, com as outras pessoas e com o meio. Assim, o conceito de estilos de vida pode, numa aceção globalizante, ser traduzido pelo currículo existencial do sujeito em adaptação ao meio e à cultura onde atua. Sorokim (1947, cit. in Taylor, 2002) definiu-os como sendo tudo o que o indivíduo aprende a fazer para viver numa comunidade particular, ou seja, os estilos de vida pressupõem a apropriação duma cultura particular para que o indivíduo possa viver, agir e dominar o meio. Nesta ótica, os estilos de vida apontam para o produto da cultura, traduzido em herança social (Taylor, 2002).

Como produto emergente da tríade: conhecimento (K), valores (V) e práticas (P), os estilos de vida assumem-se como traves mestras da ação humana e da saúde, tenham elas por génese sistemas de interação sócioambiental, aspetos físicos, psíquicos, sociais, emocionais ou conotativos. Para além de alavancas da saúde e da qualidade de vida, os estilos de vida são, ainda, um recurso da vida quotidiana com implicações no sucesso

existencial, na integração social, na postura crítica e atitudinal e no livre arbítrio (Clément, 2006).

Em suma, na atualidade, os estilos de vida por envolverem todos os aspetos da ação e do pensamento humano (educação, recreio/lazer, nutrição, trabalho, família, habitação, higiene, segurança, alimentação, recursos económicos, recursos ambientais, hábitos tabágicos, alcoólicos, comportamentos de risco em relação às drogas ilícitas e às infeções sexualmente transmissíveis, etc.) são tidos como elementos estruturadores e requisitos indispensáveis à obtenção do completo bem-estar, físico, mental e social. Estes têm impacto na morbidade, qualidade de vida, bem-estar, mortalidade e são os principais responsáveis pelas doenças crónicas.

1.3. ESTILOS DE VIDA E DOENÇA CORONÁRIA ISQUÉMICA

A cardiopatia isquémica continua a ser uma das causas mais frequentes de morte nos países industrializados, tendo como substrato etiopatogénico, a aterosclerose. Identificam-se vários fatores relacionados com a gravidade da doença: a hipertensão arterial sistémica, tabagismo, idade, sexo, diabetes *mellitus*, número de artérias comprometidas e o comprometimento funcional do ventrículo esquerdo. Quanto maior for o número de fatores de risco, maior serão a progressão e as complicações do processo da aterosclerose (Mafroi et al., 2002).

Como tal, os danos à saúde não ocorrem ao acaso e a sua distribuição desigual é produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população, modelada pela instabilidade económica, pela diminuição das condições de vida das classes menos favorecidas e pelos comportamentos de risco para a saúde, que pressupõem a ausência de estilos de vida saudáveis, entre outros fatores.

O processo de industrialização dos países desenvolvidos, nomeadamente a partir do século XX, trouxe consigo um crescimento epidémico das doenças cardiovasculares, cujos fatores de risco estão relacionados, em parte, com o estilo de vida da população, reflexo direto do comportamento da pessoa. Assim, um fator de risco pode ser definido como uma exposição ambiental, uma característica inata ou adquirida, um comportamento ou estilo de vida que, segundo evidência epidemiológica, está associado a maior probabilidade de desenvolver uma doença específica (Almeida, 2010).

É amplamente aceite que a idade, o sexo, a pressão arterial elevada, o tabagismo, a dislipidémia e a diabetes *mellitus* são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Também é reconhecido que os fatores de risco se agrupam e

interagem entre si para aumentar o risco com um efeito sinérgico e não apenas aditivo (D'Agostino, 2008).

Como tal, é importante ter-se em conta que o comportamento ou o estilo de vida das pessoas parece ter, pois, um papel fundamental no seu estado de saúde. Por exemplo, Wilkes (1985, cit. in Albuquerque, 1999) verificou, numa população de mulheres reformadas, que a perceção de bem estar estava associada, entre outros, a comportamentos de saúde, tais como, alimentação e exercício físico.

Paffenbarger et al. (1986, cit. in Albuquerque, 1999) estudaram a relação entre a atividade física e outras características do estilo de vida e mortalidade e duração de vida, de 16936 homens, alunos da Universidade de Harvard com idades compreendidas entre 35 e os 74 anos. Averiguaram que o exercício físico, tal como: andar, subir escadas, praticar desporto, tinha uma relação inversa com a mortalidade total, principalmente com a mortalidade devida a doenças do aparelho cardiovascular ou a causas respiratórias. Os riscos eram maiores para os fumadores, para os que tinham excesso de peso com hipertensão, cujos pais tinham morrido cedo.

Igualmente, Miller et al. (1990, cit. in Albuquerque, 1999) analisaram os dados provenientes de 21325 membros de uma grande empresa, propendendo detetar os fatores de risco do estilo de vida. Verificaram que havia interdependência entre os comportamentos de saúde, que o estilo de vida afetava a saúde física, que a satisfação com a vida e a atividade física que praticavam predizia o modo como avaliavam a sua saúde física. Ainda nesta perspetiva, Pomrehn et al. (1982, cit. in Albuquerque, 1999) numa análise de 6200 mortes ocorridas entre 1964 e 1978, em homens entre os 20 e 64 anos, concluíram que os indivíduos que praticavam exercício físico vigoroso e consumiam pouco álcool e tabaco tinham menos probabilidade de morrer devido à doença isquémica do coração.

Neste contexto, Albuquerque (1999) salienta que certos comportamentos ou hábitos parecem promover a saúde e prevenir a doença, enquanto outros parecem contribuir para o surgimento de doenças, como é o caso da doença isquémica do coração, ou mesmo para a morte prematura.

O autor supracitado, baseado em Jessor (1991) acrescenta que:

“todos os estudos acerca dos fatores de risco demonstram que existem marcadas variações nas respostas dos indivíduos à adversidade: uns sucumbem, outros escapam sem dano. Muitos dos que sofrem dano estiveram sujeitos a uma acumulação de riscos em longos períodos de tempo, ou em fases críticas de desenvolvimento. Contudo, esta não é a única explicação. Há um processo de vulnerabilidade/proteção em que há uma modificação catalítica da resposta da pessoa à situação de risco, tendo este mecanismo interativo o seu foco nos fatores que contrariam o risco (Albuquerque, 1999, p. 157).

Assim, tem toda a relevância o paradigma salutógeno de Antonovsky (1984), que sublinha a existência de um *continuum* entre dois polos opostos, ambos “constructos”:

“a saúde e a doença. Considera-se que há uma plurifatorialidade de contributos biopsicossociais e culturais para que a pessoa se encontre neste ou naquele ponto do *continuum*. Aponta que os riscos são inerentes à condição humana: “por que vivemos estamos sempre em risco de ...”. E defende o desenvolvimento dos fatores individuais que possam associar-se a uma minimização destes riscos, no sentido de os ultrapassar ou, inclusive, de os tornar úteis noutros domínios” (Albuquerque, 1999, p. 157).

Por conseguinte, a Declaração de Luxemburgo de 25 de junho, de 2005, defende que as políticas nacionais e internacionais para promoção da saúde cardiovascular devem fomentar intervenções na comunidade que promovam estilos de vida saudáveis, como, por exemplo, cessação tabágica, atividade física (pelo menos 30 minutos por dia), alimentação saudável, diminuição do excesso de peso, pressão arterial inferior a 140/90 mmHg e colesterol total inferior a 200mg/dl.

É, então, necessário que as intervenções em saúde ampliem o seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde, os seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além das paredes das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre os estilos de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte das comunidades. Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças entre as necessidades, territórios e culturas presentes num dado país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controlo social na promoção de estilos de vida saudáveis, como forma de redução das doenças cardiovasculares, entre outras.

2. METODOLOGIA

Neste ponto, aborda-se os aspetos relacionados com a metodologia utilizada, em conformidade com os objetivos a delineados. Assim, descreve-se e explica-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos estatísticos realizados.

2.1. ENQUADRAMENTO DO TEMA

As doenças coronárias são as mais prevalentes das patologias cardiovasculares em todo o mundo e a principal causa de morte prematura. O seu carácter multidimensional e as suas consequências para o indivíduo e para a sociedade levaram a que a Direção Geral da Saúde a considerasse um dos problemas mais importantes de saúde pública. Na sequência dos estudos realizados no âmbito do projeto *Framingham* ou equivalentes foram estabelecidos os fatores de risco tradicionais (dislipidémia, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes *mellitus*, idade, sexo masculino, antecedentes familiares de doença cardiovascular, obesidade e sedentarismo) e indicados outros fatores predisponentes e biomarcadores (séricos, físicos, morfológicos e genéticos) de doença coronária (Antunes, 2008).

O sofrimento e os custos causados pelas doenças coronárias deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social. Atualmente, a preocupação com os custos da saúde é prioritária, pelo que o peso que as doenças crónicas representam a nível social, económico e na qualidade de vida a nível mundial, não pode ser descurado. Esta questão reveste-se de uma enorme complexidade, não apenas pelas alterações na saúde que daí advêm como também nas implicações económicas e sociais (Souza, 2003). Prevê-se que o impacto económico e mundial das doenças crónicas continue a crescer e em 2020 corresponderá a 65% das despesas relativas á saúde em todo o mundo (Bugalho & Carneiro, 2004).

Como anteriormente foi referido, existe uma grande diversidade de fatores que influenciam a prática de comportamentos relacionados com a saúde e, conseqüentemente, o estado de saúde. Neste sentido, há um consenso geral da necessidade da adoção de estratégias que promovam estilos de vida saudáveis junto das populações, como forma de diminuir e prevenir os riscos de doença coronária isquémica.

Este estudo pretende perceber de que modos os estilos de vida interferem no comportamento de adesão à terapêutica dos indivíduos com doença coronária isquémica.

Face ao exposto, formulou-se as seguintes questões:

- Que estilos de vida apresentam os doentes com cardiopatia isquémica?

- Será que as variáveis sociodemográficas e a funcionalidade familiar interferem nos estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica?

Partindo-se do pressuposto que a formulação do objetivo de um trabalho de investigação é um processo que possibilita ao investigador explorar, identificar, descrever ou, ainda, explicar e prever um determinado fenómeno (Fortin, 2009), devendo ser formulado com grande economia de palavras, este processo implica que se estabeleça uma relação de causa/efeito, para que se atinjam os objetivos propostos.

Neste contexto como objetivos são os seguintes:

- Determinar os estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica;
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal, situação financeira e com quem vive) sobre os estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica;
- Analisar a relação entre funcionalidade familiar, sexo, idade e stresse, e estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica;

O presente estudo tem um cariz transversal e será orientado segundo uma lógica descritiva correlacional dado que pretende descrever os estilos de vida dos indivíduos com doença coronária isquémica, analisando a influência das variáveis sociodemográficas, sociofamiliar e clínicas sobre a mesma.

O desenho de seguida apresentado expõe as variáveis que seleccionámos como mais importantes em detrimento de outras, com o objetivo de medi-las com precisão. A articulação das variáveis estudadas é representada no modelo esquematizado na Figura 1.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.

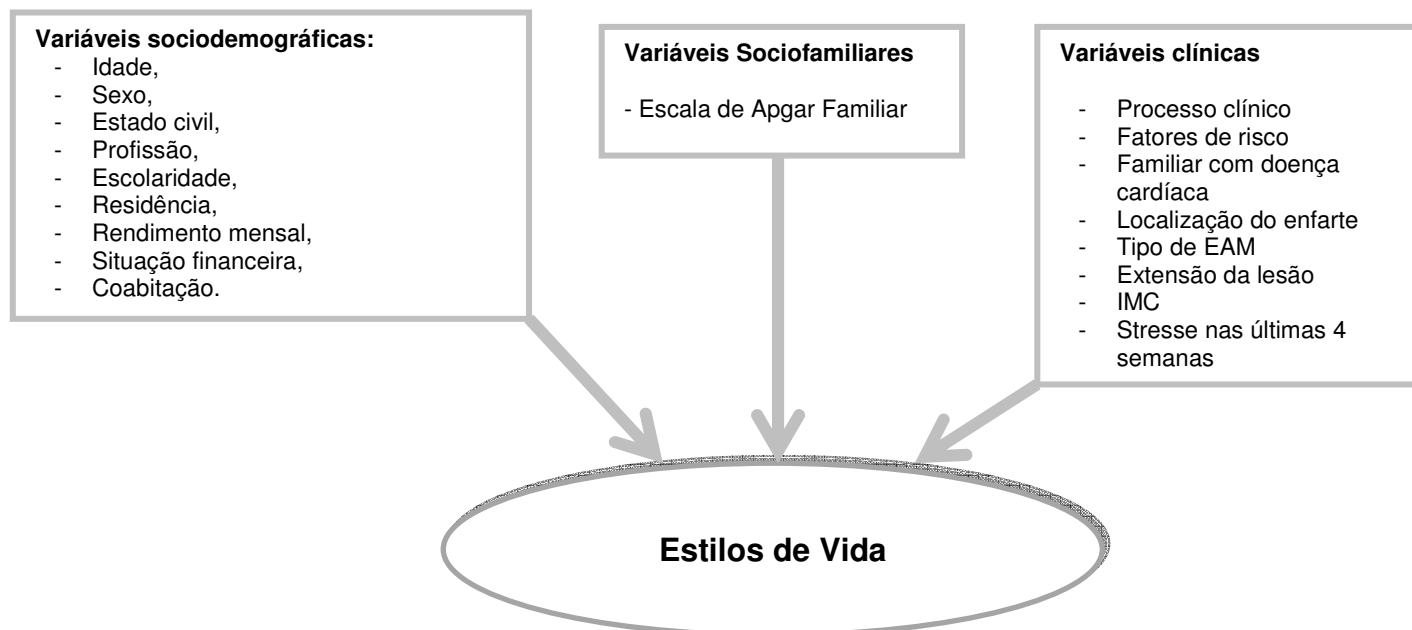


Figura 1- Representação esquemática da relação previsível entre as variáveis

A população alvo deste estudo é constituída pelos indivíduos portadores de doença coronária isquémica. Os requisitos necessários para a sua inclusão foram apresentarem doença coronária isquémica diagnosticada. Como critério de exclusão foi considerado apresentar, grave deficiência mental, demência ou patologia psiquiátrica grave. A definição destes critérios prendem-se com razões metodologias, de forma a eliminar a possibilidade de haver interferência de outras patologias mais graves e garantir a colaboração e compreensão dos indivíduos para procederem ao correto preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Porém, esta raramente é alcançável ao investigador, sendo então importante definir-se a amostra. No presente estudo a amostragem é não probabilística accidental, dado que os participantes foram escolhidos de acordo com a sua presença num determinado local e momento, isto é, contou-se com 140 doentes com cardiopatia isquémica, utentes das Consultas Externas de Cardiologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Caracterização sociodemográfica

A **idade** mínima é 41 anos e a máxima 88 anos, a média centra-se nos 68,98 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 11,65. Referente ao coeficiente de dispersão, a idade apresenta uma dispersão moderada. Atendendo à análise do

enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da idade é assimétrica negativa e mesocúrtica (cf. Tabela 2).

Alusivo ao sexo masculino, a idade mínima é de 41 anos e a máxima é de 88 anos, a média centra-se nos 65,23 cm, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 11,33. Quanto ao coeficiente de dispersão, a idade dos sujeitos do sexo masculino apresenta uma dispersão moderada. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição da altura é simétrica e mesocúrtica (cf. Tabela 2).

Quanto à idade dos sujeitos do sexo feminino, observa-se que a mínima é de 44 anos e a máxima é de 86 anos, a média centra-se nos 72,23, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 15,46. Referente ao coeficiente de dispersão, a idade dos sujeitos do sexo feminino apresenta uma dispersão moderada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que estamos perante uma distribuição assimétrica negativa e mesocúrtica.

Realizou-se o t-teste, com o intuito de compreender se a idade interferia estatisticamente com o sexo. Concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o sexo, uma vez que obtivemos um *p-value* inferior a 0,050 ($p=0,000$).

Tabela 2 – Estatística da idade segundo o sexo

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	41	88	65,23	11,33	17,37	-1,390	-1,645
Feminino	44	86	72,23	11,17	15,46	-2,651	0,555
Total	41	88	68,98	11,65	16,02	-2,127	-1,801

t=-3,177; p=0,000

No que se refere ao **estado civil**, verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (72,1%) era casada, com predominância do sexo masculino (78,1%).

