

PERFIL DE ESTILO DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

Lígia Fonseca SPINEL^a

Vilanice Alves de Araújo PÜSCHEL^b

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivos identificar o perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular (DCV) em um ambulatório de especialidades no Município de São Paulo, Brasil e comparar esse perfil às características sociodemográficas dessas pessoas. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal. Foi utilizado o instrumento *Health Promoting Lifestyle Profile* (HPLP I), aplicado em 22 pessoas com DCV que estavam sendo acompanhadas. Verificou-se que os indivíduos com DCV apresentaram pior perfil no domínio exercício (média 2,18) e melhor perfil no domínio auto-realização (média 3,26). Os resultados obtidos forneceram subsídios para o acompanhamento das pessoas atendidas na consulta de enfermagem.

Descritores: Estilo de vida. Doenças cardiovasculares. Promoção da saúde.

RESUMEN

Ésta pesquisa tenía cómo objetivos identificar el perfil de estilo de vida de personas con enfermedad cardiovascular (ECV) en un ambulatorio de especialidades en el Municipio de São Paulo, Brasil y comparar ese perfil a las características sociodemográficas de éstas personas. Es un estudio exploratorio-descritivo, de corte transversal. Fue utilizado el instrumento *Health Promoting Lifestyle Profile* (HPLP I) y aplicado en 22 personas con ECV que están sendo acompañadas en un ambulatorio de especialidades. Se verificó que los individuos con ECV presentaron peor en el dominio ejercicio (media 2,18) y mejor perfil en el dominio auto-realización (media 3,26). Los resultados obtenidos forneceran subsidios para el acompañamiento de las personas atendidas en la consulta de enfermería.

Descriptores: Estilo de vida. Enfermedades cardiovasculares. Promoción de la salud.

Título: Perfil de estilo de vida de personas con enfermedad cardiovascular.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the lifestyle profile of people with cardiovascular disease (CVD) in a specialized out-patient unit in the municipality of São Paulo, Brazil, and to compare lifestyle profiles with the social-demographic characteristics of these people. The instrument *Health Promoting Lifestyle Profile* (HPLP I) was applied in 22 people with CVD that were followed up in that out-patient unit. It was verified that people with CVD presented worse profile in the exercise domain (average 2.18) and better profile in the self-fulfillment domain (average 3.26). Obtained results provided information to follow up patients during Nursing Consultation.

Descriptors: Life style. Cardiovascular diseases. Health promotion.

Title: Lifestyle profile of people with cardiovascular disease.

^a Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Brasil. Bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) na época da pesquisa.

^b Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

As causas cardiovasculares mais estudadas no Brasil, do ponto de vista populacional, são a hipertensão arterial, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração⁽¹⁾. As doenças isquêmicas do coração compõem um amplo espectro de manifestações clínicas resultantes de aterosclerose, como a insuficiência coronária, a angina *pectoris* e o infarto agudo do miocárdio (IAM). Essas doenças assumem grande magnitude em nosso país e são evidenciadas como um grande problema de saúde pública⁽²⁾.

São atribuídos vários fatores de risco para as DCV⁽¹⁾, dentre eles: a) características constitucionais: sexo, idade, raça, genética; b) características comportamentais (estilo de vida): fumo, dieta atividade física, ingestão de álcool e uso de anticoncepcionais; c) patologias ou distúrbios metabólicos: hipertensão arterial, obesidade, hiperlipidemia, *diabetes mellitus*; d) características socioeconômico-culturais: renda, ocupação, escolaridade, classe social, dentre outras.

Os fatores de risco são frequentemente classificados em modificáveis e não - modificáveis. Os últimos incluem idade, sexo, raça e história familiar de doença aterosclerótica. Fatores de risco modificáveis são aqueles sobre os quais o paciente e mesmo a equipe de saúde podem atuar, como dislipidemias, hipertensão arterial, tabagismo, *diabetes mellitus*, sedentarismo, estresse e obesidade⁽³⁾.

A alta incidência de doenças cardiovasculares em nosso meio, em parte, está relacionada ao fato de encontrarmos em nossa população um estilo de vida que propicia o desenvolvimento dos fatores de risco que, já comprovadamente, contribuem para o aumento do número de indivíduos acometidos por essas doenças. Esses fatores de risco que atuam sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares podem ou não estar presentes dependendo do estilo de vida adotado pelos indivíduos.

