

■ Artigo Original

Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares



Lifestyles: social representations construed by patients with myocardial infarction and family members

Estilos de vida: representaciones sociales construidas por los pacientes con infarto de miocardio y familia

Maria do Céu Mendes Pinto Marques^a
Felismina Rosa Parreira Mendes^a
Isaura da Conceição Cascalho Serra^a

Como citar este artigo:

Marques MCMP, Mendes FRP, Serra ICC. Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e62593. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62593>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62593>

RESUMO

Objetivo: Analisar as representações sociais de estilos de vida construídas por familiares e doentes com diagnóstico de infarto do miocárdio.

Método: Estudo exploratório e qualitativo sustentado na teoria das representações sociais, com 70 doentes e 70 familiares, de dois hospitais portugueses, um no litoral outro no interior do país, de janeiro a junho de 2015. Foi realizada análise estrutural, com o uso de dois questionários, recorrendo à técnica de Associação Livre de Palavras.

Resultados: As evocações dos doentes e dos familiares indicaram fraca convergência entre os dois grupos na representação de Estilo de Vida, contudo mostraram a existência de conhecimentos potenciadores de um estilo de vida saudável.

Conclusões: As categorias Comer e Mudança assumiram consensualidade nos grupos. Para doentes e familiares foi consensual que uma alimentação pouco cuidada representa um estilo de vida prejudicial para a saúde. Ficou também claro que a mudança é fundamental. Tal assunção abre espaço à intervenção dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Estilo de vida. Infarto do miocárdio. Pacientes. Cuidadores. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: The social representations of lifestyles construed by family members and patients diagnosed with myocardial infarction.

Method: Exploratory qualitative study supported by the theory of social representations, with 70 patients and 70 family members of two Portuguese hospitals, one on the coast and one inland from January to June 2015. Structural analysis was performed using two questionnaires relying on the technique called Free Association of Words.

Results: The evocations of patients and family members indicated weak convergence between the two groups in representing Lifestyle, yet showed the existence of knowledge that enhances a healthy lifestyle.

Conclusions: The categories Eat and Change were a consensus among the groups. For patients and family members, it was consensual that a poor diet is a harmful lifestyle for health. It was also clear that change is fundamental. Such an assumption makes room for the intervention of health professionals.

Keywords: Lifestyle. Myocardial infarction. Patients. Caregivers. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las representaciones sociales de los estilos de vida construidos por la familia y los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Método: Estudio cualitativo exploratorio, apoyado en teoría de las representaciones sociales, con 70 pacientes y 70 familiares, de hospitales portugueses, uno en la costa y el otro en el interior del país, de enero a junio el año 2015. Se llevó a cabo el análisis estructural, para eso se utilizaron dos cuestionarios y la técnica de asociación libre de palabras.

Resultados: Evocaciones de los pacientes y familiares indican débil convergencia entre los dos grupos en representación de Estilos de vida, sin embargo, muestran la existencia de mejorar el conocimiento de un estilo de vida saludable.

Conclusión: Las categorías de la Alimentación y del Cambio tienen una clara consensualidad en ambos grupos. Para los pacientes y sus familiares existe un consenso de que una dieta poco cuidada es un estilo de vida perjudicial para la salud. También está claro que el cambio es fundamental. Esta premisa deja espacio para la intervención de profesionales de la salud.

Palabras clave: Estilo de vida. Infarto del miocardio. Pacientes. Cuidadores. Enfermería.

^a Universidade de Évora (UE), Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora, Portugal.

■ INTRODUÇÃO

O estilo de vida define-se como uma configuração que articula as formas de ser, de estar e de pensar indissociáveis do grupo social de pertença. Neste contexto, os estilos de vida remetem para a forma pela qual um indivíduo ou um grupo de indivíduos vivencia o mundo e, em consequência, se comporta e faz escolhas.

Os estilos de vida, enquanto condições modificáveis, são indissociáveis da saúde⁽¹⁾. As escolhas individuais relacionadas com a alimentação, a atividade física, o lazer, ou a adoção de medidas promotoras da saúde ou preventivas da doença, a obesidade, o tabagismo, o sono ou o stress são fatores que afetam (negativa ou positivamente) a saúde individual.

Um dos modelos que sustenta esta relação é o modelo económico de Grossman que a partir da análise da procura de saúde e de cuidados de saúde, como um processo de escolha individual, tenta prever as variáveis que afetam o comportamento e as escolhas relacionadas com a saúde. Saliencia este autor que a procura de saúde está diretamente relacionada com a educação, o nível de rendimento (variáveis socioeconómicas) e a idade (variável biológica)⁽¹⁾.