No que toca à **situação laboral** observou-se que a maioria dos sujeitos da amostra era reformada numa percentagem de 70,7%, seguido pelos que se encontram empregados numa percentagem de 22,1%. Diante do qual a maioria dos sujeitos reformados eram do sexo feminino (85,7%) e a maioria dos sujeitos empregados eram do sexo masculino (26,7%).

Concernente à **escolaridade** verificou-se que com maior percentagem surgiram os sujeitos com escola primária (57,1%), escola preparatória (12,9%) e escola secundária (11,4%). Tendo em conta o sexo verificou-se que destes a grande maioria era do sexo masculino (58,1%; 15,2%; 13,3%).

Alusivo à **residência** observou-se que 55,0% dos sujeitos reside numa aldeia, 20,0% dos sujeitos reside numa vila e 25,0% dos sujeitos residem numa cidade. Referente ao sexo verificou-se que a maioria dos sujeitos que residem numa aldeia, estes é do sexo feminino.

Em relação ao **rendimento mensal** verificou-se que a maioria dos sujeitos possui um rendimento mensal inferior a 450€ (49,3%), sendo que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino, surgindo numa percentagem de 65,7%.

O Tabela 4 mostra-nos que 14,3% dos sujeitos possui uma **situação financeira** confortável, 52,1% dos sujeitos possui uma situação com algumas dificuldades, 20,7% dos sujeitos possui o suficiente para as necessidades e 12,9% dos sujeitos possui uma situação muito problemática. Verificou-se ainda que dos sujeitos que possuem uma situação financeira confortável e os que possuem uma situação com algumas dificuldades a maioria é do sexo masculino e a maioria dos sujeitos que possuem uma situação financeira com o suficiente para as necessidades e os que apresentam uma situação muito problemática é do sexo feminino.

Relativamente a **com quem vive**, observou-se que a maioria dos sujeitos vive com conjugue/companheiro(a) numa percentagem de 52,1%, sendo que a maioria é do sexo masculino (54,3%).

Relativamente à **Funcionalidade Familiar**, pode-se observar um mínimo de 0,00 e um máximo de 10,00, com uma média de 7,10 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,82. Referente ao coeficiente de dispersão, a Funcionalidade Familiar apresenta uma dispersão elevada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da Funcionalidade Familiar é assimétrica negativa e mesocúrtica.

Através da análise do Tabela e no que toca ao sexo feminino observou-se uma Funcionalidade Familiar mínima de 0,00 e uma máxima de 10,00, com uma média de 6,89 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,89. Analisando o coeficiente de dispersão, a Funcionalidade Familiar do sexo masculino apresenta uma dispersão elevada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é assimétrica negativa e mesocúrtica.

Alusivo à Funcionalidade Familiar dos sujeitos do sexo feminino observou-se um mínimo de 0,00 e um máximo de 10,00, com uma média de 8,17 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,26. Tendo em conta o coeficiente de dispersão, da Funcionalidade Familiar do sexo feminino apresenta uma distribuição elevada. Referente à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é assimétrica negativa e leptocúrtica (cf. Tabela 3).

Recorreu-se ao t-teste, para perceber se a Funcionalidade Familiar interferia estatisticamente com o sexo. Concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente

significativas entre a Funcionalidade Familiar e o sexo, uma vez que obtivemos um *p-value* superior a 0,050 ($p=0,117$).

Tabela 3 - Estatística da Funcionalidade Familiar segundo o Sexo

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	0,00	10,00	6,89	2,92	42,38	-3,801	0,601
Feminino	0,00	10,00	8,17	2,26	27,66	-4,133	4,553
Funcionalidade Familiar	0,00	10,00	7,19	2,82	39,22	-5,107	1,609

t=-2,413; p=0,017

Tendo por base os grupos de corte apresentados pelo autor, a Tabela 4 diz-nos que 8,6% dos sujeitos possuem uma família de disfunção acentuada, 32,9% dos sujeitos possui uma família moderadamente funcional e 58,6% dos sujeitos possuem uma família altamente funcional. Tendo em conta o sexo verificou-se os sujeitos com famílias com disfunção acentuada e com famílias moderadamente funcionais eram maioritariamente do sexo masculino (10,3%; 38,2%) e os sujeitos com famílias altamente funcionais eram na maioria do sexo feminino (74,3%).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica

	Masculino (n=)		Feminino (n=)		Total (n=)	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Solteiro	12	11,4	2	5,7	14	10,0
Casado	82	78,1	19	54,3	101	72,1
Viúvo	5	4,8	14	40,0	19	13,6
Divorciado	6	5,7	-	0,0	6	4,3
Situação Laboral						
Empregado	28	26,7	3	8,6	31	22,1
Desempregado	7	6,7	1	2,9	8	5,7
Baixa Médica	1	1,0	1	2,9	2	1,4
Reformado	69	65,7	30	85,7	99	70,7
Escolaridade						
Não sabe ler nem escrever	2	1,9	5	14,3	7	5,0
Não andou na escola não sabe ler nem escrever	3	2,9	4	11,4	7	5,0
Escola primária	61	58,1	19	54,3	80	57,1
Ciclo preparatório	16	15,2	2	5,7	18	12,9
Escola Secundária	14	13,3	2	5,7	16	11,4
Ensino Superior	9	8,6	3	8,6	12	8,6
Residência						
Aldeia	58	55,2	19	54,3	77	55,0
Vila	21	20,0	7	20,0	28	20,0
Cidade	26	24,8	9	25,7	35	25,0
Rendimento						
Inferior a 450€	46	43,8	23	65,7	69	49,3
Entre 450 e 970€	32	30,5	8	22,9	40	28,6
Entre 971 e 1455€	19	18,1	2	5,7	21	15,0
Entre 1456 e 1940€	7	6,7	2	5,7	9	6,4
Superior a 1941€	1	1,0	-	0,0	1	0,7
Situação Financeira						
Confortável	16	15,2	4	11,4	20	14,3
Tenho o suficiente para as necessidades	20	19,0	9	25,7	29	20,7

Tenho algumas dificuldades	58	55,2	15	42,9	73	52,1
É muito problemática	11	10,5	7	20,0	18	12,9
Com quem vive						
Cônjuge/companheiro(a)	57	54,3	16	45,7	73	52,1
Família restrita	34	32,4	7	20,0	41	29,3
Família alargada	5	4,8	4	11,4	9	8,4
Sozinho	8	7,6	8	22,9	18	11,4
Lar	1	1,0	-	0,0	1	0,7
Funcionalidade Familiar						
Família de Disfunção Acentuada	11	10,3	1	2,9	12	8,6
Família Moderadamente Funcional	38	38,2	8	22,9	46	32,9
Família Altamente Funcional	58	53,3	26	74,3	82	58,6

Síntese:

- A idade apresentou um mínimo de 41 anos e um máximo de 88 ano, com uma média de 68,98.
- Dos sujeitos da amostra a maioria era casada com uma percentagem de 72,1%.
- Maioritariamente os sujeitos da amostra eram reformados, tendo surgido numa percentagem de 70,7%.
- Em relação às habilitações literárias mais de metade da amostra possuía o Ensino Primário (57,1%).
- Maioritariamente, os sujeitos residiam numa aldeia com valores percentuais de 55,0%.
- Em relação ao rendimento, 49,3% dos sujeitos possuía um rendimento inferior a 450€, resultando assim que a maioria dos sujeitos vivia com uma situação financeira com algumas dificuldades (52,1%).
- A maioria dos sujeitos vive com o conjugue/companheiro(a), numa percentagem de 52,1%.
- Por fim, e segundo o Funcionalidade Familiar, a maioria dos sujeitos possui uma família altamente funcional com uma percentagem de 58,6%.

2.2. INSTRUMENTOS

O questionário foi o instrumento de recolha de dados que melhor se adequou à amostra em estudo. Fortin (2009) refere que o questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis e que ajuda a organizar, normalizar e controlar os dados de tal modo que as informações procuradas possam ser colhidas de forma rigorosa.

Para se efetuar a colheita dos dados e medir as variáveis definidas, foi construído um instrumento de colheita de dados de forma a delimitar a informação pertinente a recolher, através da formulação das questões com o estabelecimento da sequência das questões e que obedecem a uma ordem para que estas sejam agrupadas nos diferentes temas.

Assim, o questionário é constituído por:

Parte I - Variáveis sociodemográficas - pretende-se avaliar os aspetos sociodemográficos, nomeadamente obter elementos de natureza pessoal, ou seja, a caracterização dos participantes, tendo em conta: a idade, o sexo, o estado civil, a profissão, a escolaridade, a residência, o rendimento mensal, a situação financeira e a coabitação;

Parte II - Variável sócio-familiar - pretende obter-se um conhecimento acerca da funcionalidade familiar através da aplicação da Escala de Funcionalidade Familiar;

Parte III - Variáveis clínicas: cujas questões possibilitam conhecer: o processo clínico, os fatores de risco, ter um familiar com doença cardíaca, a localização do enfarte, o tipo de EAM, a extensão da lesão, o IMC e o stresse nas últimas 4 semanas;

Parte IV – A Escala de Estilos de Vida

Para a validação da Escala dos Estilos de Vida foram eliminados os itens 4, 17, 21, 22 e 23, pois não estavam a dar uma boa fiabilidade. Os itens 1, 3, 6, 10, 11, 12, 13, 20 e 22 foram invertidos.

Os resultados do estudo de fiabilidade, que se apresentam no Tabela 7, mostramos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala.

No que respeita aos valores médios, notamos que oscilam entre 1,34 no item 16 e os 4,79 no item 1. De uma maneira geral podemos dizer que todos os itens se encontram bem centrados situando-se com exceção do item 16, 18, 24, 25, 26, 27 e 28, pois apresentam valores médios abaixo dos 2,00.

Quanto às correlações, na primeira e única correlação com a nota global, a correlação mais baixa encontra-se no item 6 ($r=0,209$) e a mais elevada no item 7 ($r=0,698$), sendo a sua variabilidade de 48,72% para este item.

Tabela 5 - Correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e o valor global dos estilos de vida

Nº Item	Itens	Média	Dp	1ª correlação
1	Recorre ao Mc. Donald's ou Pizzaria para comer?	4,79	0,612	0,355
2	Come fruta à sobremesa?	2,53	0,978	0,611
3	Come carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	2,99	0,757	0,320
5	Come peixe?	2,20	0,839	0,546
6	Come enchidos (chouriço, presunto, salchichas...)?	3,09	0,938	0,209
7	Come sopa ("caseira")?	2,84	1,183	0,698
8	Come legumes (cenoura, vagem, abóbora, couve-flor...) e vegetais?	2,80	0,994	0,674
9	Come leguminosas (favas, ervilhas, feijão...)?	2,70	1,010	0,567
10	Consome Coca-Cola ou refrigerantes às refeições?	4,43	0,961	0,481
11	Consome mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	3,78	1,174	0,510
12	Consome qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	4,25	0,976	0,589
13	Consome salgadinhos fritos (batata frita, pastéis...)?	3,55	0,915	0,358
14	Adiciona mais sal às refeições?	4,31	0,847	0,268
15	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados...)	2,18	0,917	0,425
16	Pratica actividade física diariamente durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	1,34	0,689	0,356
18	Na confeção da comida retira as gorduras visíveis da carne e pele de aves	1,64	0,921	0,520
19	Na confeção da comida privilegia os alimentos, grelhados, cozidos e estufados face aos fritos	2,23	0,834	0,505
20	Habitualmente coloca o saleiro na mesa	4,69	0,601	0,296
24	Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	1,67	0,924	0,441
25	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	2,41	0,989	0,530
26	Faço cinco refeições por dia	1,92	0,841	0,571
27	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	1,74	0,823	0,495
28	Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	1,76	0,982	0,592

Ainda reportando-nos aos estudos de fiabilidade, na Tabela 6, estão visíveis os parâmetros de validade e de precisão dos Estilos de vida. Os valores de *Alpha de Cronbach* variam dentro dos intervalos considerados bom, pois situam-se entre 0,854 no item 7 e 0,860 no item 14.

Calculámos o índice de fiabilidade de *split half* ou coeficiente de bipartição notando-se pelos resultados obtidos que os valores de *Alpha de Cronbach* se revelaram mais baixos, do que o valor de *Alpha de Cronbach* na globalidade da escala já que na primeira metade se obteve valor de (0,821) e para a segunda metade de (0,762), o que nos permite afirmar que a consistência interna é razoável para a primeira metade e boa para a segunda metade.

Tabela 6 - Consistência interna das atitudes e crenças face aos estilos de vida

Nº Item	Itens	R/Item	R ²	Alpha s/item
1	Recorre ao Mc. Donald's ou Pizzaria para comer?	0,372	0,536	0,855
2	Come fruta à sobremesa?	0,530	0,455	0,849
3	Come carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0,260	0,314	0,858
5	Come peixe?	0,473	0,478	0,851
6	Come enchidos (chouriço, presunto, salchichas...)?	0,295	0,504	0,857
7	Come sopa ("caseira")?	0,610	0,640	0,845
8	Come legumes (cenoura, vagem, abóbora, couve-flor...) e vegetais?	0,604	0,797	0,846
9	Come leguminosas (favas, ervilhas, feijão...)?	0,471	0,762	0,851
10	Consome Coca-Cola ou refrigerantes às refeições?	0,440	0,544	0,852
11	Consome mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0,466	0,653	0,851
12	Consome qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0,568	0,690	0,847
13	Consome salgadinhos fritos (batata frita, pastéis...)?	0,326	0,415	0,856
14	Adiciona mais sal às refeições?	0,207	0,358	0,860
15	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados...)	0,322	0,230	0,856
16	Pratica actividade física diariamente durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0,236	0,455	0,858
18	Na confeção da comida retira as gorduras visíveis da carne e pele de aves	0,460	0,481	0,851
19	Na confeção da comida privilegia os alimentos, grelhados, cozidos e estufados face aos fritos	0,425	0,492	0,853
20	Habitualmente coloca o saleiro na mesa	0,275	0,498	0,857
24	Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	0,360	0,449	0,855
25	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	0,471	0,436	0,851
26	Faço cinco refeições por dia	0,514	0,525	0,850
27	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	0,420	0,544	0,853
28	Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	0,511	0,520	0,850
Coeficiente Split-half		1ª Avaliação		
		1ª Metade		0,821
		2ª Metade		0,762
Coeficiente Alpha de Cronbach Global		0,858		

Prosseguindo com o estudo psicométrico da escala com a extração dos fatores pelo método dos componentes principais, utilizou-se a rotação ortogonal de tipo varimax.

Para os 23 itens da escala foram retidos 7 fatores com raízes lactentes superiores a 1 que explicam 67,55% da variância total após rotação (cf. Tabela 7).

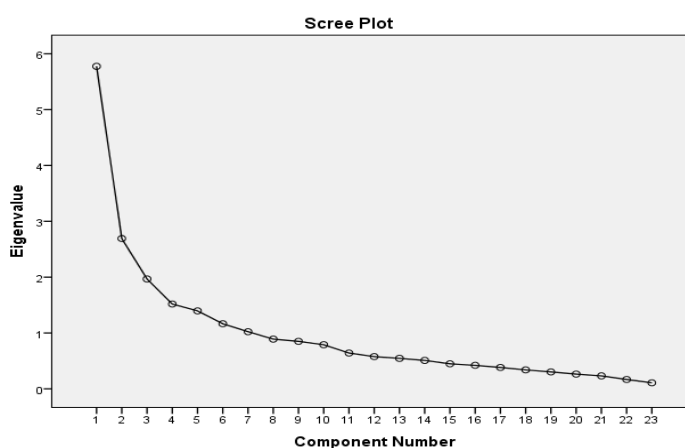
O teste de Kaiser-Meyer-Olkin por apresentar um valor de (KMO= 0,744) é elevado o suficiente para continuarmos com o processo de validação da escala, acrescido do teste de esfericidades de Bartlett apresentar-se com relevância estatística (p=0,000).