Desse modo, esse trabalho teve como objetivos identificar o perfil de estilo de vida de pessoas com doenças cardiovasculares em um ambulatório de especialidades e comparar esse perfil às características sociodemográficas dessas pessoas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal que estuda uma amostra da população e se avaliam desfechos e exposições, simultaneamente⁽⁴⁾.

O estudo foi desenvolvido em um ambulatório de especialidades do Distrito Saúde Escola do Butantã, no município de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa são adultos e/ou idosos, com doenças cardiovasculares, sendo constituídos por 22 pessoas⁽⁵⁾ que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município de São Paulo.

2.1 Instrumento de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada utilizando um instrumento elaborado pelas pesquisadoras para coleta de dados sociodemográficos e o *Health Promoting Lifestyle Profile I (HPLP I)* – Perfil de Estilo de Vida⁽⁶⁾.

Para identificar o perfil de estilo de vida dos sujeitos da pesquisa, foi aplicado um instrumento⁽⁶⁾ para medir o comportamento promotor da saúde. Utiliza-se nesse instrumento, uma escala com 48 itens de classificação (Tabela 3) que emprega um formato de resposta de quatro pontos (1 = nunca, 2 = esporadicamente, 3 = frequentemente, 4 = rotineiramente) para medir a frequência de comportamentos auto-relatados de promoção de saúde. Esta escala tem consistência interna (alfa = 0,92), e alta confiabilidade com correlação teste-reteste (r = 0,93). A análise fatorial dessa escala mostrou que os itens podem ser agrupados em seis domínios: auto-realização, responsabilidade pela saúde, exercício, nutrição, apoio interpessoal e manejo de estresse^(6,7). Os escores foram calculados para os domínios e para a escala total, sendo estes definidos pela somatória de todas as respectivas respostas.

2.2 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram colhidos por meio de entrevista com as pessoas que foram acompanhadas na pesquisa que estava sendo desenvolvida no Ambulatório⁽⁵⁾. Foi feito contato telefônico e

agendamento da entrevista no Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri.

2.3 Análise dos dados

Os dados foram armazenados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 12.0.

As análises realizadas foram: a) análise descritiva: média, mediana, mínimo, máximo, desvio-padrão, frequência simples (n°) e frequência relativa (%); b) avaliação da adesão das variáveis à distribuição normal: o teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para testar a hipótese de normalidade na distribuição; valores de p-valor maiores que 0,05 indicam que a variável tem adesão à distribuição normal; c) comparação de médias entre grupos: a comparação foi realizada considerando a adesão das variáveis à distribuição normal.

Assim, se a variável apresentava adesão à distribuição normal: a) Teste de t-student: para comparar dois grupos independentes; b) Teste Análise de Variância (ANOVA): para comparar mais que dois grupos independentes. Se a variável não apresentava adesão à distribuição normal: a) Teste de Mann-Whitney: para comparar dois grupos independentes; b) Teste de Kruskal-Wallis: para comparar mais que dois grupos independentes.

Nas análises que comparam mais que dois grupos, cujo p-valor do teste fosse significativo ($p < 0,05$), foi feita uma análise de comparações múltiplas, por meio do método de Bonferroni ou Turkey-USD, com a finalidade de determinar entre quais pares de grupos situava a diferença. Caso as categorias das variáveis tivessem menos que duas respostas, os testes de múltiplas comparações não poderiam ser utilizados.

Os resultados foram considerados estatisticamente significantes se $p\text{-valor} < 0,05$, com intervalo de 95% de confiança.

A finalidade de comparar os grupos foi para verificar se havia diferença nos perfis de estilo de vida entre indivíduos com diferentes características socio-demográficas, tais como sexo, idade, escolaridade e estado civil.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados encontrados são apresenta-

dos a seguir no que diz respeito à caracterização sociodemográfica, ao perfil de estilo de vida e à comparação dos grupos.