As profundas mudanças socioeconómicas e sanitárias que ocorreram na sociedade do pós-guerra traduziram-se em mudanças substantivas no padrão de vida das sociedades ocidentais, e consequentemente, tiveram impactos na saúde⁽²⁾. Com o advento da mecanização, dos avanços tecnológicos, da informatização e com o aumento da presença dos Labor Saving Devices (mecanismos que poupam esforço como: controlos remotos, vidros elétricos e etc.) no quotidiano dos indivíduos, deu-se uma diminuição progressiva da atividade física no trabalho, no espaço doméstico e de lazer. O chamado progresso tecnológico e socioeconómico, tem contribuído/promovido a sedentarização da população e assim, ao invés de se constituir como uma vantagem para os indivíduos está a revelar-se como uma potencial ameaça para a saúde⁽³⁾.

Nos diferentes países desenvolvidos ou em desenvolvimento, existe atualmente um consenso sobre a importância da adoção precoce de estilos de vida saudáveis para a prevenção dos problemas de saúde, mediante programas de prevenção e de promoção da saúde, com o objetivo de prevenir quer as doenças crónicas, quer as suas complicações, mediante modificações das condições associadas aos determinantes sociais da saúde, quer alterações dos estilos de vida individuais.

Em Portugal, a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde tendo presente que os fatores determinantes da saúde decorrem de fatores individuais e de fatores ambien-

tais, sócio-económicos e culturais, refere a necessidade de implementação a nível nacional de programas específicos, predominantemente orientados para a capacitação das pessoas para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde⁽⁴⁾.

A publicação do *World Health Report* afirma também que as doenças crónicas não transmissíveis, de que são exemplo as doenças cardiovasculares (principais causas de morbilidade, perda de qualidade de vida e mortalidade, elevado consumo de cuidados de saúde, custos económicos e sociais) vieram reforçar a importância dos estilos de vida saudáveis. No caso concreto do infarto do miocárdio (IM), os estilos de vida são apontados como um dos fatores etiológicos, nomeadamente a alimentação e atividade física⁽⁵⁾.

Também em Portugal, os subscritores da Declaração para uma Vida Melhor, elaborada durante o II Congresso Nacional de saúde Pública, em 2010, enumeram seis prioridades inadiáveis na perspectiva da prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis: o acesso aos serviços (reduzindo as desigualdades em saúde); a literacia dos cidadãos; a redução do tabagismo; a diminuição do consumo de álcool; o incentivo à alimentação equilibrada e o fomento ao exercício físico⁽⁶⁾. No mesmo sentido, para além da herança genética, as dietas ricas em gorduras saturadas e hidratos de carbono, pobres em frutas e legumes e com substancial quantidade de sal e a inatividade física são fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares⁽⁷⁾. O risco cardiovascular, está portanto associado à presença das características individuais de cada indivíduo, às suas condições de existência e aos seus estilos de vida e a evidência científica demonstra, cada vez mais consistentemente, os benefícios do reconhecimento precoce dos fatores de risco com a finalidade de prevenção de doenças cardiovasculares.

A análise das Representações Sociais dos doentes coronários e dos seus familiares, sobre os estilos de vida permitirá perspetivar como cada grupo se posiciona sobre as ações presentes e os seus impactos no futuro em termos de saúde. Permitirá igualmente analisar que a importância atribuída às escolhas individuais em termos de estilos de vida e as orientações normativas emanadas da promoção da saúde e prevenção da doença.

Este estudo teve como objetivo analisar as Representações Sociais de estilos de vida construídas por familiares e doentes com o diagnóstico de infarto do miocárdio e partiu da seguinte questão norteadora: quais as representações sociais sobre estilos de vida, elaboradas por doentes com infarto do miocárdio e suas famílias?

■ MÉTODO

Nesta pesquisa optou-se por um estudo exploratório de natureza qualitativa, recorrendo ao referencial das Representações Sociais.

A teoria das Representações Sociais, possibilitou uma reflexão sobre o conhecimento do senso comum elaborado pelos doentes e familiares sobre os estilos de vida. As Representações Sociais são construídas pelos indivíduos a partir de informações que circulam na sociedade e visam transformar o que é estranho em algo familiar⁽⁸⁾. Elas organizam-se a partir de um núcleo central em torno do qual se agrupam os elementos periféricos⁽⁹⁾. Para este autor, o núcleo central tem três funções: geradora, organizadora e estabilizadora das representações sociais, ligadas, respetivamente, ao significado, à organização interna e à estabilidade da representação.