Tabela 7 - Total Variância explicada na extração e após rotação

Componentes	Variância explicada na extração			Variância explicada após extração		
	Engenvalues	% de variância	Variância acumulada	Engenvalues	% de variância	Variância acumulada
1	5,775	25,110	25,110	3,374	14,670	14,670
2	2,691	11,701	36,811	2,816	12,243	26,913
3	1,967	8,552	45,363	2,058	8,950	35,863
4	1,518	6,602	51,965	1,972	8,575	44,438
5	1,396	6,070	58,035	1,815	7,893	52,331
6	1,165	5,067	63,101	1,797	7,815	60,146
7	1,023	4,448	67,549	1,703	7,403	67,549

Contudo, ao analisarmos o gráfico de variâncias designado por *Scree Plot* verificamos que a inflexão da curva tende a reter três componentes pelo que iremos proceder a nova análise fatorial forçando 3 fatores.

Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de *Scree Plot*



Assim, os três fatores com raízes lactentes superiores a 1 explicam 45,36% da variância total.

O fator 1 que designamos de Alimentação saudável, constituído pelos itens 8, 9, 7, 25, 5, 26 e 15 explica 16,35% da variância total. O fator 2 designado de Estilo de vida saudável, constituído pelos itens 27, 16, 18, 28, 19, 24 e 2, explica 14,90% da variância total. Por último, a fator 3, designado de Estilos de vida não saudável, constituído pelos itens 12, 6, 1, 13, 11, 10, 3, 20 e 14, explica 14,10% da variância total (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Ordenações dos indicadores por fatores dos estilos de vida

Nº Item	Itens	Fatores		
		Fator 1	Fator 2	Fator 3
8	Come legumes (cenoura, vagem, abóbora, couve-flor...) e vegetais?	0,799		
9	Come leguminosas (favas, ervilhas, feijão...)?	0,783		
7	Come sopa ("caseira")?	0,767		
25	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	0,651		
5	Come peixe?	0,471		
26	Faço cinco refeições por dia	0,456		
15	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados...)	0,393		
27	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes		0,716	
16	Pratica atividade física diariamente durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)		0,668	
18	Na confeção da comida retira as gorduras visíveis da carne e pele de aves		0,662	
28	Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal		0,647	
19	Na confeção da comida privilegia os alimentos, grelhados, cozidos e estufados face aos fritos		0,644	
24	Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho		0,611	
2	Come fruta à sobremesa?		0,448	
12	Consome qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?			0,662
6	Come enchidos (chouriço, presunto, salchichas...)?			0,660
1	Recorre ao Mc. Donald's ou Pizzaria para comer?			0,627
13	Consome salgadinhos fritos (batata frita, pastéis...)?			0,613
11	Consome mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?			0,550
10	Consome Coca-Cola ou refrigerantes às refeições?			0,514
3	Come carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?			0,488
20	Habitualmente coloca o saleiro na mesa			0,475
14	Adiciona mais sal às refeições?			0,442
	Eigenvalue	5,77	2,69	1,97
	% Variância	16,35	31,26	45,36

Terminamos com os resultados da matriz de correlação efetuada entre os três fatores e o valor global. Pela Tabela 9, verificamos que as correlações obtidas para os fatores oscilam entre o fraco (fator 1) e o alto (fator 3), as diferenças encontradas são estatisticamente significativas e estabelecem uma relação direta, ou seja, quanto maiores ou menores forem os valores de um fator, maior ou menor é o valor de outro fator com o qual se correlaciona.

Tabela 9 - Matriz de correlação de *Pearson* entre os fatores da escala estilos de vida

	Fator Total
Fator 1	0,675**
Fator 2	0,720**
Fator 3	0,230**
Fator Total	-

** Significativo a 0,010

Em suma, a escala de Estilos de Estilos de Vida ficou constituída por 23 itens. Para o valor global da escala efectuaram-se grupos de corte tendo por base a fórmula apresentada por Pestaga e Gageiro (2005): $M \pm 0,25 Dp$.

De acordo com os resultados obtidos a amostra será classificada do seguinte modo:

- ✓ Fraco $\leq M - 0,25 Dp$
- ✓ Razoável $> M - 0,25 Dp < M + 0,25 Dp$
- ✓ Bom $\geq M + 0,25 Dp$.

2.3. PROCEDIMENTOS

Para a realização desta investigação foram tidos em consideração os aspetos ético-legais, conforme menciona Fortin (2009): o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade e o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes.

Foram cumpridas as normas e orientações referentes aos procedimentos éticos, tais como: preenchimento do consentimento informado pelos participantes antes do preenchimento dos questionários, explicando aos participantes o objetivo do estudo e o porquê da necessidade da aplicação dos questionários (cf. Apêndice 1), assim como o pedido de autorização para a realização do estudo e aplicação do questionário junto da comissão ética das instituições envolvidas.

2.4. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico tem início no processo de colheita de dados culminando com a análise e interpretação dos resultados. Após a colheita de dados, foi efetuada uma primeira análise e seleção de todos os instrumentos de colheita de dados, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se posteriormente processado a sua codificação e inserção em base de dados e aplicação dos procedimentos de estatística descritiva analítica e inferencial, utilizando o programa informático *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics Version 20*.

Relativamente à estatística descritiva, serão determinadas mediadas de distribuição de frequências (frequências relativas e absolutas), medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão e o coeficiente de variação) e medidas de simetria e achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*).

Para analisar a simetria (*Skewness/error*) e a curtose (*Kurtosis/error*) serão tidos como referência os valores que por convenção Pestana e Gageiro (2005) referem:²⁹

- $Skewness/error \leq -1,96$ - distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita
- $-1,96 < Skewness/error \leq 1,96$ - distribuição simétrica

- $Skewness/error > 1,96$ - distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda
- $Kurtosis/error \leq -1,96$ - platicúrtica
- $-1,96 < Kurtosis/error \leq 1,96$ - mesocúrtica
- $Kurtosis/error > 1,96$ - leptocúrtica

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo como valores de referência convencionados por Pestana e Gageiro, (2005):

- coeficiente de variação $\leq 15\%$ - dispersão fraca
- $15\% < \text{coeficiente de variação} \leq 30\%$ - dispersão média
- coeficiente de variação $> 30\%$ - dispersão elevada

Nos procedimentos de estatística inferencial, foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos.

De entre os testes paramétricos, utilizámos para comparação de médias o teste *t* de *Student* e análise de variância (ANOVA), análise de regressão (regressão linear) e para avaliar eventuais relações entre as variáveis a correlação *r* de *Pearson*. Dos testes não paramétricos foram aplicados os Testes de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney U*.

Relativamente à correlação *r* de *Pearson* foram usados valores de *r*, que por convenção, Pestana e Gageiro (2005), definem:

- $r < 0,2$ - associação muito baixa
- $0,2 \leq r \leq 0,39$ - associação baixa
- $0,4 \leq r \leq 0,69$ - associação moderada
- $0,7 \leq r \leq 0,89$ - associação alta
- $0,9 \leq r \leq 1$ - associação muito alta

As hipóteses testadas com uma probabilidade de 95% de onde resulta um nível de significância de 5,0% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95,0%, caso se verifique a validade da amostra em estudo a existência de uma relação entre as variáveis. Segundo D'hainaut (1990) são tidos como valores de referência os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$ - não significativo
- $p < 0,05$ - estatística significativa
- $p < 0,01$ - estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ - estatística altamente significativa

Salienta-se que foram recodificadas as variáveis:

- A variável "Estado civil" teve de ser recodificada, ou seja, de "solteiro"; "casado"; "viúvo" e "divorciado" passou para "solteiro/divorciado/viúvo" e "casado";

- Situação Laboral”, anteriormente, “desempregado”; “baixa médica” e “reformado” passou a constituir apenas dois grupos; “ativo” e “não ativo”;

- “Habilitações literárias” operacionalizadas inicialmente em “não sabe ler nem escrever”; “não andou na escola”; “escola primária”; “ciclo preparatório”; “escola secundária” e “ensino superior”, tendo passado a ser recodificada a variável em “baixa literacia”; “moderada literacia” e “elevada literacia”;

- A variável com “Com quem vive” desapareceu a denominação “lar”, pois não se obtiveram valores estatisticamente significativos.

Estas alterações foram apenas usadas para a análise inferencial.

3. RESULTADOS

Neste subcapítulo iremos realizar a análise descritiva da amostra estudada.

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação do instrumento de recolha de dados permitiu-nos obter os resultados que a seguir apresentamos.

Variáveis Clínicas

Retirados dados do processo clínico observou-se que 60,3% dos sujeitos apresentava EAM, 39,0% dos sujeitos apresentava Angor instável e apenas 0,7% dos sujeitos apresentava outro diagnóstico. Dos sujeitos que apresentavam EAM a maioria era do sexo feminino (61,8%) e dos sujeitos que apresentavam Angor instável a maioria era do sexo masculino (39,2%).

Em relação aos **fatores de risco** podemos referir que a grande maioria numa percentagem de 98,5% apresentava fatores de risco e apenas 1,5% dos sujeitos não apresentava fatores de risco. Podemos referir ainda que a maioria dos sujeitos que apresentava fatores de risco era do sexo masculino (99,0%) e a maioria dos sujeitos que não os apresentava era de sexo feminino (3,0%).

Analisando a Tabela 11, passamos a mencionar as doenças segundo a sua frequência **HTA** (n=102), **Dislipidemia** (99), **Obesidade** (n=69), **Diabetes** (n=39),

Tabagismo (n=24), **Alcoolismo** (n=6) e **Stresse** (n=1), podemos ainda referir que em todos os casos os sujeitos apresentaram frequências mais elevadas no sexo masculino.

No que se refere ao **familiar com doença cardíaca** verificou-se que apenas 14,8% dos sujeitos tinham familiares com este tipo de doença, sendo que destes a maioria era do sexo masculino (16,8%) e 85,2% dos sujeitos, ou seja, mais de metade da amostra não apresentava familiares com doença cardíaca, tendo neste caso a maioria se verificado nos sujeitos do sexo feminino (91,2%).

Quanto à **localização do enfarte** observou-se que 50,0% dos enfartes foram inferiores e 50,0% dos enfartes foram anteriores. Os sujeitos que apresentaram enfartes inferiores eram na maioria do sexo feminino (55,9%) e os sujeitos que apresentaram enfartes anteriores eram na maioria do sexo masculino (52,0%).

Relativamente ao **tipo de EAM** podemos referir que 41,5% dos enfartes eram com supra ST e 58,5% dos enfartes eram sem supra ST. Pode-se verificar ainda que os sujeitos que apresentaram enfartes com supra ST eram na maioria do sexo feminino (44,1%) e os sujeitos que apresentaram enfartes sem supra ST eram na maioria sujeitos do sexo masculino (59,4%).

Referente à **extensão da lesão** verificou-se que 5,2% não apresentou doença, 51,1% apresentou doença de 1 vaso, 27,4% apresentou doença de 2 vasos, 15,6% apresentou doença de 3 vasos e apenas 0,7% dos sujeitos apresentaram doença do tronco comum. No que toca ao sexo verificou-se que os sujeitos sem doença, com doença de 1 vaso com doença de 3 vasos e com doença do tronco comum a maioria era do sexo masculino (5,9%; 52,5%; 16,8%; 1,0%) e os sujeitos com doença de 2 vasos eram na maioria do sexo feminino numa percentagem de 38,2%.

Relativamente ao **IMC**, verificou-se um mínimo de 18,29 e um máximo de 37,80, com uma média de 27,29 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,49. No que concerne o coeficiente de dispersão verificou-se que o IMC apresenta uma dispersão fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do é assimétrica positiva e mesocúrtica (cf. Tabela 10).

Em relação ao sexo masculino, o IMC mínimo é de 20,57 e o máximo é de 37,80, a média centra-se nos 27,56 cm, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,37. Quanto ao coeficiente de dispersão, o IMC dos sujeitos do sexo masculino apresenta uma

dispersão fraca. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição é simétrica e mesocúrtica (cf. Tabela 10).

Alusivo ao IMC dos sujeitos do sexo feminino, observa-se que o mínimo é de 18,29 e o máximo é de 34,24, a média centra-se nos 26,50, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,76. Referente ao coeficiente de dispersão, o IMC dos sujeitos do sexo feminino apresenta uma dispersão fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que estamos perante uma distribuição simétrica e mesocúrtica (cf. Tabela 10).

Realizou-se o t-teste, para compreender se o IMC interferia estatisticamente com o sexo. Concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o IMC e o sexo, uma vez que obtivemos um p-value superior a 0,050 (p=0,121) (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Estatística do IMC segundo o sexo

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	20,57	37,80	27,56	3,37	12,23	3,339	1,593
Feminino	18,29	34,24	26,50	3,76	14,19	0,013	0,492
IMC	18,29	37,80	27,29	3,49	12,79	2,405	1,270

t=-1,562; p=0,121

Em relação ao **IMC**, observou-se que 0,7% dos sujeitos da amostra é saudável, 23,6% apresenta pré-obesidade, 55,7%, ou seja, mais de metade da amostra apresenta obesidade moderada, 17,1% apresenta obesidade clínica e 2,9% dos sujeitos apresentam obesidade mórbida. Concernente ao sexo verificou-se que os sujeitos saudáveis, com pré-obesidade ou com obesidade clínica a maioria era do sexo feminino (2,9%; 34,3%; 20,0%) e os sujeitos com obesidade moderada ou com obesidade mórbida eram na sua maioria do sexo masculino (60,0%; 3,8%).

Tendo em conta o **peso quando soube da doença**, verificou-se que 52,9% dos sujeitos apresentava mais peso do que o que tem agora, sendo que destes a maioria era do sexo masculino (55,3%), 17,1% dos sujeitos apresentava menos peso do que o que tem agora, com uma mesma percentagem em ambos os sexos (17,1%) e 30,3% dos sujeitos apresentava o mesmo peso que tem agora, sendo que destes a maioria era do sexo feminino (31,4%).

Analisando a Tabela 11, podemos referir que 13,6% dos sujeitos **se considera** magro, 64,3%, ou seja, mais de metade da amostra, considera ter o peso normal e 22,1% considera ter peso a mais. Atendendo ao sexo observou-se que os sujeitos que se consideravam magras ou que consideram ter peso normal, eram na sua maioria do sexo feminino (17,1%; 65,7%) e os sujeitos que consideravam ter peso a mais a maioria era do sexo masculino numa percentagem de 23,8%.

Tabela 11 - Descritiva das variáveis Clínicas

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Processo clínico						
EAM	61	59,8	21	61,8	82	60,3
Angor Instável	40	39,2	13	38,2	53	39,0
Outro	1	1,0	-	0,0	1	0,7
Factores de risco						
Sim	99	99,0	32	97,0	131	98,5
Não	1	1,0	1	3,0	2	1,5
HTA	71	100,0	31	100,0	102	100,0
Diabetes	30	100,0	9	100,0	39	100,0
Dislipidemia	74	100,0	25	100,0	99	100,0
Tabagismo	24	100,0	-	100,0	24	100,0
Alcoolismo	6	100,0	-	100,0	6	100,0
Obesidade	51	100,0	18	100,0	69	100,0
Sedentarismo	1	100,0	-	100,0	1	100,0
Stresse	15	100,0	3	100,0	18	100,0
Familiar com doença cardíaca						
Sim	17	16,8	3	8,8	20	14,8
Não	84	83,2	31	91,2	115	85,2
Localização do enfarte						
Inferior	48	48,0	19	55,9	67	50,0
Anterior	52	52,0	15	44,1	67	50,0
Tipo de EAM						
Com supra ST	41	40,6	15	44,1	56	41,5
Sem supra ST	60	59,4	19	55,9	79	58,5
Extensão da lesão						
Sem doença	6	5,9	1	2,9	7	5,2
Doença de 1 vaso	53	52,5	16	47,1	69	51,1
Doença de 2 vasos	24	23,8	13	38,2	37	27,4
Doença de 3 vasos	17	16,8	4	11,8	21	15,6
Doença do tronco comum	1	1,0	-	0,0	1	0,7
IMC						
Saudável	-	0,0	1	2,9	1	0,7
Pré-obesidade	21	20,0	12	34,3	33	23,6
Obesidade moderada	63	60,0	15	42,9	78	55,7
Obesidade clínica	17	16,2	7	20,0	24	17,1
Obesidade mórbida	4	3,8	-	0,0	4	2,9
Peso quando soube da doença						
Com mais peso do que tem agora	56	55,3	18	51,4	74	52,9
Com menos peso do que tem agora	18	17,1	6	17,1	24	17,1
Com o mesmo peso	31	29,5	11	31,4	42	30,0
Considera-se						
Magro	13	12,4	6	17,1	19	13,6
Com peso normal	67	63,8	23	65,7	90	64,3
Com peso a mais	25	23,8	6	17,1	31	22,1

Síntese:

- O diagnóstico mais frequente foi o EAM com uma percentagem de 60,3%.
- A maioria da amostra apresentou fatores de risco numa percentagem de 98,5%.
- As patologias mais frequentemente associadas foram a HTA, a Dislipidémia e a Obesidade.
- Apenas 14,8% dos sujeitos possuía familiar com doença cardíaca.
- Relativamente à localização do EAM, tanto o enfarte anterior, como inferior surgiram numa percentagem de 50,0%.
- O tipo de EAM mais frequente foi o sem supra ST tendo obtido uma percentagem de 58,5%.
- Finalmente, a extensão da lesão mais frequente foi a doença da lesão de 1 vaso com 51,1%.
- Para o IMC obteve-se um mínimo de 18,29 e um máximo de 37,80, com uma média de 27,29. Refira-se ainda que a maioria dos sujeitos apresentou obesidade moderada numa percentagem de 55,7%.
- Relativamente ao peso quando soube da doença verificou-se que a maioria dos sujeitos numa percentagem de 52,9% possuía mais peso do que o que tem agora.
- A maioria dos sujeitos da amostra considera-se com peso normal (64,3).