3.1 Caracterização sociodemográfica

As vinte e duas pessoas que responderam aos instrumentos de coleta de dados apresentaram as características sociodemográficas que são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da frequência de indivíduos segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2006.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	13	59,1
Masculino	9	40,9
Escolaridade		
Analfabeto	1	4,5
Ensino fundamental incompleto	12	54,5
Ensino fundamental completo	4	18,2
Ensino médio incompleto	2	9,1
Ensino médio completo	3	13,6
Estado civil		
Solteiro	5	22,7
Casado	14	63,6
Separado	2	9,1
Viúvo	1	4,5
Presença de companheiro		
Com companheiro	17	77,3
Sem companheiro	5	22,7
Religião		
Católico	15	68,2
Evangélico	6	27,3
Espírita	1	4,5
Profissão		
Aposentado	3	13,6
Aposentada	1	4,5
Cabeleireiro	1	4,5
Cozinheira	1	4,5
Auxiliar de cozinha	1	4,5
Do lar	8	36,4
Doceira	1	4,5
Empreiteiro	1	4,5
Licença	1	4,5
Sapateiro	1	4,5
Dono de bar	1	4,5
Pedreiro	2	9,1

Fonte: Pesquisa em usuários do Ambulatório de Especialidades. São Paulo, 2006.

Nota: DP = desvio-padrão

Das 22 pessoas que participaram da pesquisa, verifica-se que a maioria é do sexo feminino (59,1%), tem ensino fundamental incompleto (54,5%), é casada (63,6%), pertence à religião católica (68,2%), exerce atividades domésticas (36,4%). A média de idade foi de 61,77 anos, sendo assim, a grande parte constituída por idosos.

No que se refere ao grau de escolaridade, verifica-se o predomínio do nível de ensino fundamental incompleto, sendo que apenas 13,6% têm ensino médio e nenhum participante com curso superior. De modo geral, estas pessoas possuem baixo nível de escolaridade. Tal fato pode estar relacionado à faixa etária das pessoas participantes, uma vez a maioria é idosa, o que possivelmente seja consequência do pouco acesso à es-

cola quando se encontravam em fase escolar. Esta situação mostra o desafio para os profissionais que devem abordar as questões de saúde e as intervenções de uma maneira compreensível de acordo com a necessidade de cada indivíduo. O fato de a maioria ser do lar, ser aposentada, exercer atividade autônoma, ou seja, não possuir vínculo empregatício formal, contribui para que tenha maior disponibilidade de tempo para frequentar a unidade de saúde e ser acompanhada de modo mais direto pelo profissional de saúde.

3.2 Avaliação do perfil de estilo de vida

Os dados provenientes da aplicação do instrumento estão apresentados nas Tabela 2 e 3 a seguir.

Tabela 2 - Médias e desvio-padrão dos domínios e escore total do Instrumento Perfil de Estilo de Vida. São Paulo, 2006.

Domínios	Média	(DP)	Mediana	Mín.	Máx.	Teste de Kolmogorov-smirnov (p-valor)*	
Auto-realização	3,26	(0,40)	3,29	2,50	4,00	0,50	0,96
Responsabilidade pela saúde	2,29	(0,48)	2,30	1,40	3,40	0,50	0,96
Exercício	2,18	(0,98)	2,38	1,00	4,00	0,75	0,63
Nutrição	2,91	(0,59)	3,00	1,67	4,00	0,80	0,55
Apoio Interpessoal	2,84	(0,41)	2,85	2,20	3,60	0,45	0,99
Manejo do stress	2,66	(0,71)	2,67	1,67	4,00	0,57	0,90
Escore Total	2,76	(0,35)	2,74	2,23	3,44	0,55	0,92

* Tem distribuição normal.

Fonte: Pesquisa em usuários do Ambulatório de Especialidades. São Paulo, 2006.

Legenda: DP: desvio padrão; Mín.: mínimo; Máx.: máximo.

Os indivíduos com doença cardiovascular apresentaram pior perfil no domínio exercício (média 2,18) e melhor perfil no domínio auto-realização (média 3,26). A auto-realização permite que a pessoa possa identificar o seu próprio potencial e desenvolvê-lo para atingir o bem-estar. Este resultado também foi encontrado em um estudo realizado com 40 pessoas em Cuba, em que o HPLP foi utilizado⁽⁸⁾. Sendo assim, este resultado subsidia a avaliação profissional e constitui em importante objeto de intervenção profissional, no sentido de se estimular a prática de atividades físicas como uma das recomendações para as pessoas que apresentam DCV.