A amostra foi de conveniência e incluiu todos os doentes com infarto do miocárdio e respetivas famílias, que estiveram internados em dois hospitais portugueses (um no interior e outro no litoral do país), durante o período de seis meses, janeiro a junho 2015. A amostra foi constituída por 70 doentes com diagnóstico de infarto do miocárdio e 70 familiares. Na composição de cada grupo de participantes foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Grupo de doentes: ter como diagnóstico médico infarto do miocárdio. Foram excluídos doentes hemodinamicamente instáveis e desorientados no tempo e no espaço;
- Grupo da família: ser familiar do doente com infarto do miocárdio.

Na recolha de dados foram utilizados dois questionários elaborados pelas autoras, um destinado aos doentes e o outro aos familiares. Os mesmos eram compostos por duas partes. A primeira integrava as questões sociodemográficas, a segunda incorporava o estímulo indutor (estilo de vida). Para responder à segunda parte recorreu-se à técnica de Associação Livre de Palavras. A técnica consistiu em solicitar aos participantes que registrassem no questionário, livre e rapidamente, as palavras ou expressões que lhe vinham à lembrança sobre "estilo de vida". Sempre que era admitido um doente nos referidos serviços que satisfazia os critérios, eram aplicados os questionários pelas investigadoras. Os dados foram processados pelo *software Evoc (Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations)* que forneceu a estrutura das representações sociais, dados estatísticos e de conteúdo. Esta estrutura, surgiu do cruzamento das frequências de ocorrência dos conceitos associados ao objeto da representação com a sua ordem de evocação, forneceu o núcleo central e o sistema periférico e pelo *Software SIMI (Analyse de similitude)* que fez uma

análise, estatística e de conteúdo, tendo por suporte os resultados do Evoc numa base prototípica⁽¹⁰⁾.

Todos os doentes e famílias antes de ser aplicado o questionário foram informados sobre o estudo e seus objetivos e assinaram e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados todos os procedimentos éticos constantes da Declaração de Helsínquia⁽¹¹⁾, no que se refere à investigação e experimentação que envolva seres humanos e obtidas autorizações das Comissões de Ética dos dois hospitais e da Comissão de Ética para a Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora (nº 15004) ano 2015.

■ RESULTADOS

Participaram no estudo 70 doentes de duas organizações hospitalares, 35 de cada hospital. A média de idade foi de 59,62 anos, com o desvio padrão de 15,55 anos, sendo a idade mínima 30 anos e a idade máxima 84 anos. Verificou-se que 84,3% doentes são do sexo masculino e o grupo etário com maior frequência nos homens é o dos 61-70 anos. Ao sexo feminino corresponde 15,7% e houve uma distribuição semelhante no segundo e quinto grupo etário, respetivamente no grupo dos 41-50 anos e no grupo com mais de 71 anos. Constatou-se também que os três primeiros grupos etários (< a 40 até 60 anos), corresponderam à faixa etária economicamente ativa da população com 51,4%. Importa referir que relativamente às habilitações literárias dos doentes 1,4% não sabiam ler nem escrever, 20% tinham o 4º ano, 17,2% tinham o 6º ano, 18,6% tinham o 9º ano, 7,1% tinham o 12º ano e 24,3% tinham curso superior. São pessoas que trabalhavam, na maioria com baixa escolaridade, que desempenhavam diversos papéis sociais e daí a importância que a dimensão social assume na vida de cada um e na sociedade em geral.

Relativamente aos familiares dos doentes com IM a idade média foi de 45,31 anos, com o desvio padrão de 9,89. Verificou-se que 34,3% dos familiares eram do sexo masculino e 65,7% do sexo feminino. Quanto ao parentesco, o grupo filho(a) foi o que mais respondeu com 50%, seguido do grupo conjugue com 32,9%. Os familiares estavam maioritariamente (74,3%) em situação ativa profissionalmente.

As evocações dos doentes sobre o estímulo indutor "estilos de vida" produziram um total de 320 palavras, com 248 diferentes (77,5%) antes do processo de categorização, o que revelou grande homogeneidade do conceito. Após a categorização semântica obtivemos 49 categorias diferentes. O resultado das evocações no grupo dos familiares antes da categorização foi de 269 palavras, surgindo 190 distintas (70,6%), indicador da homogeneidade do con-

Tabela 1 – Evocações hierarquizadas pelos doentes e familiares para o estímulo – estilos de vida (n=70) – Portugal, 2015