Estilos de vida

Alusivo ao **tabaco**, verificou-se que 50,7% dos sujeitos nunca fumaram, 41,4% dos sujeitos param de fumar e apenas 7,9% continuam a fumar. Os sujeitos que nunca fumaram são na sua maioria do sexo feminino (91,4%) e os que param e que continuam a fumar são na maioria do sexo masculino (52,4%; 10,5%).

Referindo agora o **número de cigarros** que os sujeitos da amostra fumam por dia, observou-se que numa mesma percentagem de 9,1% surgiram os sujeitos que fumam 3, 5 e 30 cigarros por dia, numa mesma percentagem de 18,2% surgiram os sujeitos que fumam 10 e 12 cigarros por dia e 36,4% dos sujeitos fumam 20 cigarros por dia. Note-se aqui que se verificou que apenas os sujeitos do sexo masculino é que fumam.

No que toca ao **consumo de café** observou-se que 44,3% dos sujeitos consomem café, sendo que destes a maioria é do sexo masculino (51,4%) e 55,7%, ou seja, a maioria dos sujeitos da amostra não consomem café, sendo neste a caso a maioria do sexo feminino (77,1%).

Quanto ao **número de cafés ingeridos por dia** verificou-se que 10,8% dos sujeitos não ingerem cafés, 52,3% ingere 1 café, 26,2% 2 cafés, numa mesma percentagem de 4,6% surgem os que ingerem 3 e 4 cafés e apenas 1,5% toma 8 cafés por dia. Dos que não ingerem cafés ou que tomam 3 cafés por dia a maioria é do sexo feminino (30,0%; 10,0%), nos restantes casos observou-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino.

Relativamente ao **stresse após doença**, podemos referir que em 26,4% dos sujeitos o stresse aumentou, em 47,9% dos sujeitos o stresse manteve, em 23,6% dos sujeitos o stresse diminuiu e em apenas 2,1% dos sujeitos não teve stresse. No que diz respeito ao sexo verificou-se que nos sujeitos em que o stresse aumentou ou manteve a maioria era do sexo feminino (31,4%48,6%) e nos sujeitos em que o stresse diminuiu ou não esteve presente a maioria era do sexo masculino (24,8%; 2,9%).

Tabela 12 – Descritiva do IMC segundo o sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tabaco						
Nunca fumou	39	37,1	32	91,4	71	50,7
Parou de fumar	55	52,4	3	8,6	58	41,4
Continua	11	10,5	-	0,0	11	7,9
Nº de cigarros por dia						
3	1	9,1	-	-	1	9,1
5	1	9,1	-	-	1	9,1
10	2	18,2	-	-	2	18,2
12	2	18,2	-	-	2	18,2
20	4	36,4	-	-	4	36,4
30	1	9,1	-	-	1	9,1
Toma café						
Sim	54	51,4	8	22,9	62	44,3
Não	51	48,6	27	77,1	78	55,7
Nº cafés por dia						
0	4	7,3	3	30,0	7	10,8
1	30	54,5	4	40,0	34	52,3
2	15	27,3	2	20,0	17	26,2
3	2	3,6	1	10,0	3	4,6
4	3	5,5	-	0,0	3	4,6
8	1	1,8	-	0,0	1	1,5
Stresse após doença						
Aumentou	26	24,8	11	31,4	37	26,4
Manteve	50	47,6	17	48,6	67	47,9
Diminuiu	26	24,8	7	20,0	33	23,6
Não teve	3	2,9	-	0,0	3	2,1

Síntese:

- Maioritariamente os sujeitos da amostra, numa percentagem de 50,7% nunca fumaram. Em níveis percentuais a maioria da amostra (36,4%) fuma 20 cigarros por dia.
- Os sujeitos da amostra apresentam na sua maioria uma percentagem de 55,7% para quem não toma café, sendo que dos que tomam café a maioria ingere um por dia (52,3%).
- No que concerne o stresse após a doença verificou-se que em níveis percentuais a maioria não sofreu alterações (47,9%).

Escala de Estilos de Vida

No que se refere à alimentação saudável observou-se um mínimo de 7,00 e um máximo 31,00, uma média de 17,04 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,65. Analisando o coeficiente de dispersão verificou-se que a alimentação saudável apresenta uma dispersão moderada. Relativamente ao enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a alimentação saudável apresenta uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Concernente aos estilos de vida saudáveis verificou-se um mínimo de 7,00 e um máximo de 35,00, com uma média de 12,91 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,10. Referentes ao coeficiente de dispersão, os estilos de vida saudáveis apresentam uma dispersão elevada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição dos estilos de vida é assimétrica positiva e leptocúrtica.

Os estilos de vida não saudáveis apresentaram um mínimo 11,00 e um máximo de 33,00, a média centra-se nos 18,12 e um desvio padrão de 4,62. No que toca ao coeficiente de dispersão, os estilos de não saudáveis apresentam uma dispersão moderada. No que concerne a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição dos estilos de vida é assimétrica positiva e leptocúrtica.

Relativamente ao estilo de vida global observou-se um mínimo de 32,00 e um máximo 79,00, uma média de 48,07 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 7,16. Analisando o coeficiente de dispersão verificou-se que o estilo de vida global apresenta uma dispersão fraca. Relativamente ao enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que o estilo de vida global apresenta uma distribuição assimétrica positiva e leptocúrtica.

Tabela 13 – Estatística dos estilos de vida

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
<i>Alimentação Saudável</i>	7,00	31,00	17,04	4,65	27,29	-0,232	0,406
<i>Estilos de Vida Saudáveis</i>	7,00	35,00	12,91	4,10	31,76	8,401	15,307
<i>Estilos de Vida não Saudáveis</i>	11,00	33,00	18,12	4,62	25,50	4,573	1,6
<i>Estilos de vida Global</i>	32,00	79,00	48,07	7,16	14,89	2,889	5,404

Sexo segundo a Escala de Estilos de Vida

Conforme descrito anteriormente e tendo em conta a classificação obtida com os grupos de corte podemos referir que no que toca à **alimentação saudável**, verificou-se que a maioria dos sujeitos apresenta um nível fraco numa percentagem de 49,6%. No que toca o sexo verificou-se que a maioria dos sujeitos que apresentam níveis fracos (51,5%) e razoáveis (27,2%) são do sexo masculino, enquanto a maioria dos sujeitos que apresentam níveis bons (38,2%) de alimentação saudável são do sexo feminino.

Quanto aos **estilos de vida saudáveis**, observou-se também que a maioria dos sujeitos apresenta níveis fracos numa percentagem de 48,9%. Em relação ao sexo observou-se que a maioria dos sujeitos que apresentam níveis fracos (50,5%) e razoáveis (14,6%) são do sexo masculino, enquanto a maioria dos sujeitos que apresentam níveis bons (50,0%) de estilos de vida saudáveis são do sexo feminino.

No que concerne **os estilos de vida não saudáveis** e concomitantemente com o que se verificou nas subescalas anteriormente referidas, pode-se observar que a maioria dos sujeitos apresenta níveis fracos numa percentagem, neste caso de 44,2%. Tendo em conta o sexo observou-se que a maioria dos sujeitos que apresentou níveis fracos era do sujeito feminino (67,6%) e a maioria dos sujeitos que apresentou níveis razoáveis (18,3%) e níveis bons (45,2%) era do sexo masculino.

Por fim, verificou-se que no que diz respeito à **subescala estilos de vida saudáveis**, a maioria dos sujeitos apresentou níveis fracos, numa percentagem de 38,7%. Analisando o sexo verificou-se que com níveis fracos (47,1%) e níveis bons (41,2%) surgiram os sujeitos do sexo feminino, predominando contudo os que apresentavam níveis fracos, enquanto com maiores níveis razoáveis (29,1) surgiram em maioria os sujeitos do sexo masculino.

Tabela 14 - Descritiva do Sexo segundo os estilos de vida

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Alimentação Saudável						
Fraco	53	51,5	15	44,1	68	49,6
Razoável	28	27,2	6	17,6	34	24,8
Bom	22	21,4	13	38,2	35	25,5
Estilos de Vida Saudáveis						
Fraco	52	50,5	15	44,1	67	48,9
Razoável	15	14,6	2	5,9	17	12,4
Bom	36	10,9	17	50,0	53	38,7
Estilos de Vida Não Saudáveis						
Fraco	38	36,5	23	67,6	61	44,2
Razoável	19	18,3	2	5,9	21	15,2
Bom	47	45,2	9	26,5	56	40,6
Estilos de Vida Global						
Fraco	37	35,9	16	47,1	53	38,7
Razoável	30	29,1	4	11,8	34	24,8
Bom	36	35,0	14	41,2	50	36,5

Idade segundo os estilos de vida

Analisando a Tabela 15, pode-se verificar, através das percentagens mais elevadas, que os sujeitos com uma idade igual ou inferior a 62 anos apresentam níveis fracos de **alimentação saudável** (41,7%), os sujeitos com uma idade entre os 63 e os 74 anos demonstram níveis razoáveis de **estilo de vida saudáveis** e de **estilos de vida global** (47,1%; 41,2%) e os sujeitos com idade igual ou superior a 75 anos apresentam níveis bons de **estilos de vida não saudáveis** numa percentagem de 46,4% (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Descritiva da Idade segundo os estilos de vida

	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação Saudável								
≤ 62 Anos	32	41,7	8	23,5	6	17,1	46	33,6
63 – 74 Anos	21	30,9	11	32,4	15	42,9	47	34,3
≥ 75 Anos	15	22,1	15	44,1	14	40,0	44	32,1
Estilos de Vida Saudáveis								
≤ 62 Anos	24	35,8	8	47,1	14	26,4	46	33,6
63 – 74 Anos	25	37,3	4	23,5	18	34,0	47	34,3
≥ 75 Anos	18	28,9	5	29,4	21	39,6	44	32,1
Estilos de Vida Não Saudáveis								
≤ 62 Anos	16	26,2	4	19,0	26	46,4	46	33,3
63 – 74 Anos	24	39,3	9	42,9	15	26,8	48	34,8
≥ 75 Anos	21	34,4	8	38,1	15	26,8	44	31,9
Estilos de Vida Global								
≤ 62 Anos	17	32,1	14	41,2	15	30,0	46	33,6
63 – 74 Anos	22	41,5	10	29,4	15	30,0	47	34,3
≥ 75 Anos	14	26,4	10	29,4	20	40,0	44	32,1

Estado Civil segundo os estilos de vida

No que se refere ao estado civil verificou-se que a maioria dos sujeitos solteiros/divorciados/viúvos apresentam níveis fracos para todas as subescalas dos Estilos de Vida, enquanto a maioria dos sujeitos casados apresentou níveis bons no que concerne

a **alimentação saudável** (80,0%) e níveis razoáveis nas restantes subescalas (76,5%; 81,0%; 85,3%) (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Descritiva do Estado Civil segundo os estilos de vida

	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação Saudável								
Solteiro, divorciado, viúvo	22	32,4	10	29,4	7	20,0	39	28,5
Casado	46	67,6	24	70,6	28	80,0	98	71,5
Estilos de Vida Saudáveis								
Solteiro, divorciado, viúvo	20	29,9	4	23,5	15	28,3	39	28,5
Casado	47	70,1	13	76,5	38	71,7	98	71,5
Estilos de Vida Não Saudáveis								
Solteiro, divorciado, viúvo	19	31,1	4	19,0	16	28,6	39	28,5
Casado	42	68,9	17	81,0	40	71,4	98	71,5
Estilos de Vida Global								
Solteiro, divorciado, viúvo	19	35,8	5	14,7	15	30,0	39	28,5
Casado	34	64,2	29	85,3	35	70,0	98	71,5

Situação Laboral segundo os estilos de vida

A maioria dos sujeitos com situação laboral ativa apresenta bons níveis de **alimentação saudável** (100,0%), níveis razoáveis de **estilos de vida saudáveis** (100,0%) e **estilos de vida não saudáveis** (100,0%) e níveis de **estilos de vida global** fracos (94,3%). A maioria dos sujeitos com situação laboral não ativa apresentou níveis razoáveis de **alimentação saudável** (8,8%), e níveis elevados nas restantes subescalas (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Descritiva da Situação Laboral segundo os estilos de vida

	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação Saudável								
Ativo	63	92,6	31	91,2	35	100,0	129	94,2
Não ativo	5	7,4	3	8,8	-	0,0	8	5,8
Estilos de Vida Saudáveis								
ativo	63	94,0	17	100,0	49	92,5	129	94,2
Não ativo	4	6,0	-	0,0	4	7,5	8	5,8
Estilos de Vida Não Saudáveis								
Ativo	59	96,7	21	100,0	50	89,3	129	94,2
Não ativo	2	3,3	-	0,0	6	10,7	8	5,8
Estilos de Vida Global								
Ativo	50	94,3	32	94,1	47	94,0	129	94,2
Não ativo	3	5,7	2	5,9	3	6,0	8	5,8

Habilitações Literárias segundo os estilos de vida

Em relação às habilitações literárias, podemos referir que a maioria dos sujeitos apresentava níveis razoáveis de **alimentação saudável**, de **estilos de não saudáveis** e de **estilos de vida global** (73,5%; 71,4%; 76,5%), enquanto a maioria dos sujeitos apresentou níveis fracos de **estilos de vida saudáveis**, numa percentagem de 73,1%. De referir ainda que todos estes valores foram verificados nos sujeitos com baixa literacia (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Descritiva das Habilitações Literárias segundo os estilos de vida

	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação Saudável								
Baixa literacia	43	63,2	25	73,5	24	68,6	92	67,2
Moderada	19	27,9	8	23,5	7	20,0	34	24,8
Alta literacia	6	8,8	1	2,9	4	11,4	11	8,0
Estilos de Vida Saudáveis								
Baixa literacia	49	73,1	9	52,9	34	64,2	92	67,2
Moderada	15	22,4	4	23,5	15	28,3	34	24,8
Alta literacia	3	4,5	4	23,5	4	7,5	11	8,0
Estilos de Vida Não Saudáveis								
Baixa literacia	43	70,5	15	71,4	35	62,5	92	67,2
Moderada	12	19,7	4	19,0	18	32,1	34	24,8
Alta literacia	6	9,8	2	6,5	3	5,4	11	8,0
Estilos de Vida Global								
Baixa literacia	35	66,0	26	76,5	31	62,0	92	67,2
Moderada	13	24,5	7	20,6	14	28,0	34	24,8
Alta literacia	5	9,4	1	2,9	5	10,0	11	8,0

Rendimento mensal *versus* estilos de vida

No que toca o rendimento mensal e analisando os valores percentuais mais elevados obtidos nos sujeitos com um rendimento inferior ou igual a 485€, podemos referir que a maioria dos destes apresentou níveis razoáveis de **alimentação saudável** (61,8%) e de **estilos de vida global** (52,9%) e níveis fracos de **estilos de vida saudáveis** (56,7%) e de **estilos de vida não saudáveis**, numa percentagem de 55,7% (cf. Tabela 19).