O domínio responsabilidade pela saúde também apresentou baixo escore (2,29), o que pode in-

dicar que essas pessoas costumam procurar o profissional de saúde somente em situações de emergência, além de sugerir que elas possuem poucas informações acerca de assuntos ligados à saúde.

Os resultados também evidenciam a importância a ser dada ao domínio manejo do stress, pois obteve baixo escore (2,66) quando comparado ao domínio de maior escore.

Os resultados mostram que o domínio auto-realização é o mais desenvolvido entre as pessoas que responderam o questionário. A maioria dessas pessoas acredita que a vida tem sentido (77,3%), gostam de si mesmas (72,7%), sentem-se felizes e contentes (63,3%) e estão conscientes de força e fraqueza pessoal (59,1%).

Tabela 3 - Número e percentual de indivíduos segundo questões do Instrumento Perfil de Estilo de Vida. São Paulo, 2006.

Variáveis	Nunca		Esporadicamente		Frequentemente		Rotineiramente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Domínio Auto-realização								
3. Gostar de si mesmo	1	4,5	3	13,6	2	9,1	16	72,7
8. Ser entusiástico e otimista sobre a vida	-	-	6	27,3	7	31,8	9	40,9
9. Sentir crescimento e mudança de personalidade em direção positiva.	1	4,5	5	22,7	10	45,5	6	27,3
12. Sentir-se feliz e contente	-	-	4	18,2	4	18,2	14	63,6
16. Estar consciente de força e fraqueza pessoal.	-	-	3	13,6	9	40,9	10	45,5
17. Trabalha para objetivos de longo alcance na vida.	1	4,5	5	22,7	6	27,3	10	45,5
21. Deseja o futuro.	2	9,1	4	18,2	4	18,2	12	54,5
23. Está consciente do que é importante para si próprio na vida.	-	-	1	4,5	8	36,4	13	59,1
29. Respeita suas próprias realizações	1	4,5	1	4,5	8	36,4	12	54,5
34. Acha cada dia interessante e desafiante.	4	18,2	2	9,1	7	31,8	9	40,9
44. É realista acerca de estabelecidos.	2	9,1	5	22,7	10	45,5	5	22,7
48. Acredita que sua vida tem sentido	-	-	2	9,1	3	13,6	17	77,3
Domínio Responsabilidade pela saúde								
2. Procurar médico para qualquer sinal ou sintoma.	1	4,5	10	45,5	2	9,1	9	40,9
7. Checar o nível de colesterol e saber do resultado.	4	18,2	12	54,5	3	13,6	3	13,6
15. Ler artigos ou livros acerca da promoção da saúde.	9	40,9	6	27,3	4	18,2	3	13,6
20. Pergunta ao médico ou busca uma Segunda opinião quando não concorda com recomendações	4	18,2	3	13,6	9	40,4	6	27,3
28. Discute preocupações com cuidados de saúde com profissionais qualificados.	8	36,4	5	22,7	5	22,7	4	18,2
30. Checa pulsação quando faz exercícios.	21	95,5	-	-	-	-	1	4,5
32. Checa a pressão sanguínea e sabe o que significa.	3	13,6	5	22,7	7	31,8	7	31,8
42. Procura informação de profissionais de saúde acerca de como cuidar de si próprio.	3	13,6	8	36,4	8	36,4	3	13,6
43. Observa seu corpo pelo menos uma vez por mês para mudanças físicas/ sinais de anormalidade.	3	13,6	7	31,8	6	27,3	6	27,3
46. Frequenta programas educacionais para cuidar da saúde pessoal.	14	63,6	4	18,2	3	13,6	1	4,5
Domínio Exercício								
4. Fazer exercício de alongamento pelo menos 3 vezes por semana.	9	40,9	5	22,7	2	9,1	6	27,3
13. Exercitar vigorosamente por 20-30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.	6	27,3	4	18,2	1	4,5	11	50,0
22. Participa em programas ou atividades de exercícios supervisionados.	19	86,4	-	-	1	4,5	2	9,1
38. Envolve-se em atividade física recreativa (caminhar, nadar, futebol, ciclismo).	10	45,5	2	9,1	2	9,1	8	36,4
Domínio Nutrição								
1. Tomar café da manhã.	1	4,5	1	4,5	1	4,5	19	86,4
5. Escolher alimentos sem preservativos ou outros aditivos.	8	36,4	3	13,6	5	22,7	6	27,3
14. Come regularmente três refeições por dia.	4	18,2	1	4,5	1	4,5	16	72,7
19. Ler rótulos para identificar nutrientes nas embalagens dos alimentos.	10	45,5	4	18,2	4	18,2	4	18,2
26. Inclui fibra (grãos integrais, frutas e vegetais crus) sua dieta.	-	-	1	4,5	8	36,4	13	59,1
35. Planeja ou seleciona refeições para incluir os alimentos básicos cada dia.	2	9,1	2	9,1	5	22,7	6	27,3
Domínio Apoio interpessoal								
10. Discutir problemas pessoais e preocupações com pessoas próximas.	5	22,7	5	22,7	6	27,3	6	27,3
18. Elogia facilmente outras pessoas pelas suas realizações.	1	4,5	6	27,3	5	22,7	10	45,5
24. Gosta de tocar e ser tocado por pessoas próximas	2	9,1	4	18,2	8	36,4	8	36,4
25. Mantém relacionamento interpessoal significativo e gratificante.	1	4,5	1	4,5	9	40,9	11	50,0
31. Passa tempo com amigos próximos.	2	9,1	10	45,5	5	22,7	5	22,7
33. Frequenta programas educacionais para melhorar o ambiente em que vive.	14	63,6	4	18,2	2	9,1	2	9,1
37. Acha o ambiente em que vive agradável e satisfatório.	4	18,2	4	18,2	2	9,1	12	54,5
39. Encontra facilidade em expressar preocupações, amor e ternura para outros.	2	9,1	3	13,6	6	27,3	11	50,0
41. Encontra maneira construtiva de expressar seus sentimentos.	1	4,5	5	22,7	7	31,8	9	40,9
47. Toca e é tocado por pessoas que gosta.	3	13,6	3	13,6	10	45,5	6	27,3
Domínio Manejo do estresse								
6. Conseguir tempo para descontrair todos os dias.	5	22,7	9	40,9	4	18,2	4	18,2
11. Estar consciente das causas de <i>stress</i> na sua vida.	-	-	4	18,2	7	31,8	11	50,0
27. Pratica descontração ou meditação por 15-20 minutos diariamente.	8	36,4	3	13,6	5	22,7	6	27,3
36. Conscientemente procura relaxar os músculos antes de dormir.	7	31,8	2	9,1	6	27,3	7	31,8
40. Concentra-se em pensamentos agradáveis antes de dormir.	1	4,5	5	22,7	4	18,2	12	54,5
45. Usa métodos específicos para controlar seu <i>stress</i> .	9	40,9	7	31,8	1	4,5	5	22,7