		Núcleo Central-Doentes			Núcleo Central-Familiares		
		ORDEM MÉDIA DE EVOCÇÃO – OME<2,7			ORDEM MÉDIA DE EVOCÇÃO – OME<2,7		
		Elementos	f	OME	Elementos	f	OME
f>=7	Alimentação		22	2,227	Comer	22	2,273
	Calma		11	1,818	Exercício	14	2,500
	COMER		10	2,600	Mudança	10	2,300
	Lazer		10	2,400	Trabalho	10	2,100
	Mudança		9	2,556	Viver	7	2,429
	Prevenção		9	2,222			
	Ensino		8	2,250			
		2ª Periferia-Doentes			2ª Periferia-Familiares		
		ORDEM MÉDIA DE EVOCÇÃO – OME>=2,7			ORDEM MÉDIA DE EVOCÇÃO – OME>=2,7		
		Elementos	f	OME	Elementos	f	OME
F<7	Terapêutica		6	3,000	Incapacidade	6	2,833
	Ambiente		5	3,000	Lazer	6	3,167
	Descontrole		4	2,750	Tratamento	5	3,200
	Emoções		4	2,750	Ansiedade	4	3,000
	Excessos		4	3,000	Confiança	4	4,000
	Negligência		4	3,500	Depressão	4	3,750
					Acompanhamento	3	3,667
					Família	3	3,667

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.
f – frequência

ceito. Após a categorização semântica foram identificadas 42 categorias diferentes. Na tabela 1 estão representadas as casas referentes ao núcleo central e à segunda periferia relativas aos doentes e aos familiares.

Para os doentes, em torno do *estilo de vida* gravita a representação de ter uma **alimentação** (inclui as evocações positivas relativas à alimentação) saudável não **comer** (inclui as evocações negativas relativas à alimentação) coisas que prejudiquem, viver com **calma** e tranquilidade, aproveitar a vida da melhor forma através do **lazer**. Para este grupo é necessário **mudar** e ser **ensinado** para **prevenir**. Relativamente aos elementos da periferia, as palavras evocadas apontaram para estilos de vida prejudiciais à saúde e suas consequências, nomeadamente os **excessos** e a **negligência** que conduziram a **descontrole** com **emoções** a emergirem, necessitando de **terapêutica** adequada e nunca esquecendo o **ambiente** onde tudo aconteceu.

Para a família é consensual que atualmente **comer** é um estilo de vida pouco saudável, pelo que a **mudança** de hábitos é emergente, nomeadamente através da prática de **exercício** e a realização de **trabalhos** mais leves, para poder renascer para a vida e **viver** melhor. Nos ele-

mentos mais periféricos a **incapacidade** e **tratamento** podiam conduzir a **ansiedade** e **depressão**. Já o **lazer** e a **confiança** são aspetos positivos a ter em conta nos estilos de vida. Ao analisar a figura 1 constatámos que a centralidade se encontra na **regra, alimentação, negligência** e **stress**. Contudo existem dois pólos opostos, isto é, **comer** e **alimentação**. O ato de **comer**, como já referimos anteriormente, é uma categoria que agrupa os aspetos mais negativos do ato e que se encontra co-relacionado de forma triangular com **sedentarismo, stress** e **excessos**. Na **alimentação** destacamos a ligação triangular com categorias de sentido menos positivo como **medo, frustração** e **tabaco** e a forte ligação com a categoria de sentido positivo **exercício**. Esta ligação é indicadora da existência de conhecimento potenciador de um estilo de vida saudável.

Na análise das evocações a categoria tabaco assume a representação de abandono do mesmo, contudo esse abandono pode conduzir à frustração e ao medo. De salientar a correlação entre **regra, cuidado** e **mudança**. Esta é uma co-ocorrência não muito forte mas que deve ser salientada porque a regra e o cuidado podem conduzir à mudança e prevenir situações futuras.