Tabela 19 - Descritiva do Rendimento Mensal segundo os estilos de vida

	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação Saudável								
≤ 485€	30	44,1	21	61,8	17	48,6	68	49,6
486 – 970€	21	30,9	10	29,4	8	22,9	39	28,5
971 – 1455€	12	17,6	3	8,8	6	17,1	21	15,3
≥ 1456€	5	7,4	-	0,0	4	11,4	9	6,6
Estilos de Vida Saudáveis								
≤ 485€	38	56,7	5	29,4	25	47,2	68	49,6
486 – 970€	14	20,9	7	41,2	18	34,0	39	28,5
971 – 1455€	11	16,4	3	17,6	7	13,2	21	15,3
≥ 1456€	4	6,0	2	11,8	3	5,7	9	6,6
Estilos de Vida Não Saudáveis								
≤ 485€	34	55,7	8	38,1	27	48,2	68	49,6
486 – 970€	15	24,6	6	28,6	18	32,1	39	28,5
971 – 1455€	8	13,1	5	23,8	8	14,3	21	15,3
≥ 1456€	4	6,6	2	9,5	3	5,4	9	6,6
Estilos de Vida Global								
≤ 485€	28	52,8	18	52,9	22	44,0	68	49,6
486 – 970€	11	20,8	13	38,2	15	30,0	39	28,5
971 – 1455€	10	18,9	2	5,9	9	18,0	21	15,3
≥ 1456€	4	7,5	1	2,9	4	8,0	9	6,6

Com quem vive *versus* estilos de vida

Quanto ao facto de com quem vive, verificaram-se valores percentuais mais elevados nos sujeitos que vivem com o conjugue/companheiro, numa percentagem de 51,5%, sendo que a maioria apresentou bons níveis de **alimentação saudável** (65,7%), de **estilos de vida não saudáveis** (58,2%) e de **estilos de vida global** (61,2%) e níveis fracos de **estilos de vida saudáveis** (56,1%) (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Descritiva de Com que vive segundo os estilos de vida

	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação Saudável								
Com o								
conjugue/companheiro(a)	34	50,0	13	39,4	23	65,7	70	51,5
Com a família restrita	20	29,4	14	42,4	7	20,0	41	30,1
Com a família alargada	5	7,4	2	6,1	2	5,7	9	6,6
Sozinho	9	13,2	4	12,1	3	8,6	16	11,8
Estilos de Vida Saudáveis								
Com o								
conjugue/companheiro(a)	37	56,1	9	52,9	24	45,3	70	51,5
Com a família restrita	19	28,8	5	29,4	17	32,1	41	30,1
Com a família alargada	4	6,1	2	11,8	3	5,7	9	6,6
Sozinho	6	9,1	1	5,9	9	17,0	16	11,8
Estilos de Vida Não Saudáveis								
Com o								
conjugue/companheiro(a)	28	45,9	11	52,4	32	58,2	70	51,5
Com a família restrita	19	31,1	7	33,3	15	27,3	41	30,1
Com a família alargada	4	6,6	1	4,8	4	7,3	9	6,6
Sozinho	10	16,4	2	9,5	4	7,3	16	11,8
Estilos de Vida Global								
Com o								
conjugue/companheiro(a)	24	45,3	16	47,1	30	61,2	70	51,5
Com a família restrita	19	35,8	12	35,3	10	20,4	41	30,1
Com a família alargada	2	3,8	3	8,8	4	8,2	9	6,6
Sozinho	8	15,1	3	8,8	5	10,2	16	11,8

Funcionalidade Familiar *versus* estilos de vida

Alusivo à funcionalidade familiar pode-se observar níveis percentuais mais elevados nos sujeitos com famílias altamente funcionais (59,6%). Observou-se ainda que a maioria destes sujeitos apresentou fracos níveis de **alimentação saudável** (61,8%), de **estilos de vida saudáveis** (65,2%) e de **estilos de vida global** (62,3%) e apresentou níveis bons de **estilos de vida não saudáveis** numa percentagem de 63,6% (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Descritiva da Funcionalidade Familiar segundo os estilos de vida

	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação Saudável								
Disfunção acentuada	4	5,9	2	6,1	5	14,3	11	8,1
Disfunção moderada	22	32,4	13	39,4	9	25,7	44	32,4
Altamente funcional	42	61,8	18	54,5	21	60,0	81	59,6
Estilos de Vida Saudáveis								
Disfunção acentuada	6	9,1	2	11,8	3	5,7	11	8,1
Disfunção moderada	17	25,8	9	52,9	18	34,0	44	32,4
Altamente funcional	43	65,2	6	35,3	32	60,4	81	59,6
Estilos de Vida Não Saudáveis								
Disfunção acentuada	8	13,1	2	9,5	2	3,6	12	8,8
Disfunção moderada	19	31,1	7	33,3	18	32,7	44	32,4
Altamente funcional	34	55,7	12	57,1	35	63,6	81	59,6
Estilos de Vida Global								
Disfunção acentuada	5	9,4	2	5,9	4	8,2	11	8,1
Disfunção moderada	15	28,3	14	41,2	15	30,6	44	32,4
Altamente funcional	33	62,3	18	52,9	30	61,2	81	59,6

Síntese:

- Podemos referir que os estilos de vida global apresentaram um mínimo de 32,00 e um máximo de 79,00, com uma média de 48,07.
- Ao relacionar os estilos de vida com o sexo verificou-se que para todas as dimensões os valores percentuais mais elevados revelaram níveis fracos.
- De forma a sintetizar a análise dos Tabelas anteriormente observados podemos referir, através da análise dos resultados obtidos, que num cômputo geral os sujeitos da amostra apresentam níveis razoáveis de alimentação saudável, estilos de vida não saudáveis e estilos de vida global e apresentam níveis fracos de estilos de vida saudáveis.

3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, de seguida é efetuada a abordagem inferencial dos mesmos através da estatística analítica. Procedeu-se assim à verificação da validade das hipóteses associando algumas das variáveis independentes em estudo à nossa variável dependente. Estas foram testadas através de testes paramétricos nomeadamente Testes t de Student, Análises de variância (ANOVA) e regressão linear múltipla e testes não paramétricos teste de *U-Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis*.

Será que as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal, situação financeira e com quem vive) interferem nos estilos de vida do doente com cardiopatia isquémica?

Qual a relação entre a idade e os estilos de vida?

Procurou-se identificar se a idade dos inquiridos influenciaria os seus estilos de vida. Para isto foi realizado o Teste One-Way ANOVA (cf. Tabela 22) entre os três grupos etários e os fatores: “alimentação saudável”, “estilos de vida saudável”, “estilos de vida não saudável” e “estilos de vida global”. Observa-se que os sujeitos com 75 ou mais anos de idade possuem hábitos mais elevados de alimentação saudável e têm mais estilos de vida saudável. Contudo, os inquiridos com 62 ou menos anos de idade possuem estilos de vida não saudáveis e níveis mais elevados de estilos de vida global, facto corroborado pelo teste de Tukey.

Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a alimentação saudável e os estilos de vida não saudáveis, logo, aceita-se a hipótese para os fatores mencionados.

Tabela 22 - Teste One-Way ANOVA entre a idade e os estilos de vida

Estilos de Vida	<= 62 anos		63 – 74 anos		>= 75 anos		F	p	%VE	1V2	1V3	2V3
	M	DP	M	DP	M	DP						
Alimentação Saudável	15,43	4,70	17,61	4,73	18,11	4,10	4,500	0,013	21,6	0,056	0,016	0,861
Estilos de Vida Saudável	12,89	4,74	12,87	4,09	12,97	3,42	0,008	0,992	16,8	1,000	0,995	0,992
Estilos de Vida Não Saudáveis	20,26	6,05	16,87	3,46	17,22	3,04	8,284	0,000	21,5	0,001	0,004	0,922
Estilos de Vida Global	48,58	8,15	47,34	7,25	48,31	5,96	0,386	0,680	51,3	0,682	0,983	0,764

Qual a relação entre o estado civil e os estilos de vida

Para conhecer a influência do estado civil nos estilos de vida, realizamos um Teste U de Mann-Whitney. Verificamos, na Tabela 23, que os participantes casados efetuam alimentações mais saudáveis e possuem, igualmente, estilos de vida mais saudáveis. Porém, os sujeitos solteiros, divorciados e viúvos possuem estilos de vida não saudáveis e têm níveis mais elevados de estilos de vida global.

Observamos que não existe diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico, ou seja, rejeita-se a hipótese enunciada anteriormente.

Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e os estilos de vida

Estilos de Vida	Estado Civil Solteiro, divorciado, viúvo OM	Casado OM	U	p
Alimentação Saudável	61,97	71,80	1637,000	0,190
Estilos de Vida Saudável	65,95	70,21	1792,000	0,569
Estilos de Vida Não Saudáveis	73,77	67,82	1764,000	0,430
Estilos de Vida Global	65,45	70,41	1772,500	0,508

Qual a relação entre a situação laboral e os estilos de vida?

Pretendemos com esta relação identificar se a situação laboral influencia os estilos de vida. Assim, foi utilizado um teste t-student para amostras independentes (cf. Tabela 24). Verificou-se que os participantes que se encontram no ativo adotam com mais frequência uma alimentação saudável, porém, quem não se encontra no ativo obteve médias mais elevadas nos estilos de vida saudável, não saudável e global.

Constátamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação laboral e os estilos de vida não saudáveis, ou seja, aceita-se a hipótese para o fator “estilos de vida não saudáveis”.

Tabela 24 - Teste t-student entre a situação laboral e os estilos de vida

Estilos de Vida	Situação Laboral		Ativo		Não ativo		T	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Alimentação Saudável	17,22	4,63	14,12	4,22	1,847	0,067		
Estilos de Vida Saudável	12,86	4,06	13,75	5,01	-0,593	0,554		
Estilos de Vida Não Saudáveis	17,91	4,36	21,37	7,40	-2,078	0,040		
Estilos de Vida Global	48,00	7,06	49,25	9,15	-0,477	0,634		

Qual a relação entre a escolaridade e os estilos de vida?

Procurou-se identificar se a escolaridade interfere com os estilos de vida. Para verificar esta relação, foi realizado um teste de Kruskal-Wallis entre ambas as variáveis. Mediante a observação da Tabela 25, constatamos os participantes que possuem uma alta literacia possuem uma alimentação saudável e estilos de vida saudáveis. Os sujeitos que têm moderada literacia possuem estilos de vida não saudáveis e têm médias mais altas nos estilos de vida global.

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico, ou seja, rejeita-se a hipótese formulada.

Tabela 25 - Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e os estilos de vida

Estilos de Vida	Escolaridade			KW	p
	Baixa Literacia OM	Moderada literacia OM	Alta literacia OM		
Alimentação Saudável	70,42	64,16	72,05	0,693	0,707
Estilos de Vida Saudável	65,23	75,51	80,36	2,669	0,263
Estilos de Vida Não Saudáveis	67,20	78,46	61,27	2,497	0,287
Estilos de Vida Global	65,77	76,41	73,09	1,918	0,383

Qual a relação entre a residência e os estilos de vida?

Procurou-se identificar se a residência interfere estatisticamente com os estilos de vida, recorrendo-se ao teste de Kruskal-Wallis entre ambas as variáveis em estudo. Mediante os dados expostos na Tabela 26, observou-se que os sujeitos que vivem na aldeia têm uma alimentação saudável e médias mais elevadas nos estilos de vida global. Os participantes que vivem na cidade têm estilos de vidas mais saudáveis e os que vivem na vila têm estilos de vida não saudáveis.

Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a residência e os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico, logo rejeita-se a hipótese entre ambos.

Tabela 26 - Teste de Kruskal-Wallis entre a residência e os estilos de vida

Estilos de Vida	Residência	Aldeia OM	Vila OM	Cidade OM	KW	p
Alimentação Saudável		74,45	54,57	68,44	5,023	0,081
Estilos de Vida Saudável		69,69	64,81	70,74	0,394	0,821
Estilos de Vida Não Saudáveis		65,49	84,76	66,44	4,936	0,085
Estilos de Vida Global		70,85	67,78	65,99	0,391	0,822

Qual a relação entre o rendimento mensal e os estilos de vida?

Pretendeu-se compreender se o rendimento mensal influencia os estilos de vida, para tal efetuou-se um teste de Kruskal-Wallis. Observou-se que os participantes que têm rendimentos iguais ou inferiores a 485€ têm uma alimentação saudável, comparativamente aos restantes rendimentos. Os sujeitos que têm rendimentos iguais ou superiores a 1456€ possuem médias mais elevadas nos estilos de vida saudáveis e nos estilos de vida global. Por último, os participantes com rendimentos entre 971 a 1455€ possuem médias mais elevadas nos estilos de vida não saudáveis (cf. Tabela 27).

Apurou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento e os diversos fatores que constituem os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico, ou seja, rejeita-se a hipótese formulada.

Tabela 27 - Teste de Kruskal-Wallis entre o rendimento e os estilos de vida

Rendimento	≤ 485€ OM	486-970€ OM	971-1455€ OM	≥1456€ OM	KW	p
Estilos de Vida Saudável	72,10	63,29	67,67	73,44	1,365	0,714
Estilos de Vida Saudável	62,71	76,74	70,02	80,56	4,001	0,216
Estilos de Vida Não Saudáveis	65,51	73,83	76,05	66,06	1,788	0,617
Estilos de Vida Global	64,66	71,10	74,10	80,78	2,067	0,559

Qual a relação entre a situação financeira e os estilos de vida?

Para estudar a influência da situação financeira nos estilos de vida, realizámos um teste de Kruskal-Wallis (cf. Tabela 28), através da qual observamos que os sujeitos que consideraram ter uma situação financeira complicada, conseguem efetuar uma alimentação saudável; os que possuem o suficiente para as necessidades adaptaram estilos de vida saudáveis; os que afirmaram ter algumas dificuldades obtiveram médias mais elevadas nos

estilos de vida não saudáveis e, por último, os participantes que afirmaram ser uma situação financeira confortável possuem médias mais elevadas nos estilos de vida global.

Mencione-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação financeira os fatores que constituem os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico. Posto isto, rejeita-se a hipótese formulada inicialmente.

Tabela 28 - Teste de Kruskal-Wallis entre a situação financeira e os estilos de vida

Sit. Financeira	Confortável	Tenho algumas dificuldades	Tenho o suficiente para as necessidades	É muito problemática	KW	p
Estilos de Vida	OM	OM	OM	OM		
Alimentação Saudável	69,45	67,87	68,36	74,00	0,355	0,949
Estilos de Vida Saudável	72,97	66,03	75,33	66,33	1,419	0,701
Estilos de Vida Não Saudáveis	70,11	72,03	66,91	62,92	0,908	0,824
Estilos de Vida Global	72,92	67,02	72,38	67,22	0,610	0,894

Qual a relação entre com quem vive e os estilos de vida?

Com o intuito de perceber a influência de com quem vive com os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis. Através da análise das médias, foi possível verificar que quem vive com o cônjuge/companheiro(a) tem uma alimentação saudável; quem vive sozinho possui estilos de vida saudáveis, porém quem vive com a família alargada possui estilos de vida não saudáveis e obteve médias mais elevadas nos estilos de vida global (cf. Tabela 29).

Refira-se, ainda que não existem diferenças estatisticamente entre com quem vive e os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico, ou seja, rejeita-se a hipótese formulada.

Tabela 29 - Teste de Kruskal-Wallis entre com quem vive e os estilos de vida

Com quem vive	Com o cônjuge/ companheiro (a)	Com a família restrita	Com a família alargada	Sozinho	KW	p
Estilos de Vida	OM	OM	OM	OM		
Alimentação Saudável	71,89	66,45	55,28	66,34	1,702	0,636
Estilos de Vida Saudável	64,39	71,83	67,50	78,50	2,107	0,550
Estilos de Vida Não Saudáveis	71,43	67,49	79,83	56,00	2,731	0,435
Estilos de Vida Global	70,95	65,72	77,33	59,94	1,689	0,639

Será que a funcionalidade familiar interfere nos estilos de vida do doente com cardiopatia isquêmica?