Fonte: Pesquisa em usuários do Ambulatório de Especialidades. São Paulo, 2006.

Este resultado representa um aspecto importante detectado nessas pessoas, o que contribui para que se busque nelas maior disponibilidade interna para mudanças de comportamentos para a promoção de sua saúde.

O domínio responsabilidade pela saúde teve média de escore 2,29 (Tabela 2). No item checar pulsação após os exercícios, a maioria das pessoas (95,5%) respondeu nunca, enquanto 40,9% nunca lêem artigos ou revista acerca da promoção da saúde, 36,4% nunca discutiram preocupações com cuidados de saúde com profissionais qualificados. Apenas 13,6% têm como rotina checar nível de colesterol e 31,8% a pressão sanguínea.

Com esses dados, é importante considerar a necessidade de se implementar medidas que promovam orientações em saúde. Tal aspecto foi considerado no trabalho desenvolvido no acompanhamento dessas pessoas no Ambulatório o que possibilitou, para muitas pessoas, a melhoria da saúde e/ou o melhor cuidado para com a saúde.

Em relação ao domínio exercício, o qual obteve a menor média de escore, 86,4% nunca participaram de programas ou atividades de exercícios supervisionados e 45,5% nunca se envolveram em atividade física recreativa (caminhar, nadar, futebol). Em contrapartida, 50,0% têm como rotina exercitar-se vigorosamente de 20 a 30 minutos pelo menos três vezes por semana.