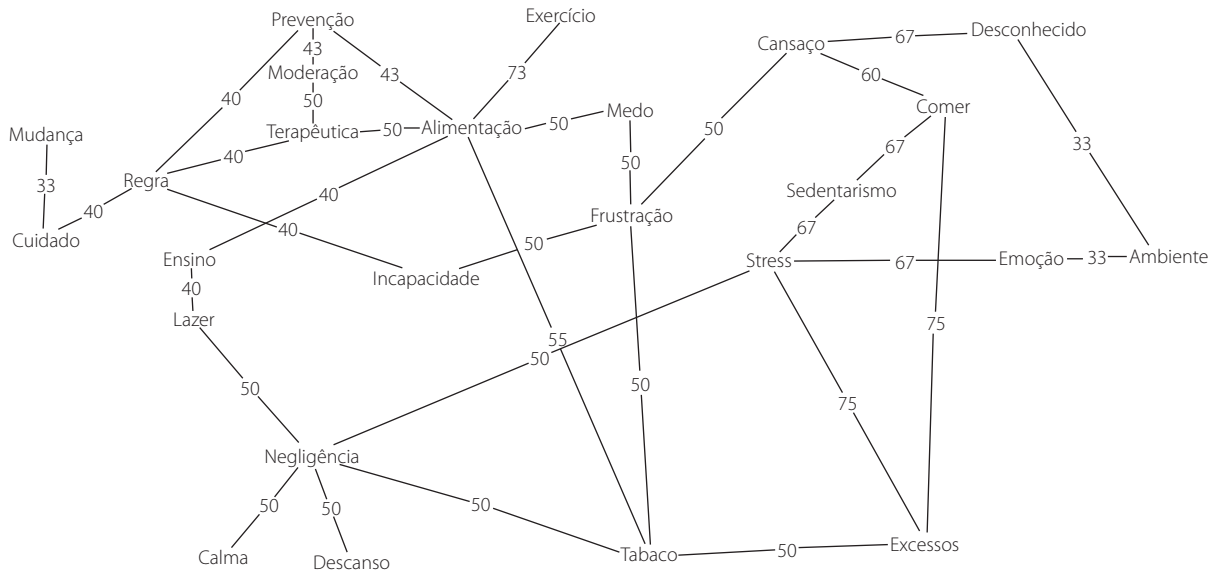


Figura 1 – Análise de similitude para o estímulo “estilos de vida” no grupo dos doentes

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

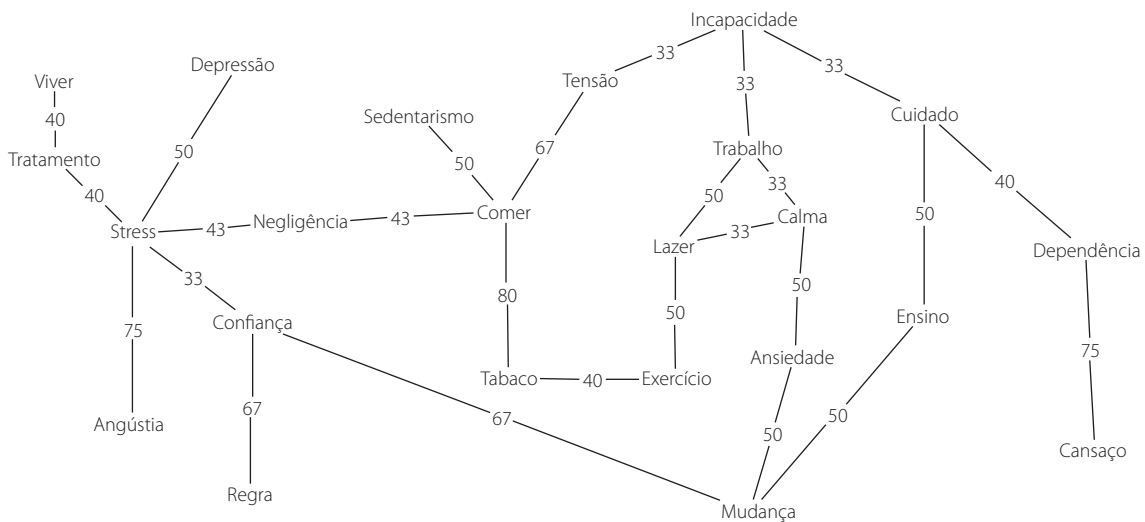


Figura 2 – Análise de similitude para o estímulo “estilos de vida” no grupo dos familiares

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As categorias centrais na figura 2 são **stress**, **comer**, **incapacidade** e **mudança**. O **stress** surge como categoria central com forte co-ocorrência com **angústia** e (mais baixa) com **depressão**. O ato de **comer** tem uma carga negativa e surge numa correlação central forte com mais três fatores de risco o **tabaco**, a **tensão** e o **sedentarismo**. A **dependência** e o **cansaço** também se encontram em relação forte. A **mudança** é o vértice de várias co-ocorrências moderadas nomeadamente a **ansiedade**, **confiança** e **ensino** e este com **cuidados**.