Qual a relação entre a Funcionalidade Familiar e os estilos de vida?

Para estudarmos a possível influência da Funcionalidade Familiar nos estilos de vida, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, onde se verificou que os sujeitos com disfunção acentuada têm uma alimentação saudável; com disfunção moderada possuem estilos de vida saudáveis e têm médias mais elevadas nos estilos de vida global; e, por sua vez, os que possuem famílias altamente funcionais têm estilos de vida não saudáveis (cf. Tabela 30).

Constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Funcionalidade Familiar e os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico, sendo assim, rejeita-se a hipótese formulada anteriormente.

Tabela 30 - Teste de Kruskal-Wallis entre a Funcionalidade Familiar e os estilos de vida

Funcionalidade Familiar	Disfunção Acentuada	Disfunção Moderada	Altamente Funcional	KW	p
Estilos de Vida	OM	OM	OM		
Alimentação Saudável	86,86	68,43	66,04	2,722	0,256
Estilos de Vida Saudável	67,45	74,59	65,33	1,596	0,450
Estilos de Vida Não Saudáveis	53,92	69,16	71,15	1,984	0,371
Estilos de Vida Global	67,05	70,22	67,77	0,127	0,938

Será que a Funcionalidade Familiar, o sexo, a idade e o stresse influenciam os Estilos de Vida?

P

Pretendemos com esta relação identificar se a Funcionalidade Familiar, o sexo (entrando esta variável no presente estudo, como uma variável muda), a idade e o stresse nas últimas quatro semanas influenciam os estilos de vida. Assim, efetuámos análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente estilos de vida (alimentação saudável; estilos de vida saudáveis; estilos de vida não saudáveis e estilos de vida global). O método de estimação utilizado foi o *stepwise* (passo a passo) e o método *enter*.

Qual a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (alimentação saudável)?

Tendo em conta a alimentação saudável, Tabela 31, demonstra que as correlações com as variáveis independentes variam entre ($r = -0,093$) no stresse nas últimas 4 semanas e ($r = 0,246$) na idade. Entre a idade, existe uma relação significativa e de sinal positivo com a alimentação saudável, o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis independentes mencionadas, mais saudável é a alimentação. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas na Funcionalidade Familiar ($p = 0,116$), no sexo ($p = 0,129$) e no stresse nas últimas 4 semanas.

Tabela 31 – Correlação de Pearson entre a alimentação saudável e variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Funcionalidade Familiar	-0,103	0,116
Sexo	0,098	0,129
Idade	0,246	0,002
Stresse nas últimas 4 semanas	-0,093	0,141

Observamos no Tabela 32 que a primeira variável e única a entrar no modelo de regressão é a idade por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r = 0,246$), estabelecendo uma associação baixa de sinal positivo e explicando por si só 6,1% da variação da alimentação saudável com um erro padrão de regressão de 4,537. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão, a idade, tem poder explicativo na alimentação saudável. Assim deduzimos que quanto maior é a idade, mais saudável é a alimentação.

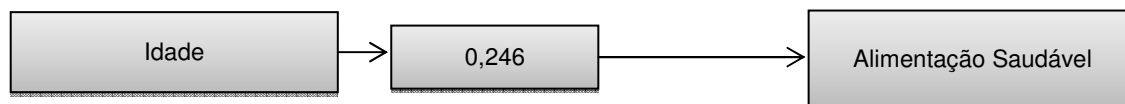
Tabela 32 – Regressão múltipla entre a alimentação saudável e as variáveis independentes

Variável dependente: Alimentação Saudável					
R=0,246					
R ² =0,061					
R ² Ajustado=0,054					
Erro padrão de estimativa=4,537					
Incremento de R ² =0,061					
F=8,645					
p=0,004					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	T	p	
Constante	10,481				
Idade	0,098	0,246	2,940	0,004	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	177,985	1	177,985	8,645	0,004
Residual	2758,831	134	20,588		
Total	2936,816	135			

O modelo final ajustado para a alimentação saudável então pela seguinte fórmula:

$$\text{Alimentação Saudável} = 10,481 + 0,246 \text{ Idade}$$

Figura 2 - Síntese das relações entre a alimentação saudável e as variáveis independentes



Qual a relação entre variáveis independentes e variável dependente (Estilos de Vida Saudáveis)?

No que concerne aos estilos de vida saudáveis, analisando a Tabela 33, observamos que não existem correlações significativas, contudo observa-se que as correlações, com sinal positivo e negativo, oscilando entre (r=0,006) na Funcionalidade Familiar e (r=-0,131) no stresse nas últimas 4 semanas. Todas as associações são de magnitude linear muito baixa.

Tabela 33 – Correlação de Pearson entre os estilos de vida saudáveis e variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Funcionalidade Familiar	0,006	0,473
Sexo	0,075	0,194
Idade	-0,003	0,486
Stresse nas últimas 4 semanas	-0,131	0,064

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o stresse nas últimas 4 semanas já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto como podemos verificar na Tabela 33. Esta variável explica no primeiro modelo 1,716% da variação dos estilos de vida saudáveis e o erro padrão de regressão é de 0,162, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos estilos de vida saudáveis.

No segundo modelo de regressão, para além do stresse nas últimas 4 semanas, entrou a Funcionalidade Familiar e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 1,720% da variabilidade total dos estilos de vida saudáveis tendo o erro estimado diminuído para 0,130.

No terceiro modelo de regressão entra a idade para se juntar ao stresse nas últimas 4 semanas e à Funcionalidade familiar. Estas três variáveis, no seu conjunto, passaram a explicar 1,721% da variabilidade total dos estilos de vida saudáveis tendo o erro estimado diminuído para 0,032.

Por último, verifica-se que o sexo entra no quarto modelo de regressão para se juntar ao stresse nas últimas 4 semanas, à Funcionalidade Familiar e à idade. Constatámos que estas quatro variáveis juntas passaram a explicar 1,777% da variabilidade total dos estilos de vida saudáveis tendo o erro estimado diminuído para 0,008.

Os resultados destes quatro modelos são apresentados na seguinte Tabela (n.º 34) que evidencia como a o stresse nas últimas 4 semana, a Funcionalidade Familiar, a idade e o sexo são preditoras dos estilos de vida saudáveis. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com os estilos de vida saudáveis é muito fraca ($r=0,157$). Os testes F ao não apresentarem significância estatística levam à aceitação da nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo não significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão não têm poder explicativo nos estilos de vida saudáveis.

Tabela 34 – Regressão múltipla entre os estilos de vida saudáveis e as variáveis independentes

Variável dependente: Estilos de vida saudáveis

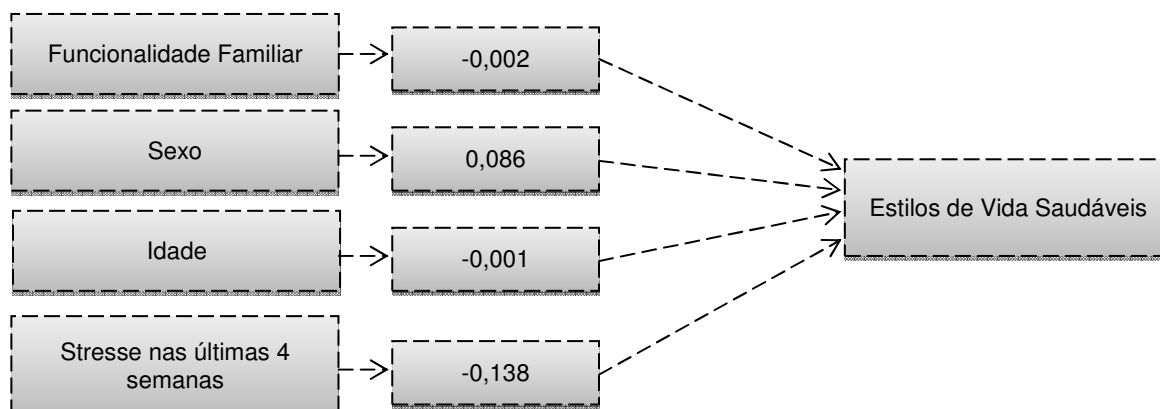
R=0,157
 R²=0,025
 R² Ajustado=-0,005
 Erro padrão de estimativa=4,116
 Incremento de R²=0,025
 F=0,824
 p=0,512

Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	T	p	
Constante	14,146				
Funcionalidade Familiar	-0,003	-0,002	-0,025	0,980	
Sexo	0,814	0,086	0,948	0,345	
Idade	0,000	-0,001	-0,008	0,994	
Stresse nas últimas 4 semanas	-0,255	-0,138	-1,570	0,119	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	55,867	4	13,967	0,824	0,512
Residual	2219,662	131	16,944		
Total	2275,529	135			

Terminamos por apresentar o modelo final ajustado para os estilos de vida saudáveis que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Estilos de Vida Saudáveis} = 14,146 + (-0,002) \text{ Funcionalidade Familiar} + 0,086 \text{ Sexo} + (-0,001) \text{ Idade} + (-0,138) \text{ Stresse nas últimas 4 semanas}$$

Figura 3 - Síntese das relações entre os estilos de vida saudáveis e as variáveis independentes



Qual a relação entre variáveis independentes e Estilos de Vida Não Saudáveis?

Analisando os estilos de vida não saudáveis, a Tabela 35 demonstra que as variáveis independentes apresentam correlações que variam entre ($r=0,064$) no stresse nas últimas 4 semanas e ($r= -0,312$) na idade. Com exceção da Funcionalidade Familiar e o stresse nas últimas 4 semanas que não mostrou uma associação com significância estatística, as restantes variáveis revelaram associações estatisticamente significativas com sinal negativo. Podemos concluir que quanto maiores forem os índices nestas variáveis, mais baixos são os estilos de vida não saudáveis.

Tabela 35 – Correlação de Pearson entre os estilos de vida não saudáveis e variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Funcionalidade Familiar	0,072	0,202
Sexo	-0,222	0,005
Idade	-0,312	0,000
Stresse nas últimas 4 semanas	0,064	0,228

Através da análise da Tabela 36, constatamos que a primeira variável e única a entrar no modelo de regressão é a idade por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,312$), estabelecendo uma associação baixa de sinal negativo e explicando por si só 9,7% da variação dos estilos de vida não saudáveis com um erro padrão de regressão de 4,390. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão, a idade, tem poder explicativo nos estilos de vida não saudáveis. Assim deduzimos que quanto maior é a idade, menor são os estilos de vida não saudáveis.

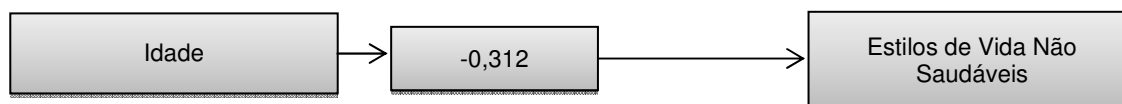
Tabela 36 – Regressão múltipla entre os estilos de vida não saudáveis e as variáveis independentes

Variável dependente: Estilos de vida não saudáveis					
R=0,312					
R ² =0,097					
R ² Ajustado=0,091					
Erro padrão de estimativa=4,390					
Incremento de R ² =0,097					
F=14,554					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	T	p	
Constante	26,297				
Idade	-0,123	-0,312	-3,815	0,000	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	280,510	1	280,510	14,554	0,000
Residual	2601,898	135	19,273		
Total	2882,409	136			

O modelo final ajustado para os estilos de vida não saudáveis então pela seguinte fórmula:

$$\text{Estilos de vida não saudáveis: } 26,297 + (-0,312) \text{ Idade}$$

Figura 4 - Síntese das relações entre os estilos de vida não saudáveis e as variáveis independentes



Qual a relação entre variáveis independentes e variável dependente (Estilos de Vida Global)?

Quanto aos estilos de vida na sua globalidade, analisando a Tabela 37, observamos que não existem correlações significativas, contudo observa-se que as correlações, com sinal negativo, oscilam entre (r=-0,017) na Funcionalidade Familiar e (r=-0,094) no stresse nas últimas 4 semanas. Todas as associações são de magnitude linear muito baixa.

Tabela 37 – Correlação de Pearson entre os estilos de vida global e variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Funcionalidade Familiar	-0,017	0,424
Sexo	-0,037	0,335
Idade	-0,043	0,331
Stresse nas últimas 4 semanas	-0,094	0,139

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o stresse nas últimas 4 semanas já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto, como podemos verificar na Tabela 38. Esta variável explica no primeiro modelo 0,88% da variação dos estilos de vida global e o erro padrão de regressão é de 0,286, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos estilos de vida global.

No segundo modelo de regressão, para além do stresse nas últimas 4 semanas, entrou a Funcionalidade Familiar e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 0,91% da variabilidade total dos estilos de vida global tendo o erro estimado diminuído para 0,229.

No terceiro modelo de regressão entra a idade para se juntar ao stresse nas últimas 4 semanas e à Funcionalidade Familiar. Estas três variáveis, no seu conjunto, passaram a explicar 1,01% da variabilidade total dos estilos de vida global tendo o erro estimado diminuído para 0,056.

Por último, verifica-se que o sexo entra no quarto modelo de regressão para se juntar ao stresse nas últimas 4 semanas, à Funcionalidade Familiar e à idade. Constatámos que estas quatro variáveis juntas passaram a explicar 1,23% da variabilidade total dos estilos de vida global tendo o erro estimado diminuído para 0,012.

Os resultados dos quatro modelos são apresentados na seguinte Tabela (n.º 38), onde estão evidenciados como a o stresse nas últimas 4 semana, a Funcionalidade Familiar, a idade e o sexo são preditoras dos estilos de vida global. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com os estilos de vida saudáveis é muito fraca ($r=0,100$). Os testes F ao não apresentarem significância estatística levam à aceitação da nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo não significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão não têm poder explicativo nos estilos de vida global.

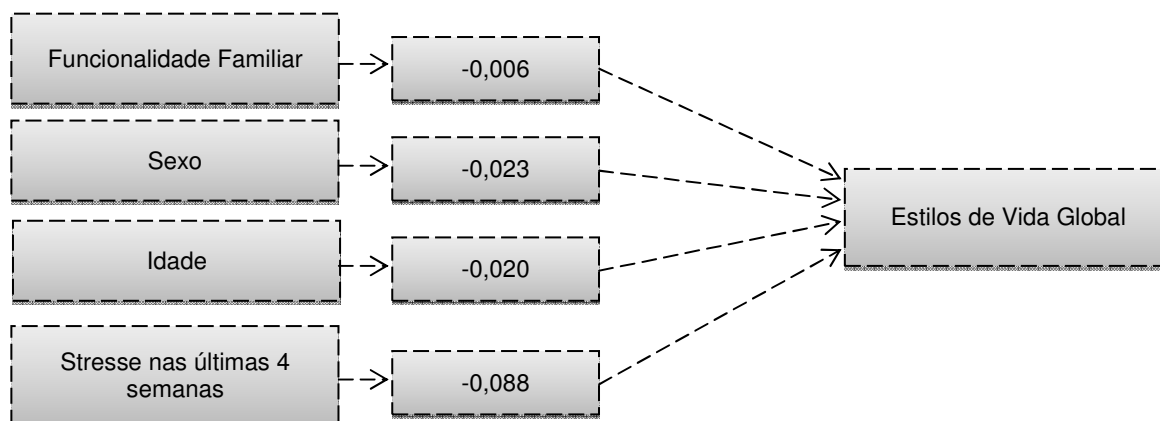
Tabela 38 – Regressão múltipla entre os estilos de vida global e as variáveis independentes

Variável dependente: Estilos de vida global					
R=0,100					
R ² =0,010					
R ² Ajustado=-0,020					
Erro padrão de estimativa=7,255					
Incremento de R ² =0,010					
F=0,333					
p=0,855					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	T	p	
Constante	50,614				
Funcionalidade Familiar	-0,017	-0,006	-0,073	0,942	
Sexo	-0,387	-0,023	-0,255	0,799	
Idade	-0,012	-0,020	-0,220	0,826	
Stresse nas últimas 4 semanas	-0,284	-0,088	-0,994	0,322	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	70,142	4	17,536	0,333	0,855
Residual	6895,593	131	52,638		
Total	6965,735	135			

Quanto ao modelo final ajustado para os estilos de vida global é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Estilos de Vida Global: } 50,614 + (-0,006) \text{ Funcionalidade Familiar} + (-0,023) \text{ Sexo} + (-0,020) \text{ Idade} + (-0,088) \text{ Stresse nas últimas 4 semanas}$$

Figura 5 - Síntese das relações entre os estilos de vida global e as variáveis independentes



4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Propomo-nos apresentar os resultados quer do tratamento de estatística descritiva, quer da análise inferencial, para obtermos respostas para as questões de investigação levantadas.