Em um estudo realizado na Escócia, cujo objetivo era investigar porque pessoas idosas são relutantes em participar de atividades físicas e de lazer, se identificou que essas pessoas têm informação e reconhecem os benefícios das atividades físicas. Alguns fatores como falta de energia, falta de ar, dores nas articulações, não gostar de sair sozinho, não pertencer a um grupo, foram encontrados como justificativa para não praticar esportes⁽⁹⁾.

Essas características devem ser consideradas pelo profissional de saúde quando recomendar a prática de exercícios físicos, pois estes fatores podem desencorajar as pessoas a praticá-los.

No domínio nutrição, com média de escore 2,91 (Tabela 2), 86,4% das pessoas tomam café da manhã, 72,7% comem regularmente três refeições por dia e 59,1% incluem fibras nas refeições rotineiramente. Porém, 45,5% nunca

lêem rótulos para identificar nutrientes nas embalagens dos alimentos e 40,9% nunca planejam refeições para incluir os alimentos básicos a cada dia.

Cerca de 45,5% das pessoas responderam no domínio apoio interpessoal que esporadicamente passam tempo com pessoas próximas. Mas, 50,0% mantêm relacionamento interpessoal significativo e gratificante com outras pessoas.

Sobre o domínio manejo do estresse, 50,0% das pessoas dizem estar conscientes das causas de estresse na sua vida, enquanto 40,9% responderam que nunca usam métodos específicos para controlar seu *stress*. Desse modo, as pessoas reconhecem o que as estressam, mas não encontram maneiras de manejar os estressores.

3.3 Comparação dos grupos

Ao comparar os grupos, verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os domínios do HPLP e os grupos sexo e religião.

Nas Tabelas 4 e 5 são apresentados os domínios do Instrumento de Perfil de Estilo de Vida, segundo o grau de escolaridade e presença de companheiro.

Ao comparar os domínios segundo grau de escolaridade, houve diferença significativa no domínio nutrição, sendo que as pessoas que possuem ensino fundamental completo apresentaram a maior média (3,54).

Os indivíduos sem companheiro obtiveram significativamente maior escore no domínio exercício do que os com companheiro (Tabela 5). Possivelmente são aquelas que se preocupam mais com o aspecto nutricional com o intuito de melhorar a auto-imagem ou mesmo para melhorar as condições de saúde. Nos demais domínios, os escores embora aparentemente parecem ser diferentes, as diferenças não foram estatisticamente significativas.

O baixo nível de escolaridade coincide com o que outros autores encontraram num estudo que comparou o comportamento promotor de saúde entre mulheres afro-americanas idosas⁽¹⁰⁾. Neste estudo, cerca de 72,4% possuíam ensino médio ou menos, sendo encontrado baixo escore no domínio exercício⁽¹⁰⁾.

Tabela 4 - Domínios do Instrumento de Perfil de Estilo de Vida segundo grau de escolaridade. São Paulo, 2006.

Domínios	Grau de Escolaridade								ANOVA (p-valor)*	
	Fundamental incompleto (n=12)		Fundamental completo (n=4)		Médio incompleto (n=2)		Médio completo (n=3)			
	Média	(DP)	Media	(DP)	Media	(DP)	Media	(DP)		
Auto-realização	3,28	0,43	3,33	0,48	3,38	0,06	2,94	0,42	0,50	(0,74)
Responsabilidade pela saúde	2,21	0,51	2,23	0,39	2,65	1,06	2,33	0,12	0,44	(0,78)
Exercício	1,96	0,99	3,00	0,68	1,88	1,24	2,00	1,15	1,02	(0,43)
Nutrição	2,74	0,49	3,54	0,34	3,25	0,12	2,33	0,58	4,09	(0,02)*
Apoio Interpessoal	2,79	0,41	2,93	0,51	3,10	0,42	2,73	0,47	0,30	(0,87)
Manejo do <i>stress</i>	2,50	0,67	3,38	0,72	2,75	0,12	2,06	0,19	2,54	(0,08)
Escore Total	268	0,35	3,02	0,21	2,95	0,43	2,51	0,27	1,61	(0,22)

* Diferença estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,05$.

Fonte: Pesquisa em usuários do Ambulatório de Especialidades. São Paulo, 2006.

Legenda: DP: desvio padrão.