■ DISCUSSÃO

Nos dados relativos ao grupo dos doentes encontramos as categorias **alimentação**, **calma**, **comer**, **lazer**, **mudança**, **prevenção** e **ensinar**, como constituintes do núcleo central. A categoria **alimentação** integra os termos alimentação cuidada, saudável, com regra, ter cuidados alimentares e fazer dieta. Esta categoria tem a sua centralidade confirmada pela análise de similitude conforme representa a figura 1. Existem inúmeras recomendações

amplamente divulgadas pelos diferentes meios de comunicação social sobre alimentação saudável ou equilibrada, não é portanto descabido o surgimento desta categoria associada a estilos de vida. Em Portugal a Direção Geral de Saúde (DGS) emana e divulga sistematicamente essas recomendações pelos mais diversos meios, sendo uma das suas metas prioritárias controlar através de uma alimentação saudável o excesso de peso e obesidade na população mais jovem, para obter ganhos em saúde no futuro⁽¹²⁾. O reconhecimento internacional da dieta mediterrânica como património imaterial da humanidade é igualmente uma aposta das entidades portuguesas em promover uma alimentação saudável junto da população. A sua utilização conduz a estilos de vida saudáveis que envolvem não só a dimensão alimentar mas também as componentes física, social e de lazer⁽¹³⁻¹⁴⁾. O lazer é uma das categorias do núcleo central que inclui termos como férias, passear, conviver e natureza. A categoria **calma** inclui os vocábulos ou expressões uma vida calma, tranquila e sem stress e os doentes possuíam a representação de que esta é fundamental para a sua saúde. O stress excessivo, a nível da vida pessoal ou no trabalho, constituiu um fator de risco maior para o infarto do miocárdio. Já uma vida calma e ser possuidor de uma personalidade com reações positivas tem melhores resultados a nível da saúde⁽¹⁴⁾.

Na categoria **comer**, com centralidade confirmada através da análise de similitude representada na figura 1, estão inclusas as expressões má alimentação, bebidas alcoólicas e abusos alimentares. A evidência científica comprova que a alimentação é um fator protetor da saúde e quando existe um desequilíbrio pode ocorrer o surgimento de doença. Esta informação é amplamente difundida pelas entidades políticas de todo o mundo, incluído as portuguesas e encontra-se incorporada nos programas de saúde dos diferentes países como matéria de intervenção prioritária^(5-6,14). A noção de que uma alimentação pouco cuidada constitui um estilo de vida de risco tem sido mote para diversos estudos. Uma revisão sistemática sobre a eficácia dos programas de formação nos cuidados de saúde primários mostrou que existe melhoria nos hábitos alimentares e consequentemente nos resultados em saúde, face às intervenções sobre alimentação equilibrada⁽¹⁵⁾.

A **mudança** enquanto categoria do núcleo central contém termos como alteração, modificação, reformulação e retificar o modo de vida. A categoria **ensinar** incorpora os termos, educar, informar, apreender, interiorizar e dialogar. Analisando as duas categorias elas estão intimamente relacionadas, face aos estilos de vida que os doentes adotam, a nível alimentar, da atividade física, do tabagismo ou outros. É possível intervir com sucesso através de programas de

formação nos diferentes níveis de prevenção com a finalidade da mudança⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Na segunda periferia, encontramos as categorias de carácter mais individual e é evidente pelas palavras evocadas, que alguns doentes associam os estilos de vida aos **excessos e negligência** da sua parte, levando a variações das **emoções** e ao consequente **descontrolo**, sempre sujeito à interferência do **ambiente**. São estas condições que conduziram, nas suas representações, ao uso de **teràpêutica**. Constatámos que um pequeno grupo de doentes assumiu que os excessos e a negligência andam a par. A Carta Europeia do Coração (CEC) refere que na maioria dos fatores de risco conducentes a estilos de vida pouco moderados, persiste um desconhecimento estrutural da população, pois esta encontra-se pouco preparada para assumir a responsabilidade na defesa da própria saúde e os seus projetos de saúde passam mais pelo recurso à prevenção secundária ou terciária do que à primária⁽⁷⁾. Na mesma perspetiva, o pensamento mais comum é que “o mal” só acontece aos outros. A população portuguesa em geral ingere cinco vezes mais sal do que o que devia, consome grandes quantidades de gordura, usa abusivamente o açúcar com resultados bem visíveis no perfil de peso da população e por norma não se encontra motivada para a prática do exercício físico regular⁽⁷⁾. As categorias encontradas na segunda periferia são as mais abertas à mudança dado o carácter mais individual da representação. Os doentes reconheceram o que está mal e assumiram que os excessos. Consideram ainda que negligenciar a saúde conduz a alterações emocionais e ao descontrolo, não esquecendo o ambiente onde estão inseridos. A saúde não depende apenas dos estilos de vida individuais, ela é socialmente construída nas relações com o meio físico, económico e sociocultural, em que os indivíduos se inserem⁽¹⁶⁾. Face a este reconhecimento assumiram a necessidade de receber tratamento e de ser ensinados para a mudança e darem mais relevância à prevenção primária.