A amostra global analisada foi de 140 doentes com Cardiopatia Isquémica, com uma média de idades de 68,98 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 11,65. Os participantes do sexo masculino apresentaram uma média de 65,23 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 11,33. Por sua vez, os sujeitos do sexo feminino têm a média de 72,23 anos de idade, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 15,46. Do universo amostra em estudo, 105 doentes são do sexo masculino e 35 do sexo feminino, o que corrobora os dados expostos pelo Instituto Nacional de Estatística (2009), que apontam para uma maior prevalência de homens com doença isquémica do que as mulheres.

Quanto ao fator idade, tal como os dados demonstram, as mulheres situam-se numa faixa etária mais alta, isto é denotativo que, com o aumento da idade, há uma maior probabilidade de doenças cardiovasculares. Os indivíduos em faixas etárias mais avançadas são mais afetados por essas patologias comparativamente aos mais novos. De acordo com Pires (2009), a idade é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a sua frequência aumenta drasticamente com a idade, atingindo importantes proporções após os 55 anos.

No que se refere ao estado civil, verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (72,1%) era casada, com predominância do sexo masculino (78,1%)., o que poderá ser explicado com o fator idade, pois constatou-se que na amostra em estudo os homens têm menos idade que as mulheres, o que se poderá traduzir numa menor percentagem de participantes viúvos. A corroborar estes dados, na amostra em estudo, a maioria vive com o conjugue/companheiro(a) (52,1%), estando em predomínio o sexo masculino (54,3%).

Outro dado alcançado tem a ver com o facto de a maioria dos sujeitos da amostra ser reformada (70,7%), seguido pelos que se encontram empregados numa (22,1%). No grupo dos reformados, a predominância foi do sexo feminino (85,7%), enquanto a percentagem mais significativa, no grupo dos empregados, pertence ao sexo masculino (26,7%). Os dados expostos podem ser suportados empiricamente com os apurados em relação à idade, na medida em que a amostra é composta, maioritariamente, por doentes idosos, o que corresponde à idade da reforma.

Averiguou-se que o grupo amostral é constituído maioritariamente por participantes com um baixo nível de escolaridade (escola primária, 57,1%), onde se enquadram 58,1%

doentes do sexo masculino. Estes também são resultados que estarão relacionados com a variável idade, ou seja, muitos dos idosos portugueses apenas frequentaram a escola primária, nomeadamente aqueles que vivem nas aldeias, inclusive, verificou-se que 55,0% dos doentes em estudo residem numa aldeia.

Relativamente ao rendimento mensal verificou-se que a maioria dos sujeitos possui um rendimento mensal inferior a 450€ (49,3%), sendo que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino, surgindo numa percentagem de 65,7%. De forma mais pormenorizada, 14,3% dos sujeitos da amostra possuem uma situação financeira confortável, contrariamente aos 52,1% dos participantes que vivem com algumas dificuldades. Portugal é um dos países da União Europeia onde a distribuição do rendimento e da riqueza é já das mais desiguais. Segundo o Eurostat, em 2009, os 20% da população portuguesa com rendimentos mais elevados recebiam 6 vezes mais rendimento do que os 20% da população com rendimentos mais baixos. Por outro lado, segundo o Instituto Nacional de Estatística, também em 2009, os 10% da população com rendimentos mais elevados recebiam 9,2 vezes mais rendimento do que os 10% da população com rendimentos mais baixos. Ainda segundo o Instituto Nacional de Estatística (2009), 17,9% da população, ou seja, cerca de 1,9 milhões de portugueses vivem com rendimentos abaixo do limiar da pobreza.

Quanto aos dados relativos à Funcionalidade Familiar, constatou-se que há uma predominância de sujeitos da amostra (58,6%) com uma família altamente funcional, onde se enquadra a maioria das mulheres (74,3%). Estes resultados são importantes na medida em que a adaptação dos doentes com cardiopatia isquémica à sua condição de saúde e à sua aceitação dependem de diversos fatores, dos quais assume grande relevância o suporte familiar. Esta variável condiciona uma transição mais ou menos difícil e uma adaptação mais ou menos bem conseguida. A aceitação do seu estado de saúde e a adaptação à nova condição de saúde são, por sua vez, determinantes na adoção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico e de estilos de vida saudáveis (Andrade, 2009).

Os dados descritivos relativos ao processo clínico demonstraram que 60,3% dos doentes tinham sido acometidos por um EAM e 39,0% por Angor instável. Dos sujeitos que apresentavam EAM, a maioria era do sexo feminino (61,8%) e dos sujeitos que apresentavam Angor instável sobressaiu o sexo masculino (39,2%). A doença cardiovascular é a principal causa de morte em Portugal, em ambos os sexos, constituindo um peso em termos emocionais e financeiros para a sociedade (Direção Geral da Saúde, 2006).

Os dados apurados vão ao encontro dos apurados por Brochado (2010) cujo estudo demonstrou que a amostra era constituída por doentes com idade média de 83,1, 64,9% dos quais com diagnóstico final de EAM com elevação do segmento ST. O autor verificou-se

uma distribuição de género não equitativa com predomínio do sexo feminino com EAM (56.8%), tal como na presente investigação.

No que concerne aos fatores de risco, registou-se um valor percentual elevado (98,5%) de doentes inseridos neste Tabela, com predomínio para os homens (99,0%). Dos fatores de risco estudados, sobressaíram os seguintes: HTA (n=102), dislipidemia (99), obesidade (n=69), diabetes *mellitus* (n=39), tabagismo (n=24), sempre com uma frequência mais elevadas para o grupo dos doentes do sexo masculino. Estes dados estão igualmente em conformidade com os apurados por Brochado (2010), uma vez que os elementos da sua amostra evidenciaram, com destaque, prevalência de HTA, excesso de peso, dislipidemia, tabagismo e diabetes *mellitus*. Foram igualmente registadas histórias pessoais de doença cardíaca, mas com menor percentagem, tal como no presente estudo, onde só 14,8% dos sujeitos referiram tê-la.

Quanto à localização do enfarte, observou-se que metade (50,0%) dos enfartes foram inferiores, onde se inclui a maioria das mulheres (55,9%), e a outra metade (50,0%) dos enfartes foram anteriores, sendo os homens os que os apresentaram (52,0%), na sua maioria. Relativamente ao tipo de EAM, salienta-se que 41,5% dos enfartes eram com supra ST e 58,5% dos enfartes eram sem supra ST. Referente à extensão da lesão, constatou-se que 51,1% dos doentes apresentou doença de 1 vaso, 27,4% apresentou doença de 2 vasos, 15,6% apresentou doença de 3 vasos. Estes dados estão igualmente em conformidade com os alcançados por Brochado (2010), onde houve a predominância do EAM com elevação do segmento ST e da doença de 1 vaso.

Relativamente aos dados dos valores do IMC, verificou-se que os doentes do sexo masculino apresentaram uma média centrada nos 27,56, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,37, estando os doentes do sexo feminino acima dessa média ($\mu=26,50$; Dp. 3,76). Assim sendo, apenas 0,7% dos sujeitos da amostra é saudável, 23,6% apresenta pré-obesidade, 55,7%, ou seja, mais de metade da amostra apresenta obesidade moderada, 17,1% apresenta obesidade clínica e 2,9% dos sujeitos apresentam obesidade mórbida. Concernente ao sexo, verificou-se que os sujeitos saudáveis, com pré-obesidade ou com obesidade clínica pertenciam maioritariamente ao sexo feminino (2,9%; 34,3%; 20,0%) e os sujeitos com obesidade moderada ou com obesidade mórbida eram na sua maioria do sexo masculino (60,0%; 3,8%). A este propósito, refere-se que, em 2005, 15,2% dos residentes adultos em Portugal eram obesos. A prevalência de mulheres com obesidade era ligeiramente superior à verificada para os homens, contrariamente aos dados do presente estudo. Independentemente do sexo, a proporção de indivíduos com obesidade, de acordo com o INE (2009), aumenta com a idade, sobressaindo a evolução da prevalência de

obesos entre os grupos etários 35-44 anos e nos três grupos etários subsequentes (idades compreendidas entre 45 e 74 anos).

Em 2005 (Instituto Nacional de Estatística, 2009), 15,2% dos residentes adultos em Portugal eram obesos e a prevalência de mulheres com obesidade era ligeiramente superior à verificada para os homens, tal como no presente estudo, tendo-se em conta a média obtida no IMC. Independentemente do sexo, a proporção de indivíduos com obesidade aumenta com a idade, sobressaindo a evolução da prevalência de obesos entre os grupos etários 35-44 anos e nos três grupos etários subsequentes (idades compreendidas entre 45 e 74 anos). Estes resultados já espelham hábitos de vida pouco saudáveis, bem como se pode dizer que a obesidade é um fator de risco da cardiopatia isquémica. Aliás, confirmou-se, na amostra em estudo, que 52,9% dos participantes apresentava mais peso do que o que tem agora, sendo que destes a maioria era do sexo masculino (55,3%).

Relativamente ao hábito tabágico, verificou-se que 50,7% dos sujeitos nunca fumaram, 41,4% dos sujeitos param de fumar e apenas 7,9% dos sujeitos continuam a fumar. Os sujeitos que nunca fumaram são na sua maioria do sexo feminino (91,4%). Volta a reiterar-se o tabagismo como um fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo igualmente uma forte evidência de estilos de vida não saudáveis. Em conformidade com os dados do INE (2009), o consumo de tabaco era, entre 1999 e 2005, mais preponderante na população masculina; resultando daqui que apenas 46,5% dos homens nunca tenham fumado, o que contrasta com um número bastante mais elevado de mulheres nunca fumadoras (82,3%).

Em Portugal, o consumo de tabaco é, como em todo o mundo, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade evitáveis. Por este facto, a prevenção e o controlo do tabagismo constituem uma das áreas de ação prioritárias da Direção Geral da Saúde (2007), inseridas no objetivo mais vasto de prevenção da doença e promoção da saúde, através da criação de condições que facilitem a adoção de estilos de vida saudáveis.

Um dos estudos que mais impacto tem tido sobre as conceções de saúde e doença, foi um estudo realizado por Lester Breslow, Nedra Belloc, Leonard Syme e outros colaboradores (Belloc et al.,1971; Belloc & Breslow,1972; Belloc,1973, cit. in Albuquerque, 1999). Este estudo levado a cabo na Califórnia, nos anos setenta, tornou-se num passo muito importante no conhecimento do papel dos comportamentos de saúde nos processos de saúde e doença. Numa investigação iniciada em 1965 e que envolveu uma amostra de 6928 americanos adultos, verificou-se que sete hábitos ou práticas saudáveis estavam altamente correlacionadas com a saúde dos americanos, nas quais se destacam o não fumar e a prática de exercício físico regular.

A associação entre os hábitos tabágicos (não fumador, ex-fumador e fumador) e o tipo de doença (angina, EAM e hipertensão arterial) demonstrou ser estatisticamente

significativa. Foi encontrada uma relação entre o tabagismo e a doença das artérias coronárias. A categoria dos ex-fumadores e os doentes com EAM estavam igualmente associados de forma significativa. Assim, a história de EAM constitui um momento intenso de sofrimento e crise, no qual o doente se revela particularmente recetivo à cessação dos seus hábitos tabágicos. Confirma-se também que o hábito de fumar constitui um fator de risco para a cardiopatia isquémica (Trigo e Rocha, 2002).

Ficou também provado, na amostra em estudo, que 44,3% dos participantes consomem café, maioritariamente do sexo masculino (51,4%), dos quais 52,3% ingere 1 café e 26,2% 2 cafés. O consumo excessivo de café é considerado como um dos comportamentos prejudiciais de saúde.

Relativamente ao stresse após doença, constatou-se que em 26,4% dos sujeitos da amostra o stresse aumentou, em 47,9% dos casos o mesmo manteve-se e em 23,6% dos sujeitos o stresse diminuiu. No que diz respeito ao sexo, verificou-se que nos sujeitos em que o stresse aumentou ou manteve, a maioria era do sexo feminino (31,4%;48,6%), enquanto nos sujeitos em que o stresse diminuiu ou não esteve presente, houve prevalência para o sexo masculino (24,8%; 2,9%).

Perante um fator de stresse, como nas situações inesperadas de doença, há um aumento do risco de eventos coronários e morte por essa causa, minutos, horas ou poucos dias após a exposição. Fatores de stresse aumentam o risco de doença coronária e agravam o prognóstico em doentes com doença cardíaca prévia (Nogueira, 2010). O mesmo autor afirma que os fatores psicossociais envolvidos na cardiopatia isquémica incluem o estatuto socioeconómico baixo, a exposição crónica ao stresse (sobretudo no trabalho), o isolamento social e o baixo suporte social. Neste contexto, poder-se-á dizer que o facto de na amostra em estudo haver participantes no ativo justificará provavelmente alguns dos casos em que o stresse aumentou após a doença. Por outro lado, também se salienta que o stresse é um fator de risco das doenças cardiovasculares. Sardinha et al. (2009) referem que os Tabelas de stresse podem prejudicar o funcionamento e o prognóstico dos doentes com patologias cardiovasculares. É possível que tal associação ocorra indiretamente, em função da alta comorbilidade do transtorno de pânico ou pelo aumento dos níveis de stresse devido à ansiedade gerada mediante a própria condição de saúde. Há evidência que sugere que a presença de stresse em doentes com patologia cardíaca pode provocar uma perfusão sanguínea deficitária, podendo levar à isquemia miocárdica.

Por outro lado, os doentes que sofreram um evento cardiovascular agudo podem vir a constituir um grupo de risco stresse devido a crenças desproporcionais sobre os seus sintomas físicos (Sardinha et al., 2009). Os mesmos autores definem ansiedade cardíaca como um medo excessivo relacionado com a interpretação de que as manifestações

cardíacas normais podem ser perigosas, o que pode gerar sintomas tais como dor ou desconforto torácico, mesmo na ausência de uma condição cardiovascular mais grave.

No que se refere à alimentação saudável, apurou-se uma média de 17,04 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,65. O coeficiente de dispersão revelou que a alimentação saudável apresentava uma dispersão moderada. Embora estar-se permanentemente saudável seja um objetivo desejável, parece ser impossível à luz dos conhecimentos atuais. Mas se há fatores que tornam suscetíveis a certas doenças, outros há que podem ser influenciados pelo próprio indivíduo. Os investigadores que estudam os padrões das doenças em diferentes populações têm vindo a associar certas patologias a características ou a fatores como a alimentação. Esta relação está particularmente bem estudada para as doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes *mellitus* tipo II, entre outras patologias (Augusto, 2011).

O conhecimento sobre a alimentação e a nutrição, por si só, é insuficiente para originar mudanças comportamentais. A modificação dos estilos de vida das pessoas pode representar uma estratégia facilitadora da mudança de comportamentos, podendo ser concretizada através da legislação e outros mecanismos que permitam modifica-los.

Apurou-se igualmente que, ao nível dos estilos de vida saudáveis, uma média de 12,91 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,10. Porém, o valor médio foi mais elevado para os estilos de vida não saudáveis, sendo esta de 18,12 e um desvio padrão de 4,62. Quanto ao estilo de vida global, observou-se uma média de 48,07 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 7,16. Face a estes resultados, salienta-se a importância da educação para a saúde que é uma estratégia da promoção da saúde. No entanto, ambos os conceitos têm sido utilizados frequentemente, de forma intercambiável. Contudo, é importante diferenciar entre a promoção da saúde como um conceito amplo, que inclui distintas estratégias de atuação, e a educação para a saúde como um instrumento ou uma estratégia concreta para a promoção da saúde (Pais-Ribeiro, 2004).