Estudo realizado no Brasil que caracterizou os fatores de risco cardiovasculares relacionados à atividade física e/ou nutrição de pacientes hipertensos encontrou baixo nível socioeco-

nômico e baixa escolaridade em população semelhante e recomendou que mudanças no estilo de vida, combinadas a hábitos alimentares saudáveis e regular prática de exercícios físicos cons-

Tabela 5 - Domínios do Instrumento de Perfil de Estilo de Vida segundo presença de companheiro. São Paulo, 2006.

Domínios	Tem companheiro?				T-student (p-valor)	
	Não (n=5)		Sim (n=17)			
	Média	DP	Média	DP		
Auto-realização	3,23	0,32	3,26	0,43	0,15	(0,88)
Responsabilidade pela saúde	2,66	0,64	2,18	0,38	-2,13	(0,05)
Exercício	3,00	1,09	1,94	0,83	-2,34	(0,03)*
Nutrição	3,20	0,34	2,82	0,62	-1,28	(0,21)
Apoio Interpessoal	2,96	0,29	2,81	0,44	-0,73	(0,47)
Manejo do <i>stress</i>	2,60	0,47	2,68	0,77	0,21	(0,84)
Escore Total	295	0,22	2,70	0,36	-1,45	(0,16)

* Diferença estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,05$.

Fonte: Pesquisa em usuários do Ambulatório de Especialidades. São Paulo, 2006.

Legenda: DP: desvio padrão.

tituem aspectos importantes a serem considerados nas intervenções voltadas ao controle da hipertensão⁽¹¹⁾.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, com 22 pessoas com doença cardiovascular, a maioria foi representada por idosos, com média de idade de 61-77 anos.

A baixa escolaridade dessas pessoas exige que o profissional utilize linguagem clara para es-

clarecer dúvidas e para permitir uma maior aproximação entre profissional-pessoa atendida, para uma intervenção mais efetiva. No domínio responsabilidade pela saúde, 40,9% das pessoas responderam que nunca leram artigos ou livros acerca da promoção da saúde e 36,4% nunca discutiram preocupações com cuidados de saúde com profissionais qualificados. Esses números podem refletir como as pessoas que utilizam os serviços de saúde sentem-se distantes, às vezes até receosas de discutir suas preocupações com os profissionais.

Assim, os resultados obtidos com essa pesquisa de iniciação científica forneceram subsídios para o acompanhamento das pessoas atendidas, por meio da consulta de enfermagem, uma vez que foram considerados para a proposição de intervenções de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
- 2 Lotufo PA. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: história, situação atual e proposta de modelo teórico. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo 1996;6(5):541-7.
- 3 Colombo RCR. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995. 164f.
- 4 Gomes MM. Medicina baseada em evidências: princípios e práticas. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001.
- 5 Püschel VAA. Promoção da saúde do adulto/idoso com doença cardiovascular: abordagem psicossocial. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006. Projeto de pesquisa n°: 2004/10079-4. Financiado pela FAPESP.
- 6 Walker SN, Serchist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research 1987;36(2):76-80.
- 7 Paine P, Dorea JG. Modelo de promoção da saúde. In: Dela Coleta MF, organizador. Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos, instrumentos. Taubaté: Cabral; 2004. p. 169-93.
- 8 Gonzáles AC, Machin LMF, Guerrero LG, García VMG, León AJR, Iglesias MH. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. Revista Cubana de Medicina General Integral [periódico en la Internet] 2004 [citado 2007 ago 23]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- 9 Crombie IK, Irvine L, Williams B, McGinnis A, Slane PW, Alder B, *et al*. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. Age and Ageing 2004;33:287-92.
- 10 Brady B, Nies MA. Health-promoting lifestyles and exercises: a comparison of older African American women above and below poverty level. Journal of Holistic Nursing 1999;17(2):197-207.
- 11 Piovesana PM, Colombro RCR, Gallani MCBJ. Hypertensive patients and risk factors related to physical activity and nutrition. Revista Gaúcha de Enfermagem 2006;27(4):655-7.

Endereço da autora/Author's address:
Lígia Fonseca Spinel
Rua João Maria Carmona, 188, Vila Dalila
03.521-040, São Paulo, SP
E-mail: ligiaspinel@yahoo.com.br

Recebido em: 27/03/2007
Aprovado em: 22/08/2007