No grupo dos familiares encontramos um núcleo central composto **comer, exercício, mudança, trabalho e viver**. O termo **comer** integra alimentação errada, má alimentação, abusos alimentares, alcoolismo, excesso de álcool, ou seja a dimensão negativa da alimentação. É uma categoria com centralidade confirmada através da análise de similitude representada na figura 2. Os familiares concentraram a sua atenção na alimentação dos seus membros, nos estilos de vida saudáveis, definidos em grande medida pela transmissão familiar, pela educação recebida e pelo ambiente físico e social em que cada pessoa vive⁽¹⁷⁾. Comer, enquanto categoria, teve para este grupo uma conotação negativa e assumiu a hegemonia nas representa-

ções de estilos de vida destes participantes. Um estudo desenvolvido em Portugal refere a alimentação como um dos fatores que mais influência exerce sobre a saúde, negativa ou positivamente, referindo também o stress e a atividade física como fatores que interferem com a saúde⁽¹⁸⁾. Estas representações são igualmente evocadas pelos familiares, através da categoria **exercício** que reúne expressões como desporto, andar a pé, passear a pé e o exercício físico. A **mudança** surgiu no imaginário destes, congregando expressões como alteração de estilo de vida, correção de erros cometidos e reajustamentos.

As escolhas individuais relacionadas com a alimentação, a atividade física, o lazer ou a adoção de medidas promotoras da saúde ou preventivas da doença condicionam a saúde individual e não são normalmente bem aceites pelos doentes tal como as mudanças impostas pelos familiares⁽¹⁾.

O **trabalho**, outra categoria encontrada, incorpora os trabalhos leves, o não poder trabalhar e menos trabalho. Já o **viver** inclui expressões como vida, vida saudável, renascer e vida condicionada. Face a estas duas categorias, cabe à família o papel de acompanhar o seu membro com todas as incapacidades e tratamentos, de forma a combater a ansiedade e possível depressão, associadas à inatividade. Para que essa fase seja mais atenuada, a família deve funcionar como um agente promotor de estilos de vida saudáveis. De fato, a prática desses estilos de vida, na e pela família, significa viver melhor a nível pessoal e social⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Nos elementos mais periféricos, para os familiares, surgiram representações com aceção negativa como **incapacidade e tratamento** que podem conduzir a **ansiedade e depressão**. Um estudo sobre vivências da família após infarto do miocárdio revela que sentimentos de angústia e aflição face às adversidades impostas pela doença são comuns, destacando o reforço dos vínculos familiares no sentido de ajudar o doente na sua recuperação⁽¹⁹⁾. Por outro lado, a vivência das famílias a partir do episódio da doença, face à incapacidade, levou a situações de intolerância e de ansiedade extrema que por vezes condicionaram as relações, que se tornaram conflituosas, que dificultaram as interações e a própria manutenção das interações sociais.

Vivemos na inevitabilidade de que os estilos de vida adotados, não são os mais propiciadores da saúde. Os fatores determinantes mais comuns desta realidade devem-se em parte à alimentação não saudável, falta de exercício físico, tabagismo, consumo excessivo de álcool e ao elevado stress, para além de fatores não modificáveis de carácter pessoal, como a genética e capacidade cognitiva de enfrentar e resolver o problema. Toda esta panóplia de condicionantes leva frequentemente a ansiedade e depressão

face à incapacidade física, psíquica e social decorrente da doença e dos tratamentos inerentes⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Apesar disso parece existir sempre (e sobretudo da parte dos familiares) a esperança, espelhada nas categorias de significado semântico positivo que surgem na zona periférica da estrutura das representações. O **lazer**, a **confiança**, e o **acompanhamento** da **família** são âncoras que podem encontrar formas de promover os hábitos de vida saudáveis, tais como, cozinhar em família, experimentar novos pratos, sair e passear ao ar livre, andar de bicicleta em conjunto, entre muitas outras atividades que favorecem os laços afetivos e reforçam a necessidade de mudança⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O estudo permitiu conhecer as representações sociais de “estilos de vida” na perspetiva dos doentes com infarto do miocárdio e seus familiares na população portuguesa. Este conhecimento permite aos profissionais de saúde justificar programas de intervenção direcionados a estes sujeitos.