Lindström e Eriksson (2005) evidenciam a relevância da aplicação da perspectiva salutogénica às diretrizes emanadas pela Carta de Ottawa, no sentido de se consolidarem os princípios básicos da perspectiva salutogénica num Tabela teórico sustentado. Contudo, e apesar do modelo salutogénico existir há muitos anos, com reconhecimento generalizado da comunidade científica, da sua eficácia e aplicabilidade no domínio da saúde, a sua aplicação no contexto da prática continua a ser pouco valorizada ou concretizada pela própria população, ainda que as campanhas de estilos de vida saudáveis sejam uma constante, sobretudo por parte dos profissionais de saúde.

Procurou-se identificar se a idade dos sujeitos da amostra influenciava os estilos de vida. Como tal, observou-se que os sujeitos com 75 ou mais anos de idade possuem hábitos mais elevados de alimentação saudável e têm mais estilos de vida saudável. Contudo, os

inquiridos com 62 ou menos anos de idade possuem estilos de vida não saudáveis e níveis mais elevados de estilos de vida global. Esta variação de médias entre os grupos instituídos resultou na existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a alimentação saudável ($p=0,016$) e os estilos de vida não saudáveis ($p=0,001$; $p=0,004$), aceitando-se a hipótese formulada.

O facto de se ter obtido valores médios mais elevados para os doentes mais velhos ao nível da alimentação saudável e nos estilos de vida saudável poderá ser justificado com base no facto de este grupo etário continuar a fazer uma alimentação mais tradicional, onde os alimentos *fastfood* não fazem parte dos seus hábitos alimentares. As transformações ocorridas nas sociedades (especialmente na ocidental), decorrentes da melhoria do nível de vida e das transformações e exigências sociais, associadas aos progressos nos métodos de produção dos alimentos e à modificação na comercialização dos produtos alimentares, contribuíram para uma mudança significativa do padrão alimentar da União Europeia (Comisión Europea, 2003, cit. in Augusto, 2011). A estes fatores, Bruzos e Valdemoro (2008) acrescentam o papel exagerado da publicidade que, por vezes, provoca a desorientação do consumidor, incitando ao consumo indiscriminado e ao abandono dos hábitos alimentares tradicionais (especialmente nos países mediterrânicos).

Um outro resultado apurado e estatisticamente significativo foi o alcançado em relação à situação laboral a qual influenciou os estilos de consumo de alimentos e prática de exercício físico. Assim, verificou-se que os participantes que se encontram no ativo adotam com mais frequência uma alimentação saudável, porém, quem não se encontra no ativo obteve médias mais elevadas nos estilos de vida saudável, não saudável e global. A variação das médias resultou em diferenças estatisticamente significativas para o fator “estilos de vida não saudáveis” ($p=0,040$).

Os resultados das regressões múltiplas demonstraram que entre a idade existe uma relação significativa e de sinal positivo com a alimentação saudável, o que leva a afirmar que quanto maiores os índices nas variáveis independentes mencionadas, mais saudável é a alimentação, sem quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Contudo, observou-se que a idade tem poder explicativo na alimentação saudável, levando a deduzir que quanto maior é a idade, mais saudável é a alimentação. Estes dados poderão ser explicados com o facto de as pessoas com mais idade seguirem uma alimentação mais saudável comparativamente às mais novas, ou seja, poderão possuir ainda hábitos alimentares mais tradicionais, não estando tão predispostos à denominada alimentação *fastfood*. Atualmente, as alterações dos estilos de vida, os novos hábitos alimentares e de consumo começam a repercutir-se em problemas graves de saúde pública. A alimentação para além de ser uma necessidade fundamental do ser humano é um dos elementos do estilo de vida mais

determinante no estado de saúde das pessoas. Como tal, é de extrema importância conhecer os hábitos alimentares das populações, a fim de se poder agir, em caso de graves erros alimentares (José, 2011).

Constatamos que o stresse, a Funcionalidade Familiar, a idade e o sexo são variáveis preditoras dos estilos de vida saudáveis e estilos de vida global, uma vez que a correlação positiva que estas variáveis estabelecem com os estilos de vida saudáveis é muito fraca ($r=0,100$), tendo-se deduzido, através dos resultados apurados, que quanto maiores os índices nestas variáveis, mais baixos são os estilos de vida não saudáveis. Os coeficientes padronizados beta revelaram que o stresse nas últimas 4 semanas foi a variável que apresentou maior valor preditivo. Constatou-se também que a idade entrou no modelo de regressão, significando que esta tem poder explicativo nos estilos de vida não saudáveis. Assim, deduz-se que quanto maior é a idade, menor são os estilos de vida não saudáveis.

Os dados expostos estão em consonância com o referido na literatura onde se aponta a existência de variáveis e circunstâncias que, de forma mais ou menos direta e interrelacionada, influenciam a aquisição de estilos de vida saudáveis nos indivíduos, dos quais se destacam a influência da família, da zona de residência, das condições socioeconómicas, da idade e do sexo (Balaguer, 2002; Currie et al., 2004).

Como tal, importa salientar que os défices de saúde não podem ser abordados através de uma perspetiva reducionista, que valorize apenas a escolha individual. O nível de saúde depende de vários fatores relacionados com a organização da sociedade, com as condições socioeconómicas e políticas vigentes, pelo que a abordagem dos comportamentos relacionados com a saúde não pode ser dissociada dos contextos em que estes ocorrem (Basto, 2000).

Em suma, os estilos de vida, tais como o consumo de alimentos e a prática de exercício físico, conforme os dados alcançados no presente estudo, têm de ser analisados sempre sob uma perspetiva multifactorial. Por outro lado, para se alcançar um nível ótimo de saúde e de bem-estar pleno, o fator alimentação tem um peso determinante. A alimentação, para além de ser uma necessidade fundamental do ser humano, é um dos elementos do estilo de vida mais delimitadores do estado de saúde das pessoas. Uma dieta saudável, ainda que não forneça isoladamente garantias de boa saúde, acarreta um contributo fundamental à longevidade e evita inúmeras doenças, das quais se destaca a doença coronária isquémica.

Há ainda a referenciar que a prática de exercício físico contribui para a diminuição da pressão arterial sistólica e diastólica, redução dos níveis de colesterol das lipoproteínas de baixa densidade, contribuindo para a melhoria do perfil lipídico e dos hidratos de carbono, bem como do peso corporal (Bento, 2004). Por outro lado, o exercício físico também é apontado por alterar favoravelmente os processos que levam a acidentes coronários como:

a agregação plaquetária, a melhoria da função do endotélio e a diminuição do limiar de arritmias, do equilíbrio entre as necessidades e o aporte de oxigênio ao miocárdio em intensidades de exercício submaximais (Brubaker & Kaminsky, 2002; Mooss & Gordon, 2001). Encontra-se, desta forma, comprovada a relação inversa existente entre o exercício físico e os fatores de risco de doenças coronárias que permite afirmar que os indivíduos fisicamente ativos têm menor incidência de EAM e mortalidade por doença cardiovascular ou tendem a desenvolver estas doenças numa idade mais avançada quando comparados com indivíduos sedentários (Heyward, 2002; Bento, 2004).

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu obter contributos para um conhecimento mais sobre a influência dos estilos de vida nos doentes com cardiopatia isquémica, nomeadamente a nível do consumo de alimentos e prática de exercício físico.

A cardiopatia isquémica é um dos principais problemas de saúde em todo mundo, representando uma significativa parcela da mortalidade total nos dias atuais. Acredita-se que a ocorrência de cardiopatia isquémica seja o resultado de uma combinação de fatores genéticos, socioeconómicos e ambientais, estes últimos representados pelos estilos de vida.

Os estilos de vida são, em grande parte, produto de uma construção social e cultural no qual as pessoas estão incluídas e têm papel ativo. Logo, há que recuperar, criar e apoiar práticas favorecedoras de condutas promotoras de autocuidado em saúde e bem-estar, que permitam igualmente o desenvolvimento de todo o seu potencial enquanto cidadãos (Albuquerque, 1999).

O trabalho desenvolvido permitiu atingirem-se os objetivos delineados. Assim, através do estudo empírico ficou demonstrado que, na amostra analisada, constituída por 140 doentes com cardiopatia isquémica, com uma média de idades de 68,98 anos, a maioria era do sexo masculino, com um baixo nível de escolaridade, rendimento mensal inferior a 450€, havendo uma predominância de sujeitos com uma família altamente funcional. Concluiu-se igualmente que mais de metade dos doentes tinha sido acometida por um EAM (inferior e anterior); com elevação do segmento supra ST e com doença de 1 vaso, maioritariamente), seguindo-se os que tiveram Angor instável.

No que concerne aos fatores de risco, registou-se um valor percentual elevado de doentes inseridos neste Tabela, com predomínio para os homens, tendo sobressaído a HTA, a dislipidémia, a obesidade, a diabetes *mellitus* e o tabagismo.

Relativamente aos dados dos valores do IMC, verificou-se que os doentes do sexo feminino estavam acima da média em relação aos do sexo masculino. Mais de metade da amostra apresentava obesidade moderada, o que sugeriu, *a priori*, estilos de vida pouco saudáveis, o que foi corroborado com o facto de ter predominado os participantes que tinham mais peso quando foram acometidos pela doença coronária isquémica.

Relativamente ao hábito tabágico, verificou-se que a maioria dos participantes nunca fumou, estando incluídos dentro do grupo de fumadores os homens. Ficou também provado, na amostra em estudo, que uma percentagem significativa de participantes consome café, maioritariamente do sexo masculino.

Quanto ao stresse após doença, constatou-se que a maioria dos doentes referiu que o mesmo se manteve. No que se refere à alimentação saudável, o coeficiente de dispersão revelou que esta apresentava uma dispersão moderada. Apurou-se igualmente que a média mais elevada foi ao nível dos estilos de vida não saudáveis.

Os resultados da análise inferencial revelaram que a idade influenciou os estilos de vida dos doentes com cardiopatia isquémica e os estilos de vida não saudáveis.

Um outro resultado apurado e estatisticamente significativo foi o alcançado em relação à situação laboral a qual influenciou os estilos de vida dos doentes da amostra em estudo, cuja variação das médias resultou em diferenças estatisticamente significativas para o fator “estilos de vida não saudáveis”.

Constatámos que o stresse, a funcionalidade familiar, a idade e o sexo são variáveis preditoras dos estilos de vida saudáveis e estilos de vida global, uma vez que a correlação positiva que estas variáveis estabelecem com os estilos de vida saudáveis é muito fraca, tendo-se deduzido que quanto maiores os índices nestas variáveis, mais baixos são os estilos de vida não saudáveis.

A complexidade própria inerente ao surgimento da cardiopatia isquémica pressupõe uma abordagem multifactorial dos aspetos que poderão influenciar as opções dos indivíduos face aos seus estilos de vida. O sistema de necessidades, de valores, de mentalidades, de cultura, de cidadania, de responsabilidade e de comportamentos, podem ser um meio válido para se fazer entender o conceito dos estilos de vida, já que as pessoas constroem os seus sistemas de ação ou simbólicos, tendo em vista manejar e apropriar-se do mundo o mais feliz e saudavelmente possível, ou seja, formulam hipóteses segundo as suas experiências e predizem o futuro de acordo com estas. Como tal, é importante apostar-se numa maior sensibilização para os fatores de risco inerentes aos estilos de vida não saudáveis como forma de se prevenir as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, baseando-se em estratégias específicas direcionadas à nutrição, à atividade física e ao tabagismo.

Contudo, os resultados encontrados servirão de base para uma reflexão, por parte dos profissionais de saúde, quanto à importância de alertar as comunidades acerca da adoção de estilos de vida saudáveis, como uma das formas para a prevenção da referida patologia.

Do mesmo modo, torna-se essencial a disponibilização de tempo e de condições de trabalho para que os enfermeiros intervenham mais na comunidade, lugar de excelência para a promoção da saúde e bem-estar da população, de forma a afirmarem e conquistarem a sua competência e autonomia profissional, contribuindo para a obtenção de ganhos na saúde das gerações futuras.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, C.M. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, Portugal.
- Andrade, S.C. (2009). *Índice de qualidade da dieta e seus fatores associados em adolescentes do Estado de São Paulo*, Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina.
- Augusto, A.L.P.R. (2011). *Educação alimentar na formação de adultos: contributo para a educação/ promoção da saúde*. Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ensino das Ciências, Bragança: ESE.
- Balaguer, I. (Ed.). (2002). *Estilos de vida en la adolescência*. Valência: Promolibro.
- Baldaia, J.D. (2005). Fundamentação teórica de um programa participativo de promoção/educação para a saúde. *Investigação e debate em serviço social*, s.n.: 26-30.
- Brochado, N.M. (2010). *Enfarte Agudo do Miocárdio após os 80 anos de idade, resultados imediatos e após um ano de follow-up*, Tese de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, Porto.
- Bugalho, A. & Carneiro, A.V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21*.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde – Conceito, práticas e necessidades de formação*. Camarate: Lusociência.
- Clément, P. (2006). La Biologie et sa didactique, dix ans de recherche. *Aster*, 27: 56-93.
- Costa, M. & López, E. (2006). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Currie, C.; Roberts, C.; Morgan, A. et al.. *Young people health in context*, Copenhagen. WHO, 2004.
- D'Agostino, R.B. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation* 117: 743-753.
- Diegues, J. (2006). Promoção da saúde comunitária. *CRSP- Saúde Pública*, 49: 7-12.

- Fontes, R.M.F.V. (2007). *Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes. Estudo do impacte de um projeto de intervenção*, Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Giordan, A. (2010). Health Education, Recent and Future Trends. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 95: 53-58.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. (I. d'Espiney, Trad.). Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Revista de Estudos Demográfico*, nº 46, Novembro de 2009. [acedido 4 Julho de 2012], Disponível em <http://www.ine.pt/xportal>.
- José, R.M. (2010). *Educação alimentar na formação de adultos: contributo para a educação/promoção da saúde*. Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ensino das Ciências, Bragança: ESE.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 440-442.
- Manfroi, W.C.; Peukert, C.; Berti, C.B.; Noer, C.; Gutierrez, D.A. & Silva, F.T.B.G.C. (2002). Infarto Agudo do Miocárdio. Primeira Manifestação de Cardiopatia Isquémica e Relação com Fatores de Risco. *Arq. Bras. Cardiol*, Vol.78, 4: 388-391.
- Matos, M. (2004). *Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional*. Aná. Psicológica, set. 2004, vol.22, 3: 449-462.
- Matos, M. (2006). *Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional*. Aná. Psicológica, vol.22, 3: 449-462.
- Matos, M.G.; Simões, C.; Carvalhosa, S.F. & Reis, C. (2007) *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS: Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação para Todos -Saúde*.
- Navarro, M.F. (2005). *Educar para saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas*. Em: Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (Coord.). *Educação para a Saúde (pp. 13-38)*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Braga: Universidade do Minho.
- Nogueira, A.P. (2010). *Stress e doença coronária*, Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.

- Pais Ribeiro, J.L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (XXII): 387-397
- Pais Ribeiro, J.L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Pastor, R. (2007). *Estilo de vida e salud*. Valencia. Albatos Educación. *Professional Perspectives*. London: Palgrave.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, M.J.G.G. (2009). *Fatores de risco da doença coronária e qualidade de vida "estudo exploratório no concelho de Odivelas"*, Tese de Mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2005). Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração. Relatório Preliminar. <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/i007159.pdf>
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2006). *Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares*. Alto Comissariado da Saúde. Panfleto da Campanha Nacional seja mais rápido que um enfarte. Lisboa.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2005). *Circular Normativa sobre o Programa Nacional de Combate à Obesidade - N.º: 03/DGCG*.
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2003). Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: a critical introduction*. London: SAGE Publications.
- Sardinha, A.; Nardi, A.E. & Zin, W.A. (2009). Ataques de pânico são realmente inofensivos? O impacto cardiovascular do transtorno do pânico. *Ver Bras Psiquiatr.*, 31 (1): 57-62.
- Souza, J.J.G. (2003). Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo: um estudo de base populacional, Tese de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Taylor, S. (2002) *Etnographic Research: A Reader*. London: SAGE.
- Trigo, M. & Rocha, E. (2002). Cessação de hábitos tabágicos em doentes coronários. *Ata Médica Portuguesa*, 15: 337-344.

APÊNDICE