■ CONCLUSÃO

As categorias Comer e Mudança assumem consensualidade clara nos dois grupos. Para doentes e familiares é consensual que uma alimentação pouco cuidada (comer) representa um estilo de vida prejudicial para a saúde. Fica também claro que a mudança é fundamental.

Estas conclusões permitem-nos conhecer as representações sociais mais relevantes de estilos de vida mais relevantes para os dois grupos e conduz-nos para um outro nível que se prende com o saber encontrar estratégias de intervenção consolidadas no conhecimento que o estudo nos forneceu. O fato de os doentes evocarem a mudança, o ensino e a prevenção, para além de reconhecerem a alimentação e a calma (não stress) como estilos de vida promotores de saúde, pode ser encarado como espaço propício para a intervenção dos profissionais na promoção dos estilos de vida saudáveis.

Consideramos que os resultados deste estudo são uma importante ferramenta de trabalho com implicações para os profissionais de saúde em particular para os enfermeiros. Estes últimos têm um forte potencial de intervenção junto do doente com infarto do miocárdio e seus familiares, dado que existem alterações temporárias e/ou permanentes do estado de saúde, ajudam através da função educação e guia o doente e família a tirar o melhor partido das suas capacidades para prosseguirem uma vida ativa e saudável.

Consideramos como limitação do estudo, o facto de existirem poucas pesquisas sobre o tema seguindo a metodologia das Representações Sociais. Sugerimos que outras pesquisas seguindo esta metodologia se desenvolvam pois

são decisivas para confirmar e aprofundar os dados obtidos, sempre na perspetiva dos doentes e respetivas famílias.

■ REFERÊNCIAS

1. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Polit Econ*. 1972. 80(2):223-55.
2. Carelli T. Qualidade de vida enquanto instrumento de pesquisa e a interferência do educador físico: uma revisão literária. *RIES*. 2013;2(2):170-8.
3. Stein N. *Public health nutrition*. Burlington: Ed. Jones & Bartlett Learning; 2015.
4. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (PT). *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final*. Lisboa: CDSS; 2010.
5. World Health Organization (CH). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO; 2002.
6. Direção Geral de Saúde (PT). *Declaração para uma vida melhor: abordagem das doenças crónicas através da prevenção* [Internet]. Lisboa: DGS; 2011. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/doencascronicas_declaracao.pdf
7. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. *Carta europeia do coração* [Internet]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia; 2007. Disponível em: http://www.spc.pt/DL/CartaCoracao/Carta_EC.pdf.
8. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petropolis: Vozes; 2003.
9. Abric JC. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse: Érès; 2005.
10. Pereira FJC. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: Camargo BV, Jesuíno JC, Moreira, ASP, Nóbrega SM, organizadores. *Perspetivas teóricas-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB; 2005. p. 25-60.
11. World Medical Association (FR). *WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects* [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; 2013. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.
12. Direção Geral de Saúde (PT). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares* [Internet]. Lisboa: DGS; 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014-pdf.aspx>.
13. Freitas JG. Dieta mediterrânica: uma herança para o futuro. *Rev Fatores Risco*. 2014 jan-mar;9(31):66-71.
14. World Health Organization (CH). *Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care* [Internet]. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252661/1/9789241511377-eng.pdf?ua=1>.
15. Crouch R, Wilson A., Newbury J. A systematic review of the effectiveness of primary health education or intervention programs in improving rural women's knowledge of heart disease risk factors and changing lifestyle behaviours. *Int J Evid Based Healthc*. 2011;9(3):236-45.
16. Liziero L, França RCP. Qualidade de vida e educação física no ensino fundamental: problematizando a partir do pentáculo do bem-estar adaptado. *Diálogos Educ R*. 2013;4(1):35-44.
17. López-Barajas, E. La familia "humus" fértil del amor. *Hacer Familia*. 2013 nov:60-1.
18. Poínhos R, Franchini B, Afonso C, Correia F, Teixeira VH, Moreira P, et al. Food and lifestyles of the Portuguese population: preliminary methodology and results. *Alimentação Humana*. 2009;15(3):43-60.
19. Ortega Navas, MC. La familia como agente promotor de estilos de vida saludables. Madrid: The Family Watch; 2014. [Rede Informal de Documentación sobre La Salud Psicosocial de la Familia, Doc. Nº 51]
20. Garcia RP, Budó MLD, Simon BS, Wunsch S, Oliveira SG, Barbosa MS. Vivências da família após infarto agudo do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):171-8.

■ Autor correspondente:

Maria do Céu Mendes Pinto Marques
E-mail: mcmарques@uevora.pt

Recebido: 28.02.2016

Aprovado: 28.03.2017